



www.next-study.net

Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland

M. Simon
P. Tackenberg
H.-M. Hasselhorn
A. Kümmerling
A. Büscher
B.H. Müller



BERGISCHE UNIVERSITÄT WUPPERTAL

Fachbereich D, Arbeitssicherheit / Ergonomie
Gaußstraße 20, D-42119 Wuppertal
Telefon: (0202) 439 21 23
E-Mail: next@uni-wuppertal.de



Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12, D-58453 Witten
Telefon: (02302) 926 358
E-Mail: andreas.buescher@uni-wh.de

Die NEXT-Studie ist ein europäisches Forschungsprojekt zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf. Es wird finanziert durch die Europäische Union (QLK6-CT-2001-00475) und koordiniert von der Bergischen Universität Wuppertal, Fachbereich D - Abt. Sicherheitstechnik, Arbeitssicherheit/Ergonomie. Die Europäische NEXT-Studie wird geleitet durch PD Dr. H.-M. Hasselhorn und Prof. Dr. B.H. Müller. Die deutsche Erhebung wurde durch die private Universität Witten/Herdecke koordiniert & durchgeführt.

Bitte verwenden Sie folgende Quellenangabe:

M.Simon, P. Tackenberg, H.-M. Hasselhorn, A. Kümmerling, A. Büscher & B.H. Müller (2005): *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de>

Alle Rechte vorbehalten. Die elektronische Weitergabe des Dokuments (z.B. über eine Internetseite) bedarf der vorherigen Erlaubnis der Verfasser.

1.	EINLEITUNG.....	3
2.	ÜBER DIE NEXT-STUDIE	5
3.	AUSWERTUNG	7
3.1	GRUNDLEGENDE DATEN.....	7
3.1.1	<i>Stichprobe</i>	<i>7</i>
3.1.2	<i>Altersverteilung</i>	<i>8</i>
3.1.3	<i>Geschlechterverteilung</i>	<i>10</i>
3.2	ARBEITSEXPOSITION & ANFORDERUNGEN AM ARBEITSPLATZ	11
3.2.1	<i>Physikalische Exposition.....</i>	<i>11</i>
3.2.2	<i>Psychische und körperliche Arbeitsanforderungen</i>	<i>14</i>
3.2.3	<i>Entwicklungsmöglichkeiten</i>	<i>20</i>
3.2.4	<i>Einfluss bei der Arbeit</i>	<i>22</i>
3.3	SOZIALE ASPEKTE	24
3.3.1	<i>Spannungen & Feindseligkeiten zwischen Pflegenden und anderem Personal</i>	<i>24</i>
3.3.2	<i>Unterstützung durch Kollegen & Vorgesetzte</i>	<i>25</i>
3.3.3	<i>Bedeutung der Arbeit</i>	<i>28</i>
3.3.4	<i>Bindung an die Einrichtung & den Beruf</i>	<i>29</i>
3.4	ARBEITSORGANISATION.....	32
3.4.1	<i>Aus-, Fort- und Weiterbildung.....</i>	<i>32</i>
3.4.2	<i>Organisation der Arbeitszeiten</i>	<i>34</i>
3.4.3	<i>Zufriedenheit mit der Schichtübergabe</i>	<i>38</i>
3.4.4	<i>Widersprüchliche Arbeitsanweisungen</i>	<i>39</i>
3.4.5	<i>Unzureichende oder verspätete Informationen</i>	<i>40</i>
3.4.6	<i>Fehlende Qualifikation</i>	<i>40</i>
3.4.7	<i>Pflegefremde Tätigkeiten</i>	<i>41</i>

3.5	ENDPUNKTE	42
3.5.1	<i>Zufriedenheit mit der Bezahlung.....</i>	<i>42</i>
3.5.2	<i>Arbeitszufriedenheit</i>	<i>43</i>
3.5.3	<i>Arbeitsfähigkeitsindex</i>	<i>44</i>
3.5.4	<i>Allgemeine Gesundheit.....</i>	<i>46</i>
3.5.5	<i>Burnout.....</i>	<i>46</i>
3.5.6	<i>Krankheitsbedingte Fehlzeiten</i>	<i>48</i>
3.5.7	<i>Konflikt zwischen Arbeit & Familie.....</i>	<i>49</i>
3.5.8	<i>Die Absicht, die Einrichtung zu verlassen.....</i>	<i>50</i>
4.	ZUSAMMENFASSUNG	53
5.	LITERATUR.....	56
6.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	57

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht stellt ausgewählte Ergebnisse der Basiserhebung der NEXT-Studie (nurses' early exit study) in Deutschland auf Ebene der einzelnen Einrichtungen und im Vergleich der Einrichtungstypen dar. Durch den ausführlichen Fragebogen der Basiserhebung (2002/2003) ist es möglich, eine Vielzahl von Themen abzubilden, die einen aktuellen Einblick in die Arbeitssituation von Pflegenden im Krankenhaus, in Alten-/Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege bieten. Dabei werden sowohl arbeitsorganisatorische und individuelle Aspekte, als auch physiologische und psychosoziale Gesundheitsfaktoren berücksichtigt (näheres siehe in Hasselhorn & Müller, 2004a).

Einblick in die Arbeitsbedingungen von Pflegenden

An der NEXT-Studie haben Krankenhäuser, Alten-/Pflegeheime und ambulante Pflegedienste teilgenommen, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Rahmenbedingungen nur bedingt miteinander verglichen werden können. Der vorliegende Bericht zeigt die Trends und Tendenzen der jeweiligen Einrichtungstypen und der Stichprobe insgesamt auf. Darüber hinaus werden teilweise die Ergebnisse einzelner Einrichtungen (anonymisiert) vergleichend dargestellt. Hintergrund dieser Darstellung ist die Veranschaulichung der deutlichen Differenzen zwischen den Einrichtungen. Dies bestätigt die Annahme, dass neben den Rahmenbedingungen die Einrichtungen selbst die Arbeitssituation des Pflegepersonals wesentlich beeinflussen.

Der Bericht besteht aus drei Abschnitten. Im ersten Teil (Kapitel 1 und 2) wird das Studiendesign der NEXT-Studie beschrieben. Im Hauptteil (Kapitel 3) werden die Analysen zu ausgewählten Aspekten im Detail dargestellt. Im dritten Teil (Kapitel 4) werden wesentliche Ergebnisse in einer Zusammenfassung präsentiert.

Die im Hauptteil aufgeführten Ergebnisse sind in fünf Abschnitten dargestellt. Diese Aufteilung orientiert sich teilweise am NEXT-Modell (Abb. 1.1). Demnach beeinflussen eine Vielzahl von Aspekten den Wunsch, die Pflege zu verlassen (Abschnitt 3.5). In Abweichung vom Modell werden aber auch weitere allgemeine Aspekte, wie Arbeitszufriedenheit, Arbeitsfähigkeit, allgemeine Gesundheit, Burnout oder krankheitsbedingte Fehlzeiten als Endpunkte definiert und dargestellt. Gemeinsamkeit dieser Endpunkte ist, dass sie letztendlich die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter beeinflussen und sich damit auch auf die Leistungsfähigkeit der Einrichtung auswirken.

Faktoren, die Einfluss auf die Endpunkte nehmen, lassen sich in Anlehnung an das NEXT-Modell in vier Teilbereiche untergliedern. In Abschnitt 3.1 werden individuelle Ressourcen und Faktoren wie *Alter* und *Geschlecht* dargestellt. Unter 3.2 werden *Arbeitsanforderungen* und die *Arbeitsexposition* zusammengefasst, 3.3 stellt *soziale Aspekte* der Zusammenarbeit dar und 3.4 beleuchtet eine Vielzahl von *arbeitsorganisatorischen Faktoren*.

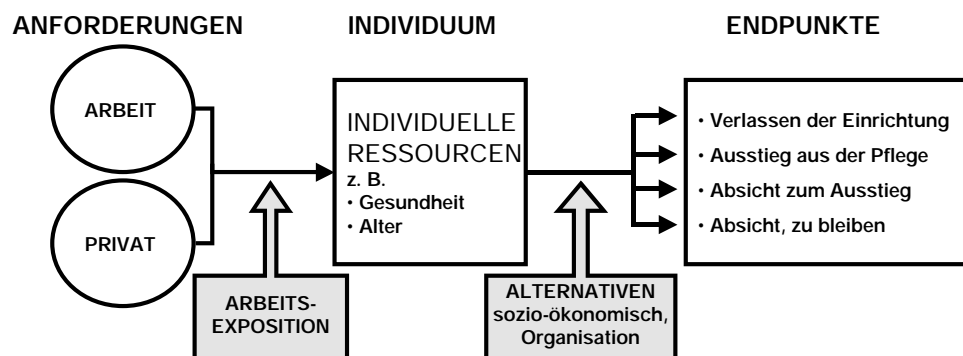


Abb. 1.1: Das NEXT-Studien-Modell

Der Bericht richtet sich an Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitswesen, Führungskräfte, Einrichtungsträger, Fachkräfte im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie an Interessierte in Bereichen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und allgemein an Personen mit Interesse für die Arbeitsbedingungen von Pflegepersonal. Um dieser breiten Interessensgruppe gerecht zu werden, wurde auf die detaillierte Darstellung der eingesetzten Analyseverfahren verzichtet. Im Literaturteil finden Verweise auf eine Reihe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Thematik, bei der die NEXT-Basiserhebung die Datengrundlage bildete.

Im Februar 2005 erschien das erste deutschsprachige NEXT-Buch, herausgegeben durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Weitere Analysen zu bestimmten Themen und aktuelle Ergebnisse und Veröffentlichungen finden sich in deutscher und englischer Sprache unter www.next-study.net.

**Mehr Informationen
unter**

www.next-study.net

2. Über die NEXT-Studie

Die NEXT-Studie (Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003b¹) untersucht in zehn europäischen Ländern die Arbeitssituation von Pflegepersonal und die Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg. Dem vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegepersonal kommt gesamtgesellschaftlich eine besondere Bedeutung zu, da auf Grund der demografischen Entwicklung eine Zunahme pflegebedürftiger Menschen erwartet und dadurch ein erhöhter Bedarf von Pflegepersonal angenommen wird. Neben der Rekrutierung von Nachwuchskräften im Pflegebereich ist die Förderung des Berufsverbleibs eine zentrale Strategie, den steigenden Bedarf an Pflege zu sichern (Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003a).

Über diese gesellschaftliche Problemstellung hinaus handelt es sich beim vorzeitigen Berufsausstieg jedoch auch um ein zentrales Problem für die betroffenen Gesundheitseinrichtungen. Der Weggang von Personal führt zu zusätzlichen Belastungen, wie die Anwerbung und Einarbeitung von neuem Personal, aber auch zu Verlust von Wissen. Dies kann mittelbar auch zu negativen Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen der verschiedenen Einrichtungen führen (Wells, Roberts & Medlin, 2002).

Die NEXT-Studie verwendet zur Identifizierung der Ursachen des vorzeitigen Berufsausstiegs ein Längsschnittdesign mit insgesamt vier Erhebungszeitpunkten (Abb. 2.1). Die Erhebungen erfolgten mittels standardisierter Fragebögen. Die Basisbefragung (BF1, 2002/03) richtete sich an alle Studienteilnehmer. Die erste Folgebefragung (FB) befragte die Pflegenden, die ihre Einrichtung in den zwölf Monaten nach der Basisbefragung verlassen haben. Die zweite Basisbefragung (BF12, 2003/04) wandte sich nach ca. 12 Monaten an alle Teilnehmer, die in ihren Einrichtungen verblieben sind. Die abschließende Befragung (FB12) richtete sich erneut an die Berufsaussteiger.

Demografische Entwicklung führt zu zusätzlichem Personalbedarf

Personalwechsel führt zu Belastungen von Unternehmen

Längsschnittstudie mit standardisierten Instrumenten

¹ Eine deutsche Übersetzung ist im Frühjahr 2005 in der Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit dem Titel: „Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa“ erschienen.

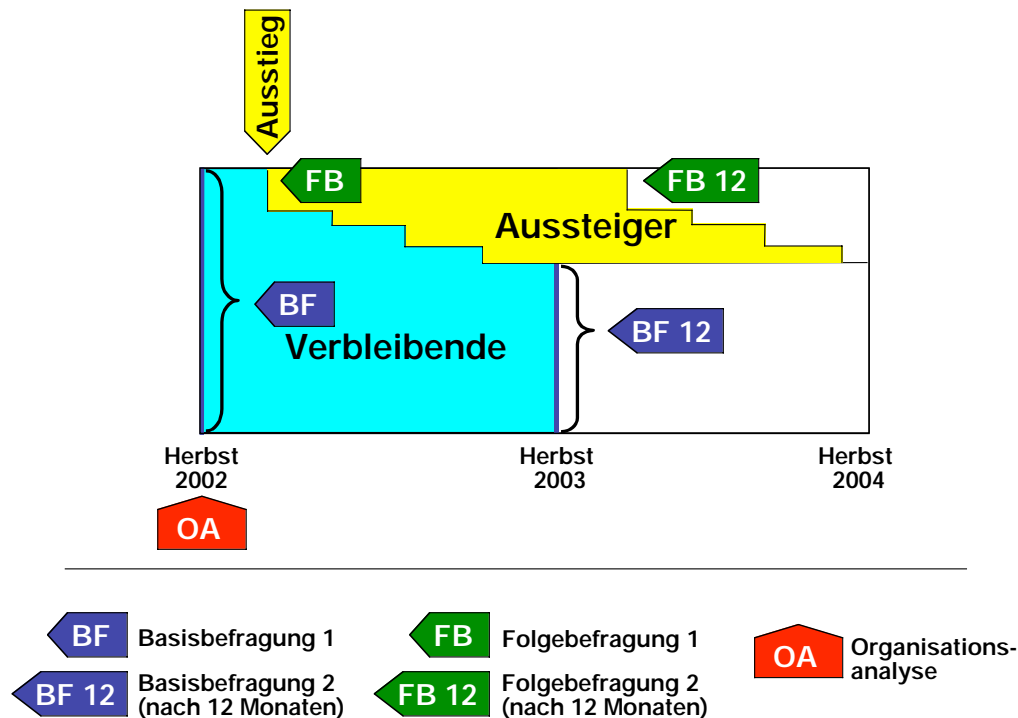


Abb. 2.1: Design der NEXT-Studie

Insgesamt haben fast 40.000 Pflegende in Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Norwegen, den Niederlanden, Polen, Norwegen und der Slowakei an der Basiserhebung teilgenommen (Tab. 2.1).

Fast 40.000 Pflegende haben sich an NEXT beteiligt

Land	ausgesendete Fragebögen	erhaltene Fragebögen	Rücklaufquote (%)
Belgien	7.049	4.257	60,4
Deutschland	6.484	3.565	55,0
Frankreich	13.017	5.376	41,3
Finnland	5.161	3.970	76,9
England	7.962	2.578	34,2
Italien	7.447	5.645	75,8
Niederlande	9.309	4.024	43,2
Norwegen	7.779	2.733	35,0
Polen	7.091	4.354	61,4
Slowakei	6.382	3.396	53,2
Gesamt	77.681	39.898	

Tab. 2.1: Beteiligung an der NEXT-Studie in Europa

Dieser Bericht fasst die Ergebnisse der deutschen Basiserhebung für alle 75 Einrichtungen, die zwischen November 2002 und Mai 2003 an der NEXT-Studie teilgenommen haben, zusammen.

75 Einrichtungen sind in Deutschland beteiligt

3. Auswertung

3.1 Grundlegende Daten

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Eckdaten der Basisbefragung der NEXT-Studie in Deutschland dargestellt. Sie bilden den Rahmen für die nachfolgenden Auswertungen.

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS 11.02. Die verwendeten statistischen Testverfahren, wie auch das Signifikanzniveau, werden in den jeweiligen Auswertungen angegeben.

Zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer wurden keine Analysen zu Gruppen mit einer Anzahl von $n < 10$ berichtet. Ebenso wurden im Bereich der Alten-/Pflegeheime und der ambulanten Pflegedienste keine Einrichtungen mit einem Rücklauf kleiner 50% in die vergleichenden Betrachtungen eingeschlossen.

3.1.1 Stichprobe

An der Basisbefragung der NEXT-Studie beteiligten sich 16 Krankenhäuser, 29 Alten-/Pflegeheime und 30 ambulante Pflegedienste in 13 Bundesländern. Insgesamt wurden 6.484 Pflegende angeschrieben und 3.565 sendeten den Fragebogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 55%. Tabelle 3.1 zeigt die Stichprobengröße und Rücklaufquote differenziert nach Einrichtungsarten. 75% der in der Basiserhebung Befragten arbeiten demnach in Krankenhäusern, 15% in Alten-/Pflegeheimen und 10% im ambulanten Bereich.

**Rücklaufquote
von 55%**

	Anzahl je Einrichtungs- typ	Summe angeschriebenes Personal	Summe geantwortet	Rücklauf- quote je Einrichtungs- typ
Lehrkrankenhaus	4	2200	1368	62,2%
Krankenhaus > 400 Betten	3	648	269	41,5%
Krankenhaus < 400 Betten	9	1775	1035	58,3%
Alten- und Pflegeheim	29	1206	531	44,0%
Ambulante Pflegedienste	30	655	354	54,0%
nicht zuzuordnen			8	-
Summe	75	6484	3565	55,0%

Tab. 3.1: Rücklaufquoten der Basisbefragung nach Einrichtungstypen

3.1.2 Altersverteilung

Die Altersverteilung der gesamten Stichprobe wird in Abbildung 3.1 dargestellt. Die Werte sind annähernd normalverteilt. Das Durchschnittsalter liegt bei 39,2 Jahren ($n=3.537$) und damit geringfügig unter dem Gesamtdurchschnitt der erwerbstätigen Bevölkerung von 40,8 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2004b). Der hohe Frauenanteil der NEXT-Stichprobe und der zeitliche Unterschied der beiden Studien geben eine mögliche Begründung für diese Differenz, da die Daten der Basiserhebung der NEXT-Studie 2002 und der Mikrozensus 2003 erhoben wurden.

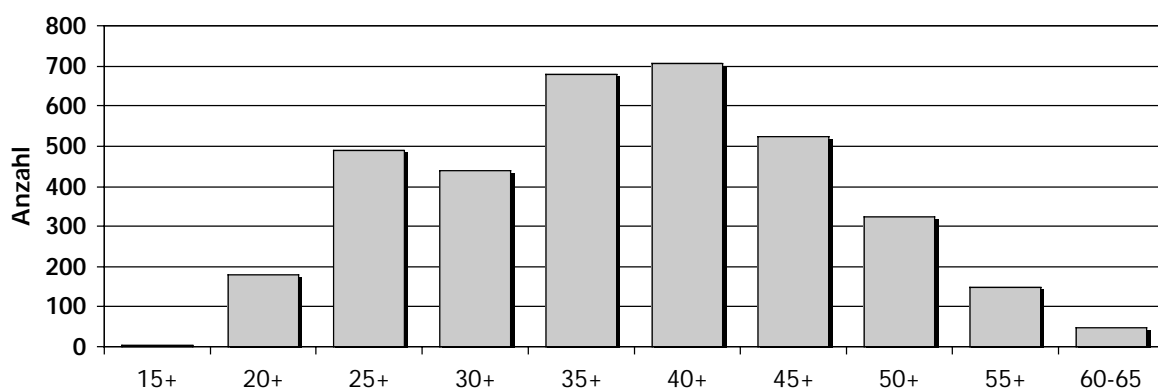


Abb. 3.1: Altersverteilung ($n=3.565$)

Bei genauem Blick auf Erwerbstätigkeit und Alter zeigt sich: Ältere Beschäftigte sind in der Pflege weniger oft vertreten als bei den übrigen Erwerbstätigen. Laut Mikrozensus waren im Jahr 2002 nur 6,2% der Erwerbstätigen in der Pflege (examiniertes Personal) 55 und mehr Jahre alt. Im Vergleich dazu lag der Anteil in der Altersgruppe 55+ in der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung bei 11,1% (der Vergleichbarkeit halber nur Frauen berücksichtigt, Daten aus dem Mikrozensus, Statistisches Bundesamt 2004). In der Stichprobe der NEXT-Studie liegt der entsprechende Anteil mit 4,3% darunter ($n=2.283$, nur Frauen und examiniertes Personal berücksichtigt).

Vergleicht man die unterschiedlichen Einrichtungstypen untereinander (Abb. 3.2), so ist der Anteil der Altersgruppe 50+ in der Stichprobe in den Alten-/Pflegeheimen (AH) mit ca. 25% größer als in den ambulanten Diensten (ambD) mit 20% und den Krankenhäusern (KH) mit 12%. Auch im Vergleich der Mittelwerte zeigt sich in den Alten-/Pflegeheimen das höchste Durchschnittsalter (42,6 Jahre) vor den ambulanten Diensten (41,6 Jahre) und den Krankenhäusern (38,3 Jahre).

**Höheres
Durchschnittsalter:
Alten-/Pflegeheime vor
ambulanten Diensten
und Krankenhäusern**

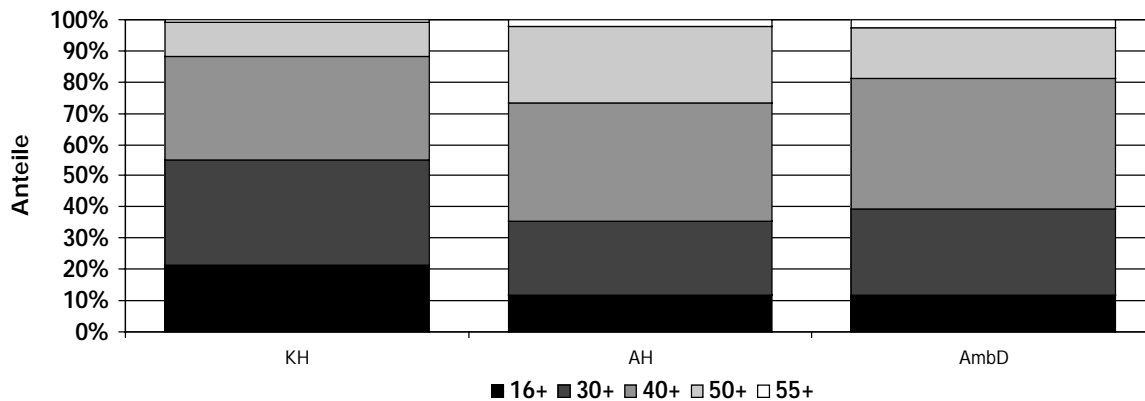


Abb. 3.2: Altersverteilung nach Einrichtungsarten ($n_{\text{ges}}=3.565$; $n_{\text{Krankenhaus}}=2.650$; $n_{\text{Altenheim/Pflegeheim}}=526$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=353$)

Ein guter „Altersmix“ wird als günstig für ein Unternehmen angesehen. Das heißt, dass auch ältere Kollegen und Kolleginnen in den Arbeitsteams vertreten sein sollten. Ältere haben meist mehr Erfahrung und gelten als zuverlässiger bei der Arbeit. Unsere NEXT-Ergebnisse (Abb. 3.3) bestätigen Bekanntes: für Ältere hat Arbeit mehr Bedeutung, sie fühlen sich ihrem Beruf und v.a. ihrer Einrichtung mehr verpflichtet (im Sinne von Commitment). Darüber hinaus sind sie meist zufriedener mit der Arbeit (nur schwach ausgeprägt, aber signifikant).

