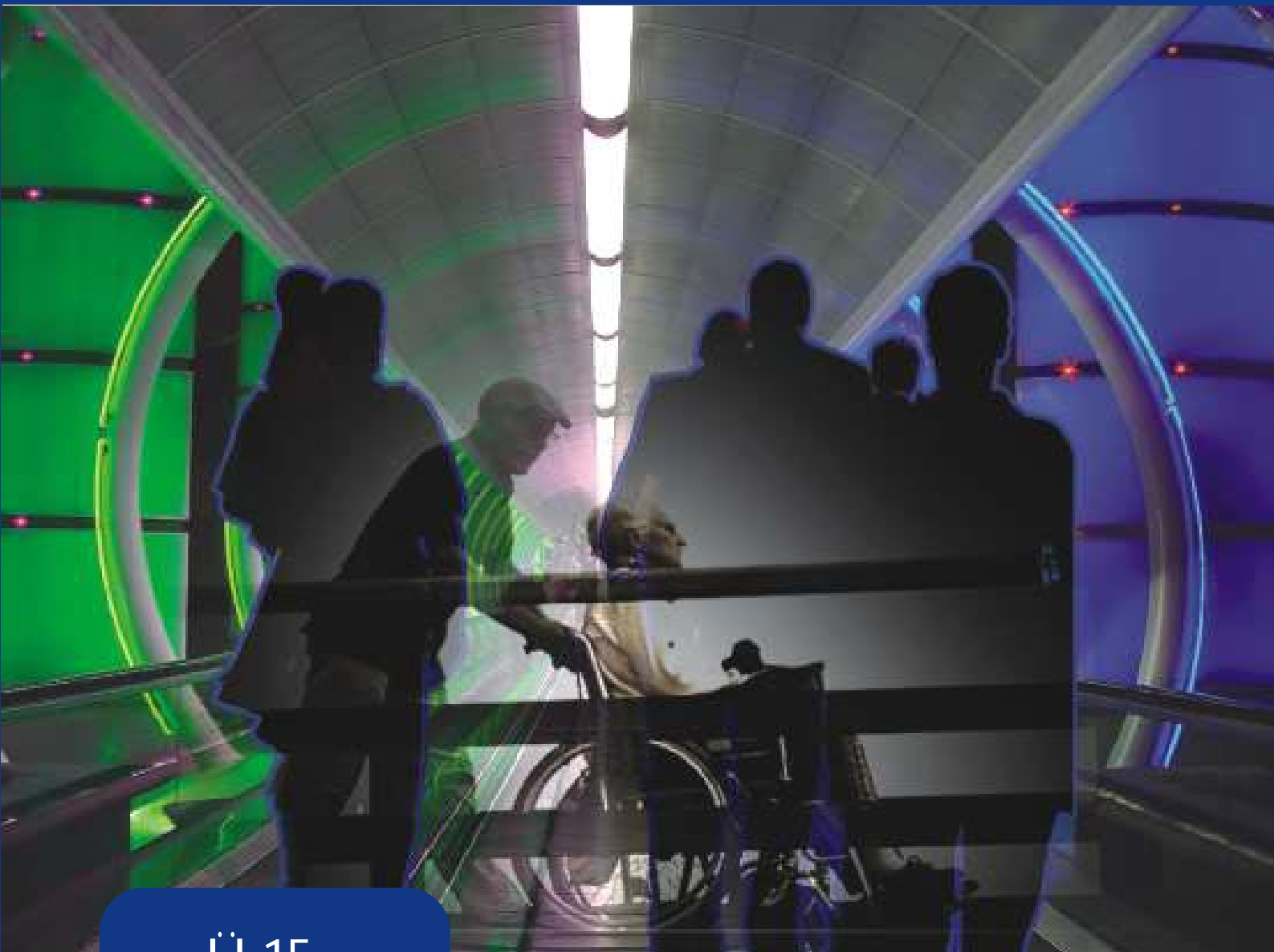


Berufsausstieg bei Pflegepersonal



Ü 15

Schriftenreihe der
Bundesanstalt für
Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin

b a u a :

- Übersetzung -
Ü 15

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

Berufsausstieg bei Pflegepersonal

**Arbeitsbedingungen und beabsichtigter
Berufsausstieg bei Pflegepersonal
in Deutschland und Europa**

Diese Veröffentlichung ist eine überarbeitete Übersetzung von ausgewählten Kapiteln aus dem englischsprachigen Zwischenbericht zur NEXT-Studie (nurses early exit study). Die NEXT-Studie wird im fünften Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Union durchgeführt und finanziert (QLK6-CT-2001-00475). Der Zwischenbericht wurde mit Mitteln aus dem schwedischen SALTSA-Fond gefördert und publiziert. *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 Report 7:2003, National Institute for Working Life, Stockholm 2003, ISSN 1404-790X.* Die deutschsprachige Übersetzung entstand unter Mitarbeit von Heiko Stehling, Osnabrück.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: PD Dr. Hans-Martin Hasselhorn
Prof. Dr. Bernd Hans Müller
Peter Tackenberg, MScN
Dipl.-Soz. Angelika Kümmerling
Michael Simon, MScN

Bergische Universität Wuppertal
FB D, Abteilung Sicherheitstechnik
Fachgebiet Arbeitssicherheit/Ergonomie
Gaußstraße 20, D-42119 Wuppertal
E-Mail: next@uni-wuppertal.de
Internet: www.next-study.net

Umschlaggestaltung
und Fotografik: Angelika Rößler, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Verlag/Druck: Wirtschaftsverlag NW
Verlag für neue Wissenschaft GmbH
Bürgermeister-Smidt-Str. 74-76, D-27568 Bremerhaven
Postfach 10 11 10, D-27511 Bremerhaven
Telefon: (04 71) 9 45 44 - 0
Telefax: (04 71) 9 45 44 - 77
E-Mail: info@nw-verlag.de
Internet: www.nw-verlag.de

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, D-44149 Dortmund
Telefon: (02 31) 90 71 - 0
Telefax: (02 31) 90 71 - 24 54
E-Mail: poststelle@baua.bund.de
Internet: www.baua.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin
Telefon: (0 30) 5 15 48 - 0
Telefax: (0 30) 5 15 48 - 41 70

Dresden:
Proschhübelstr. 8, D-01099 Dresden
Telefon: (03 51) 56 39 - 50
Telefax: (03 51) 56 39 - 52 10

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

ISSN 1433-2159
ISBN 3-86509-247-0

Inhaltsverzeichnis

Seite

Kurzreferat	5
Abstract.....	6
Résumé	7
Vorwort	9
1 Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie <i>H.-M. Hasselhorn, B. H. Müller, P. Tackenberg</i>	11
2 Pflege in Europa <i>P. Tackenberg, H.-M. Hasselhorn, A. Büscher</i>	21
3 Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften <i>S. Stordeur, W. D’hoore, B. van der Heijden, M. Di Bisceglie, M. Laine, E. van der Schoot</i>	30
4 Das soziale Arbeitsumfeld von Pflegekräften <i>B. van der Heijden, A. Kümmerling</i>	49
5 Burnout im Pflegeberuf in Europa <i>E. van der Schoot, H. Ogińska, M. Estryń-Behar</i>	57
6 Die Bedeutung der Arbeit für das Pflegepersonal in Europa <i>J. Pokorski, E. van der Schoot, G. Wickström, J. Pokorska, H.-M. Hasselhorn</i>	63
7 Affektivität als individueller Einflussfaktor für die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen <i>P. Radkiewicz, M. Widerszal-Bazyl, H. Ogińska, D. Camerino</i>	69
8 Arbeitsplatzunsicherheit im Pflegeberuf in Europa <i>M. Laine</i>	75
9 Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie im Pflegeberuf in Europa <i>M. Simon, H.-M. Hasselhorn</i>	82
10 Arbeitszeitgestaltung in der Pflege in Europa <i>H. Ogińska, D. Camerino, M. Estryń-Behar, J. Pokorski</i>	88
11 Die Arbeitsfähigkeit im Pflegeberuf <i>D. Camerino, B. van der Heijden, M. Estryń-Behar, P. Kiss, J. Pokorski, H.-M. Hasselhorn</i> ...	95
12 Körperliche Belastungen bei Pflegepersonal <i>M. Estryń-Behar, O. le Nézet, M. Laine, J. Pokorski, J.-F. Caillard</i>	101
13 Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europäischen Ländern <i>M. Widerszal-Bazyl, P. Radkiewicz, H.-M. Hasselhorn, P. Conway</i>	109
14 Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa <i>H.-M. Hasselhorn, M. Widerszal-Bazyl, P. Radkiewicz</i>	116
15 Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen? <i>H.-M. Hasselhorn, P. Tackenberg, B. H. Müller</i>	124

16	Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland <i>H.-M. Hasselhorn, P. Tackenberg, A. Büscher, S. Stelzig, A. Kümmerling, B. H. Müller</i>	135
17	Psychometrische Eigenschaften der in der NEXT-Studie verwendeten Skalen <i>A. Kümmerling, H.-M. Hasselhorn, P. Tackenberg</i>	147

Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa

Kurzreferat

Die demografische Entwicklung in Deutschland und Europa wird schwer wiegende Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Langfristig stellt sich die Frage, wer die Pflegearbeit leisten wird, die in einer immer älter werdenden Gesellschaft erforderlich sein wird. In zahlreichen Ländern Europas verlassen die meisten Pflegekräfte den Pflegeberuf vorzeitig. Es stellt sich die Frage, was zu tun ist, um Pflegepersonal länger im Beruf zu halten.

In der Europäischen NEXT-Studie (nurses' early exit study, www.next-study.net) werden die Gründe und Umstände des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf untersucht. NEXT findet bis Mitte 2005 in zehn europäischen Ländern statt und wird von der Europäischen Kommission finanziert (QLK6-CT-2001-00475).

Im vorliegenden Band werden auf Grundlage der „NEXT-Basiserhebung“ 2002/2003 (39.898 antwortenden Pflegekräfte aus 10 Ländern) erste Ergebnisse der NEXT-Studie zusammengestellt. Neben der Beschreibung der NEXT-Studie steht die Frage des beruflichen Ausstiegswunsches von Pflegepersonal im Mittelpunkt. Zwischen 8,8% (Niederlande) und 36,2% (Großbritannien) aller Befragten erwogen den Berufsausstieg aus der Pflege mindestens „mehrfach monatlich.“ In Deutschland waren dies 18,4% der Antwortenden, vorwiegend jüngere und höher qualifizierte Beschäftigte.