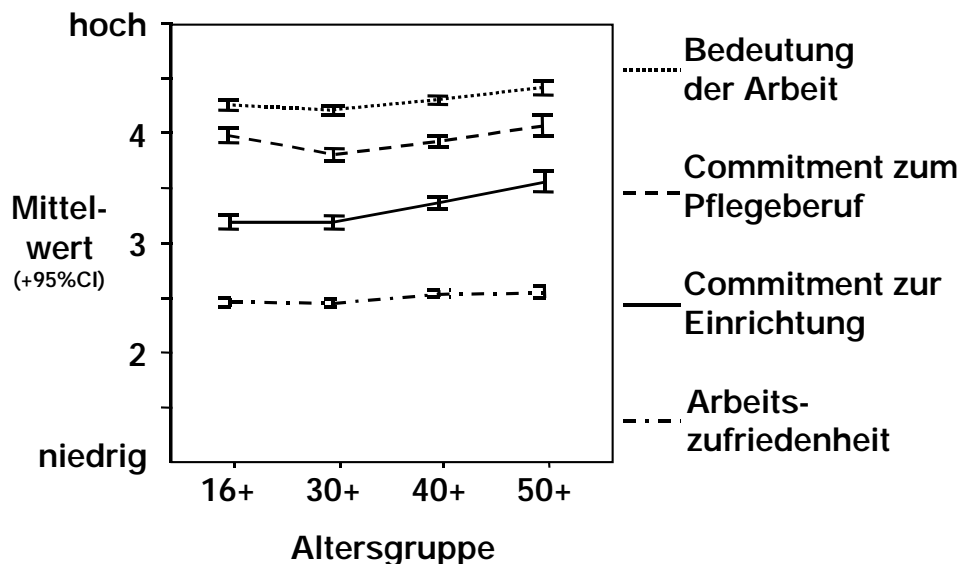


Abb. 3.3: Altersabhängigkeit verschiedener Aspekte bei examiniertem Pflegepersonal in Deutschland ($n=3.082$)

Die Beziehung zwischen dem Alter und weiteren einzelnen Faktoren (z.B. Absicht, den Beruf zu verlassen) wird in den jeweiligen Abschnitten dargestellt und besprochen.

3.1.3 Geschlechterverteilung

Der Anteil der Männer in der Gesamtstichprobe beträgt 16,5% (n=3.547) und liegt erwartungsgemäß deutlich unter dem der Frauen. Vergleicht man die NEXT-Stichprobe mit den Angaben des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2004a) und berücksichtigt ausschließlich examiniertes Krankenpflegepersonal (inkl. Hebammen ohne Altenpflege oder Helfer), so liegt der Anteil der Männer in der NEXT-Stichprobe mit 17,5% höher als vom statistischen Bundesamt mit 14,6% angegeben. In Bezug auf examiniertes Altenpflegepersonal liegen die Anteile der Männer näher beieinander: in NEXT liegt ihr Anteil bei 14,3% im Vergleich zu 14,6%. Eine deutliche Abweichung besteht hinsichtlich der Krankenpflegehelfer. Der Anteil der männliche Krankenpflegehelfer liegt in der NEXT-Stichprobe bei 9,9% im Gegensatz zu 25,8% nach Angaben des statistischen Bundesamts.

Im Vergleich der Einrichtungstypen ist der Anteil der Männer im Krankenhaus (18,5%) vor Alten-/Pflegeheimen (10,9%) und ambulanten Diensten (9,3%) am größten. Tabelle 3.2 zeigt die Verteilung nach Geschlecht und Qualifikation in der Stichprobe.

In der Betrachtung der einzelnen Fachbereiche war der Anteil der Männer auf Intensivstationen mit 24,5% (n_{Intensiv}=802) und in der Psychiatrie mit 30% (n_{Psychiatrie}=220) in der gegebenen Stichprobe überdurchschnittlich hoch. Auch in der Gruppe der Pflegenden in Leitungspositionen war der Anteil der Männer mit 26,2% überproportional zur Gesamtstichprobe.

Qualifikation	Frauen		Männer	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Keine Ausbildung	88	88,9	10	11,1
Krankenpflegehelfer	128	90,1	14	9,9
Krankenpflege	1538	83,1	312	16,9
Krankenpflege + Fachweiterbildung	466	72,8	174	27,2
Altenpflegehelfer	93	91,2	9	8,8
Altenpflege	246	85,7	41	14,3
Kinderkrankenpflege	285	99,3	2	0,7
Andere	71	89,9	8	10,1
Summe	2.963	83,5	584	16,5

Tab. 3.2: Anteile von Männer und Frauen nach Qualifikation (n=3547)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Geschlechterverteilung in der NEXT-Stichprobe in Bezug auf die Ausbildung im Bereich der Altenpflege und der Krankenpflege mit den Angaben des statistischen Bundesamts in etwa vergleichbar ist. Auch im Verhältnis zu anderen Untersuchungen (Berger, Nolting & Grenz, 2003; Roth, 2001) liegen die Anteile auf vergleichbarem Niveau.

3.2 Arbeitsexposition & Anforderungen am Arbeitsplatz

Der unter Arbeitsexposition und Anforderungen am Arbeitsplatz zusammengefasste Bereich berücksichtigt folgende Themen:

- physikalische Exposition (z.B. Gefährdung durch Gefahrstoffe)
- psychische und körperliche Arbeitsanforderungen
- Entwicklungsmöglichkeiten
- Einfluss bei der Arbeit

3.2.1 Physikalische Exposition

Unter *physikalischer Exposition* werden Belastungen durch Infektionsgefährdungen, Lärm, gefährliche Stoffe und extreme Temperaturen verstanden. In der NEXT-Studie wurden alle genannten Themenbereiche mit der folgenden Frage angesprochen: *Welche der folgenden Belastungen treten in Ihrer Arbeitsumgebung auf, und wie beurteilen Sie die Stärke der Belastungen?* Die Antwortmöglichkeiten reichten dabei von „sehr belastend“ bis „nicht belastend“ bzw. „nicht zutreffend“ und spiegeln die eigene Einschätzung der Befragten wider.

Infektionsgefährdung

Pflegepersonal ist verschiedenen *Infektionsrisiken* ausgesetzt. Durch den regelmäßigen Umgang mit Körperflüssigkeiten und die Gefährdung durch Nadelstichverletzungen besteht das potentielle Risiko der Infizierung mit Krankheitserregern wie HIV oder Hepatitis C. Zur psychischen Belastung des Pflegepersonals trägt nicht nur das tatsächliche Risiko bei, sondern darüber hinaus die wahrgenommene Gefährdung.

Im Krankhausbereich ist der Anteil der durch Infektionsgefährdung belasteten Personen mit 53% vor Pflegeheimen (37%) und ambulanten Diensten (33%) am größten (nicht dargestellt). Verschiedene Ursachen kommen als Erklärungen für diese Unterschiede in Frage. Ein wesentlicher Aspekt sind die unterschiedlichen Arbeits-

Über 70% der Pflegenden auf Intensivstationen fühlen sich durch Infektionsgefährdung belastet

felder in der Akutversorgung im Krankenhaus und der Langzeitversorgung in Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten. Abbildung 3.4 differenziert den Krankenhaussektor in drei Fachbereiche: Intensiv, Normalstation und Psychiatrie. Unter *Normalstation* werden hier alle somatischen Abteilungen (ohne Funktionsabteilungen) zusammengefasst. Insbesondere in der Akutversorgung wird eine besondere Belastung durch Infektionserreger empfunden. Ist es in der ambulanten und stationären Altenversorgung etwa jeder Dritte, der sich durch Infektionsgefährdung belastet fühlt, steigt dieser Anteil auf über 70% im Intensivbereich.

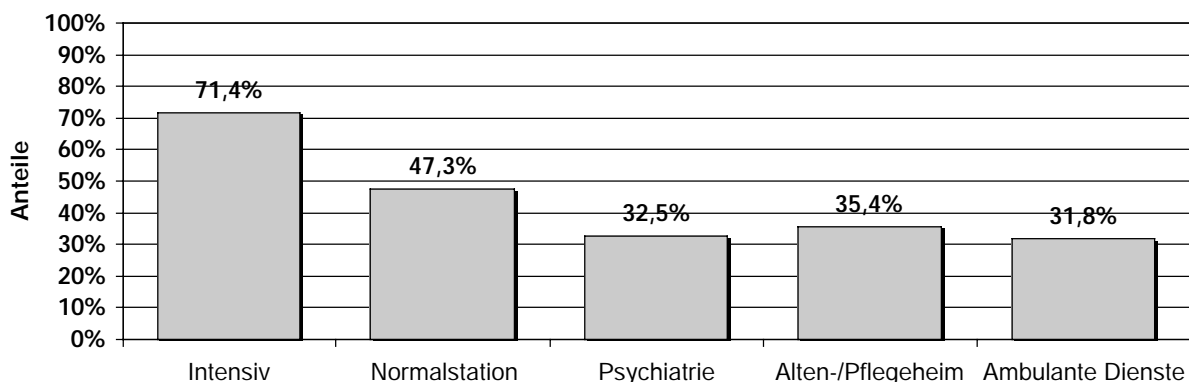


Abb. 3.4: Anteile der nach eigener Einschätzung durch Infektionsgefährdung „sehr“ oder „ziemlich“ Belasteten nach Fachbereichen ($n_{\text{ges}}=2.957$; $n_{\text{Intensiv}}=811$; $n_{\text{Normalstation}}=1189$; $n_{\text{Psychiatrie}}=194$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=452$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=311$)

Lärm

Lärm gilt als Umgebungsbelastung und wirkt sich im Pflegebereich weniger im Sinne einer Schädigung des Hörapparates durch hohe Lärmpegel aus sondern primär als Belästigung durch dauerhafte Geräusche und Unruhe (BGW & DAK, 2000).

Im Intensivbereich ist auch die wahrgenommene Belastung durch Lärm am größten: Deutlich mehr als die Hälfte der Pflegenden (61%) fühlt sich „sehr“ oder „ziemlich“ durch Lärm belastet (Abb. 3.5). Darüber hinaus scheint Lärm eher im stationären Bereich (Krankenhaus und Alten-/Pflegeheim) als im ambulanten Bereich belastend erlebt zu werden: Etwa jeder Dritte im stationären Bereich und nur jeder Sechste im ambulanten Bereich äußerten, sich durch Lärm belastet zu fühlen. Damit liegen die Anteile über den Ergebnissen anderer Untersuchungen (Berger, Nolting & Grenz, 2003; BGW & DAK, 2000), die ebenfalls Lärm als Umgebungsbelastung erfasst haben.

Lärm: 60% auf Intensivstationen fühlen sich belastet

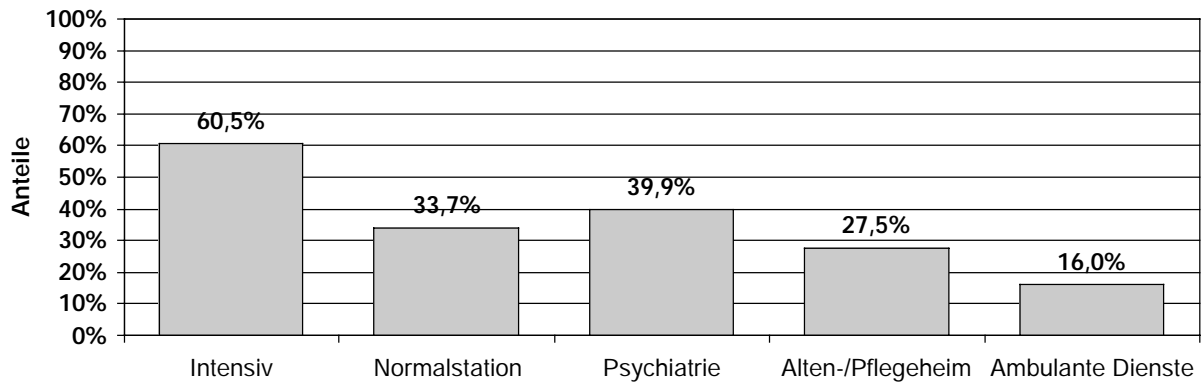


Abb. 3.5: Anteile der nach eigener Einschätzung durch Lärm „sehr“ oder „ziemlich“ Belasteten nach Fachbereichen ($n_{\text{ges}}=2.527$; $n_{\text{Intensiv}}=768$; $n_{\text{Normalstation}}=1011$; $n_{\text{Psychiatrie}}=178$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=364$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=206$)

Unangenehme Temperaturen

In der ambulanten Pflege fühlt sich jede zweite Pflegekraft durch *Hitze und/oder Kälte* als „ziemlich“ bzw. „sehr“ belastet (Abb. 3.6). Anzunehmen ist, dass durch die verschiedenen Einsatzorte die Witterung zu dieser Belastung beiträgt.

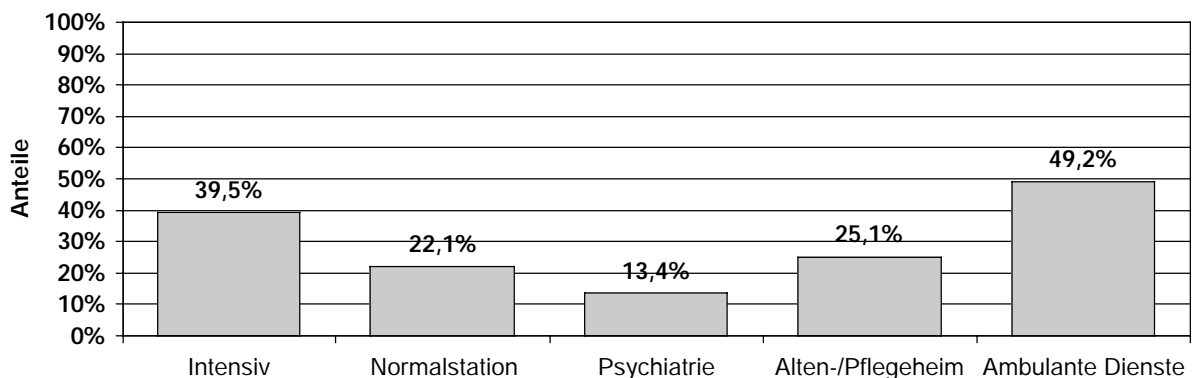


Abb. 3.6: Anteile der nach eigener Einschätzung durch unangenehme Temperaturen „sehr“ oder „ziemlich“ Belasteten nach Fachbereichen ($n_{\text{ges}}=2.223$; $n_{\text{Intensiv}}=679$; $n_{\text{Normalstation}}=840$; $n_{\text{Psychiatrie}}=119$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=327$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=258$)

Gefährliche Stoffe

Bei der Belastung durch *gefährliche Stoffe* handelt es sich üblicherweise um Desinfektions- und Reinigungsmittel oder auch Chemotherapeutika. Dies spiegelt sich auch in den Anteilen der Belasteten wider (Abb. 3.7): Vor allem im Intensivbereich und auf den Normalstationen wie Chirurgie, Innere Medizin oder Gynäkologie spielen hier die Belastungen eine Rolle. In den Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten werden die Belastungen hinsichtlich gefährlicher Stoffe durch die Pflegenden geringer eingeschätzt.

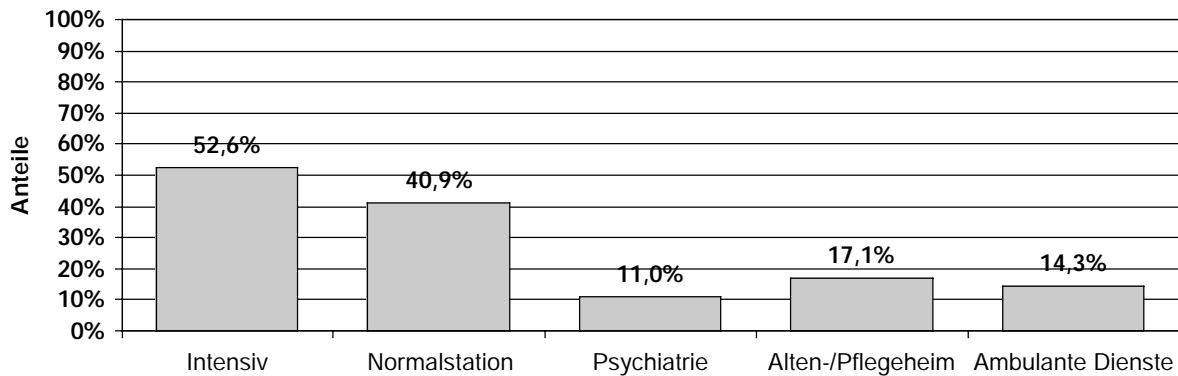


Abb. 3.7: Anteile der nach eigener Einschätzung durch gefährliche Stoffe „sehr“ oder „ziemlich“ Belasteten nach Fachbereichen ($n_{\text{ges}}=2.742$; $n_{\text{Intensiv}}=781$; $n_{\text{Normalstation}}=1.149$; $n_{\text{Psychiatrie}}=155$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=420$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=237$)

3.2.2 Psychische und körperliche Arbeitsanforderungen

Arbeitsanforderungen wurden früher in nur einer Skala zusammengefasst. In den letzten Jahren ist man hiervon abgerückt und versucht, die Anforderungen differenzierter zu betrachten.

Die NEXT-Studie unterscheidet zwischen:

- quantitativen Anforderungen,
- körperlichen Anforderungen und
- emotionalen Anforderungen,

die verschiedene Aspekte beschreiben und bei einzelnen Mitarbeitern unterschiedlich stark ausgeprägt sind.

Die Stressforschung hat gezeigt, dass gerade die *Kombination* von hohen psychischen Anforderungen und hohen körperlichen Anforderungen mit einem höheren Risiko für Gesundheitsstörungen verbunden sind, z.B. für Wirbelsäulenbeschwerden.

Quantitative Anforderungen

Unter *quantitativen Anforderungen* wird die anfallende Arbeitsmenge während der Arbeitszeit verstanden. Die in der NEXT-Studie verwendeten fünf Fragen lauten:

- *Wie häufig fehlt Ihnen Zeit, alle Ihre Aufgaben zu vollenden?*
- *Können Sie Pausen machen, wann Sie wollen?*
- *Müssen Sie sehr schnell arbeiten?*
- *Ist Ihr Arbeitsaufkommen ungleich verteilt, so dass sich Dinge anhäufen?*
- *Haben Sie genug Zeit, um mit den Patienten zu reden?*

Die Antwortmöglichkeiten reichen von „nie/fast nie“ bis „immer“. Je höher der erreichte Wert, umso höher sind die quantitativen Anforderungen. Die Skala reicht von 0 bis 100 Punkte; je höher der Punktwert umso höher die quantitativen Anforderungen.

Die quantitativen Arbeitsanforderungen liegen in den verschiedenen Fachbereichen zwischen dem Mittelwert 49 in der Psychiatrie und 65 im stationären Altenpflegebereich (Abb 3.8). Vergleicht man die gegebenen drei Institutionstypen (nicht dargestellt) so verschieben sich diese Verhältnisse in der NEXT-Stichprobe grundsätzlich nicht: in der stationären Altenpflege sind die quantitativen Anforderungen (65) vor Krankenhäusern (61) und ambulanten Diensten (55) am höchsten.

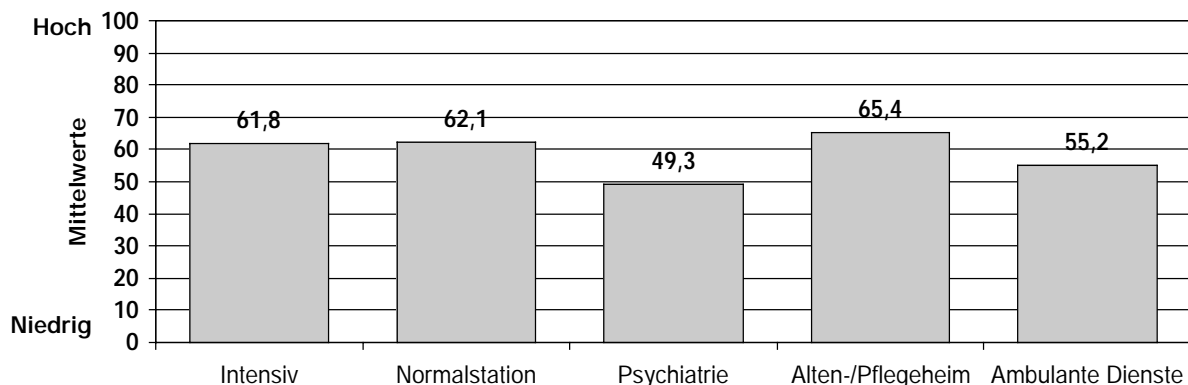


Abb. 3.8: Mittelwerte für quantitative Arbeitsanforderungen nach Fachbereichen ($n_{ges}=3.134$; $n_{Intensiv}=816$; $n_{Normalstation}=1.225$; $n_{Psychiatrie}=219$; $n_{Alten-/Pflegeheim}=522$; $n_{Ambulante\ Dienste}=352$)

Quantitative Arbeitsanforderungen haben sich in verschiedenen Zusammenhängen als ein wichtiger Aspekt in der NEXT-Studie herausgestellt. Dies gilt insbesondere für Deutschland. In keinem anderen Teilnehmerland finden sich so hohe Werte wie hierzulande. Vermutlich ist dies auch Ausdruck der gegenwärtigen Sparmaßnahmen im Gesundheitsdienst.

In Deutschland sind die quantitativen Anforderungen am höchsten

Weitere Analysen zeigen, dass Personen mit sehr hohen *quantitativen Arbeitsanforderungen* eher ausgebrannt sind, mehr Fehltag aufweisen und eher den Pflegeberuf verlassen möchten als Kollegen mit mittleren oder niedrigen Anforderungen. Neben dem Arbeit/Familie-Konflikt und den Entwicklungsmöglichkeiten gibt es keinen weiteren im Rahmen der NEXT-Studie untersuchten Aspekt, der derart deutlich mit dem Wunsch nach Berufsaufstieg verbunden ist.