In 17 Buchbeiträgen wird die Ausstiegsabsicht von 25 internationalen Autoren in Relation zu *Arbeitsbelastungen* (z.B. körperliche Belastung, Arbeitszeiten, Führung, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeit-Familie-Konflikt) und *Arbeitsbeanspruchung* (Arbeitsfähigkeit (mittels work ability index [WAI], Burnout) untersucht. Zusätzlich wird der beabsichtigte Berufsausstieg in Bezug auf die beiden Stressmodelle *Demand-Control-Modell* (Karasek & Theorell) und das *Effort Reward Imbalance Model* (Siegrist) analysiert.

Ein abschließendes Kapitel dient der Dokumentation der psychometrischen Daten der verwendeten Skalen.

Schlagwörter:

Pflegepersonal, Arbeitsbedingungen, Berufsausstieg, Krankenhaus, Ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Deutschland, Europa

Working conditions and premature departure from the nursing profession in Germany and Europe

Abstract

The demographic development in Germany and Europe will have serious consequences on (the provision of) health care. The question is: who will provide the care needed for an ageing society in the coming decades?

In the European NEXT-Study (nurses' early exit study, www.next-study.net) the reasons for and circumstances of premature departure from the nursing profession are being investigated. NEXT is financed by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475).

In this book, first results from the NEXT basic assessment of 2002/2003 are being presented. 39,898 people from 10 countries have returned their NEXT basic questionnaire. Besides the description of the NEXT-Study, the subject "*intention to leave the nursing profession*" lies at the centre of interest. Between 8.8% (Netherlands) and 36.2% (United Kingdom) of the respondents considered leaving their profession at least "*several times a month*". The respective figure in Germany was 18.4%; there, mainly younger and higher qualified staff considered leaving the profession.

In 17 chapters, 25 international authors investigate the *intention to leave the profession* in relation to working conditions (e.g. physical load, work schedule, leadership, job security, work home conflict) and outcomes (work ability index WAI, Burnout). In addition, the *intention to leave the profession* is analysed in relation to the two stress models: *demand control model* (Karasek & Theorell) and the *effort reward imbalance model* (Siegrist).

In a final chapter, the psychometric properties of the scales used in the NEXT-Study are being documented.

Key words:

Staff, Nursing, Working conditions, premature departure, hospital, home care, nursing home, Germany, Europe

Conditions de travail et départ prématuré de la profession infirmière en Allemagne et en Europe

Résumé

Le développement démographique en Allemagne et en Europe aura de sérieuses conséquences sur les soins de santé. La question est: qui donnera les soins requis par une société vieillissante dans les prochaines décennies?

La recherche européenne NEXT (nurses' early exit study, www.next-study.net) étudie les raisons et les circonstances du départ prématuré de la profession infirmière. NEXT est financée par la Commission européenne (QLK6-CT-2001-00475).

Dans ce livre, les premiers résultats de l'évaluation initiale du projet NEXT (réalisée en 2002/2003) sont exposés. 39.898 personnes provenant de 10 pays ont complété et retourné le premier questionnaire de l'étude. Au-delà de la description de l'étude NEXT, la question propre à „l'intention de quitter la profession infirmière“ est au centre de la recherche. Entre 8.8% (Pays-Bas) et 36.2% (Royaume-Uni) des répondants envisagent au moins "plusieurs fois par mois" de quitter leur profession. Cette proportion s'élève à 18.4% en Allemagne, où ce sont principalement les plus jeunes et les plus qualifiés qui projettent de quitter leur profession.

En 17 chapitres, 25 auteurs internationaux analysent l'intention de quitter la profession en relation avec les conditions de travail (e.g. charge physique, schéma horaire, leadership, sécurité d'emploi, conflit entre vie familiale et professionnelle) et les résultats (index de capacité au travail, épuisement). De plus, l'intention de quitter la profession est analysée en lien avec deux modèles de stress: le modèle demandes-contrôle (Karasek & Theorell) et le modèle de déséquilibre effort-récompense (Siegrist).

Dans un chapitre final, les propriétés psychométriques des échelles utilisées dans l'étude NEXT sont documentées.

Mots clés:

Equipe, soins infirmiers, conditions de travail, départ prématuré, hôpital, soins à domicile, Maison de repos pour personnes âgées, Allemagne, Europe

Vorwort

Das Ziel der europäischen NEXT-Studie (nurses' early exit study) ist, herauszufinden, warum Pflegekräfte ihren Beruf vorzeitig verlassen, denn dies tun sie oft früher als Angehörige anderer Berufe. Wo liegen die Gründe hierfür? Was sind die Umstände und die Konsequenzen eines solchen Schrittes für die Pflegenden und die Einrichtungen? In diesem Buch werden erste Ergebnisse der ersten Querschnittserhebung der NEXT-Studie präsentiert, bei der 78.000 Pflegekräfte in 10 europäischen Ländern kontaktiert wurden. 39.898 Pflegenden haben sich die Zeit genommen, unseren umfangreichen Fragebogen zur Arbeitssituation in der Pflege auszufüllen.

Diese Leistung ist nur durch den enormen Einsatz zahlreicher Personen möglich geworden. Mehr als 40 Forscher aus 14 wissenschaftlichen Einrichtungen in 10 Ländern sind an dem Projekt beteiligt und koordinieren die NEXT-Studie in ihren Ländern. Sie werden in den teilnehmenden Einrichtungen durch Koordinatoren unterstützt, die dort die NEXT-Befragung organisieren und regelmäßigen Kontakt zu den nationalen NEXT-Teams halten. Ohne die Unterstützung von Arbeitgebern und Arbeitnehmervertretungen der teilnehmenden 585 Einrichtungen in Europa (darunter 75 in Deutschland) wäre die Durchführung der NEXT-Studie nicht möglich. Die größte Unterstützung erhält NEXT jedoch durch die Pflegenden, die an der Studie teilgenommen haben.

In diesem Buch haben wir die Arbeitssituation im Pflegeberuf in 10 europäischen Ländern beschrieben. *Ungünstige* wie auch *positive* Arbeitsbedingungen konnten identifiziert werden: So können wir zum Beispiel deutlich zeigen, dass es *unattraktive* aber auch *attraktive* Einrichtungen im Gesundheitswesen gibt. Unsere Aufgabe ist es nun, herauszufinden, was Einrichtungen attraktiv macht. Ein anderes positives Beispiel bezieht sich auf das Älterwerden im Pflegeberuf: Ältere finnische Pflegekräfte verbleiben häufig länger im Beruf als solche in anderen Ländern. Trotz geringer Arbeitsfähigkeit ist ihre Arbeitszufriedenheit hoch und nur wenige von ihnen wollen den Beruf verlassen. Offenbar gibt es Wege, älterem Pflegepersonal ein zufrieden stellendes Arbeitsleben zu ermöglichen. Diese *attraktiven Institutionen* und *positiven Strategien* zu beschreiben, ist eine der zahlreichen herausfordernden Aufgaben für NEXT in den kommenden Jahren.

Beim vorliegenden Band handelt es sich um eine überarbeitete Übersetzung von ausgewählten Kapiteln aus dem englischsprachigen ersten NEXT-Ergebnisband: 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 Report 7:2003, National Institute for Working Life, Stockholm 2003, ISSN 1404-790X*. In einigen Fällen wurden die Kapitel gegenüber der Vorlage aktualisiert, insbesondere in Bezug auf die polnischen Daten, die erst später vollständig vorlagen. Daher können sich leichte Abweichungen von den englischen Originalartikeln ergeben. Mehr Informationen zu den 10 untersuchten Ländern finden sich im o.a. englischsprachigen Band, in dem jedem Land ein eigenes Kapitel gewidmet wurde.

Die NEXT-Studie hat im Februar 2002 begonnen und wird bis Juni 2005 andauern. In weiteren Fragebogenuntersuchungen untersuchen wir derzeit, wie sich Arbeits- und Lebensbedingungen verändern und was dies für das betroffene Pflegepersonal bedeutet.

Wir möchten sowohl dem schwedischen SALTSA-Fond für die Initiierung dieses herausfordernden Projektes danken wie auch der Europäischen Kommission für die Bereitstellung des Großteils der finanziellen Unterstützung. Vor allem ist das europäische NEXT-Team dankbar für die Unterstützung aller direkt an der Studie Beteiligten: den Institutionen, den Kontaktpersonen in den Einrichtungen und insbesondere den Pflegenden, die die Fragebögen beantwortet haben. Wir hoffen, dass sich diese Unterstützung fortsetzt, um NEXT im Sinne des Pflegeberufs und des Gesundheitswesens in Europa zum Erfolg zu führen.

Im Namen der europäischen NEXT-Studiengruppe

Hans-Martin Hasselhorn

Wissenschaftlicher Koordinator der europäischen NEXT-Studie

Universität Wuppertal

Bernd Hans Müller

Administrativer und finanzieller Koordinator der europäischen NEXT-Studie

Universität Wuppertal

1. Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie

Hans-Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller und Peter Tackenberg

Einleitung

Die NEXT-Studie untersucht die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, welche Bedeutung dieser Schritt sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Pflegeinstitutionen und das Gesundheitswesen im Allgemeinen hat.

NEXT wird durch die Europäische Union finanziert (QLK6-CT-2001-00475) und gleichzeitig in Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und der Slowakei durchgeführt. Mehr als 40 Forscher in 14 wissenschaftlichen Einrichtungen sind in der NEXT-Studiengruppe aktiv. Außerdem wurde mit norwegischen Forschern eine assoziierte Partnerschaft eingegangen. Durch die Zusammenarbeit von Pflegekräften, Pflegewissenschaftlern, (Arbeits-)Medizinern, Psychologen, Soziologen und Statistikern werden die Kompetenzen unterschiedlicher Disziplinen zusammengeführt und genutzt.

Die Studie begann im Februar 2002 und wird bis Juni 2005 fortgesetzt. In diesem Buch präsentieren die wissenschaftlichen NEXT-Teams ihre ersten Ergebnisse. Zunächst werden die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in Europa betrachtet. Anschließend gehen wir auf den zentralen Aspekt der NEXT-Studie, die Absicht Pflegender, den Pflegeberuf zu verlassen, ein. Im letzten Kapitel werden die psychometrischen Daten der Skalen, die im Fragebogen genutzt wurden, dargestellt. Sämtliche Beiträge beziehen sich auf die so genannte NEXT-Basisbefragung. Dabei wurden Fragebögen an 78.000 Pflegekräfte in 10 Ländern geschickt und von annähernd 40.000 Pflegenden beantwortet.