Körperliche Anforderungen

Körperliche Anforderungen sind in der Pflege bekanntlich hoch und oft verantwortlich für Beschwerden im Bewegungsapparat.

In NEXT wurden die körperlichen Arbeitsanforderungen mit einem eigens entwickelten Fragenkatalog zu *Heben und Tragen* untersucht (Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003b). Acht Fragen zur Häufigkeit folgender Tätigkeiten wurden dabei an die Pflegenden gerichtet:

- *Betten und Lagern von Patienten*
- *Umsetzen, Umlagern oder Tragen von Patienten*
- *Anheben von Patienten im Bett ohne Hilfsmittel*
- *Patienten mobilisieren*
- *Patienten einkleiden*
- *Hilfe bei der Nahrungsaufnahme*
- *Bettenmachen*
- *Schieben von Patientenbetten, Essens- oder Wäschewagen*

Die Antwortmöglichkeiten reichten von „0-1 Mal täglich“, „2-5 Mal täglich“, „6-10 Mal täglich“ bis zu „mehr als 10 Mal täglich“. Je höher der Wert, desto höher die körperliche Anforderung. Die Antworten wurden addiert und auf mögliche Werte von: 0 (keine körperliche Belastung) bis 100 (extreme körperliche Belastung) umgerechnet.

Die körperlichen Arbeitsanforderungen waren vor allem in der stationären Altenpflege (49,7) und auf den Normalstationen (40,6) ausgeprägt. Alle anderen Bereiche zeigten ein deutlich geringeres Niveau körperlicher Belastung (Abb. 3.9).

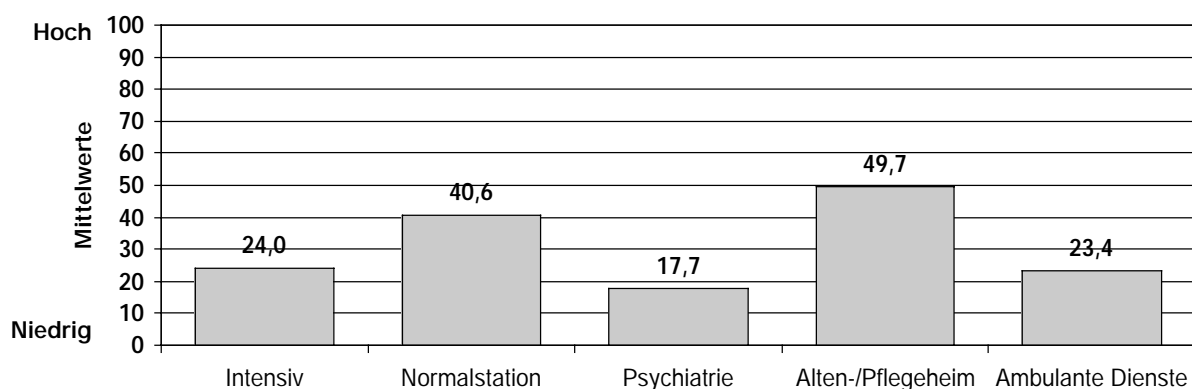


Abb. 3.9: Mittelwerte für Heben und Tragen nach Fachbereichen ($n_{ges}=3.097$; $n_{Intensiv}=795$; $n_{Normalstation}=1.216$; $n_{Psychiatrie}=218$; $n_{Alten-/Pflegeheim}=522$; $n_{Ambulante\ Dienste}=346$)

Im Bereich der Normalstation berichteten vor allem Pflegende aus der Chirurgie hohe Belastungen für Heben und Tragen. Abbildung 3.10 verdeutlicht die Unterschiede von Pflegenden in der Chirurgie zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Die Unterschiede sind erheblich: die Spanne der Mittelwerte reicht von 32 bis 57. Daraus lässt sich folgern, dass einerseits die jeweilige Fachrichtung und andererseits die gegebenen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen die körperliche Belastung beeinflussen. Welche Rahmenbedingungen dies sind, lässt sich nur vermuten, anzunehmen ist jedoch, dass Personalbesetzung und Hebehilfsmittel hier eine Rolle spielen.

**Körperliche Anforderungen:
Alten-/Pflegeheime
und Normalstationen
am stärksten belastet**

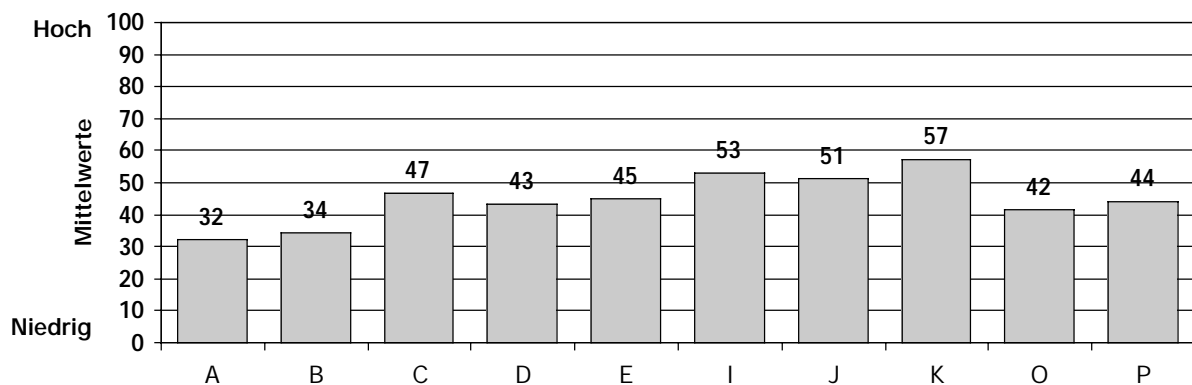


Abb. 3.10: Mittelwerte für Heben und Tragen in zehn Krankenhäusern: Pflegepersonal mit chirurgischem Schwerpunkt (n=463)

Im Alten-/Pflegeheimbereich lagen die Mittelwerte der Einrichtungen für Heben und Tragen zwischen 37 und 58 Mittelwertpunkten und damit auch auf Institutionslevel auf höherem Niveau als im Intensiv-, Psychiatrie- oder ambulanten Bereich (nicht dargestellt).

In Bezug auf die körperlichen Anforderungen durch Heben und Tragen sind die Verwendung und das Vorhandensein von technischen Hebehilfen von Interesse. Die NEXT-Studie befragte die Pflegenden sowohl nach der Verfügbarkeit als auch nach der Benutzung dieser Hilfsmittel (Abb. 3.11).

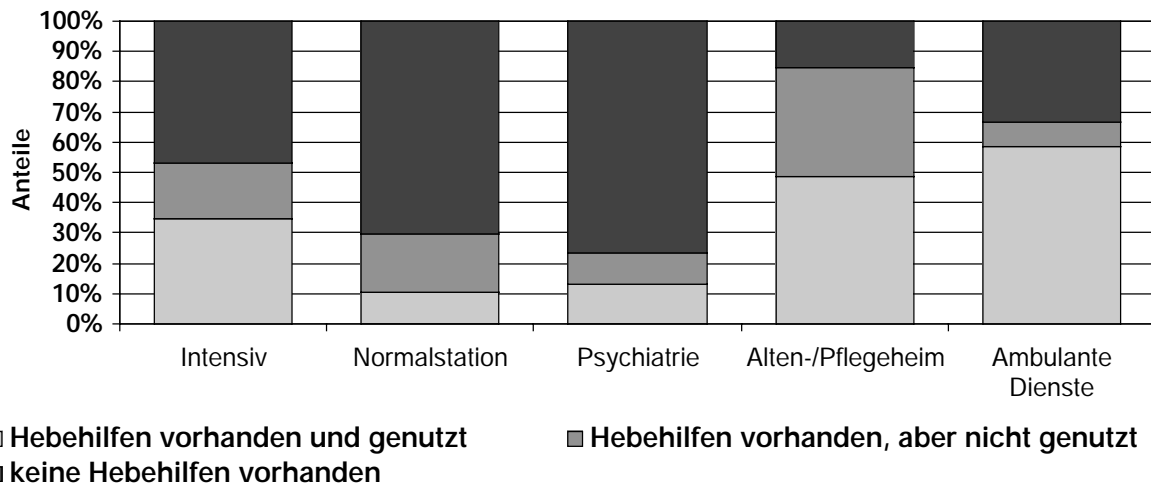


Abb. 3.11: Anteile Verfügbarkeit und Nutzung technischer Hebehilfen nach Fachbereich ($n_{\text{ges}}=3.066$; $n_{\text{Intensiv}}=793$; $n_{\text{Normalstation}}=1.207$; $n_{\text{Psychiatrie}}=211$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=518$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=337$)

Hinsichtlich der Verfügbarkeit der technischen Hebehilfen fällt auf, dass in der stationären Altenpflege 15% der Pflegenden keine technischen Hebehilfen zur Verfügung haben. Dies nimmt sich im Vergleich zu den anderen Fachbereichen wenig aus, ist jedoch angesichts der dort auftretenden hohen körperlichen Belastungen bedenklich. Zudem benutzen in diesem Bereich lediglich 49% der Befragten ihre Hebehilfen. Offensichtlich bleibt hier Potential zum rückschonenden Arbeiten ungenutzt.

Ebenfalls bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Situation der Normalstationen im Krankenhaus. Die in Abbildung 3.9 dargestellten Zahlen weisen die Normalstationen als zweiten durch Heben und Tragen belasteten Bereich aus. Umso erstaunlicher ist der hohe Anteil (71%) derjenigen, die keine Hebehilfen zur Verfügung haben (Abb. 3.11). Nur etwa jede zehnte Pflegekraft auf Normalstation hat Hebehilfen zur Verfügung und benutzt diese.

Trotz hoher Anforderungen: nur 10% des Personals auf Normalstation nutzen Hebehilfen

Emotionale Anforderungen

Emotionale Anforderung wurde mittels vier Fragen untersucht, die speziell für Mitarbeiter in Pflegeberufen von de Jonge (1999) entwickelt wurden.

Die Teilnehmer wurden gebeten anzugeben, wie oft sie mit

- *Tod,*
- *Krankheit, oder anderen menschlichen Leiden,*
- *aggressiven Patienten oder*
- *unfreundlichen Patienten*

konfrontiert werden. Die Antwortmöglichkeiten reichten

dabei von „nie“, „selten“ und „manchmal“ bis „oft“ und „immer“. Ein Wert von 100 beschreibt dabei die maximale emotionale Anforderung. Die vier verwendeten Fragen wurden zu zwei Faktoren zusammengefasst: Umgang mit Tod, Krankheit und Leiden einerseits und Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten andererseits.

Hierbei ist zu beachten, dass nur danach gefragt wurde, *wie oft* die Teilnehmer solchen emotional belastenden Situationen ausgesetzt waren, nicht, *wie sehr* sie sich hierdurch emotional belastet fühlten.

Der Umgang mit Tod, Krankheit und Leiden ist am häufigsten in der stationären Altenpflege (79,1), dem Intensivbereich (75,7) und in der ambulanten Pflege (74,2) vorzufinden (Abb. 3.12). Anders ausgedrückt bedeutet das, dass in der stationären Altenpflege 45% der Befragten angeben, bei der Arbeit *immer* mit Tod, Krankheit und Leiden konfrontiert zu sein. Auf Normalstation liegt dieser Anteil bei 29% und in der Psychiatrie nur bei 10%.

Emotionale Anforderungen: In Alten-/Pflegeheimen am stärksten ausgeprägt

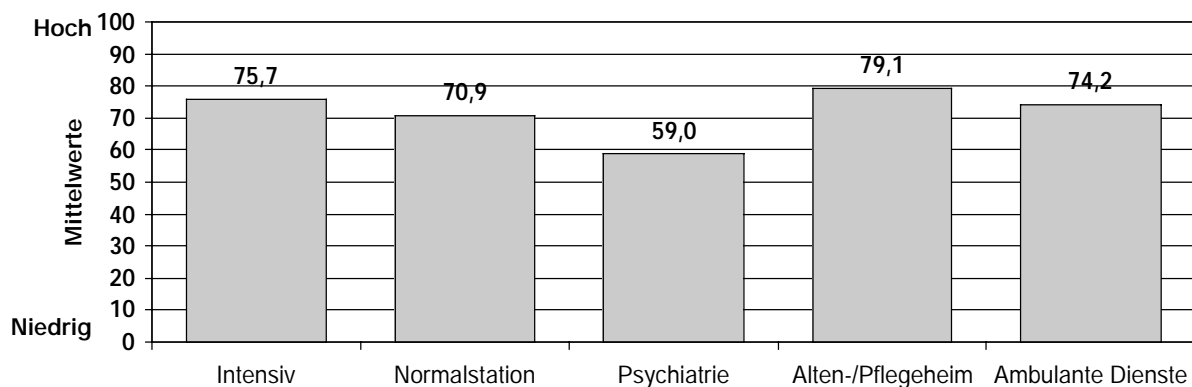


Abb. 3.12: Belastung durch Konfrontation mit Tod, Krankheit und Leiden nach Fachbereich ($n_{ges}=3.105$; $n_{Intensiv}=810$; $n_{Normalstation}=1.214$; $n_{Psychiatrie}=209$; $n_{Alten-/Pflegeheim}=523$; $n_{Ambulante\ Dienste}=349$)

Die Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten ist vor allem in der Psychiatrie (70,3) und in Alten- und Pflegeheimen (69,1) von Bedeutung (Abb. 3.13). Betrachtet man die Anteile derjenigen, die sich *immer* mit solchen Patienten konfrontiert sehen, sind es in Alten-/Pflegeheimen jede vierte (26%) und in der Psychiatrie jede fünfte (21%) Pflegekraft (nicht dargestellt).

Aggressive und unfreundliche Patienten: Alten-/Pflegeheime und Psychiatrie am stärksten betroffen

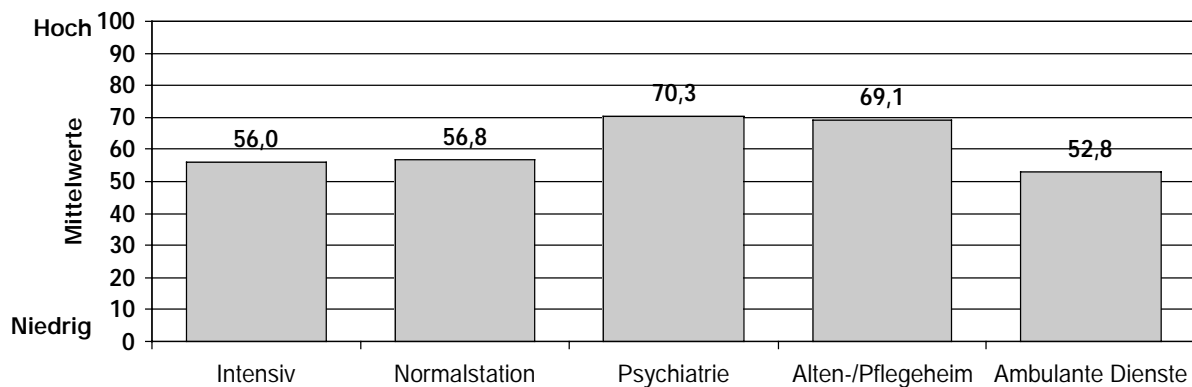


Abb. 3.13: Belastung durch Konfrontation mit aggressiven und unfreundlichen Patienten nach Fachbereich ($n_{\text{ges}}=3.117$; $n_{\text{Intensiv}}=806$; $n_{\text{Normalstation}}=1.218$; $n_{\text{Psychiatrie}}=217$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=523$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=353$)

In NEXT sind hohe emotionale Belastungen (alle unter 3.2.3 genannten Aspekte zusammengefasst) deutlich mit dem Risiko für Burnout verknüpft. Personen mit Werten über 75 haben gegenüber Kollegen mit Werten von 0 bis 50 das doppelte Risiko, auszubrennen. Vor allem der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten hat hier einen besonders hohen Einfluss.

3.2.3 Entwicklungsmöglichkeiten

Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit sind zentrale Aspekte der Arbeitsbedingungen. Letztendlich spiegeln die Entwicklungsmöglichkeiten Informationen über Personalführung und -entwicklung in den Einrichtungen wider.

Die Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten durch die Pflegenden wird in NEXT durch vier Fragen erfasst:

- *Erfordert Ihre Arbeit Eigeninitiative?*
- *Haben Sie durch Ihre Arbeit die Möglichkeit, etwas Neues zu lernen?*
- *Können Sie Ihre Fähigkeiten oder Sachkenntnisse bei Ihrer Arbeit einsetzen?*
- *Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?*

Die Antwortmöglichkeiten reichen in fünf Abstufungen von „in sehr geringem Maß“ bis zu „in großem Maß“. Der maximale Wert (höchste Entwicklungsmöglichkeiten) liegt bei 100 Punkten.

Zwischen den unterschiedlichen Fachbereichen finden sich nur geringe Unterschiede in Bezug auf die Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit (Abb. 3.14). Psychiatrie, Intensivbereich und ambulante Dienste liegen ungefähr auf etwa gleich hohem Niveau, darunter Normalstationen und Alten- und Pflegeheime.

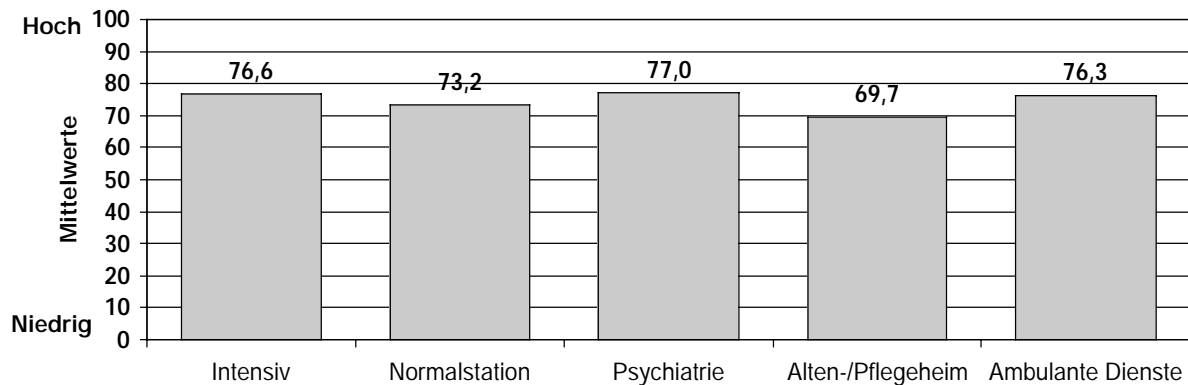


Abb. 3.14: Entwicklungsmöglichkeiten nach Fachbereich ($n_{ges}=3.157$; $n_{Intensiv}=823$; $n_{Normalstation}=1.230$; $n_{Psychiatrie}=220$; $n_{Alten-/Pfleheim}=530$; $n_{Ambulante\ Dienste}=354$)

Abbildung 3.15 verdeutlicht die Entwicklungsmöglichkeiten verschiedener Qualifikationsprofile in den einzelnen Fachbereichen. Krankenpflegehelfer (KPH) nehmen demnach auf Normalstationen (Chirurgie, Innere etc.) und in der ambulanten Pflege die günstigsten Entwicklungsmöglichkeiten wahr. Entspricht das Muster des examinierten Pflegepersonals (KS/KP) weitestgehend dem von Abbildung 3.14, zeigt sich bei examiniertem Krankenpflegepersonal mit Fachweiterbildung (KS/KP+FW) ein anderes Muster: hier liegt der psychiatrische Bereich vor den Normalstationen, dem ambulanten Bereich und den Intensivstationen mit den höchsten Werten für Entwicklungsmöglichkeiten. Ein sehr ähnliches Muster findet sich auch bei Kinderkrankenschwestern und -pflegern (KKS). Im Altenpflegebereich werden sowohl bei Altenpflegehelfern (APH) als auch bei Altenpflegern und Altenpflegerinnen (AP) die Entwicklungsmöglichkeiten in ambulanten Diensten höher eingestuft als in Alten-/Pfleheimen.

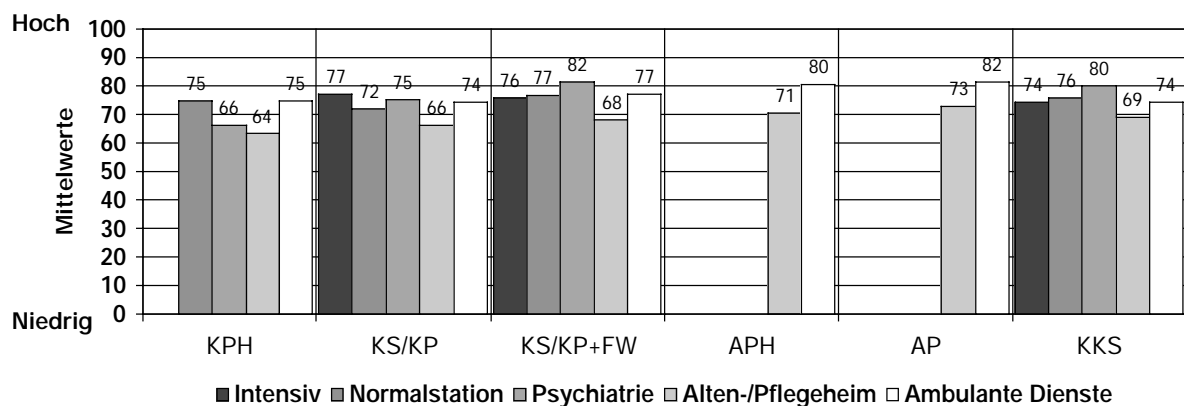


Abb. 3.15: Entwicklungsmöglichkeiten nach Fachbereich und Qualifikationsprofil ($n_{ges}=2.926$; $n_{KPH}=128$; $n_{KS/KP}=1.639$; $n_{KS/KP+FW}=560$; $n_{APH}=100$; $n_{AP}=269$; $n_{KKS}=230$)

Insbesondere der stationäre Altenpflegebereich schneidet im Vergleich der Entwicklungsmöglichkeiten ungünstig ab. In der NEXT-Studie hat sich gezeigt, dass Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten eine große Bedeutung für die Einrichtungen haben. Personen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten identifizieren sich mehr mit ihrer Einrichtung. Zudem sind Entwicklungsmöglichkeiten zusammen mit dem Arbeit/Familie-Konflikt die wichtigsten Einflussgrößen auf den Wunsch, die Pflege zu verlassen. Mit anderen Worten: Personen, die geringere Entwicklungsmöglichkeiten wahrnehmen (unteres Quartil), denken dreimal häufiger an den Berufsausstieg (30%) als Kollegen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten.