In diesem Kapitel wird zunächst das der NEXT-Studie zu Grunde liegende Problem und anschließend die Konzeptualisierung und Durchführung der NEXT-Studie in Europa beschrieben.

Der Einfluss einer alternden Bevölkerung auf die Pflege

In nahezu allen Ländern der Europäischen Union herrscht heutzutage ein Mangel an professionell Pflegenden. Der demografische Wandel der nächsten 20 bis 30 Jahre wird diese Situation verschärfen, sollten keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Drei Aspekte spielen hierbei eine Rolle:

- der Anteil jüngerer Arbeitnehmer wird abnehmen,
- der Anteil älterer Arbeitnehmer wird ansteigen,
- und die Anzahl der Menschen über 64 Jahren wird zunehmen (Abb. 1.1).

In vielen (aber nicht in allen) europäischen Ländern gehören Pflegekräfte überwiegend jüngeren Altersgruppen an. Pflegekräfte mittleren Alters oder ältere Pflegekräfte verlassen den Beruf früher als es in anderen Berufsgruppen der Fall ist.

Da die älteren Mitglieder einer Bevölkerung die meiste Pflege benötigen, wird der Druck auf das Gesundheitssystem erheblich zunehmen. Für Deutschland wird beispielsweise geschätzt, dass der Anteil der Menschen, die stationäre oder ambulante Pflege in Anspruch nehmen müssen, bis ins Jahr 2020 um etwa 40% ansteigen wird (Hof, 2001). Es stellt sich die Frage, wer die benötigte Pflege in den kommenden Jahrzehnten leisten wird?

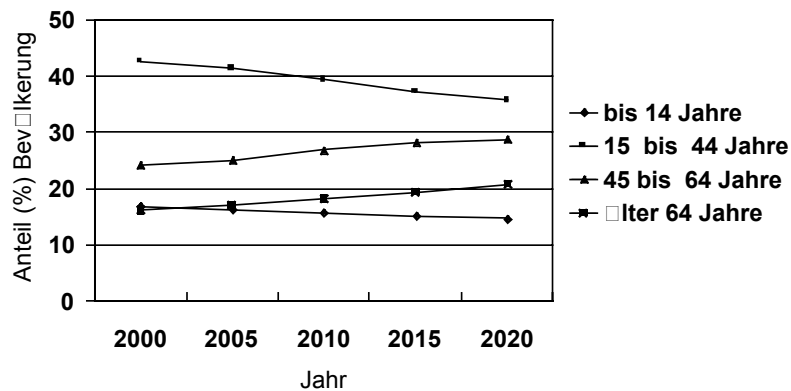


Abb. 1.1 Geschätzte Veränderungen der Anteile verschiedener Altersgruppen an der europäischen Gesamtbevölkerung zwischen 2000 und 2020. (Eurostat, Basis-Variante für 16 Länder, 1999; 2000: n=376 Mill. 2020: n=386 Mill.)

Sicherung einer ausreichenden Anzahl von Pflegekräften

Theoretisch gibt es vier Möglichkeiten, die Anzahl beruflich aktiver Pflegenden zu erhöhen (Abb. 1.2). Der „Input“ könnte erhöht werden, indem mehr Ausbildungsplätze an den Krankenpflegeschoolen geschaffen werden. Allerdings ist es derzeit unwahrscheinlich, dass allein durch eine Zunahme von Ausbildungsplätzen der zukünftige Bedarf an Pflegekräften gedeckt werden kann. Dies lässt sich, neben anderen Gründen, auf eine relative Unattraktivität des Pflegeberufes für junge Leute in Ländern wie z. B. (West-)Deutschland, Österreich, Polen und der Slowakei zurückführen. In diesen Ländern können heutzutage vorhandene Ausbildungsplätze in der Krankenpflege nicht mehr entsprechend besetzt werden, da es an ausreichend qualifizierten Bewerbern mangelt. Dies scheint allerdings sowohl zwischen den europäischen Ländern und Regionen als auch mit der Zeit zu schwanken.

Eine andere Möglichkeit, den „Input“ zu steigern, könnte in der Immigration von Pflegekräften aus anderen Staaten liegen. Eine solche Migration wird auf europäischer Ebene derzeit unter Berücksichtigung positiver und negativer Effekte diskutiert. Eine Migration Pflegenden tritt hauptsächlich in Ost-West-Richtung auf; in Großbritannien außerdem in hohem Maß aus Übersee. Es hat Bemühungen gegeben, viele tausend Pflegenden aus den neuen Mitgliedsstaaten der EU für die Arbeit in Deutschland, den Niederlanden und in Italien zu gewinnen. Allerdings scheint der Erfolg gering zu sein. Widerszal-Bazyl et al. berichten (2003), dass während der ersten neun Monate des Programms „Polnische Pflegekräfte in die Niederlande“ (unterzeichnet durch die Gesundheitsminister beider Staaten) nur 50 polnischen Pflegekräften Arbeitsplätze in den Niederlanden angeboten wurden. Von 10.000 „Greencards“, die die deutsche Regierung für v.a. slowakische und polnische Pflegekräfte zur Verfügung gestellt hat, um sie für die ambulante Pflege in Deutschland (offiziell als „Haushaltshilfen“) zu ge-

winnen, ist nur etwa die Hälfte in Anspruch genommen worden. Sprachprobleme und eine ausgeprägte soziale Bindung in Osteuropa könnten zu Grunde liegende Ursachen hierfür darstellen.

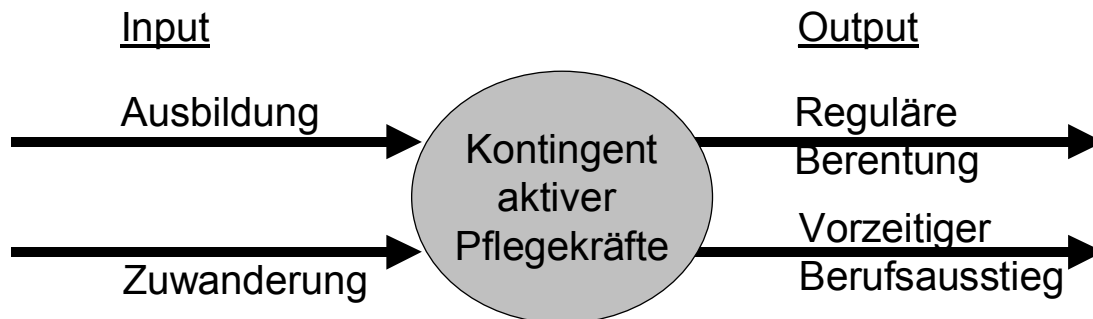


Abb. 1.2 Einflussfaktoren, die den In- und Output von Pflegekräften beeinflussen.

Aufseiten des „Outputs“ könnte das Anheben des Rentenalters als ein Lösungsansatz für das Problem des Mangels an Pflegekräften angesehen werden. Allerdings sind schon heute in den meisten Ländern (z. B. Deutschland und Italien) nur die wenigsten Pflegekräfte bis zum Erreichen des regulären Rentenalters in ihrem Beruf aktiv. Der effektivste Weg, die Pflege der Zukunft zu sichern, scheint also darin zu bestehen, den Verbleib der Pflegekräfte in ihrem Beruf zu unterstützen. Dies ist der Untersuchungsgegenstand der europäischen NEXT-Studie.

Methode der NEXT-Studie

Das Konzept der NEXT-Studie

Die NEXT-Studie wählt einen systematischen Ansatz, um dem Problem des Mangels an Pflegepersonal näher zu kommen, indem sie den „schlimmsten Fall“ untersucht: den vorzeitigen Berufsausstieg. Der vorzeitige Berufsausstieg wird in der Konzeptualisierung durch die NEXT-Studie a priori wertneutral betrachtet. So kann er für einzelne Personen von Vorteil sein, zum Beispiel für Personen mit ernsthaften Gesundheitsbeschwerden oder für Personen, die sich in anderen Bereichen beruflich weiterentwickeln möchten.

Die Entscheidung, den Pflegeberuf zu verlassen, ist das Ergebnis eines Prozesses, zu dem gleichzeitig mehrere Faktoren beitragen, so genannte „Push“- und „Pull“-Faktoren. „Push“-Faktoren sind negativ erlebte Aspekte, die beim Betroffenen den Wunsch erwecken, die aktuelle Arbeit aufzugeben (zum Beispiel Konflikte am Arbeitsplatz oder Gesundheitsbeeinträchtigungen). „Pull“-Faktoren sind attraktive Anreize von außerhalb des Berufsfeldes, zum Beispiel ein Studienplatz oder Regelungen zur Frühberentung. Möglichst viele dieser Aspekte müssen von der NEXT-Studie erfasst werden, um ein Verständnis für den *vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf* zu entwickeln. Folgende Fragen stehen dabei besonders im Mittelpunkt: „Welches

sind die relevanten Faktoren in den jeweiligen teilnehmenden Ländern?“ und „Wie können diese Faktoren gemessen werden?“

In einem ersten Schritt wurde ein Modell entwickelt, welches alle nach Ansicht der Autoren hier relevanten Aspekte berücksichtigt (Abb. 1.3).