Entwicklungsmöglichkeiten: In der stationären Altenpflege ungünstig

3.2.4 Einfluss bei der Arbeit

Der Faktor *Einfluss bei der Arbeit* ist einer der am besten untersuchten psychosozialen Parameter. In zahlreichen Untersuchungen wurde gezeigt, dass Personen, die Art, Inhalt und Abfolge ihrer Arbeitsschritte weitgehend selbst bestimmen können, nicht nur zufriedener mit ihrer Arbeit sind, sondern ein geringeres Risiko für psychische und körperliche Krankheiten haben. Dies trifft insbesondere auf Herz-Kreislaufkrankheiten und muskuloskelettale Erkrankungen zu.

In NEXT wurde der Einfluss bei der Arbeit durch vier Aussagen untersucht, die auf das bekannte Arbeitsstress-Modell – das Demand-Control-Modell (Karasek, 1979) – zurückgehen:

- *Ich kann mit bestimmen, welche Art von Aufgaben mir aufgetragen wird.*
- *Ich kann selbst entscheiden, wie ich die mir aufgetragenen Aufgaben erledige.*
- *Ich kann mein eigenes Arbeitstempo bestimmen.*
- *Ich kann bestimmen, wann ich die mir aufgetragenen Aufgaben erledige.*

Die Antwortmöglichkeiten reichten von „völlig unzutreffend“, „nicht so zutreffend“, „teilweise zutreffend“, „ziemlich zutreffend“ bis „völlig zutreffend“. Der Maximalwert liegt bei 100.

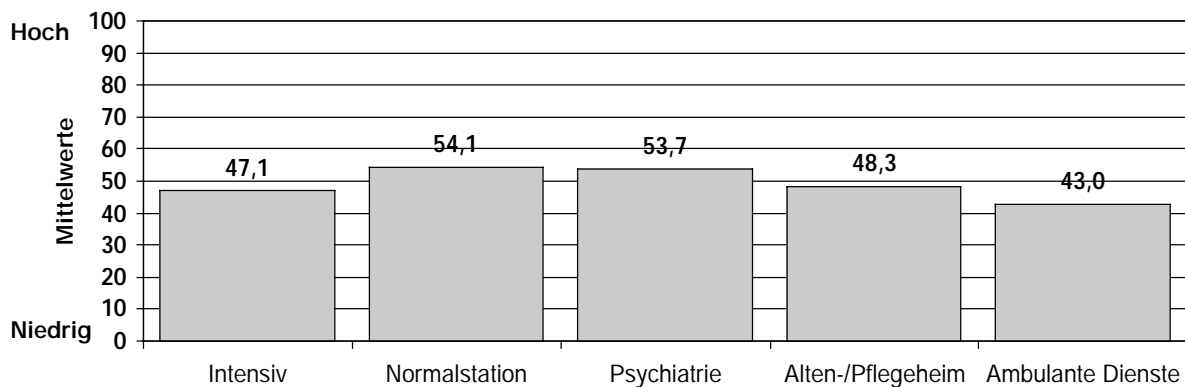


Abb. 3.16: Einfluss bei der Arbeit nach Fachbereich ($n_{\text{ges}}=3.157$; $n_{\text{Intensiv}}=823$; $n_{\text{Normalstation}}=1.230$; $n_{\text{Psychiatrie}}=220$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=530$; $n_{\text{ambulante Dienste}}=354$)

Auf Normalstationen und in der Psychiatrie sind die Mittelwerte für den *Einfluss bei der Arbeit* am höchsten, gefolgt vom Intensivbereich und den Alten-/Pflegeheimen. Ambulante Dienste zeigen die geringsten Werte für Einflussnahme bei der Arbeit (Abb. 3.16).

Personen, die in der Befragung niedrige Werte für *Einfluss bei der Arbeit* hatten (unteres Quartil), wollten deutlich häufiger die Pflege verlassen (jede/r Dritte). Zudem besteht ein klarer, linearer Zusammenhang zur Identifikation mit dem Unternehmen: je größer der Einfluss bei der Arbeit, um so größer ist die Bindung an die Einrichtung (siehe außerdem: Hasselhorn & Müller, 2004b).

**Einfluss bei der Arbeit:
Psychiatrie und
Normalstationen
schneiden günstiger
ab**

3.3 Soziale Aspekte

Unter sozialen Aspekten bei der Arbeit werden einerseits die *Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen* und andererseits das Verhältnis zwischen den Pflegenden und anderen Berufsgruppen zusammengefasst. Die genannten Aspekte können sowohl als Indikatoren für Probleme im sozialen Gefüge der Einrichtung dienen als auch Ressourcen aufzeigen, die von den Einrichtungen genutzt werden können.

3.3.1 Spannungen & Feindseligkeiten zwischen Pflegenden und anderem Personal

Die Auswertungen basieren auf fünf Fragen mit folgender Formulierung:

Wie ist das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und ...

- *Verwaltung*
- *Ärzten*
- *Kollegen*
- *Stationsleitung*
- *Pflegedienstleitung (PDL)*

Die Antwortmöglichkeiten reichen von „feindselig und gespannt“ bis zu „freundlich und entspannt“ in fünf Stufen (von 1-5).

Abbildung 3.17 stellt den prozentualen Anteil der Pflegenden dar, die ein feindselig/gespanntes Verhältnis (Stufe 1 und 2) zur jeweiligen Gruppe angeben.

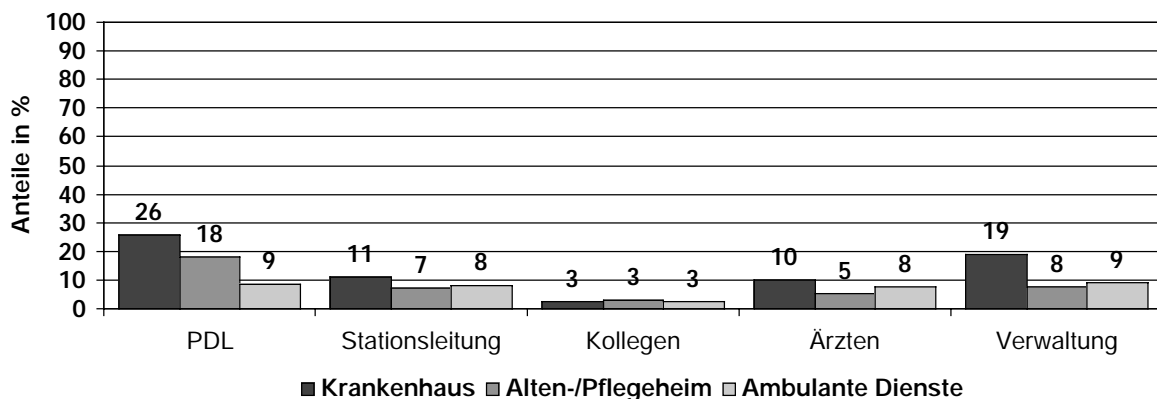


Abb. 3.17: Verhältnis der Pflegenden zu verschiedenen Personengruppen: Anteile der Pflegenden mit feindselig/angespanntes Verhältnis ($n_{PDL}=3.503$; $n_{Stationsleitung}=3.313$; $n_{Kollegen}=3.515$; $n_{Ärzte}=3.480$; $n_{Verwaltung}=3.444$)

Abbildung 3.17 zeigt vor allem zwei Tendenzen auf. Spannungen finden sich am deutlichsten im Krankenhausbereich: das Verhältnis zu allen untersuchten Personengruppen ist im Krankenhaus im Vergleich zu Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten am schlechtesten. Dabei sollte jedoch nicht übersehen werden, dass zumindest im Zusammenhang mit Stationsleitungen, Kollegen und Ärzten Spannungen nur in geringem Umfang eine Rolle spielen. Der zweite Trend weist auf das schwierige Verhältnis zu den Pflegedienstleitungen und - in geringerem Umfang - zur Verwaltung hin. Im Krankenhausbereich berichtet jede/r Vierte von einem angespannt/feindseligen Verhältnis zur Pflegedienstleitung. In Bezug auf die Verwaltung ist es im Krankenhausbereich immerhin noch jeder Fünfte. Aber auch in Alten-/Pflegeheimen ist das Verhältnis zur PDL auf relativ hohem Niveau angespannt/feindselig (19%).

Spannungen und Feindseligkeiten: vor allem im Krankenhausbereich

Insbesondere das Verhältnis zur Pflegedienstleitung ist bedeutsam für den Aufbau einer emotionalen Bindung an die Einrichtung. In weiterführenden Analysen zeigte sich, dass sich das Verhältnis zur Pflegedienstleistung am stärksten (im Vergleich zu Stationsleitungen, Verwaltung etc.) auf die gefühlsmäßige Bindung an die Einrichtung auswirkt.

3.3.2 Unterstützung durch Kollegen & Vorgesetzte

Wurde in den Analysen im vorangegangenen Abschnitt vor allem auf die negativen Aspekte in den sozialen Beziehungen verschiedener Gruppen eingegangen, stellen die folgenden Aspekte der *sozialen Unterstützung durch die Kollegen oder den Vorgesetzten* wertvolle Ressourcen in der Zusammenarbeit dar.

Vier Fragen wurden zur Ermittlung der sozialen Unterstützung verwendet (van der Heijden, 1998):

- *Ist Ihr direkter Vorgesetzter in der Lage, den Wert und die Ergebnisse Ihrer Arbeit zu würdigen?*
- *Äußert Ihr direkter Vorgesetzter Ihnen gegenüber seine Meinung über Ihre Arbeit?*
- *Gibt Ihnen Ihr direkter Vorgesetzter unterstützenden Rat?*
- *Im Großen und Ganzen: Ist Ihr direkter Vorgesetzter bereit, Sie bei der Ausführung Ihrer Aufgaben zu unterstützen?*

Die soziale Unterstützung von Kollegen wurde durch die gleichen Fragen gemessen, jedoch das Wort *Vorgesetzter* durch das Wort *Kollege* ersetzt. Je höher der Wert (Maximalwert: 100), desto höher die Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzten.

Neben der Einrichtungsart scheint es auf den ersten Blick die *Größe* der Einrichtung zu sein, die sich in der Unterstützung durch den Vorgesetzten widerspiegelt (Abb. 3.17). Allerdings ist die Unterstützung durch den Vorgesetzten nur im stationären und ambulanten Altenpflegebereich in „kleinen“ Einrichtungen signifikant höher als in den „großen“ (ANOVA, $p < 0,05$). Die in Abbildung 3.18 verwendeten Einrichtungskategorien differenzieren die Krankenhäuser nach ihrer Bettenzahl; Alten-/Pflegeheime und ambulante Dienste nach Anzahl der Mitarbeiter (MA).

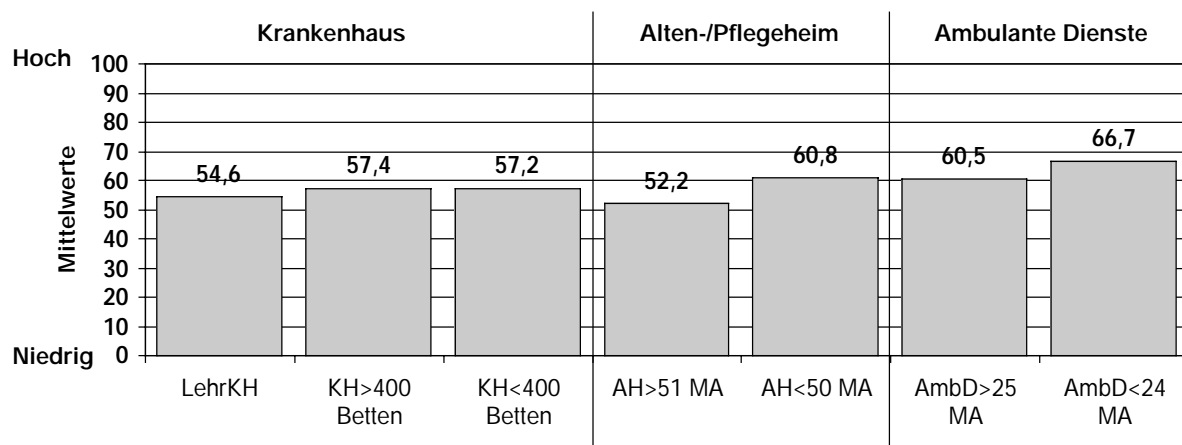


Abb. 3.18: Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten nach Einrichtungstyp und Größe. ($n_{\text{ges}}=3.464$; $n_{\text{KH}}=2.605$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=515$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=344$)

Im Krankenhausbereich hingegen bestehen auf Institutionsebene deutlichere Unterschiede (Abb. 3.19). Neben der Größe der Einrichtung sind es zahlreiche Faktoren innerhalb der Einrichtungen (z.B. Umstrukturierungen, Sparmaßnahmen etc.), die das Verhältnis zum direkten Vorgesetzten beeinflussen.

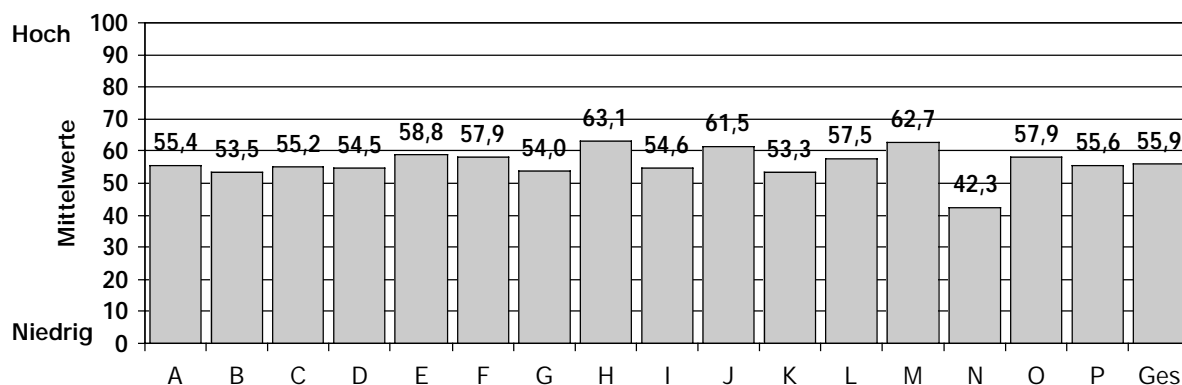


Abb. 3.19: Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten – Krankenhäuser im Vergleich ($n_{\text{ges}}=2.605$)

Die wahrgenommene *soziale Unterstützung durch die Kollegen* liegt insgesamt auf einem höheren Niveau als die durch den Vorgesetzten. Wie in Abbildung 3.20 deutlich wird scheint kein Zusammenhang mit der Einrichtungsgröße zu bestehen.

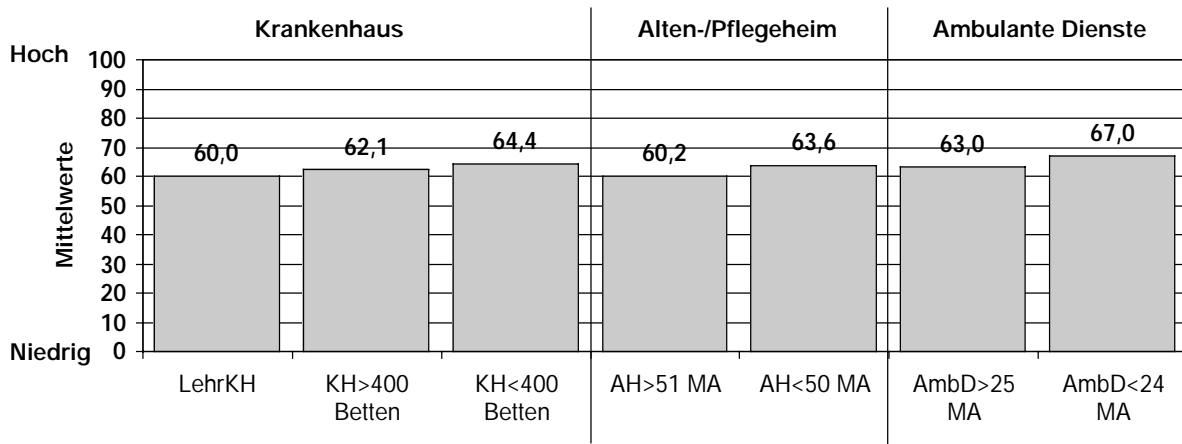


Abb. 3.20: Soziale Unterstützung durch die Kollegen nach Einrichtungstyp und Größe. ($n_{ges}=3.464$; $n_{KH}=2.606$; $n_{Alten-/Pflegeheim}=514$; $n_{Ambulante\ Dienste}=344$)

Jedoch bestehen in Bezug auf die soziale Unterstützung durch die Kollegen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen. Abbildung 3.21 zeigt die soziale Unterstützung durch Kollegen in Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten (nur Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von >50% und einem $n>10$ berücksichtigt). Die Spanne reichte von 48-78 Mittelwertpunkten in den Alten-/Pflegeheimen und von 50-77 in den ambulanten Diensten. Auch hier ist die Situation in der jeweiligen Einrichtung maßgeblich für die soziale Unterstützung der Mitarbeiter.

Soziale Unterstützung: die jeweilig Einrichtung ist entscheidend

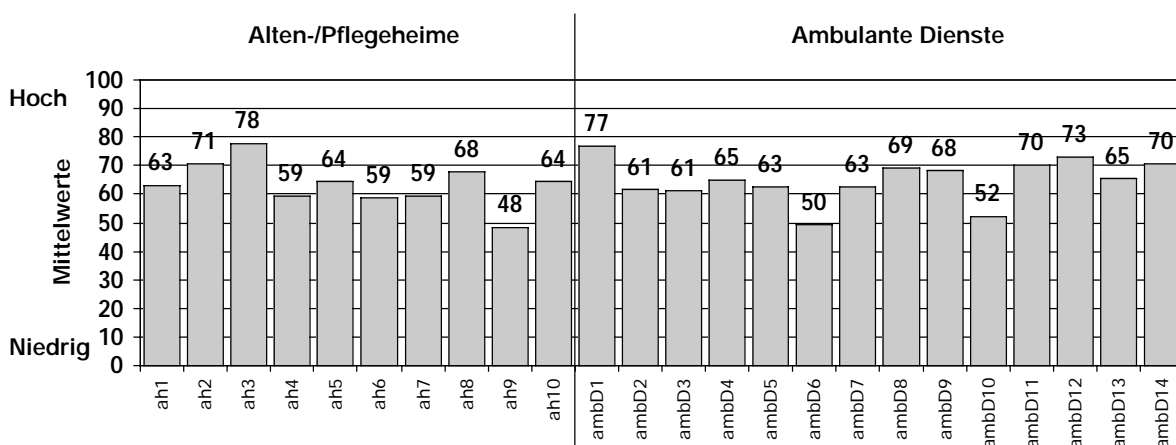


Abb. 3.21: Soziale Unterstützung durch die Kollegen: Alten-/Pflegeheime und ambulante Dienste im Vergleich ($n_{ah1-10}=183$; $n_{ambD1-14}=217$)

Die *soziale Unterstützung* durch die Kollegen und den Vorgesetzten stehen in enger Beziehung zur Bindung an den *Beruf* einerseits und zur Bindung an die *Einrichtung* andererseits. So besteht im Krankenhausbereich ein Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch den Vorgesetzten und der Bindung an die Institution ($r=0,28$, $p<0,01$). Die Unterstützung durch die Kollegen steht hingegen eher im Zusammenhang mit der Bindung an den Beruf ($r=0,19$, $p<0,01$). In Alten-/Pflegeheimen ($r=0,41$ bzw. $r=0,17$, $p<0,01$) und den ambulanten Diensten ($r=0,40$ bzw. $r=0,24$, $p<0,01$) sind diese Korrelationen teilweise deutlicher ausgeprägt.

3.3.3 Bedeutung der Arbeit

Die *Bedeutung der Arbeit* ist ein Begriff, der die Wichtigkeit, die der eigenen Arbeit beigemessen wird, reflektiert. Er steht in Beziehung zur Arbeitszufriedenheit und der Motivation von Arbeitnehmern. Es wird davon ausgegangen, dass die Bedeutung der Arbeit den Berufsausstieg und die Gesundheit beeinflusst.

Die Skala *Bedeutung der Arbeit* besteht aus drei Fragen:

- *Sind Ihre Arbeitsaufgaben sinnvoll?*
- *Haben Sie das Gefühl, dass die Arbeit, die Sie leisten, wichtig ist?*
- *Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit motiviert und engagiert?*

Der mögliche Skalenumfang reichte von „in sehr geringem Maß“ bis „in großem Maß“, welches in Punktwerte von 0 bis 100 umgerechnet wurde, wobei 100 Punkte maximaler Bedeutung der Arbeit entsprechen.

Die Bedeutung der Arbeit liegt im Vergleich der Einrichtungsarten auf ähnlichem Niveau zwischen 81,2 und 86,2 Mittelwertpunkten. In der Varianzanalyse (ANOVA mit Scheffé, $p<0,05$) lassen sich nur zwischen ambulanten Diensten und Alten-/Pflegeheimen einerseits und den Krankenhäusern andererseits Unterschiede nachweisen (Abb 3.22).

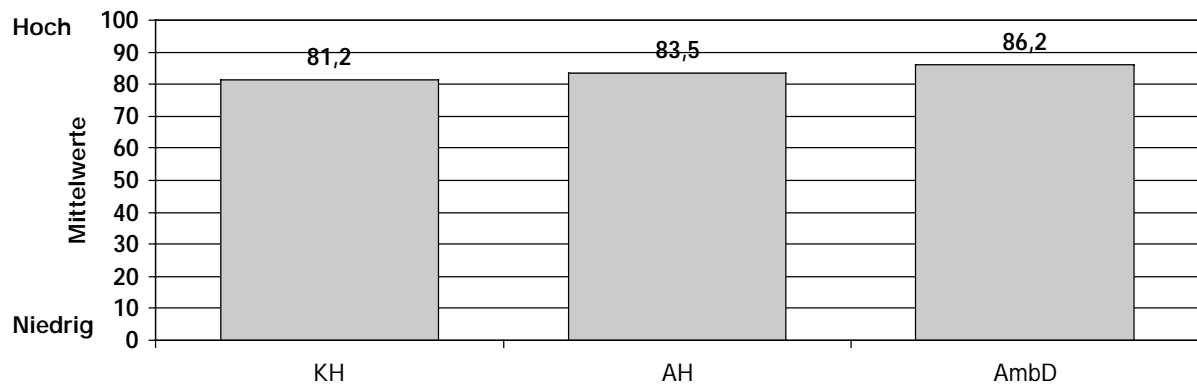


Abb. 3.22: Mittelwerte für Bedeutung der Arbeit ($n_{\text{ges}}=3.518$; $n_{\text{Krankenhaus}}=2.648$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=522$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=348$)

Es bestehen Zusammenhänge zwischen der *Bedeutung der Arbeit* und anderen Aspekten wie der *Bindung an die Einrichtung* ($r=0,37$, $p>0,01$) oder den *Entwicklungsmöglichkeiten* ($r=0,57$, $p>0,01$). Weiterhin zeigt sich eine negative Assoziation zwischen der Absicht, den Beruf zu verlassen und der Bedeutung der Arbeit ($r=-0,33$, $p>0,01$). Das bedeutet: je höher die Bedeutung der Arbeit, desto geringer die Absicht, den Beruf zu verlassen. Diese Beobachtung bestätigt sich in der gesamten Stichprobe und auch in Teilstichproben für jeden Einrichtungstyp.

3.3.4 Bindung an die Einrichtung & den Beruf

Bindung ist ein vielschichtiger Aspekt, der sowohl die gefühlsmäßige Sympathie gegenüber der Institution, die „Kosten“, die mit dem Verlassen der Einrichtung verbunden sind, und die Verpflichtung gegenüber der Einrichtung umfasst. Es besteht eine mittelstark ausgeprägte Beziehung zwischen dem Zugehörigkeitsgefühl zur Einrichtung und der Absicht, diese (und den Beruf) zu verlassen: Je geringer das Zugehörigkeitsgefühl zur Institution, desto größer die Absicht, den Beruf zu verlassen (siehe oben).

Mit vier Fragen wurde *die Bindung zum Beruf* erfasst (Allen & Meyer, 1996). Auch in diesem Fall wurde der Wortlaut der Fragen im Hinblick auf die besonderen Anforderungen für die Pflegeberufe angepasst:

- *Ich fühle mich der Einrichtung sehr verbunden*
- *Die Einrichtung hat eine große persönliche Bedeutung für mich*
- *Ich bin stolz, der Einrichtung anzugehören*
- *Ich fühle mich nicht als ein Teil der Einrichtung*

Die *Bindung an den Beruf* wurde mit gleich lautenden Fragen erfragt, wobei der Begriff „Einrichtung“ durch den Begriff „Pflegerberuf“ ersetzt wurde. Die Antwortkategorien reichten in fünf Stufen von „nein, völlig unzutreffend“ bis „ja, völlig zutreffend“. Ein Wert von 100 Punkten entspricht der maximalen Bindung an den Beruf bzw. die Einrichtung.

Das Ausmaß der *Bindung an die Einrichtung* unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen. So liegt die Bindung an die Einrichtung in den Lehrkrankenhäusern bei 52; bei ambulanten Diensten hingegen bei 69,2 Mittelwertpunkten (Abb 3.23). Die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen werden in der Varianzanalyse (Scheffé-Test; $p < 0,05$) zumindest in drei Stufen bestätigt. So bilden Lehrkrankenhäuser (1), mittlere und kleine Krankenhäuser (2), und Alten-/Pflegerheime und ambulante Dienste (3) drei Gruppen. Vor allem die Einrichtungsgröße scheint hier eine Rolle zu spielen: Demnach nimmt mit der Größe der Einrichtung die Bindung der Mitarbeiter an diese Einrichtung ab.

Je größer die Einrichtung, desto geringer die Bindung an die Einrichtung

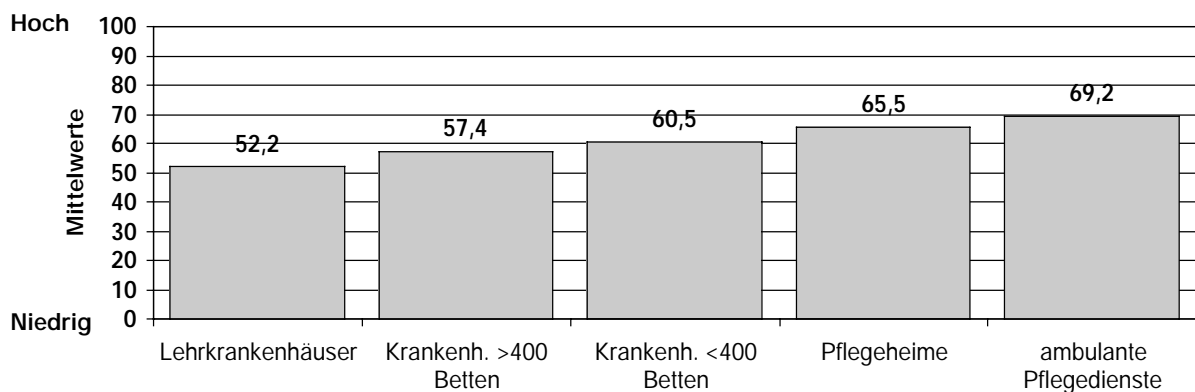


Abb. 3.23: Bindung gegenüber der Einrichtung nach Einrichtungstypen ($n_{\text{ges}}=3.454$; $n_{\text{Lehrkrankenhäuser}}=1.343$; $n_{\text{KH}>400}=263$; $n_{\text{KH}<400}=1.015$; $n_{\text{Alten-/Pflegerheime}}=495$; $n_{\text{ambulante Dienste}}=338$)

Die *Bindung an den Beruf* weist keinen deutlichen Zusammenhang mit der Art der Einrichtung oder dem Fachbereich auf. Dennoch lassen sich zwei weitere Muster erkennen. Die Bindung an den Beruf nimmt mit fortschreitender Berufszugehörigkeit einen u-förmigen Verlauf. Die Bindung ist im ersten Jahr nach Ausbildungsbeginn am höchsten und fällt dann bis etwa zum fünfzehnten Jahr (11-15) der Berufszugehörigkeit ab. Danach steigt sie, wenn auch nicht ganz auf das Ausgangsniveau, wieder an (Abb. 3.24).

Berufliche Bindung bei Berufsanfängern und bei den Erfahrenen am größten

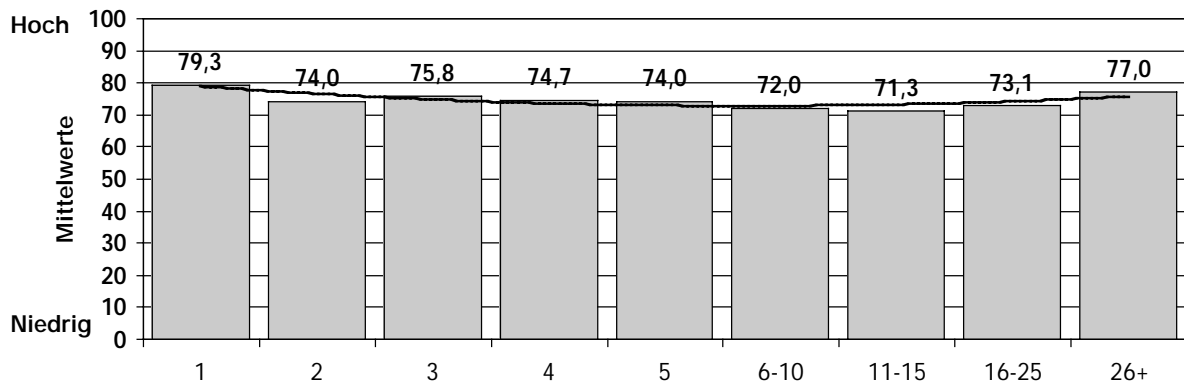


Abb. 3.24: Bindung an den Beruf nach Jahren der Berufszugehörigkeit. ($n_{ges}= 3.251$)

Weiterhin fällt im Zusammenhang mit der beruflichen Bindung auf, dass mit zunehmender Qualifikation die Bindung an den Beruf abnimmt. Am deutlichsten lässt sich dies im Bereich der Krankenpflege nachvollziehen und bestätigt sich auch in der Varianzanalyse (ANOVA mit Scheffé-Test, $p<0,05$; Abb. 3.25).

Je höher die Qualifikation, desto geringer die berufliche Bindung

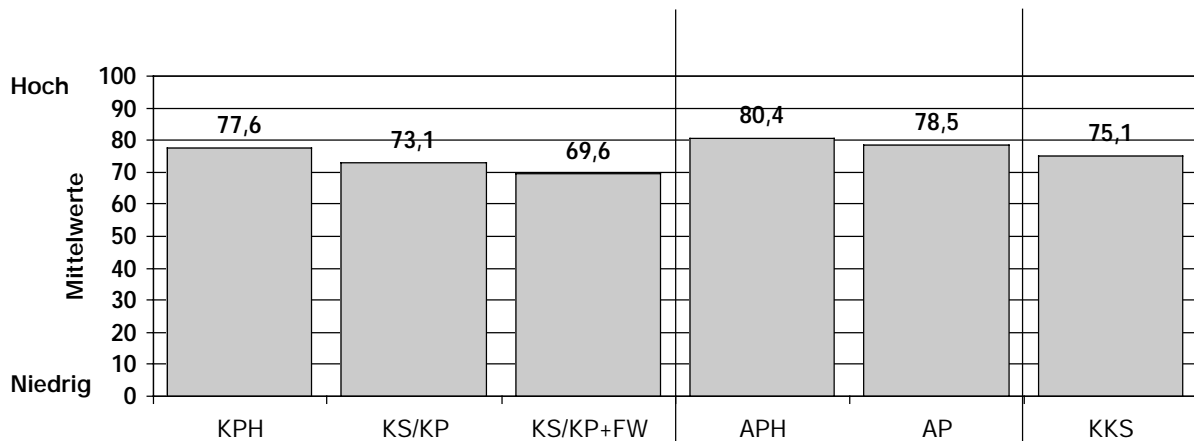


Abb. 3.25: Bindung an den Beruf nach Qualifikationsprofil ($n_{ges}=3.251$; $n_{KPH}=136$; $n_{KS/KP}=1.831$; $n_{KS/KP+FW}=627$; $n_{APH}=94$; $n_{AP}=281$; $n_{KKS}=282$)

Wie erwartet steigt die Bindung an die Einrichtung mit zunehmender Unterstützung durch den Vorgesetzten an ($r=0,28$ im Krankenhausbereich, $r=0,41$ in Alten-/Pfleheimen und $r=0,40$ im ambulanten Bereich; $p<0,01$). Daraus lässt sich ableiten, dass das Verhältnis und die Qualität der Zusammenarbeit mit dem Leitungspersonal, vor allem mit der Pflegedienstleitung, einen direkten Einfluss auf die Wahrnehmung der Einrichtung durch die Pflegenden haben und somit einen bedeutenden Faktor für das gesamte Gefüge der Einrichtung darstellen.

Während der Begriff der Bindung an den Beruf das Verhältnis zum Pflegeberuf losgelöst vom jeweiligen Arbeitgeber ausdrückt, bezieht sich die Bindung an die

Einrichtung auf den Arbeitgeber. Tabelle 3.3 zeigt die Bedeutung von Bindung in Bezug auf den Wunsch, die Einrichtung und/oder den Beruf zu verlassen. Wer eine geringe Bindung an seine Einrichtung hat, denkt auch häufiger darüber nach, den Pflegeberuf zu verlassen. Die Bindung an den Beruf ist dagegen etwas differenzierter. Hier zeigt sich ein sehr starker Zusammenhang zwischen der Absicht, den Beruf zu verlassen und der Bindung an den Beruf. Im Gegensatz dazu ist die Bindung an die Einrichtung nur schwach mit der Absicht, den Beruf zu verlassen, assoziiert.

		Absicht,	
		die Pflege zu verlassen	die Einrichtung zu wechseln
Krankenhaus	Bindung an die Einrichtung	-,33**	-,22**
	Bindung an den Beruf	-,45**	-,13**
Alten-/Pflegeheim	Bindung an die Einrichtung	-,35**	-,26**
	Bindung an den Beruf	-,38**	-,12**
Ambulante Dienste	Bindung an die Einrichtung	-,33**	-,15*
	Bindung an den Beruf	-,42**	-,02

Tab. 3.3: Korrelationsmatrix Bindung vs. Wechselwunsch (Korrelationskoeffizient nach Pearson; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$)

3.4 Arbeitsorganisation

Unter dem Begriff *Arbeitsorganisation* wird nachfolgend eine Vielzahl von Themen zusammengefasst, die Teil der Arbeitsorganisation sind oder diese unmittelbar beeinflussen können. Im einzelnen sind dies:

- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Organisation der Arbeitszeiten
- Zufriedenheit mit der Schichtübergabe
- Widersprüchliche Arbeitsanweisung
- Unzureichende und verspätete Informationen
- Fehlende Qualifikation
- Pflegefremde Tätigkeiten

3.4.1 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der Anteil „Examinierter“ (mindestens dreijährige Ausbildung) ist in der NEXT-Stichprobe im Krankenhaus-

bereich sehr hoch. Er liegt im Durchschnitt bei 96% und variiert im Vergleich der Einrichtungen von 77-99%. Die Anteil examinierter Pflegekräfte mit Fachweiterbildung, liegt bei 23% (8-34%). Interessant ist, dass der Anteil des Personals mit Fachweiterbildung nach Größe der Einrichtung abnimmt: In den Lehrkrankenhäusern liegt der Anteil bei 25%, in Krankenhäusern mit mehr als 400 Betten bei 21% und Kliniken mit weniger als 400 Betten bei 15% (nicht dargestellt).

In den Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten ist der Anteil der Examinierten erwartungsgemäß niedriger. Hier beträgt der Anteil 59% in den Heimen und 69% bei den ambulanten Diensten. Die in Tabelle 3.4 dargestellten Anteile beziehen sich auf die Stichprobe der jeweiligen Einrichtungsart.

Ausbildung & Qualifikation	Krankenhaus		Alten-/Pflegeheime		Ambulante Dienste	
Sonstige	41	1,6	83	16,0	45	12,9
KPH	51	1,9	49	9,5	42	12,0
APH	2	0,1	80	15,4	21	6,0
KS/KP	1.662	63,5	86	16,6	110	31,5
KS/KP+FW	592	22,6	16	3,1	31	8,9
AP	21	0,8	186	35,9	80	22,9
KKS	249	9,5	18	3,5	20	5,7
Fachkraftquote	2.524	96,4	306	59,1	241	69,0

Tabelle 3.4: Qualifikationsprofil nach Einrichtungstyp (Abkürzungen siehe S.57)

Zur Ermittlung der Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in den Einrichtungen wurden die Abwesenheitstage auf Grund beruflicher Fortbildung erfragt. Abbildung 3.26 zeigt die durchschnittlichen Abwesenheitstage nach Einrichtungstyp.

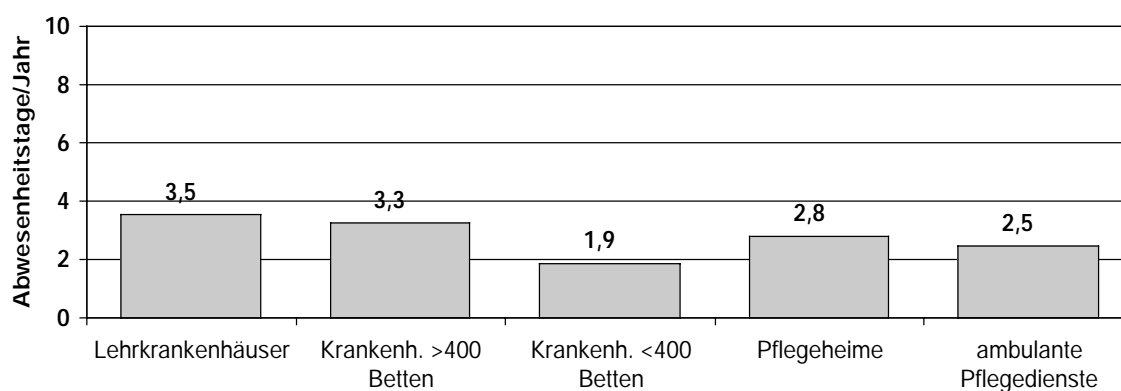


Abb. 3.26: Mittlere Abwesenheitstage durch berufliche Weiterbildung in den letzten 12 Monaten nach Einrichtungstyp ($n_{\text{ges}}=3.537$; $n_{\text{Lehrkrankenhäuser}}=1.367$; $n_{\text{KH}>400}=269$; $n_{\text{KH}<400}=1.034$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheime}}=515$; $n_{\text{ambulante Dienste}}=352$)

Sowohl in der ambulanten Pflege als auch in den Alten-/Pflegeheimen unterscheiden sich die einzelnen Einrichtungen erheblich in Bezug auf die durchschnittlichen Abwesenheitstage durch berufliche Weiterbildung (Abb. 3.27). So beträgt die Spanne in den stationären Einrichtungen 0-2,5 Tage Abwesenheit/Jahr und im ambulanten Bereich 0-8 Tage (nur Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von >50% und einem n>10 berücksichtigt).

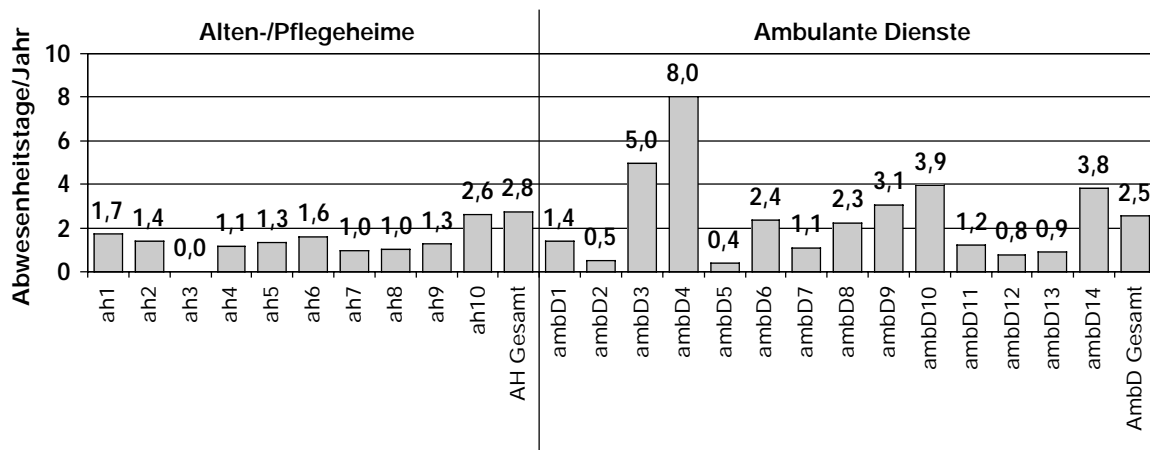


Abb. 3.27: Abwesenheitstage durch berufliche Weiterbildung pro Jahr – Ambulante Dienste und Alten-/Pflegeheime ($n_{ah1-10}=190$; $n_{ambD1-14}=222$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=528$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=353$)

3.4.2 Organisation der Arbeitszeiten

Unter *Organisation der Arbeitszeiten* werden folgende Themen zusammengefasst:

- Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Dienstplangestaltung
- die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten hinsichtlich des persönlichen Wohlergehens
- die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten bezogen auf das Privatleben

Die Organisation der Arbeitszeiten ist im Pflegeberuf von großer Bedeutung, da es durch Wochenend-, Bereitschafts- und Nachtdienste, unvorhersehbares „Einspringen“ und Unregelmäßigkeiten zu körperlichen wie auch psychosozialen Belastung für die Pflegenden kommt.

Abbildung 3.28 zeigt die Ergebnisse auf die Frage: „Wie viel Einfluss haben Sie auf die Erstellung Ihres Dienstplanes?“ Die Antworten reichten von „keinen“, „wenig“, „etwas“ bis hin zu „großen“ und „sehr großen“ Einfluss. Insgesamt sind die Einflussmöglichkeiten für Pflegenden hinsichtlich der Arbeitszeiten im Krankenhaus am günstigsten, gefolgt von ambulanten Diensten und abschließend den Alten-/Pflegeheimen.

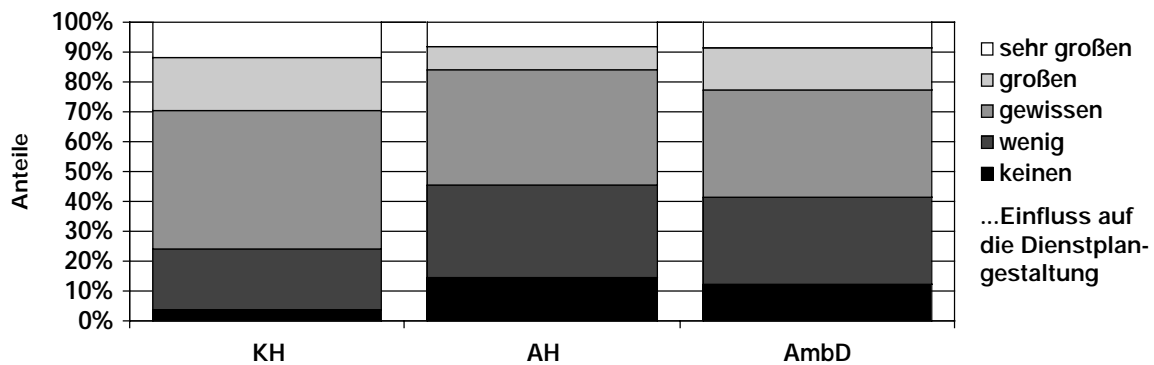


Abb. 3.28: Einfluss auf die Dienstplangestaltung nach Einrichtungsart
($n_{\text{Krankenhaus}}=2.600$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=515$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=345$)

In der nachfolgenden Abbildung 3.29 werden ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen und der Einfluss auf die Dienstplangestaltung dichotomisiert dargestellt (nur Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von >50% und einem $n > 10$ berücksichtigt). Zeigt sich in den Alten-/Pflegeheimen ein gleich bleibend hohes Niveau der Anteile mit geringem Einfluss (Spanne von 77-93%), ist in der ambulanten Pflege das Bild sehr heterogen (Spanne von 44-100%). Diese Unterschiede kommen einerseits durch die kleinen Stichprobenumfänge in den ambulanten Diensten zu Stande. Andererseits lässt sich jedoch auch ableiten, dass organisationsbezogene Aspekte, also *wie* die Arbeitszeiten in den Einrichtungen geplant werden, diese erheblichen Differenzen verursachen.