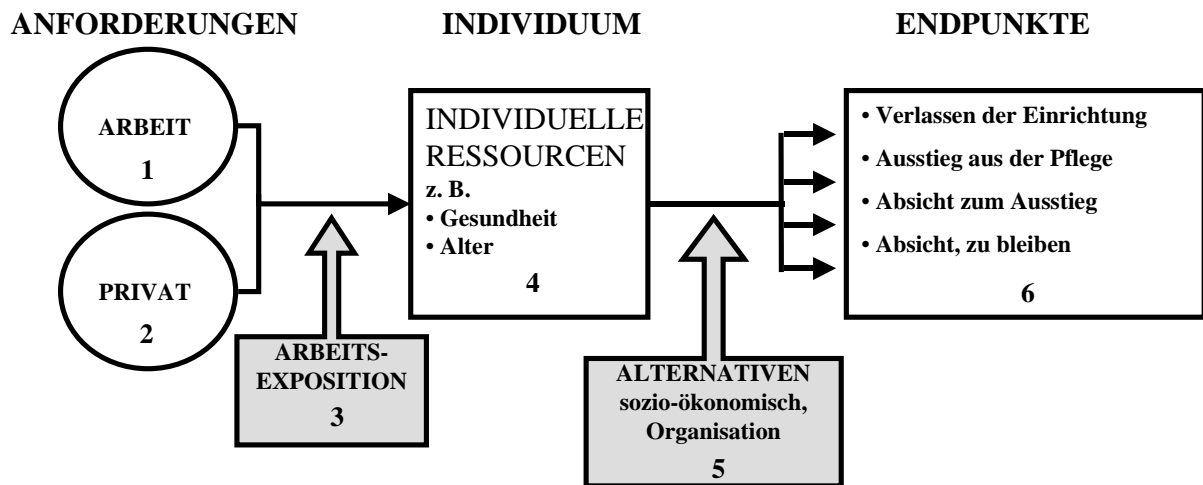


Abb. 1.3 Das NEXT-Modell zum Berufsausstieg von Pflegekräften

Wir gehen davon aus, dass die Entscheidung, den Beruf zu verlassen (Kasten 6), von folgenden Aspekten beeinflusst wird:

- a) den Anforderungen der Arbeit (1) und vom Privatleben (2),
- b) von der Art der Exposition (3, entstehen Probleme plötzlich oder sind sie bereits längere Zeit vorhanden?),
- c) von den individuellen Ressourcen (4),
- d) von möglichen Alternativen (5, z. B. eine bessere Arbeitsstelle oder bessere Bezahlung, Möglichkeiten der Weiterbildung, Arbeitsunfähigkeitsrente, Frühberentung oder eine andere Arbeit innerhalb der gleichen Institution).

Als zweiten Schritt haben wir die relevanten Aspekte der jeweiligen Bereiche zusammengestellt und schließlich geprüft, ob und in welcher Weise sie im Rahmen der NEXT-Studie erfasst werden können.

Das Design der NEXT-Studie

Die NEXT-Studie wurde als Längsschnittstudie angelegt, die in allen beteiligten Ländern (mit Ausnahme von Schweden) in der gleichen Art und Weise durchgeführt werden sollte. Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste sollten dabei mit einbezogen werden.

In mehreren Durchgängen sollten Fragebögen an Pflegekräfte und eine Checkliste an die beteiligten Institutionen gesendet werden. Insgesamt 6.000 Pflegekräfte aller Qualifikationslevel sollten in jedem der teilnehmenden Länder angeschrieben wer-

den. Abb. 1.4 zeigt das Design der NEXT-Studie und wird nachfolgend genauer beschrieben.

Zu Beginn wurde der erste Fragebogen (Basisbefragung, BF) an alle Pflegekräfte in den teilnehmenden Institutionen versandt. Der Fragebogen enthält Fragen zum Arbeits- und Privatleben und zu Zukunftsperspektiven der Teilnehmer.

Während der folgenden 12 Monate erhielten alle Personen, die an der Basisbefragung teilgenommen und ihre Einrichtung verlassen haben, einen zusätzlichen Fragebogen, die Folgebefragung (FB). Dieser Fragebogen erfasst die Gründe für den Ausstieg. Ein Jahr, nachdem sie die Einrichtung verlassen haben, erhalten sie einen weiteren Fragebogen (Folgebefragung nach 12 Monaten, FB 12), der die Folgen und Konsequenzen des Ausstiegs untersucht.

Alle Teilnehmer, die in ihren Einrichtungen geblieben sind, werden nach 12 Monaten gebeten, einen abschließenden Fragebogen auszufüllen (Basisbefragung nach 12 Monaten, BF 12). Dieser Fragebogen untersucht, inwieweit Veränderungen der relevanten Umstände eingetreten sind und welche Auswirkungen diese auf eine dauerhafte Ausübung des Pflegeberufes haben.

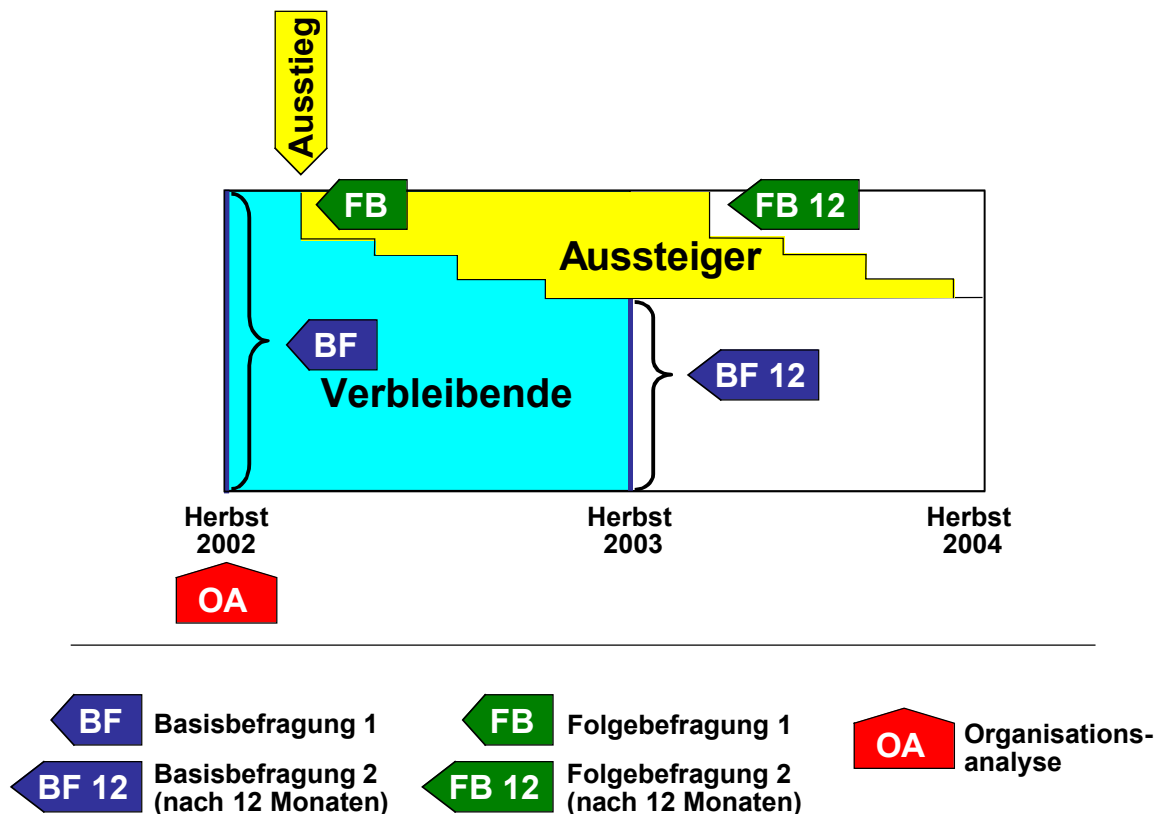


Abb. 1.4 Das Design der europäischen NEXT-Studie

Weil auch institutionelle Bedingungen das Verlassen des Pflegeberufes beeinflussen, wurde für jede teilnehmende Einrichtung eine so genannte Organisationsanalyse (OA) durchgeführt. Eine Checkliste dient dabei der Beschreibung der Institutionen auf der Basis definierter Parameter und ökonomischer Entwicklungen (z. B. wirtschaftliche Entwicklung, Reorganisationsmaßnahmen, interne Weiterbildung).

Das Design der NEXT-Studie ist sehr komplex gestaltet und erfordert ein hohes Maß an Organisation, auch innerhalb der beteiligten Institutionen. Von zentraler Bedeutung ist für NEXT, dass die Fragebögen anonymisiert sind. Aus diesem Grund wurde ein Kodiersystem benutzt, das es ermöglicht, unterschiedliche Fragebögen der gleichen Teilnehmer den Antwortenden korrekt zuzuordnen.

Die NEXT-Studie ist durch die Ethikkommission der Universität Wuppertal genehmigt worden. In Großbritannien war eine zusätzliche „ethische Evaluierung“ auf nationaler Ebene notwendig, um Zugang zu den Institutionen zu erhalten.

Mithilfe der oben genannten Instrumente wird die NEXT-Studie in der Lage sein:

- die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege in großen Teilen Europas zu beschreiben,
- die Gründe für Überlegungen, den Beruf zu verlassen, zu identifizieren,
- die Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg aus der Pflege zu erkennen (bezogen auf Arbeit, soziostrukturelle Gründe, individuelle Gründe),
- Risikogruppen für einen vorzeitigen Berufsausstieg zu identifizieren,
- die Auswirkungen des vorzeitigen Berufsausstiegs für den Einzelnen und die Institutionen zu betrachten,
- Bedingungen für „gesundes Altern“ im Pflegeberuf zu benennen,
- eine Grundlage für eine *gezielte* betriebliche Gesundheitsförderung zu schaffen, um die Arbeitsfähigkeit des Pflegepersonals in Europa aufrechtzuerhalten und
- eine Einschätzung der Konsequenzen des EU-Beitritts von Polen und der Slowakei in Bezug auf die Verfügbarkeit bzw. Migration von Pflegepersonal zu liefern („freie Wahl des Arbeitsplatzes“).

Die Autoren der folgenden Buchkapitel liefern die ersten Antworten zu den oben genannten Aspekten. Ihre Ergebnisse beziehen sich auf die Basisbefragung. Auf den folgenden Seiten wird die Durchführung dieser Untersuchung dargestellt.

Die erste Fragebogenuntersuchung in der NEXT-Studie

Die Basisbefragung (BF) wurde zwischen Oktober 2002 und Juni 2003 in 10 Ländern durchgeführt. Die unterschiedlichen Anfangszeiten entstanden dadurch, dass die Forschungsteams in Polen und der Slowakei erst im Februar 2003 zu NEXT gestoßen sind. Die zusätzliche Teilnahme dieser Länder wird durch die Europäische Kommission mit dem Ziel gefördert, Forschungsteams der Beitrittsländer in bestehende EU-Forschungsprojekte zu integrieren. Die schwedischen NEXT-Partner führen nur die „Aussteigerbefragungen“ der NEXT-Studie durch, da sie ähnliche Fragen bereits in ihrer HAKuL-Studie untersuchen. Zentrale Anteile des NEXT-Basisfragebogens wurden in einer norwegischen Untersuchung unter Leitung von Prof. Aslaug Mikkelsen (Rogaland Research Institute, Stavanger) genutzt, die allerdings nicht durch die EU gefördert wird. Aus diesem Grund ist das norwegische Forscherteam ein „assoziiertes Mitglied“ der NEXT-Studiengruppe.

Beschreibung der Basisbefragung

Die Basisbefragung wurde von einer Gruppe von Experten unter Berücksichtigung vorheriger Forschungsergebnisse, Interviews mit Pflegekräften in drei Ländern und sechs Pretests in drei Ländern entwickelt. Es wurde eine Kernversion für alle teilnehmenden Länder erstellt. Zusätzlich war es jedem Team gestattet, eine begrenzte Anzahl von Fragen hinzuzufügen. In Großbritannien musste die Kernversion verkürzt werden, da in Pretests deutlich wurde, dass eine längere Version bei britischen Pflegenden keine Akzeptanz finden würde. Die endgültige Version hat etwa 260 Fragen. Eine Freitexteingabe war bei einigen Fragen möglich. Der Umfang der Fragebögen variiert in den teilnehmenden Ländern zwischen 24 bis 37 Seiten.

Der Fragebogen umfasst den beruflichen Werdegang, die Arbeitsanforderungen, die Arbeitsorganisation, das soziale Arbeitsumfeld, individuelle Ressourcen sowie Pläne für die berufliche Zukunft. Daneben untersucht der Fragebogen relevante private Bedingungen wie Lebensumstände und weitere Sorgeverpflichtungen. Einige Fragen sind beschreibende Einzelfragen, wie zum Beispiel: „Wie oft müssen Sie vor 5.00 Uhr aufstehen, um rechtzeitig zur Arbeit zu kommen?“ Andere Fragen gehören zu Skalen, die bestimmte Arbeitsaspekte untersuchen (wie z. B. soziale Unterstützung). Es wurden 22 validierte Skalen genutzt, um diese relevanten Aspekte zu untersuchen (vgl. letztes Kapitel). Die meisten der beschreibenden Einzelfragen sowie vier Skalen wurden von der NEXT-Studiengruppe entwickelt und validiert.

Auswahl der Institutionen

In jedem Land hat die nationale NEXT-Gruppe Institutionen für die Untersuchung rekrutiert (Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, in Polen und Finnland gemeindenahе ambulante Gesundheitszentren). Die Auswahl sollte so weit wie möglich der Verteilung entsprechen, in der Pflegekräfte in den jeweiligen Einrichtungstypen in ihren Ländern arbeiten und unterschiedliche Regionen berücksichtigen. Zusätzlich zum Einverständnis der Geschäftsführungen wurde - wo vorhanden - das Einverständnis der Arbeitnehmervertreter eingeholt. In jeder Institution wurde ein lokaler Koordinator benannt, der die Befragungen vor Ort organisierte und während der Durchführung der Untersuchung engen Kontakt zur jeweiligen nationalen NEXT-Gruppe hielt.

Verteilung der Basisfragebögen

Für die Verteilung der anonymisierten Fragebögen wurden unterschiedliche Vorgehensweisen genutzt, die direkte Versendung an die Privatadresse der Teilnehmer wurde dabei bevorzugt. Dies war in einigen Ländern durch ein Einverständnis aller beteiligten Partner möglich. In einigen Fällen haben die Einrichtungen die Fragebögen selbst versendet oder per Hauspost an ihre Mitarbeiter verteilt, um die privaten Adressen nicht weitergeben zu müssen. In allen Ländern (außer in Belgien) wurden die ausgefüllten Fragebögen mittels eines frankierten Rückumschlages per Post an die nationalen wissenschaftlichen Institute zurückgesendet. In Belgien wurden die Fragebögen durch die Wissenschaftler persönlich in den Institutionen eingesammelt.

Teilnahme

Der Basisfragebogen wurde an insgesamt 77.681 Pflegekräfte aller Qualifikationsgrade versendet. 39.898 Teilnehmer haben ihren Fragebogen ausgefüllt zurückge-

sandt. Die Antwortrate liegt bei 51,4% für die gesamte Untersuchung und variiert zwischen den teilnehmenden Ländern von 32,4% bis 76,9% (Tab. 1.1). In einigen Ländern (z. B. Großbritannien) gab es Unsicherheiten bezüglich der Zahl der insgesamt durch die Institutionen versendeten Fragebögen.

585 Einrichtungen des Gesundheitswesens (mit Ausnahme von Norwegen) sind an der NEXT-Studie beteiligt (Tab. 1.2).

Tab. 1.1 Überblick über die NEXT-Basisbefragung (Schweden hat hier nicht teilgenommen)

Land	Anzahl Einrichtungen	ausgesendete Fragebögen	zurückgesendete Fragebögen	Rücklauf- Quote
Belgien	28	7.049	4.257	60,4
Deutschland	75	6.484	3.565	55,0
Finnland	65	5.161	3.970	76,9
Frankreich	55	13.017	5.376	41,3
Großbritannien	33	7.962	2.578	32,4
Italien**	16	7.447	5.645	75,8
Niederlande	27	9.309	4.024	43,2
Norwegen *	39	7.779	2.733	35,0
Polen	204	7.091	4.354	61,4
Slowakei	82	6.382	3.396	53,2
<i>Gesamt</i>	<i>624</i>	<i>77.681</i>	<i>39.898</i>	<i>51,4</i>

Tab. 1.2 Anzahl der Einrichtungen nach Ländern

Land	Kranken- häuser	Altenheime	Ambulante Dienste	Andere	Gesamt
Belgien	9	9	10	0	28
Deutschland	16	29	30	0	75
Finnland	11	30	10	14	65
Frankreich	36	16	3	0	55
Großbritannien	17	16	0	0	33
Italien*	9	5	2	0	16
Niederlande	9	13	5	0	27
Polen	18	23	0	163	204
Slowakei	22	44	16	0	82
<i>Gesamt</i>	<i>147</i>	<i>185</i>	<i>76</i>	<i>177</i>	<i>585</i>

* assoziierter Partner der NEXT-Studiengruppe (nicht durch die EU gefördert)

** In Italien umfassen die 16 Institutionen 127 unabhängige Einrichtungen.

Datenauswertung

Die Dateneingabe und -säuberung wurde durch die nationalen NEXT-Teams durchgeführt. Der komplette nationale Datensatz wurde an die europäischen Studienkoor-

dinatoren weitergeleitet und in einen allgemeinen Datensatz integriert. Zur Datenauswertung wurde SPSS 11.0 genutzt.

Differenzierung zwischen unterschiedlichen Qualifikationen der Pflegenden

In den folgenden Kapiteln dokumentiert das wissenschaftliche Team von NEXT Ergebnisse der ersten Analysen. Angesichts der großen Anzahl von Aspekten, die hier abgehandelt werden und bedingt durch den begrenzten Raum, der zur Verfügung steht, ist es hier nicht möglich, detaillierte Ergebnisse zu allen Themen zu präsentieren. Aus diesem Grund waren Kompromisse erforderlich. Einer dieser Kompromisse war, dass die meisten Ergebnisse für die gesamte Gruppe der Teilnehmer dargestellt werden und keine Unterscheidung zwischen dreijährig examinierten Pflegekräften und anderen Ausbildungsabschlüssen oder Qualifikationen gemacht wird. In den meisten teilnehmenden Ländern gehört die Mehrzahl der Teilnehmer allerdings zu der Gruppe der dreijährig examinierten Pflegekräfte (Abb. 1.5). Nur in Frankreich war der Anteil vergleichsweise gering mit 50%.

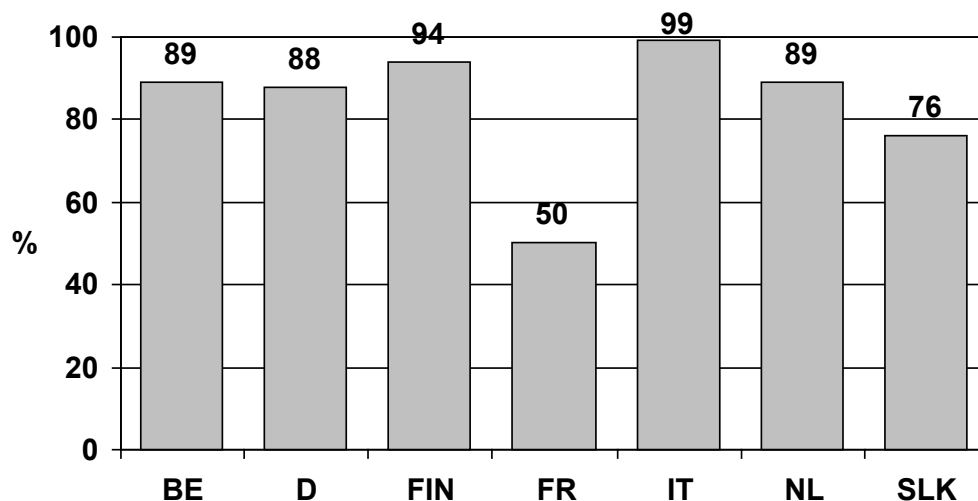


Abb. 1.5 Anteil der examinierten Pflegekräfte in den gesamten Stichproben (keine Daten für Norwegen, Polen und Großbritannien)

Weitere Analysen

Zur Bearbeitung besonderer Fragestellungen sind innerhalb von NEXT spezielle Themengruppen gebildet worden, zum Beispiel zum Thema *Arbeitsplatzunsicherheit* oder *Arbeitsfähigkeit*. Diese Gruppen kooperieren mit führenden Wissenschaftlern in den jeweiligen Bereichen.

Ausblick

Die NEXT-Studiengruppe wird mehr und mehr von Institutionen und Organisationen gebeten, Informationen über den Untersuchungsgegenstand zu präsentieren. In zunehmendem Maße zielen diese Anfragen auch auf methodologische Aspekte. In der Tat ist die NEXT-Studie einzigartig in ihrem Design, Umfang und ihrer Internationalität. Die Durchführung der Untersuchung und die ersten Ergebnisse könnten für ähnliche Untersuchungen in anderen Berufsgruppen in Europa hilfreich sein.