**Arbeitszeitorganisation
in Krankenhäusern
günstiger als in Alten-
/Pflegeheimen und
ambulanten Diensten**

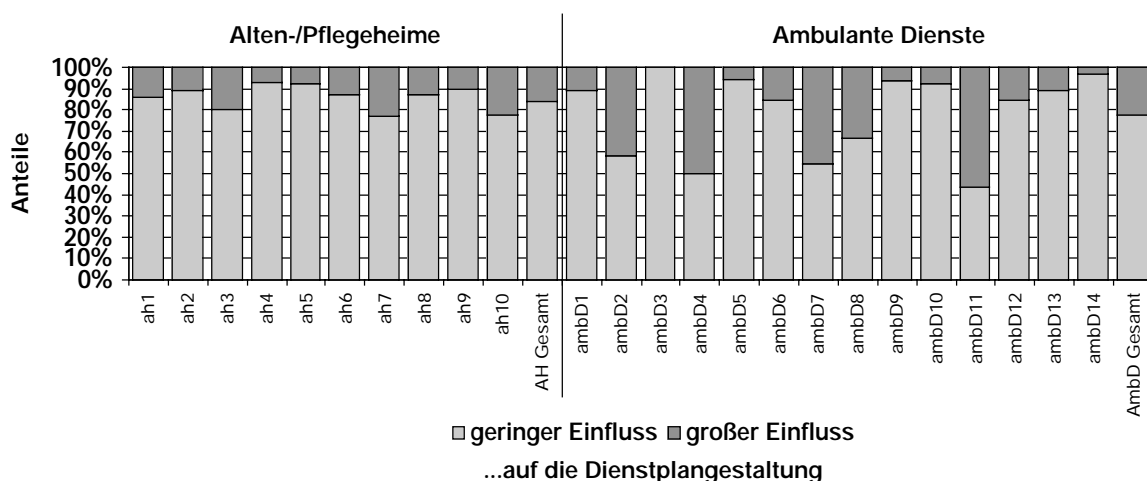


Abb. 3.29: Einfluss auf die Dienstplangestaltung in Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten
($n_{ah1-10}=180$; $n_{ambD1-14}=217$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=515$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=345$)

Weiterhin spielen die tatsächlich gearbeiteten Schichtzeiten eine Rolle. Der Anteil der Pflegenden, die nachts im Krankenhaus arbeiten, liegt etwa bei 60%, in Alten-/Pflegeheimen bei 29% und bei den ambulanten Diensten unter 10%. Fasst man alle unregelmäßigen Dienstformen zusammen (unregelmäßiger Tagdienst, Schichtdienst mit und ohne Nachtdienst), arbeiten etwa 80% der Pflegenden in unregelmäßigen Dienstformen (Abb. 3.30).

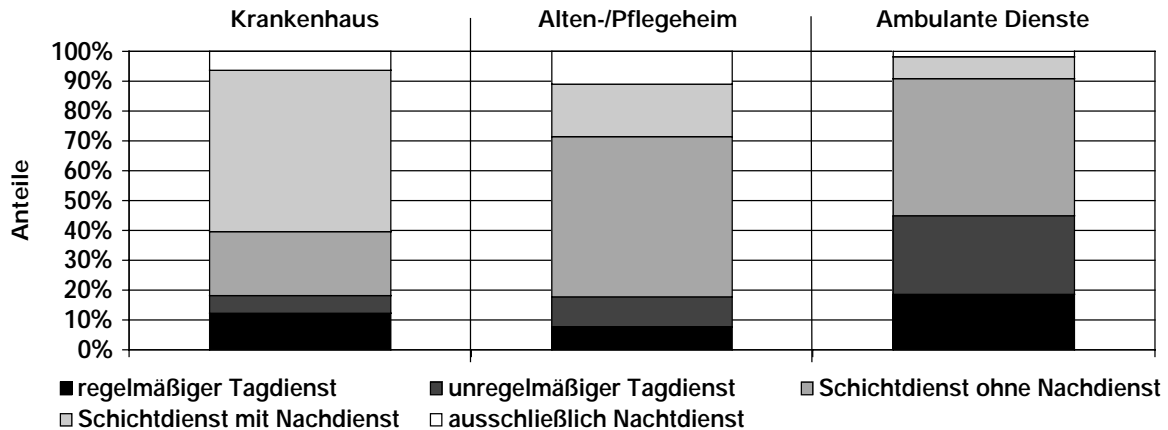


Abb. 3.30: Dienstzeiten nach Einrichtungsart ($n_{\text{Krankenhaus}}=2.619$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=513$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=339$)

Die *Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten* ist ein weiterer Aspekt, der die Meinung der Mitarbeiter in Bezug auf die Arbeitszeitregelungen der jeweiligen Einrichtung reflektiert. Die NEXT-Studie differenziert hier zwischen der *Zufriedenheit hinsichtlich des persönlichen Wohlergehens* und des *Privatlebens*.

Die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten (Abb. 3.31) hinsichtlich des persönlichen Wohlergehens variiert zwischen den Einrichtungstypen nur gering, der Anteil der Unzufriedenen liegt um 30%. Der Anteil der mit den Arbeitszeiten in Bezug auf das Privatleben Unzufriedenen ist noch höher, er liegt bei etwa 45%.

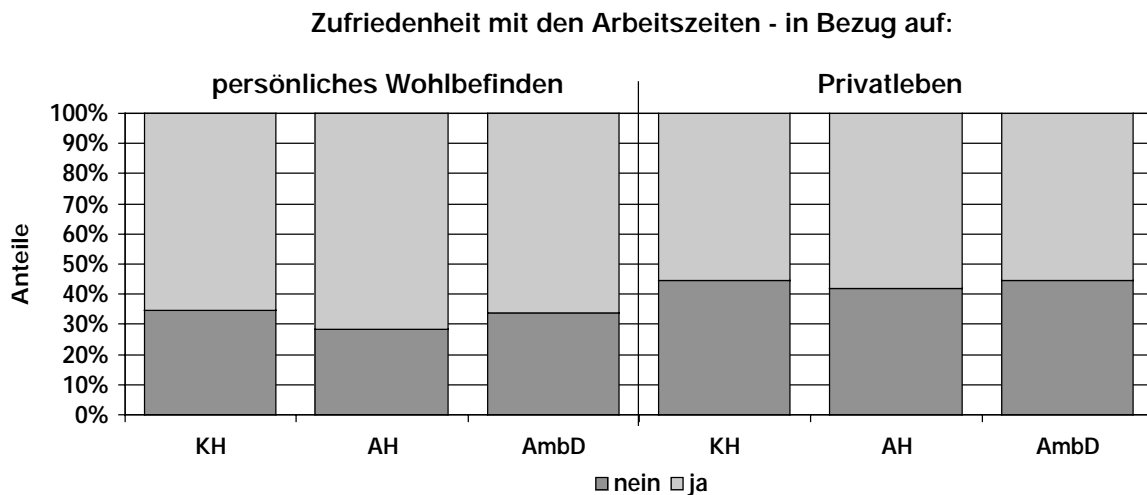


Abb. 3.31: Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten hinsichtlich persönlichen Wohlbefindens und hinsichtlich des Privatlebens nach Einrichtungstyp (Persönliches Wohlbefinden: $n_{\text{Krankenhaus}}=2.606$; $n_{\text{Alten-/Pfleheim}}=515$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=345$. Privatleben: $n_{\text{Krankenhaus}}=2.598$; $n_{\text{Alten-/Pfleheim}}=512$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=343$)

Auch im Falle der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten zeigt die Betrachtung der Anteile auf Einrichtungsebene, dass die Situation stark variiert. So finden sich sowohl Einrichtungen, in denen fast alle befragten Mitarbeiter sich unzufrieden äußerten, als auch Einrichtungen mit ausschließlich zufriedenen Mitarbeitern (nur Einrichtungen mit einer Rücklaufquote von >50% und einem $n > 10$ berücksichtigt; Abb. 3.32). Letzteres deutet darauf hin, dass Pflegearbeit auch mit hoher Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten verbunden sein kann. Offensichtlich ist es vor allem die Organisation der Arbeitszeiten in den Einrichtungen, die über Zufriedenheit und Unzufriedenheit bestimmt.

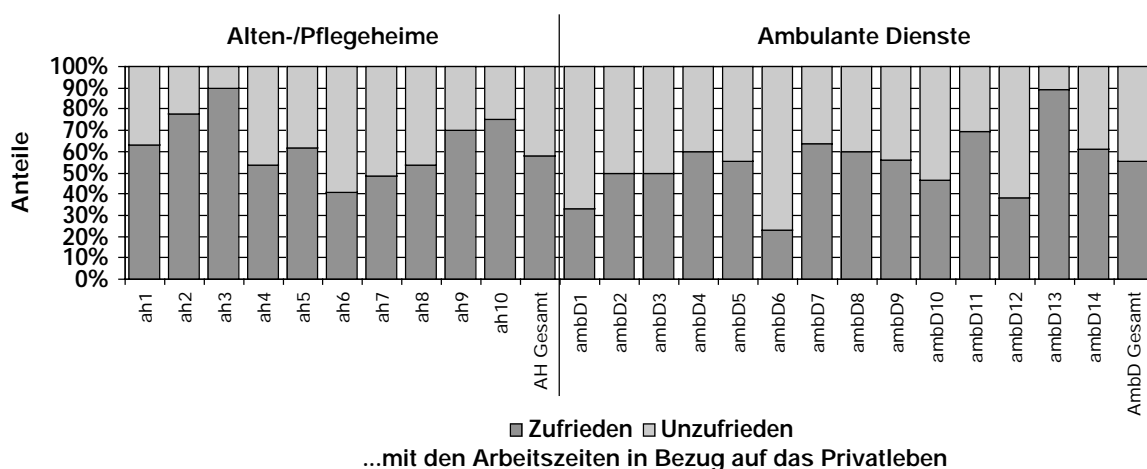


Abb. 3.32 Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten hinsichtlich bzgl. Privatleben – Alten-/Pflegeheime und ambulante Dienste ($n_{ah1-10}=190$; $n_{ambD1-14}=222$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=532$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=353$)

Welche Bedeutung die Arbeitszeitorganisation für die Mitarbeiter hat, zeigen Korrelationsanalysen für die drei Einrichtungstypen (Tab. 3.5). So bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten einerseits und Burnout und dem Arbeit-/Familie-Konflikt andererseits, die wiederum deutlichen Einfluss auf den Wunsch, die Pflege zu verlassen, haben.

	Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten in Bezug auf das persönliche Wohlergehen		
	KH	AH	AmbD
Burnout	-,29 (2.581)	-,35 (511)	-,28 (336)
Arbeit/Familie-Konflikt	-,41 (2.568)	-,40 (513)	-,40 (341)
	Zufriedenheit mit Arbeitszeiten in Bezug auf das Privatleben		
	KH	AH	AmbD
Burnout	-,29 (2.574)	-,33 (505)	-,19 (335)
Arbeit/Familie-Konflikt	-,50 (2.561)	-,49 (510)	-,48 (341)

Tab. 3.5: Korrelationsmatrix für Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, Burnout und Arbeit/Familie-Konflikt ($r_{\text{Pearson}} p < 0,01$; n in Klammern angegeben)

3.4.3 Zufriedenheit mit der Schichtübergabe

Der *Schichtübergabe* kommt im Stationsablauf und im Behandlungsprozess eine bedeutende Rolle zu, da hier wesentliche Informationen zwischen den verschiedenen Schichten ausgetauscht werden.

Die nachfolgende Grafik (Abb. 3.33) zeigt die Verhältnisse hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Schichtübergabe. Insgesamt ist etwa jeder Zweite der Befragten unzufrieden mit der Übergabe. Wobei die Unzufriedenheit in den Alten-/Pflegeheimen vor Krankenhäusern und ambulanten Diensten am größten ist. In allen drei Bereichen werden die gleichen Ursachen genannt: Häufige Störungen, der mangelhafte Informationsaustausch und Zeitmangel.

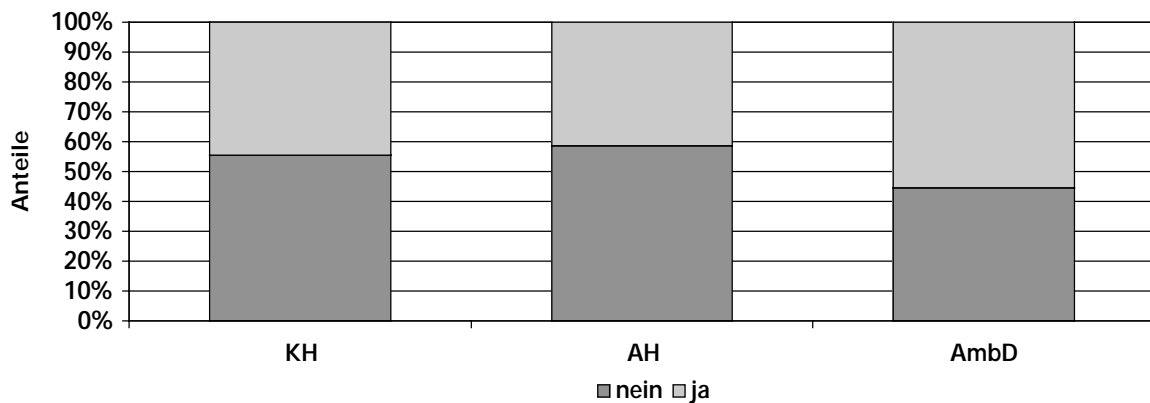


Abb. 3.33: Zufriedenheit mit der Schichtübergabe nach Einrichtungsart ($n_{\text{Krankenhaus}}=2.545$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=516$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=340$)

3.4.4 Widersprüchliche Arbeitsanweisungen

Die Frage nach *widersprüchlichen Arbeitsanweisungen* erlaubt es, Rückschlüsse auf die Zusammenarbeit zwischen Leitungspersonal und Ärzten einerseits und Pflegenden andererseits zu ziehen.

Auf die Frage: „Wie oft erhalten Sie widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen?“ gab der Fragebogen fünf Antwortmöglichkeiten vor: „nie“, „weniger als einmal pro Woche“, „etwa 1-5 mal pro Woche“, „etwa 1-5 mal pro Tag“ und „ständig“.

Die nachfolgende Abbildung 3.34 zeigt die Verhältnisse hinsichtlich widersprüchlicher Arbeitsanweisungen der drei Einrichtungsarten. Widersprüchliche Anweisungen sind vor allem ein Problem der Lehrkrankenhäuser. Hier geben immerhin mehr als 40% der Befragten an, 1-5mal/Woche oder häufiger mit diesem Problem konfrontiert zu werden.

Widersprüchliche Arbeitsanweisungen sind ein Problem der Lehrkrankenhäuser

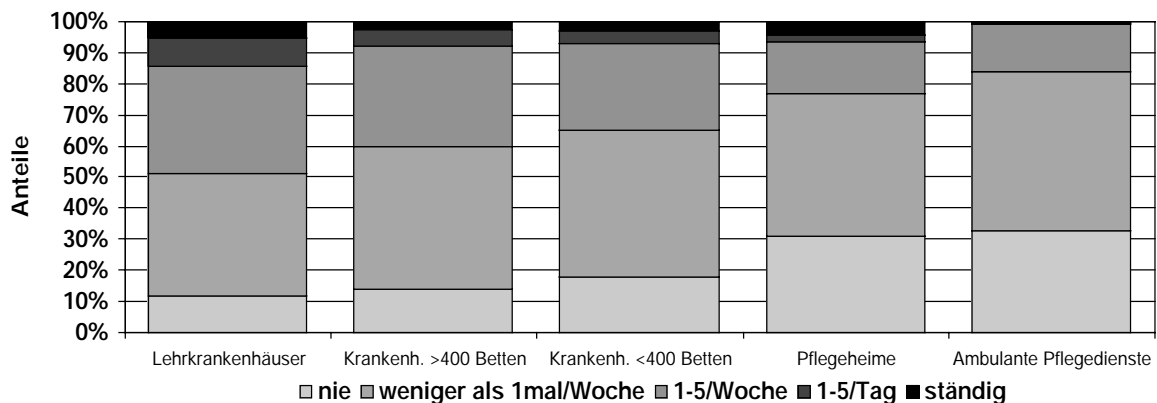


Abb. 3.34: Widersprüchliche oder unvereinbare Arbeitsanweisungen ($n_{\text{Lehrkrankenhäuser}}=1.369$; $n_{\text{KH}>400\text{ Betten}}=269$; $n_{\text{KH}<400\text{ Betten}}=1034$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=515$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=344$)

3.4.5 Unzureichende oder verspätete Informationen

Die Frage „Wie oft erhalten Sie wichtige Informationen zu Ihrer Arbeit nur unzureichend oder zu spät?“ ermittelt eine weitere Kennzahl für die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden, aber auch mit anderen Berufsgruppen. Die Antwortmöglichkeiten reichen auch hier in fünf Abstufungen von „nie“ bis „ständig“. Der Anteil derer, die mehrfach pro Woche bis ständig Probleme mit dem Informationsfluss haben, liegt im Mittel bei etwa 50% in den Krankenhäusern, bei 35% in den Alten-/Pflegeheimen und bei 25% in den ambulanten Diensten. Auch hier sind es vor allem die großen Einrichtungen, die Probleme haben: Drei der vier Lehrkrankenhäuser haben die größten Anteile von Pflegenden, die täglich bzw. ständig unzureichende oder zu spät Informationen erhalten (Abb. 3.35).

**„Erhalte Informationen unzureichend oder zu spät“:
Lehrkrankenhäuser haben Probleme**

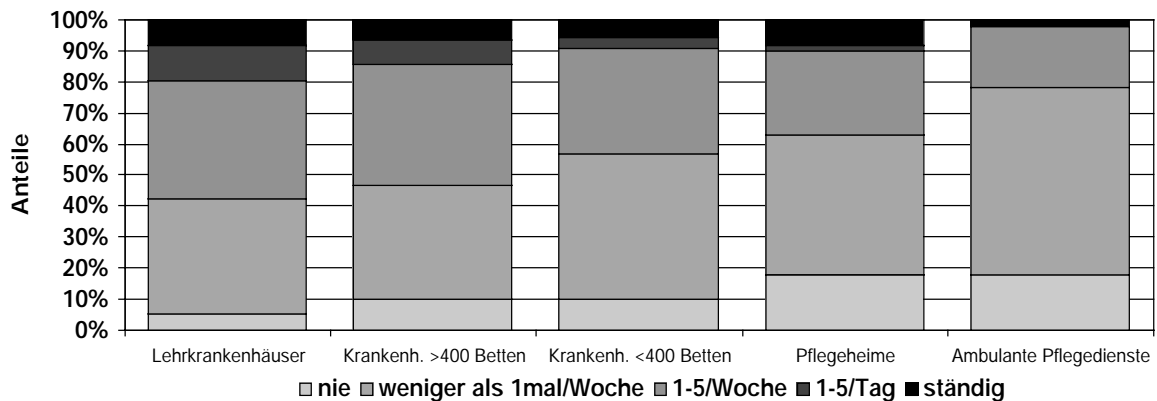


Abb. 3.35: Unzureichende oder verspätete Informationen ($n_{\text{Lehrkrankenhäuser}}=1.369$; $n_{\text{KH}>400 \text{ Betten}}=269$; $n_{\text{KH}<400 \text{ Betten}}=1034$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=519$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=352$)

3.4.6 Fehlende Qualifikation

Die Frage nach der Durchführung von Tätigkeiten, für die das Pflegepersonal nicht ausreichend qualifiziert ist, gibt Auskunft über das Anforderungsprofil, welches von der Einrichtung bzw. durch die gegebenen Umstände von den Pflegenden erwartet wird. Gleichzeitig bildet es möglicherweise Diskrepanzen zwischen den Ausbildungscurricula und der realen Arbeitswelt ab. Unabhängig davon, welche Ursache diese als nicht ausreichend wahrgenommene Qualifizierung hat, führt sie bei den Pflegenden zu Überforderungen und Stressbelastung.

Je nach Einrichtungstyp fühlen sich 5-10% der Pflegenden häufig (1-5mal tgl.) bzw. ständig nicht ausreichend für die geforderten Tätigkeiten qualifiziert (Abb. 3.36).

Jeder Zehnte fühlt sich nicht ausreichend qualifiziert

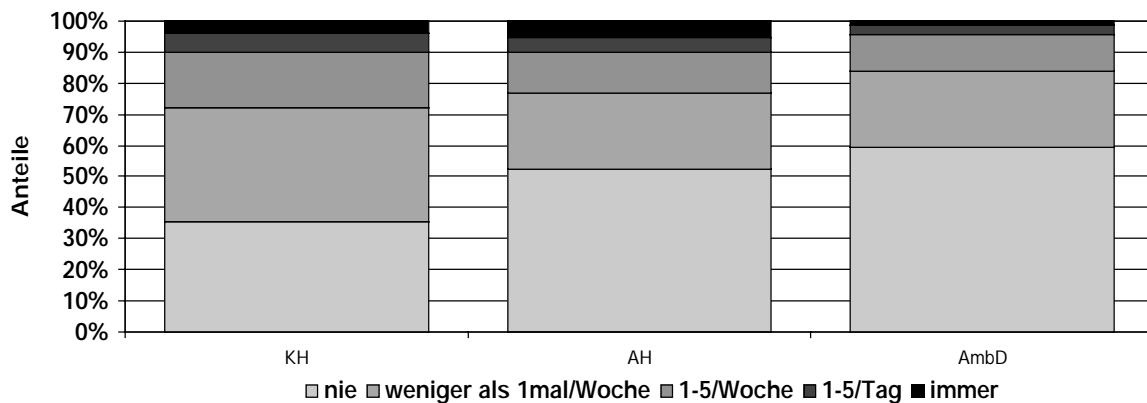


Abb. 3.36: „Wie häufig...“ nicht ausreichend qualifiziert nach Einrichtungsart ($n_{\text{Krankenhaus}}=2.622$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=518$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=346$)

3.4.7 Pflegefremde Tätigkeiten

Unter *pflegefremden Tätigkeiten* werden in der Regel die Tätigkeiten subsumiert, die nicht in den Kernbereich pflegerischen Handelns gehören. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nicht um einen eindeutig definierten Bereich handelt bzw. dieser unterschiedlich von den Pflegenden definiert wird. So werden insbesondere administrative (z.B. Bestellwesen, Leistungsanforderung) oder auch patientenferne Tätigkeiten (z.B. Hol- und Bringendienste etc.) häufig als pflegefremde Tätigkeiten verstanden.