Literatur

Hof, B.: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Köln: Verlag der privaten Krankenversicherung e.V., 2001

Widerzal-Bazyl, M.; Radkiewicz, P.; Pokorski, J.; Pokorska, J.; Oginska, H.; Pietsch E.: Who wants to leave nursing in Poland? In: Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Müller, B. H.: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm: National Institute for Working Life, S.203-212, 2003

2. Pflege in Europa

Peter Tackenberg, Hans-Martin Hasselhorn, Andreas Büscher und die NEXT-Studiengruppe

Eine umfassende Perspektive der Pflege

Die WHO und andere internationale Organisationen haben eine Vielzahl der Aufgaben zusammengefasst, die durch den Pflegeberuf ausgeführt werden (2002):

„Die Dienstleistungen von Pflegenden und Hebammen stellen ein Subsystem gesundheitlicher Dienstleistungen dar, die durch eine große Bandbreite unterschiedlich qualifizierter Personen erbracht werden. Insgesamt umfassen diese Tätigkeiten folgende gemeinsame Merkmale:

- *Pflege, Unterstützung und Trost der Klienten*
- *kontinuierliche Einschätzung und Überwachung der Gesundheitsbedürfnisse und Reaktionen auf Interventionen*
- *Beratung und Anleitung von Klienten und Gruppen*
- *Identifizierung von Versorgungslücken und Entwicklung entsprechender Maßnahmen*
- *Erbringung und Koordination von Gesundheitsdiensten im gesamten Spektrum der Gesundheitsversorgung*

Pflegedienst und Hebammenwesen ergänzen und unterstützen andere Dienste im Gesundheitswesen und sichern so eine erfolgreiche Durchführung von Interventionen zur Geburtshilfe, Gesundheitsförderung oder -wiederherstellung oder Ermöglichen ein friedliches, würdevolles und schmerzfreies Sterben.“

Der Fortschritt, den Pflege- und Hebammenwesen in ihrem Streben nach größerer Professionalität erreicht haben, wird durch die WHO seit Alma Ata 1978 anerkannt und unterstützt. Auf der zweiten WHO-Ministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen in München wurde in der Münchner Erklärung: *„Pflegende und Hebammen: ein Plus für Gesundheit“* (WHO, 2002) konstatiert:

„Wir sind der Überzeugung, dass den Pflegenden und Hebammen im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public-Health-Herausforderungen unserer Zeit sowie bei der Sicherstellung von hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten, die die Kontinuität der Versorgung sichern, eine Schlüsselrolle zufällt, die zudem immer wichtiger wird.“

In Bezug zu den Beschlüssen des sechsten Treffens der *Globalen Steuerungsgruppe für das Pflege- und Hebammenwesen*, kann der Pflegeberuf nicht gestärkt werden, ohne dass die folgende Empfehlung in die politische Praxis aufgenommen wird (WHO, 2000):

„Angesichts der Schlüsselrolle, die Pflegende und Hebammen im Gesundheitswesen und den Gemeinden bei der Gesundheitsversorgung spielen, ist der Mangel an Möglichkeiten, die Fachkenntnis von Pflegenden und Hebammen in politische Prozesse

auf globaler, regionaler, nationaler und lokaler Ebene einzubringen, als Hauptinteresse und Handlungsbereich identifiziert worden.“

Dem erklärten Ziel, den Pflegeberuf als Anbieter von Gesundheitsdiensten anzuerkennen und zu fördern, steht die Tatsache gegenüber, dass die Pflege in den meisten europäischen Ländern in den letzten 25 Jahren einem erhöhten Druck ausgesetzt ist. Auf allen Ebenen mussten sich die Gesundheitssysteme auf ökonomische Verhältnisse einstellen, die sich auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz konzentrieren. Diese Entwicklung führte häufig zu erhöhtem Arbeitsaufkommen, vermehrtem Patientenwechsel und zu sich verschlechternden Arbeitsbedingungen. Wenn die oben dargestellten offiziellen Erklärungen und Empfehlungen realisiert werden sollen, wird es notwendig sein, mehr über die Gegebenheiten und Merkmale des Pflegeberufes in Europa zu erfahren. Die NEXT-Studie untersucht sowohl die Arbeitsbedingungen von Pflegenden als auch die individuellen und organisatorischen Faktoren, die zu Fluktuation und vorzeitigem Berufsausstieg aus der Pflege führen.

Die Durchführung einer europäischen Studie, die die Pflegeberufe untersucht, erforderte die Entwicklung eines für alle teilnehmenden Länder übereinstimmenden Studienmodells (vgl. Kapitel 1). Einige Probleme mussten dabei gelöst werden: die Pflegesysteme innerhalb der nationalen Gesundheitssysteme sind als einzigartig anzusehen und sind daher schwer miteinander zu vergleichen. Im Rahmen der NEXT-Studie musste großes Gewicht auf die Definition von Merkmalen jedes einzelnen Systems, der beruflichen Qualifikationen und der Institutionen gelegt werden. Weiterhin mussten praktikable Messinstrumente für die körperlichen und psychosozialen Anforderungen der alltäglichen Pflegearbeit identifiziert bzw. entwickelt werden. Zudem sollten die Assessments auch die Beurteilung der für die Arbeit in der Pflege relevanten privaten und individuellen Umstände ermöglichen. Und schließlich sollten die Instrumente auch der Beschreibung der Funktionen des institutionellen und sozialen Umfelds von Pflegenden dienlich sein. Die folgenden Kapitel 3 bis 16 dieses Buches untersuchen einige dieser Themen detailliert.

Die Pflege in einer europäischen Perspektive

Neue Herausforderungen für das Erbringen von Pflegeleistungen

Die folgenden Punkte stellen allgemeine Tendenzen in den europäischen Gesundheitssystemen vor, die bedeutende Auswirkungen auf die Pflege haben: Die Krankenhausversorgung ist zunehmend Menschen mit akuten Erkrankungen vorbehalten, die hoch qualifizierte und -technisierte Behandlung benötigen; die Tendenz zu kürzeren Krankenhausaufenthalten führt zu einer Intensivierung der Arbeit; der Bedarf an nahtlosen Übergängen vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung erfordert mehr gemeindenahere Gesundheitsversorgung; die ambulante Pflege verändert sich von sozialer Betreuung zu häufig hoch spezialisierter Pflege.

Definitionen von Pflegenden, Pflegepraxis und Institutionen

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Veränderungen der Gesundheitssysteme hat die NEXT-Studie mit einer nationalen Analyse in jedem Land begonnen. Die Vielfalt des Pflegepersonals in den verschiedenen Ländern wurde in Bezug auf Altersverteilung, Qualifikationslevel, Institutionsformen und Formen des Personal-

wechsels untersucht. Diese Analyse bildete die Basis für die Auswahl und Rekrutierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Größe, Art und regionaler Verteilung.

In der NEXT-Studie wurden drei Arten von Institutionen behandelt, da diese Einrichtungen in allen beteiligten Ländern vorkamen: (I) Krankenhäuser, (II) Altenpflegeheime / Langzeitpflegeeinrichtungen und (III) ambulante Pflegedienste. Trotzdem mussten Anpassungen an die nationalen Gesundheitssysteme vorgenommen werden. In einigen Ländern, wie zum Beispiel Frankreich, existieren keine separaten ambulanten Pflegedienste. Andere Länder, wie Finnland oder Polen, betreiben gemeindenähe Gesundheitszentren innerhalb ihres Gesundheitswesens.

In unserer Studie folgt die Definition für eine Pflegefachkraft den Standards und internationalen Richtlinien, die durch den Europarat (1978) und die Europäische Gemeinschaft (1977, zit. in WHO, 1993) aufgestellt wurden.

„Die Einhaltung der in den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft festgelegten Mindestanforderungen bildet die notwendige Voraussetzung für die freie Beweglichkeit der Pflegefachkräfte innerhalb der Gemeinschaft: Die Mindestausbildungsdauer muss einen dreijährigen Ausbildungsgang oder 4600 Stunden theoretische und praktische Unterweisung umfassen. Das Übereinkommen des Europarates empfiehlt, dass dabei das theoretische Element nicht unter einem Drittel und das praktische Element nicht weniger als die Hälfte des Gesamtprogramms ausmachen sollte.“

Zusätzlich zu diesen Mindestanforderungen sollten Pflegende die Fähigkeit und die Ausbildung zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch kritisches Denken und Forschung haben. Ausgehend von diesen Aufgaben hat die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) empfohlen, dass Auszubildende in der Pflege eine Schulausbildung der Sekundarstufe II abgeschlossen haben sollten (zit. in WHO, 1993).

Die Stichprobenerhebung von NEXT hatte Personen, die der oben aufgeführten Definition für eine Pflegekraft entsprachen, zum Ziel. Trotzdem wurden alle Pflegedienstmitarbeiter in die Datenerhebung aufgenommen. Ausgenommen wurde Ausbildungspersonal wie Zivildienstleistende und unbezahlte Praktikanten usw. Pflegekräfte, die bei Zeitarbeitsfirmen angestellt waren, wurden wenn möglich, ausgeschlossen (da erwartet wurde, dass Folgeerhebungen bei ihnen schwierig sein würden). Hebammen wurden aufgenommen, wenn sie Pflegende waren (in einigen Ländern) oder wenn es nicht möglich war, sie von Pflegekräften im Arbeitsfeld zu unterscheiden. In einigen Ländern war es notwendig, andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens zusätzlich zu den examinierten Pflegekräften mit einzubeziehen.

Unterschiede im Pflegeberuf in Europa

Die folgenden Absätze bestätigen die Beobachtung, dass Pflegepersonal in Europa trotz der gemeinsamen Kernmerkmale ihrer Aufgaben eine eindeutig heterogene Berufsgruppe ist. Wir werden dies beispielhaft durch den Vergleich von a) *sozio-epidemiologischen Daten*, b) *der Ausbildung* und c) *der Arbeitsorganisation* darstellen.

a) *Sozio-epidemiologische Daten*. In unserer Stichprobe waren 89,5% aller Antwortenden Frauen. Es zeigten sich nationale Unterschiede hinsichtlich des Anteils von Frauen und Männern im Pflegeberuf, insgesamt wird die berufliche Tätigkeit überwiegend von Frauen ausgeübt. Erwartungsgemäß waren Männer in Leitungspositionen in nahezu allen Ländern überrepräsentiert (Abb. 2.1).

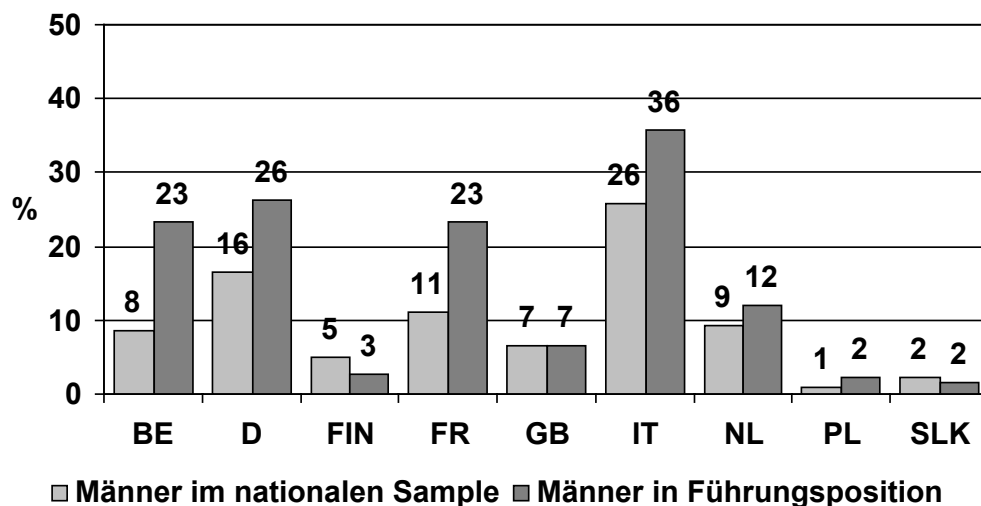


Abb. 2.1 Der Anteil der Männer in den nationalen Stichproben insgesamt und in Führungspositionen (10,7% im gesamten $n=35.897$; 12,3% in Führungspositionen, $n=4.358$)

Die Verteilung der Berufsjahre war in den nationalen Stichproben unterschiedlich (Abb. 2.2). Finnland hatte eine gleichmäßige Verteilung hinsichtlich der Berufsjahre, während es in Italien und Deutschland einen deutlich höheren Anteil jüngerer Pflegekräfte gab. Das Gegenteil war in Polen und der Slowakei der Fall.

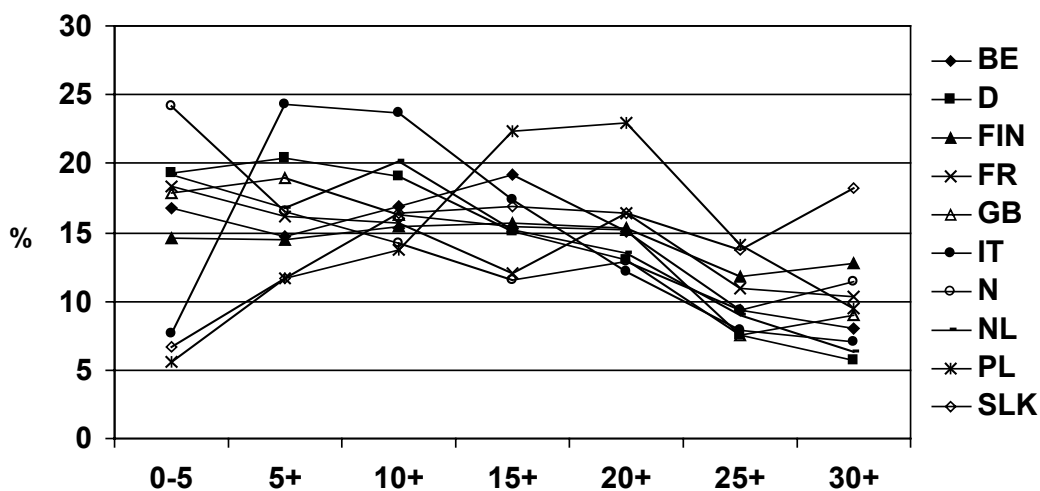


Abb. 2.2 Berufsjahre nach Ländern ($n=38.673$)

Ausgeprägte Unterschiede gab es auch bezogen auf die Jahre der Betriebszugehörigkeit (Abb. 2.3). In Deutschland blieben die Antwortenden im Mittel 6,5 Jahre in einer Einrichtung, während sie in der Slowakei mehr als doppelt so lang blieben. Der Median (Linie) war geringer und am niedrigsten in Finnland (4,6 Jahre).

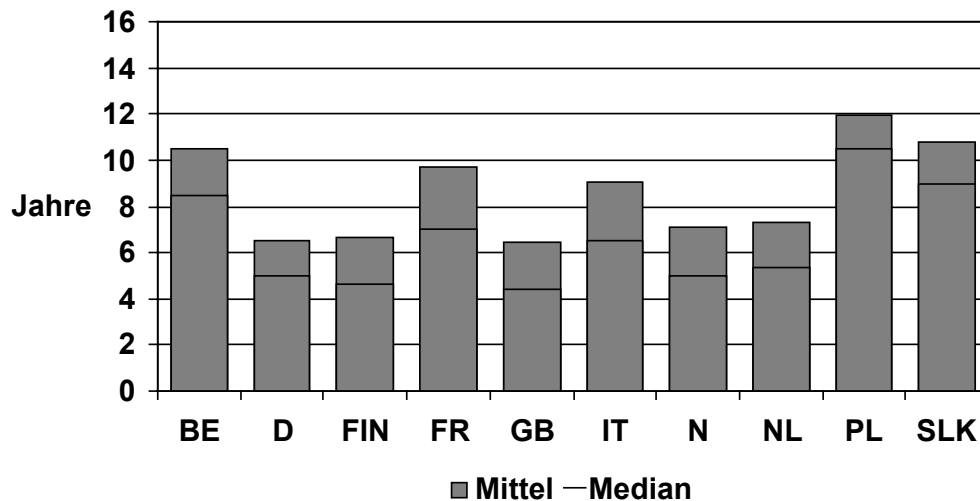


Abb. 2.3 Betriebszugehörigkeit nach Ländern (n=38.563)

Die häuslichen Situationen der Teilnehmer unterschieden sich ebenfalls erheblich. In Deutschland und Norwegen lebte etwa jeder fünfte Antwortende allein. In Polen und der Slowakei lebten mehr als 65% mit einem anderen Erwachsenen und Kind/Kindern (Abb. 2.4). Interessanterweise gaben die Teilnehmer aus Polen und der Slowakei bei weitem den größten Umfang an Unterstützung von ihren Familien im Haushalt an: Die Hälfte von ihnen teilte die Hausarbeit gleichmäßig mit jemandem anderen. Es müssen jedoch weitere Faktoren beachtet werden, um die gesamte Arbeitsbelastung Pflegender bewerten zu können: zum Beispiel die Anzahl der Kinder im Haushalt (zwischen durchschnittlich 0,8 Kindern in Deutschland und 2,1 Kindern in den Niederlanden). Diese Zahlen könnten darauf hindeuten, dass es in Deutschland nicht genug Kinderbetreuungsstätten gibt, die es Frauen ermöglichen, zu arbeiten.

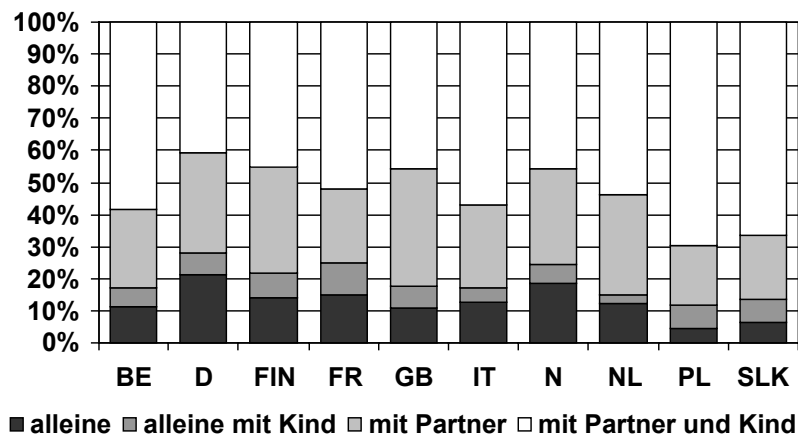


Abb. 2.4 Lebensstand (n=38.111)

In der Slowakei, in Norwegen und besonders in Polen war der Anteil der Antwortenden mit zusätzlichen Sorgeverpflichtungen relativ hoch. Der Zeitumfang, der für diese Aufgaben aufgebracht wurde (ohne die Versorgung von Kindern), war in den Niederlanden und in Großbritannien am höchsten (Abb. 2.5).

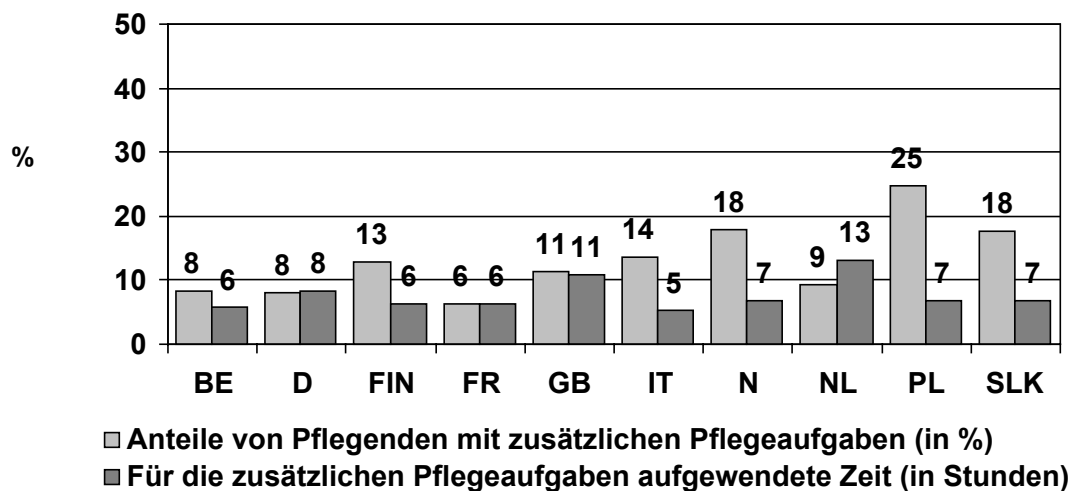


Abb. 2.5 Anteil der Pflegekräfte mit zusätzlichen Sorgeverpflichtungen (linker Balken, n=38.177) und die mittlere Anzahl dafür aufgewendeter Stunden (rechter Balken, nur für Personen mit zusätzlichen Sorgeverpflichtungen, n=4.735)

b) Ausbildung, Qualifikation

Das Ausbildungsniveau der Teilnehmer war zwischen den teilnehmenden Ländern schwer zu vergleichen. Die Anzahl der Jahre der Pflegeausbildung zeigte jedoch, dass in den meisten Ländern mehr als 80% aller Antwortenden eine mindestens dreijährige Ausbildung absolviert haben. Nur in Frankreich (57%), Finnland (73%) und Polen (75%) war der Anteil geringer (keine Darstellung). Pflegekräfte in Großbritannien und in der Slowakei dachten eher als ihre Kollegen in anderen Ländern darüber nach, sich innerhalb der Pflege weiterzuqualifizieren (Abb. 2.6). In Großbritannien existiert ein System kontinuierlicher Weiterbildung, an dem alle Pflegekräfte teilnehmen müssen. In der Slowakei wird das Ausbildungssystem an die Richtlinien der EU angepasst, was eine Verbesserung des Ausbildungsniveaus der arbeitenden Pflegekräfte zur Folge haben wird.