Der Anteil der Pflegenden die „20% ihrer Arbeitszeit oder mehr“ mit Tätigkeiten verbringen, die nicht zu ihrem beruflichen Aufgabengebiet gehören, variiert zwischen den drei Einrichtungstypen von 22% im Krankenhaus, über 12% in den Alten-/Pflegeheimen und 10% bei den ambulanten Diensten (Abb. 3.37).

1/5 der Pflegenden im Krankenhaus verwenden mehr als 20% der Arbeitszeit für „pflegefremde Tätigkeiten“

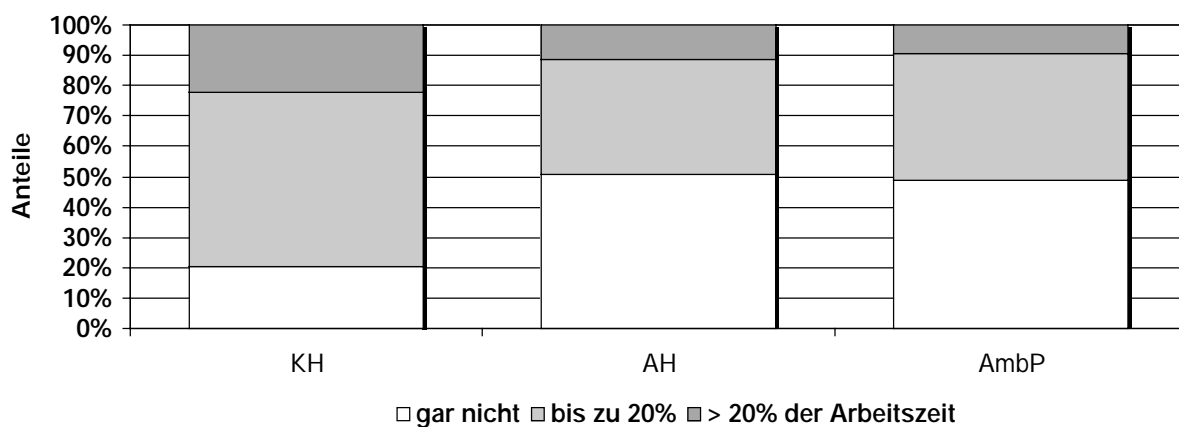


Abb. 3.37: Pflegefremde Tätigkeiten nach Einrichtungsart ($n_{\text{Krankenhaus}}=2.642$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=520$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=345$)

Interessanterweise sind es hier vor allem die Pflegenden in Lehrkrankenhäusern (26%) und Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten (27%), die angeben, mehr als 20% ihrer Arbeitszeit mit pflegefremden Tätigkeiten zu verbringen. Im Gegensatz dazu liegt der Anteil in den Einrichtungen mit weniger als 400 Betten bei 16%.

3.5 Endpunkte

Als Endpunkte werden nachfolgend verschiedene Aspekte dargestellt, die durch die vorher beschriebenen Faktoren (individuelle Ressourcen, Arbeitsexposition, Anforderungen am Arbeitsplatz, soziale Aspekte und Arbeitsorganisation) beeinflusst werden.

Folgende Endpunkte werden dargestellt:

- Zufriedenheit mit der Bezahlung
- Arbeitszufriedenheit
- Arbeitsfähigkeitsindex
- Allgemeine Gesundheit
- Burnout/Erschöpfung
- Krankheitsbedingte Fehlzeiten
- Arbeit/Familie-Konflikt
- Absicht, die Einrichtung zu verlassen

3.5.1 Zufriedenheit mit der Bezahlung

Um die *Zufriedenheit mit der Bezahlung* des Pflegepersonals zu untersuchen, wurde von der NEXT-Studiengruppe eine Skala mit drei Fragen entwickelt:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Bezahlung... –

- *im Verhältnis zu dem, was Sie benötigen?*
- *verglichen mit der Bezahlung anderer vergleichbarer Berufe?*
- *verglichen mit der Bezahlung von Pflegepersonal in anderen Einrichtungen?*

Die Antwortmöglichkeiten reichen in fünf Stufen von „gar nicht“ bis „sehr zufrieden“. Die Spanne reicht von 0 bis 100, wobei der Wert 100 die maximale Zufriedenheit mit der Bezahlung ausdrückt.

Die Zufriedenheit mit der Bezahlung variiert zwischen den verschiedenen Einrichtungen deutlich (nicht dargestellt). Im Vergleich der Ausbildungs- und Qualifikationsprofile zeigen sich zwei interessante Tendenzen (Abb. 3.38). Einerseits ist die Zufriedenheit mit der Bezahlung bei Altenpflegepersonal (AP, APH) insgesamt höher als bei Kran-

***Je höher die
Qualifikation, desto
größer die
Unzufriedenheit mit der
Bezahlung***

kenpflegepersonal und andererseits nimmt mit zunehmender Qualifikation die Zufriedenheit mit der Bezahlung ab.

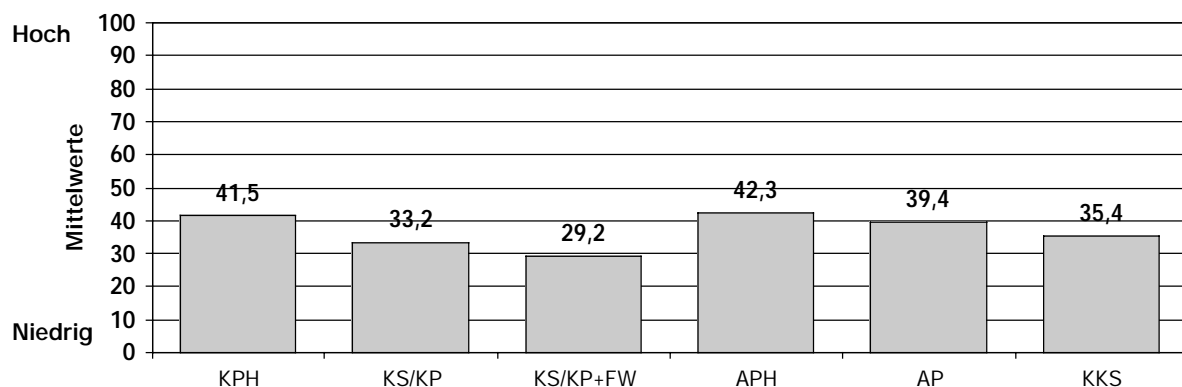


Abb. 3.38: Zufriedenheit mit der Bezahlung nach Qualifikationsprofil ($n_{\text{ges}}=3.460$; $n_{\text{KPH}}=136$; $n_{\text{KS/KP}}=1.814$; $n_{\text{KS/KP+FW}}=630$; $n_{\text{APH}}=995$; $n_{\text{AP}}=275$; $n_{\text{KKS}}=283$)

3.5.2 Arbeitszufriedenheit

Unter dem Begriff der *Arbeitszufriedenheit* werden im Allgemeinen die Erwartungen des Einzelnen hinsichtlich der Arbeit und der tatsächlich wahrgenommene Arbeitssituation verstanden. Dabei spielen eine Vielzahl von Teilaspekten eine Rolle, wie zum Beispiel die Art der Arbeit, das Pflegemodell, der Grad der Professionalisierung, die Zufriedenheit mit der Bezahlung usw. Arbeitszufriedenheit gilt als Einflussfaktor für Patientenzufriedenheit, Ausfallzeiten und den Berufsausstieg.

Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit der Befragten wurden vier Fragen des COPSQ (Kristensen, 2002) verwendet:

Wie zufrieden sind Sie mit...

- *den Zukunftsaussichten Ihrer Arbeit?*
- *den körperlichen Arbeitsbedingungen?*
- *der Art und Weise, in der Ihre Fähigkeiten eingesetzt werden?*
- *Ihrem Beruf insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?*

Die Antwortmöglichkeiten variierten auf einer vierstufigen Skala von „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „zufrieden“, bis „sehr zufrieden“. Der Maximalwert der Skala liegt bei 4, das Minimum bei 1. Pflegendе mit einem Mittelwert von 2,5 oder höher wurden als „Zufriedene“ zusammengefasst.

Die Arbeitszufriedenheit in den ambulanten Diensten und Alten-/Pflegeheimen wird vor allem von den Bedingungen in den Organisationen geprägt. Liegt der Anteil der

Zufriedenen dieser beiden Gruppen insgesamt bei 48%, so streuen die Anteile für die einzelnen Einrichtungen zwischen 15 bis 91% (Abb. 3.39).

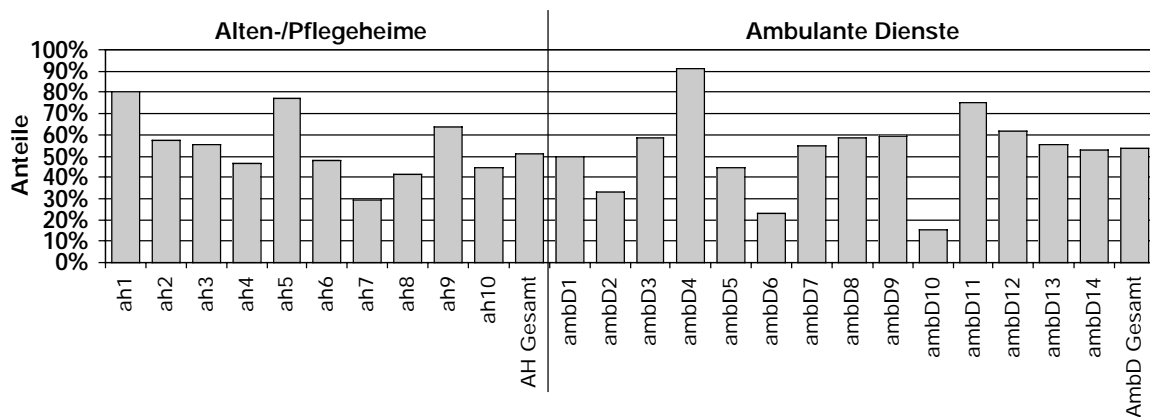


Abb.3.39: Arbeitszufriedenheit – Anteile „Zufriedener“ in Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten ($n_{ah1-10}=190$; $n_{ambD1-14}=222$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=532$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=353$)

In der Korrelationsanalyse zeigen sich ausgeprägte Zusammenhänge zwischen organisationalen Aspekten wie der Bindung an die Einrichtung ($r=0,40$, $p<0,01$), Führungsqualität ($r=0,35$, $p<0,01$) oder der Unterstützung durch den Vorgesetzten ($r=0,32$, $p<0,01$) einerseits und Arbeitszufriedenheit andererseits. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit sollten demnach vor allem in den Organisationen und beim Führungspersonal ansetzen.

3.5.3 Arbeitsfähigkeitsindex

Der *Arbeitsfähigkeitsindex* (Work Ability Index, WAI) wurde von Tuomi et al. (1998) entwickelt. Er ermöglicht, die Arbeitsleistung eines Arbeitnehmers an seinem gegenwärtigen Arbeitsplatz zu messen und Prognosen für seine zukünftige Arbeitsleistung zu treffen. Der Arbeitsfähigkeitsindex umfasst sieben Dimensionen:

- gegenwärtige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur individuellen Bestleistung
- Vergleich der derzeitigen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen
- Anzahl der diagnostizierten Krankheiten
- subjektive Einschätzung der Beeinträchtigung der eigenen Arbeitsleistung aufgrund von Krankheiten
- Anzahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage im letzten Jahr
- eigene Prognose der Arbeitsleistung in zwei Jahren
- mentale Ressourcen

Die Punktzahl, die mit dem Arbeitsfähigkeitsindex erreicht werden kann, liegt zwischen 7 und 49 Punkten. Die Arbeitsfähigkeit wird bei einem Wert von 7 bis 27 Punkten als „schlecht“, von 28 bis 36 Punkten als „moderat“ von 37 bis 43 Punkten als „gut“ und von 44 bis 49 Punkten als „sehr gut“ bewertet.

Der Arbeitsfähigkeitsindex liegt im Krankenhaus bei 38,3 ($n=2.536$), in ambulanten Diensten bei 36,8 ($n=332$) und in den Alten-/Pflegeheimen bei 36,4 ($n=498$) Mittelwertpunkten. Wie in Abbildung 3.40 dargestellt, ist der Anteil derjenigen mit „schlechtem“ WAI in ambulanten Diensten und Alten-/Pflegeheimen mit 11% etwa doppelt so hoch wie in den Krankenhäusern mit 7%. Ein „schlechter“ Arbeitsfähigkeitsindex deutet auf Pflegende mit erhöhtem Risiko für Arbeitsunfähigkeit hin. Weiterhin bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen der Arbeitsfähigkeit und Burnout ($r=-0,57$, $p<0,01$), dem Arbeit/Familie-Konflikt ($r=-0,35$, $p<0,01$) und der Absicht, den Beruf zu verlassen ($r=-0,31$, $p<0,01$). Weiterführende Analysen finden sich bei Müller & Hasselhorn (2004).



Abb. 3.40: Arbeitsfähigkeitsindex nach Einrichtungsart ($n_{\text{Krankenhaus}}=2.536$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=498$; $n_{\text{Ambulante Dienste}}=332$)

3.5.4 Allgemeine Gesundheit

Die *allgemeine Gesundheit* der Teilnehmer wurde mit einer fünfstufigen Skala des COPSOQ (Kristensen, 2002) gemessen. Die zu beantwortenden Fragen lauteten:

- *Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?*
- *Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.*
- *Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.*
- *Ich erwarte, dass sich meine Gesundheit verschlechtert.*
- *Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.*

Der höchste Wert bei bestem Gesundheitszustand liegt bei 100, der niedrigste bei 0 Punkten.

Der Anteil der Pflegenden mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand (<35 Punkte) liegt in der ambulanten Pflege bei 6% und in den stationären Einrichtungen (Alten-/Pflegeheime und Krankenhäuser) bei 8% (nicht dargestellt). Allgemeine Gesundheit zeigt ähnlich dem Arbeitsfähigkeitsindex einen Zusammenhang mit Burnout und dem Arbeit/Familie-Konflikt.

3.5.5 Burnout

Burnout wurde mittels sechs Fragen aus dem Copenhagen Burnout Inventar (Borritz & Kristensen, 2001) erfasst:

Wie häufig ...

- *fühlen Sie sich müde?*
- *sind Sie körperlich erschöpft?*
- *sind Sie emotional erschöpft?*
- *denken Sie: Ich kann nicht mehr?*
- *fühlen Sie sich ausgelaugt?*
- *fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?*

Die Antwortmöglichkeiten lauteten: „nie/fast nie“, „einmal oder ein paar Mal pro Monat“, „ein- oder zweimal pro Woche“, „drei- bis fünfmal pro Woche“, „(fast) jeden Tag“. Je höher der erreichte Punktwert (0-100), umso größer die Belastung durch Burnout.

In den Alten-/Pflegeheimen sind die Burnout-Werte (44,2) vor ambulanten Diensten (40,8) und Krankenhäusern

(36,4) am höchsten. Aber auch auf Einrichtungsebene ergeben sich deutliche Unterschiede, so reichen die Burnout-Mittelwerte von 28 bis 68 (Abb. 3.41).

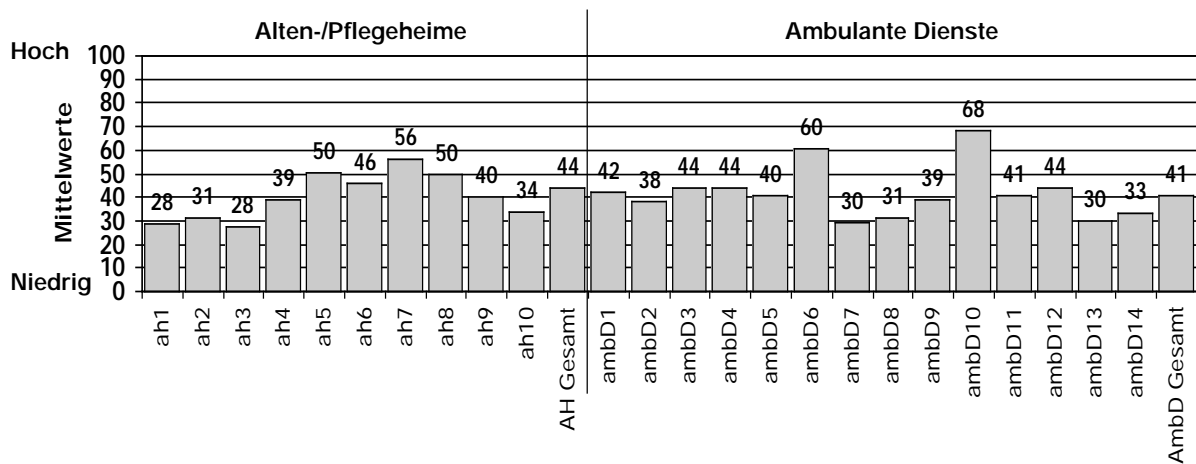


Abb. 3.41: Burnout – Alten-/Pflegerheime und ambulante Dienste ($n_{ah1-10}=190$; $n_{ambD1-14}=222$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=532$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=353$)

Burnout umschreibt einen Zustand emotionaler Erschöpfung und steht in Zusammenhang mit dem Arbeit/Familienkonflikt und einer geringeren Arbeitszufriedenheit. Eine mögliche Folge von Burnout ist außerdem der vorzeitige Berufsausstieg. Abbildung 3.42 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen der Absicht, die Pflege zu verlassen und Burnout. Diejenigen, die häufig daran denken, den Beruf zu verlassen, weisen die höchsten Burnout-Werte auf (52,9-77,5)

Burnout und die Absicht, den Beruf zu verlassen, sind deutlich miteinander assoziiert

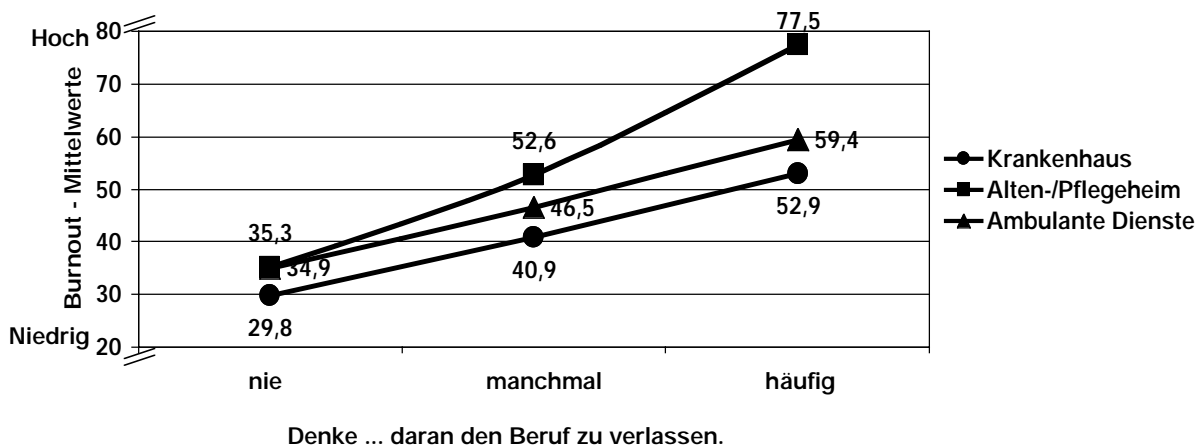


Abb. 3.42: Die Absicht, den Beruf zu verlassen, und Burnout nach Einrichtungart (Y-Achse gekürzt; $n_{Krankenhaus}=2.644$; $n_{Alten-/Pflegerheim}=449$; $n_{Ambulante\ Pflege}=297$)

3.5.6 Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Krankheitsbedingte Abwesenheitstage beschreiben einen kostenintensiven betriebswirtschaftlichen Aspekt, dem im Allgemeinen eine große Bedeutung beigemessen wird.

Im Durchschnitt gaben die befragten Pflegenden 9,5 krankheitsbedingte Fehltag in den letzten 12 Monaten an. Nennenswerte Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten konnten nicht festgestellt werden. Im Vergleich der Einrichtungen zeigte sich eine Spanne von 3 (ambulante Dienste 7 bzw. 8) bis zu 26 (Alten-/Pflegeheim 7) Tagen (Abbildung 3.43). Im Krankenhausbereich variierten die krankheitsbedingten Abwesenheitstage zwischen 6 und 13 Tagen (nicht dargestellt). Die erheblichen Abstände zwischen den Einrichtungen lassen sich teilweise durch die geringen Stichprobenumfänge in den Einrichtungen erklären.

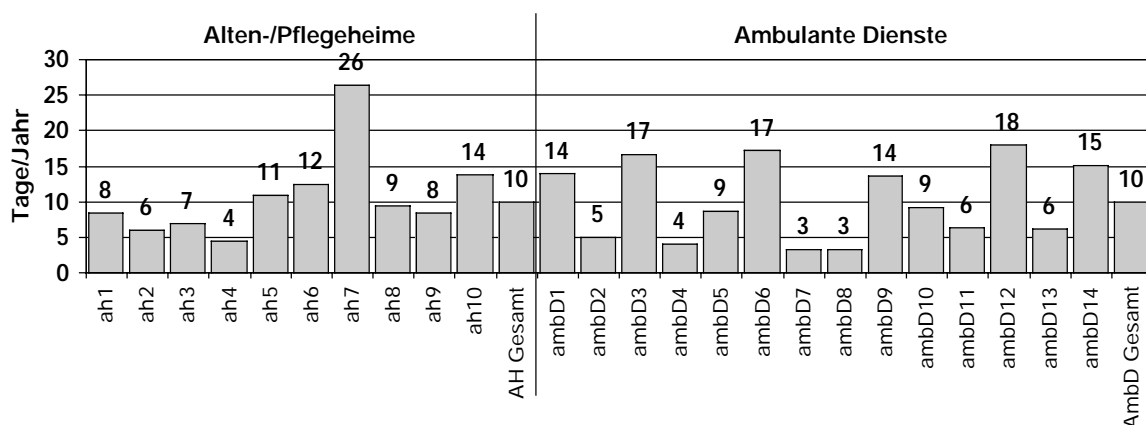


Abb. 3.43: Krankheitsbedingte Abwesenheitstage – Alten-/Pflegeheime und ambulante Dienste ($n_{ah1-10}=190$; $n_{ambD1-14}=222$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=531$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=353$)

Wie erwartet, sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten stark mit Gesundheitsindikatoren wie dem Arbeitsfähigkeitsindex ($r=-0,39$, $p<0,01$) und der allgemeinen Gesundheit assoziiert ($r=-0,22$, $p<0,01$). Ein schwächerer Zusammenhang besteht zu Burnout ($r=0,14$, $p<0,01$).

Ein weitere interessante Zahl in Bezug auf die Krankheitssituation des Pflegepersonals sind die Anzahl der Tage, die man „in den vergangenen 12 Monaten zur Arbeit gegangen ist, obwohl man aus gesundheitlichen Gründen hätte zu Hause bleiben müssen“. Hier lag der Durchschnitt in den Alten-/Pflegeheimen bei 5,9 Tagen/Jahr, in den Krankenhäusern bei 4,7 Tagen/Jahr und den ambulanten Diensten bei 4,5 Tagen/Jahr. Positive Assoziationen

zeigten sich zwischen den „Arbeitstagen trotz Krankheit“ einerseits und Arbeit/Familie-Konflikt, Burnout und allgemeiner Gesundheit andererseits.

3.5.7 Konflikt zwischen Arbeit & Familie

Der Konflikt zwischen Arbeits- und Familienleben (AFK) ist ein Rollenkonflikt, der dadurch entsteht, dass die Erfüllung einer Rolle (z.B. als Mutter) durch eine andere Rolle (z.B. als Stationsleitung) behindert wird. Dabei spielen sowohl Zeitmangel als auch Erschöpfung eine maßgebliche Rolle. Verschiedene betriebliche Faktoren können diesen Konflikt beeinflussen, wie z.B. die Arbeitszeiten oder die quantitativen Anforderungen (weiterführend: Simon, Kümmerling & Hasselhorn, 2004). Wie in Abschnitt 3.4 schon angedeutet, ist der Arbeit/Familie-Konflikt sensibel gegenüber der Dienstplangestaltung. Weiterhin besteht ein starker Zusammenhang mit dem vorzeitigen Berufsausstieg.

Die verwendete Skala zum Arbeit/Familie-Konflikt (Netemeyer, Boles & McMurrin, 1996) besteht aus fünf Statements, die in fünf Abstufungen von „stimme nicht zu“ bis „stimme völlig zu“ eingeschätzt werden:

- *Die Anforderungen meiner Arbeit behindern mein Privat- /Familienleben.*
- *Die Zeit, die meine Arbeit einnimmt, macht es schwer, meinen Familienpflichten nachzukommen.*
- *Dinge, die ich zu Hause tun möchte, schaffe ich nicht, weil mich meine Arbeit so fordert.*
- *Die Arbeit belastet mich so sehr, dass es schwierig ist, meinen Familienpflichten nachzukommen.*
- *Aufgrund von Verpflichtungen durch die Arbeit, muss ich Pläne für Familienaktivitäten ändern.*

Je höher der Wert (0-100), desto größer der Konflikt zwischen Arbeit und Familie.

Der AFK ist am stärksten in den ambulanten Diensten (46,4) vor den Alten-/Pflegeheimen (44,1) und den Krankenhäusern (43,6) ausgeprägt. Auf Einrichtungsebene zeigen sich erneut deutlichere Differenzierungen zwischen 27 und 65 Mittelwertpunkten (Abb. 3.44).

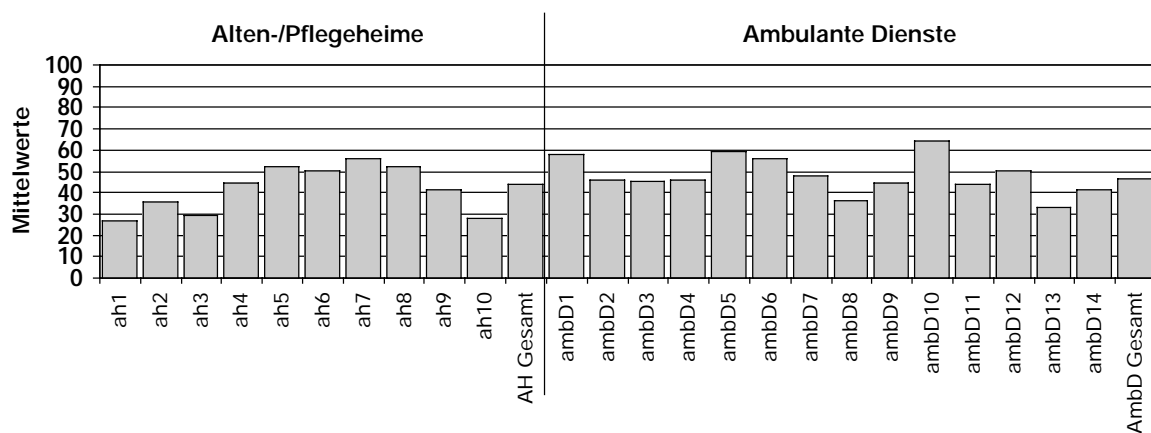


Abb. 3.44: Arbeit/Familie-Konflikt – Alten-/Pflegeheime und ambulante Dienste
($n_{ah1-10}=189$; $n_{ambD1-14}=222$; $n_{AH\text{ Gesamt}}=529$; $n_{AmbD\text{ Gesamt}}=348$)

Der Arbeit/Familie-Konflikt wird wesentlich von den quantitativen Arbeitsanforderungen geprägt. Pflegende mit hohen quantitativen Anforderungen (auf der Skala von 1-100 entspricht dies einem Wert von >80) haben hohe Arbeit/Familie-Konflikt-Werte (Abb.3.45).

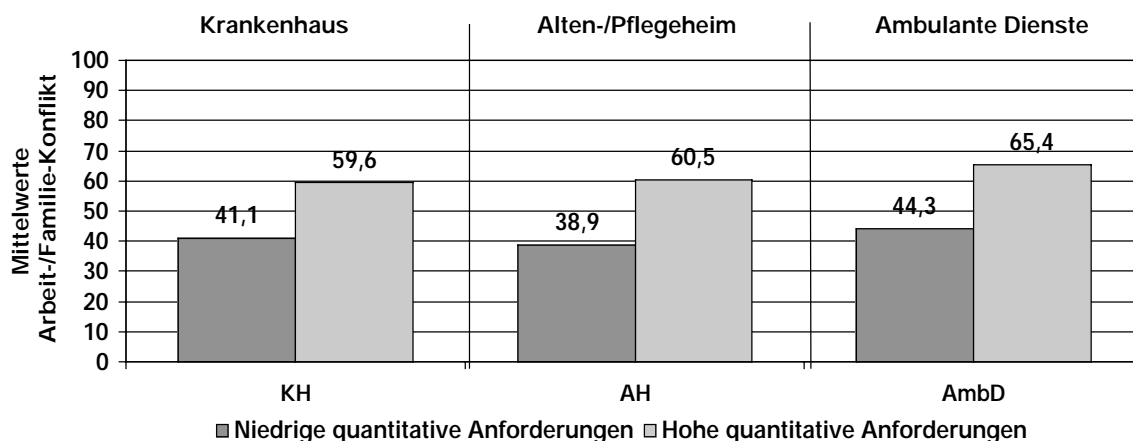


Abb. 3.45: Quantitative Anforderungen und Arbeit/Familie-Konflikt nach Einrichtungsart
($n_{KH\text{-Niedrige Anforderungen}}=2.248$; $n_{KH\text{-Hohe Anforderungen}}=365$; $n_{AH\text{-Niedrige Anforderungen}}=397$; $n_{AH\text{-Hohe Anforderungen}}=126$;
 $n_{AmbD\text{-Niedrige Anforderungen}}=310$; $n_{AmbD\text{-Hohe Anforderungen}}=35$)

3.5.8 Die Absicht, die Einrichtung zu verlassen

Mit verschiedenen Fragen wurde in der Basiserhebung der NEXT-Studie das Potential der „Aussteiger“ untersucht. Dabei lassen sich grundsätzlich zwei Aussteigergruppen differenzieren: Diejenigen, die den *Beruf* verlassen wollen und diejenigen, die die *Einrichtung* verlassen wollen. Beide Gruppen sind für die Einrichtungen problematisch da sie *die Absicht* äußern, *die Einrichtung zu verlassen*.

Die Absicht, den Beruf zu verlassen

Die Absicht, den Beruf zu verlassen, wurde durch folgende Frage ermittelt: „Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Pflegeberuf aufzugeben?“ Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie“, „einige Male im Jahr“, „einige Male pro Monat“ bis hin zu „einige Male in der Woche“ und „jeden Tag“. In Abbildung 3.46 wird die Absicht, den Beruf zu verlassen, nach Einrichtungsart dargestellt. Die Anteile derjenigen, die häufig (einige Male pro Monat oder häufiger) an den Berufsausstieg denken, liegen im Krankenhausbereich bei 19%, in den Alten-/Pflegeheimen bei 16% und in der ambulanten Pflege bei 18%.

Fast Jede/r Fünfte denkt oft an den Berufsausstieg

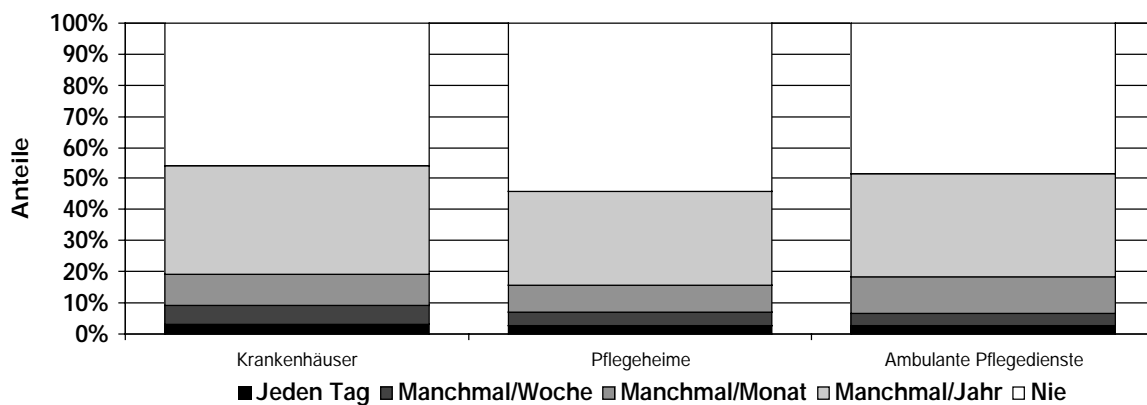


Abb. 3.46: Die Absicht, den Beruf zu verlassen, nach Einrichtungsart ($n_{\text{Krankenhaus}}=2.364$; $n_{\text{Alten-/Pflegeheim}}=444$; $n_{\text{Ambulante Pflege}}=302$)

Die Absicht, die Einrichtung zu wechseln

Die Absicht, die *Einrichtung* zu wechseln, wurde durch folgende Frageformulierung (exemplarisch für Alten-/Pflegeheime) ermittelt: *Wie oft im Laufe des letzten Jahres haben Sie daran gedacht...*

- *sich nach einer Stelle in einem anderen Pflegeheim umzuschauen?*
- *in einen ambulanten Dienst zu wechseln?*
- *in ein Krankenhaus zu wechseln?*
- *in eine Praxis zu wechseln?*
- *sich selbständig zu machen?*

Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie“, „einige Male im Jahr“, „einige Male pro Monat“ bis hin zu „einige Male in der Woche“ und „jeden Tag“.

Der Anteil derjenigen, die die Einrichtung wechseln wollten (nicht dargestellt), lag im Krankenhausbereich bei 29% in der ambulanten Pflege bei 28% und bei den Alten-/Pflegeheimen bei 25%.

Die Absicht, die Einrichtung zu verlassen

Um das gesamte Aussteigerpotential für die untersuchten Einrichtungen zu ermitteln, ist es notwendig, die Absicht, den Beruf zu verlassen und die Absicht, die Einrichtung zu wechseln, im Zusammenhang darzustellen.

Tabelle 3.6 zeigt die Anteile der Personen, die ausschließlich (häufig) an den Berufsausstieg (11%), ausschließlich an den Einrichtungswechsel (10%) oder an beides (8%) denken.

		denke die Einrichtung zu wechseln		Gesamt
		nie-selten	häufig	
denke an Berufsausstieg	nie-selten	2.136	291	2.454
	(Gesamt)	71,9%	9,7%	81,6%
	häufig	319	236	555
	(Gesamt)	10,6%	7,8%	18,4%
Gesamt		2.482	527	3.009
	(Gesamt)	82,5%	17,5%	100,00%

Tab. 3.6: Absicht, den Beruf und/oder die Einrichtung zu wechseln

Daraus resultiert ein beachtliches Aussteigerpotential von 29% im Krankenhausbereich, 28% in der ambulanten Pflege und 25% in den Alten-/Pflegeeinrichtungen. Auch wenn die Absicht, die Einrichtung zu verlassen, nicht gleich bedeutend ist mit einer tatsächlichen Kündigung: darüber denkt zumindest jeder Vierte nach.

Jeder Vierte denkt oft daran, die Einrichtung zu verlassen

4. Zusammenfassung

Die NEXT-Studie erfasst eine große Bandbreite von Themen, die sich nur bedingt zusammenfassen lassen. Dennoch sollen hier einige Aspekte besonders hervorgehoben werden. Die Darstellungen in Abbildung 3.47 bis 3.49 fassen schließlich die Stärken und Schwächen der jeweiligen Einrichtungart zusammen.

Hinsichtlich der *physikalischen Exposition* lassen sich zwei wesentliche Befunde feststellen. In der Akutversorgung, vor allem auf Intensivstationen, werden größere Belastungen durch Infektionsgefährdung, Lärm und gefährliche Stoffe wahrgenommen, als dies in Alten-/Pflegeheimen und ambulanten Diensten der Fall ist. In Bezug auf unangenehme Temperaturen werden in ambulanten Diensten die größeren Belastungen wahrgenommen. Welche Auswirkung die genannte physikalische Exposition hat, lässt sich im Rahmen dieser Untersuchung nicht klären. Dennoch sollte in der Organisation und Planung von Intensivstationen berücksichtigt werden, dass die genannten Faktoren als Belastung wahrgenommen werden.

Krankenhaus	
Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (v.a. große Einrichtungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infektionsgefährdung, Lärm, gefährliche Stoffe (Intensiv)
<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss auf die Dienstplangestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Anforderungen (Normalstation, Intensiv)
	<ul style="list-style-type: none"> • Heben & Tragen (Normalstation)
	<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonelles Konfliktpotenzial (zwischen Hierarchien)
	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrige Bindung an Einrichtungen (v.a. große Einrichtungen)
	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation (z.B. Informationsfluss, Arbeitsanweisungen)

Abb. 3.47: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse zu Stärken und Schwächen im Krankenhausbereich

Die quantitativen Anforderungen (Arbeitsaufkommen) stellen insbesondere in Alten-/Pflegeheimen ein Problem dar. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die quantitativen Anforderungen in Deutschland besonders hoch sind (Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003b). Die Auswirkungen von hohen quantitativen Anforderungen sind zunehmendes Burnout, steigende Fehlzeiten und die zunehmende Absicht, den Beruf zu verlassen. Vor dem

Hintergrund, dass die finanziellen Ressourcen in den kommenden Jahren nicht steigen werden und sich damit auch die Personalausstattung nicht grundsätzlich verändern wird, muss über angepasste Organisationsformen im Bereich der stationären Pflege nachgedacht werden.

Die körperlichen Anforderungen, insbesondere das Heben und Tragen, sind bekannte Belastungen im Pflegeberuf. Die hier dargestellten Befunde mit hohen körperlichen Belastungen in Alten-/Pflegeheimen und auf Normalstationen im Krankenhaus wie auch die Defizite im Vorhandensein und der Nutzung von Hebehilfen, insbesondere im Krankenhaus, sind bedenklich. Trotz verschiedener Bemühungen seitens der gesetzlichen Unfallversicherer und Krankenkassen ist es bisher nicht gelungen, eine größeren Verbreitung und Nutzung von Hebehilfen in den genannten Bereichen zu erreichen.

<i>Alten-/Pflegeheime</i>	
Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Bindung an die Einrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Anforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation (z.B. Informationsfluss, Arbeitsanweisungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Heben & Tragen
	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit aggressiven & unfreundlichen Patienten
	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss auf die Dienstplangestaltung
	<ul style="list-style-type: none"> • Burnout

Abb. 3.48: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse zu Stärken und Schwächen in Alten-/Pflegeheimen

Der Umgang mit Patienten, die besonderem Leid ausgesetzt sind, findet sich vor allem in Alten-/Pflegeheimen und auf Intensivstationen. Der Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten ist erneut ein Problem der Alten-/Pflegeheime aber auch psychiatrischer Stationen. Gerade die letztgenannte Form der emotionalen Anforderungen trägt deutlich zum Ausbrennen der Pflegenden bei. Ein Rückgang dieser Patientengruppe ist nicht zu erwarten, sondern eher eine Zunahme von verwirrten und aggressiven Patienten. Dieser Entwicklung könnte mit adaptierten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, z.B. mit Supervision und Fort-/Weiterbildung begegnet werden.

Der gesamte Bereich der sozialen Aspekte (Spannung und Feindseligkeiten, Unterstützung der Kollegen & Vorgesetz-

ten, Bedeutung der Arbeit und Bindung an Beruf /Einrichtung) beschreibt eine Krise des Pflegemanagements im Krankenhausbereich und den Alten-/Pflegeheimen. Dabei bestätigt sich, dass mit zunehmender Einrichtungsgröße die Spannungen mit dem Leitungspersonal zunehmen und die Bindung an die Einrichtung und die soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten abnimmt. Dabei stellen insbesondere die Bindung an die Einrichtung und die Bedeutung der Arbeit wichtige Ressourcen für den Erhalt von Mitarbeitern dar.

Die Organisation der Arbeitszeiten hat sich als erwartet bedeutsamer Faktor herausgestellt, der sowohl Burnout als auch den Arbeit/Familie-Konflikt maßgeblich beeinflusst. Dabei beschreiben die Zufriedenheit mit und die Einflussmöglichkeit auf die Dienstplangestaltung wesentliche Eckpunkte einer zeitgemäßen Dienstplanorganisation. Vor allem Unplanbarkeit und Unregelmäßigkeit, sowie fehlende Einflussmöglichkeiten in der Dienstplanung scheinen dabei negative Auswirkungen zu haben.

<i>Ambulante Dienste</i>	
Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Heben & Tragen (relativ zu Krankenhaus und Alten-/Pflegeheimen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss bei der Arbeit
<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Arbeitsumfeld 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfluss auf die Dienstplangestaltung
<ul style="list-style-type: none"> • Bindung an die Einrichtung 	
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation (z.B. Informationsfluss, Arbeitsanweisungen) 	

Abb. 3.49: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse zu Stärken und Schwächen Ambulanter Dienste

Resultierend aus den beschriebenen Arbeitsbedingungen ergeben sich Auswirkungen auf die so genannten Endpunkte. Zwei Aspekte sind dabei besonders hervorzuheben: die Arbeitsfähigkeit (WAI) in ambulanten Diensten und Alten-/Pflegeheimen, und die Absicht, die Einrichtung zu verlassen. In ambulanten Diensten und Alten-/Pflegeheimen liegt der Anteil derjenigen mit schlechtem WAI bei ca. 11%. Das Risiko dieser Gruppe zu erkranken und damit „auszufallen“ ist hoch. Dies ist eine besondere Herausforderung für die betroffenen Einrichtungen, die nicht ignoriert werden sollte. Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die Absicht, die Einrichtung zu verlassen. Auch wenn gegenwärtig noch nicht abzusehen ist, wie sich die Absicht und das tatsächliche Verlassen der Einrichtung zueinander verhalten, sind Anteile von 25-30%, auch im internationalen Vergleich alarmierend.

5. Literatur

- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1996). Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: An Examination of Construct Validity. *Journal of Vocational Behavior, 49*, 252-276.
- Berger, J., Nolting, H.-D., & Grenz, H. O. (2003). *Gesundheitsreport 2003 - Altenpflege Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. Hamburg: BGW, DAK.
- BGW, & DAK. (2000). *Gesundheitsreport 2000 - Krankenpflege - Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland*. Hamburg: BGW - DAK.
- Borritz, M., & Kristensen, T. S. (2001). *Copenhagen Burnout Inventory*. Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- de Jonge, J., Mulder, M. J. P. G., & Nijhuis, F. J. N. (1999). The incorporation of different demand concepts in the Job Demand-Control Model: Effects on health care professionals. *Soc Sci Med, 48*, 1149-1160.
- Hasselhorn, H.-M. & Müller, B.H. (2004a). Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse von der NEXT-Studie. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.) (2004). *Fehlzeitenreport 2004*. Berlin: Springer.
- Hasselhorn, H.-M. & Müller, B.H. (2004b). Arbeitsbedingungen und Berufswechsel in der Pflege. *Public Health Forum 12(44)*, 20-22.
- Hasselhorn, H.-M., Tackenberg, P., & Müller, B. H. (2003a). Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst - eine Übersichtsarbeit. *Gesundheitswesen 2003, 65*, 40-46.
- Hasselhorn, H.M.; Tackenberg, P.; Müller, B.H. (Eds.): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report7:2003, National Institute for Working Life, Stockholm 2003
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308.
- Kristensen, T. S. (2002). *A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- Müller, B.H. & Hasselhorn, H.-M. (2004). *Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. Z Arb Wiss, 58(3)*, 167-177.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work-Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology, Vol. 81, No. 4*, 400-410.
- Roth, G. (2001). *Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege*. Dortmund: W. Kohlhammer GmbH.
- Simon, M., Kümmerling, A., & Hasselhorn, H.-M. (2004). Work-Home Conflict in the European Nursing Profession. *Int J Occup Environ Health, 10(4)*, 384-391.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2004a). *Gesundheitspersonal nach Berufen - 2002*.
Aufruf 27.09.2004 unter: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2004b). *Leben und Arbeiten in Deutschland -
Ergebnisse des Mikrozensus 2003*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (1998). *Work Ability
Index*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- van der Heijden, B. I. J. M. (1998). *The measurement and development of
professional expertise throughout the career. A retrospective study among
higher level Dutch professionals*. University of Twente, Geffen.
- Wells, N., Roberts, L., & Medlin, L. C. (2002). Issues related to staff retention and
turnover. *Semin Nurse Manag*, 10(3), 171-179.

6. Abkürzungsverzeichnis

AH: Alten-/Pflegeheim

AmbD: Ambulante Pflegedienste

AP: Altenpfleger/-pflegerin

APH: Altenpflegehelfer/-helferin

KH: Krankenhaus

KKS: Kinderkrankenschwester/-pfleger

KPH: Krankenpflegehelfer/-helferin

KS/KP: Krankenschwester/Krankenpfleger

KS/KP+FW: Krankenschwester/Krankenpfleger mit Fachweiterbildung