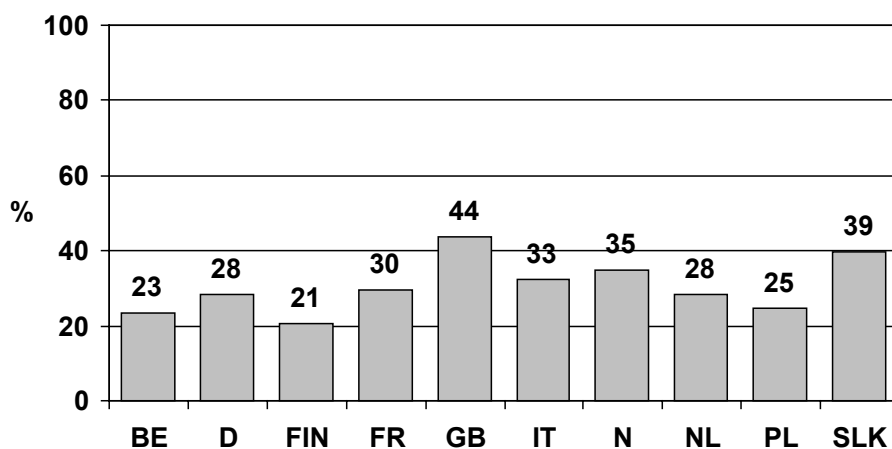


Abb. 2.6 Anteil der Pflegekräfte, die mehrfach im Monat oder häufiger über eine Weiterqualifizierung innerhalb der Pflege nachdachten (in der gesamten Stichprobe 29,7%) (n=34.820).

c) *Arbeitsorganisation*. Die durchschnittliche Anzahl der Wochenarbeitsstunden variierte, wie in Kapitel 10 dargestellt, zwischen den Ländern erheblich. Sie war in den Niederlanden am geringsten (24,8 Stunden) und in Polen am höchsten (38,5 Stunden) (Abb. 2.7).

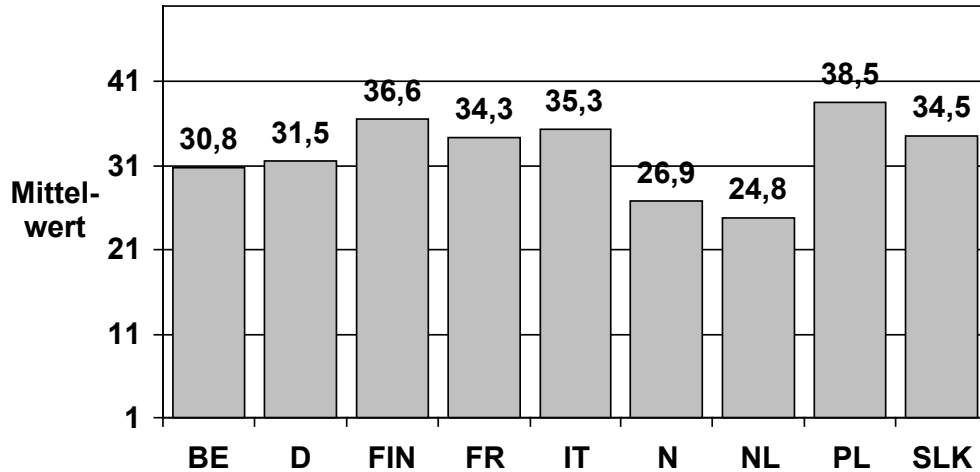


Abb. 2.7 Durchschnittliche Anzahl von Arbeitsstunden nach Ländern

Es bestand ebenfalls ein eindeutiger Unterschied hinsichtlich der Schichtsysteme, die im Pflegebereich zu finden waren (Abb. 2.8). In Frankreich scheinen die Nachtschichten von Pflegenden geleistet zu werden, die ausschließlich im Nachtdienst arbeiten. In der italienischen, polnischen und slowakischen Stichprobe finden sich keine Pflegenden, die „nur“ im Nachtdienst tätig sind.

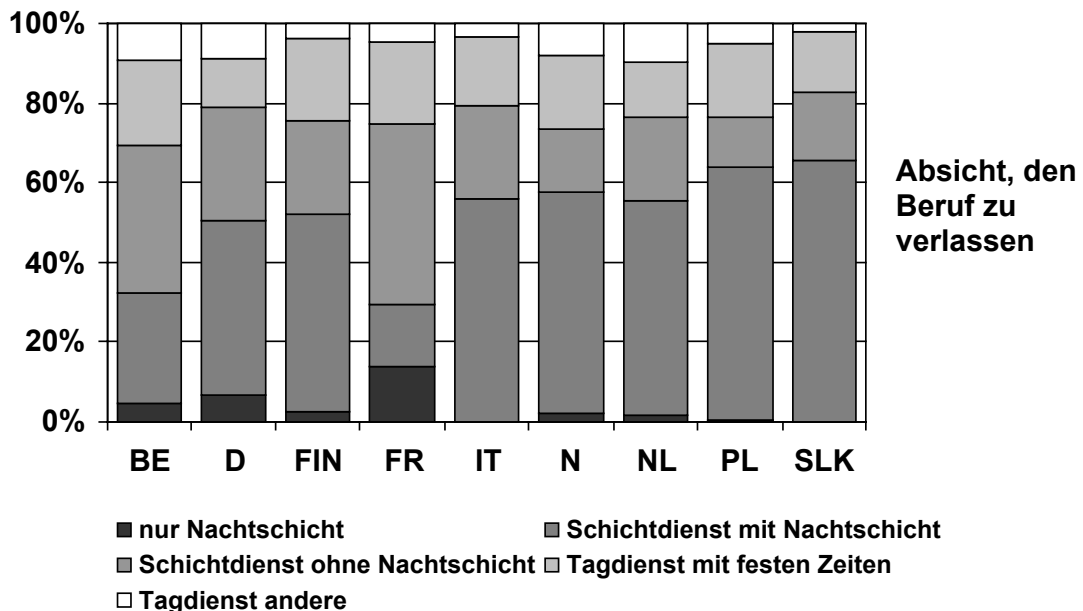


Abb. 2.8 Anteil der Pflegenden, die in unterschiedlichen Schichten arbeiten nach Ländern (n=35.569)

Der Anteil der Pflegekräfte, die drei oder mehr Wochenenden im Monat arbeiten, lag in der Slowakei, in Italien und in Finnland am höchsten (Abb. 2.9).

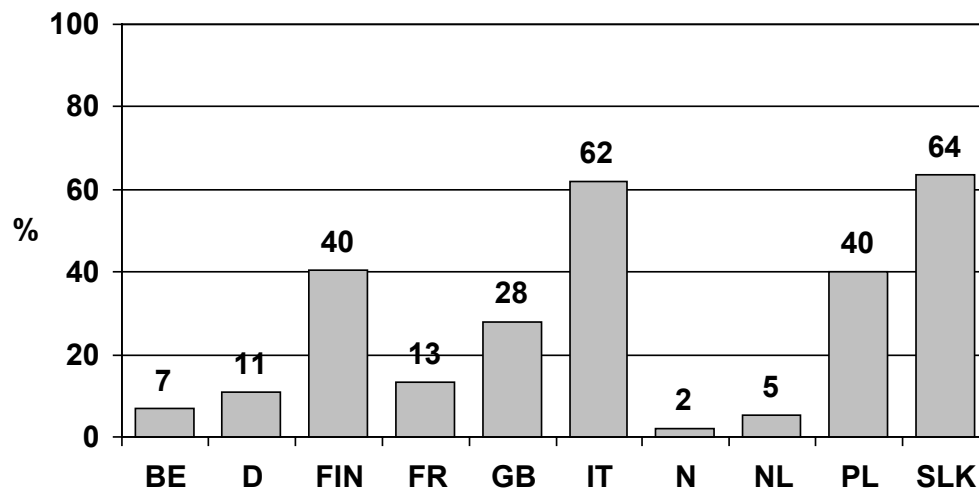


Abb. 2.9 Anteil der Pflegenden, die drei oder mehr Wochenenden pro Monat arbeiten, nach Ländern differenziert (n= 36.242)

Schlussfolgerung

Trotz der oben dargestellten gemeinsamen Aufgaben, die von allen Pflegenden ausgeführt werden, machen unsere Ergebnisse deutlich, dass sich die Pflege in Europa zwischen den teilnehmenden Ländern in vielen Punkten erheblich voneinander unterscheidet. Im Rahmen dieses Artikels konnten nur einige Beispiele dafür aufgezeigt werden. Der Einfluss dieser Unterschiede auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Fluktuation muss durch multivariate Analysen unter Berücksichtigung weiterer Aspekte untersucht werden. Die NEXT-Studie stellt einen umfangreichen Datensatz über die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Merkmale von Pflegepersonal aus 10 europäischen Ländern bereit. Diese Daten werden genutzt, um das Profil und die Merkmale der Pflege in jedem Land genau zu untersuchen. Beispiele guter Praxis könnten dadurch identifiziert werden. Daraus ließe sich möglicherweise ableiten, ob sich solche Beispiele in andere Settings, zum Beispiel andere Länder, übertragen lassen oder nicht.

Literatur

Commission of the European Communities: Council Directive of 27 June 1977, 77/453/EEC on Nurses. OJEC (1977), L 176

Council of Europe: European agreement on the instruction and education of nurses, Strasbourg, 25.X.1967 (European Treaty Series, No. 59). Strasbourg: Council of Europe 1978

International Labour Organisation: Recommendation 157 concerning employment and conditions of work and life for nursing personnel (1977) International labour con-

ventions and recommendations, 1919-1981. Geneva: International Labour Office 1986

World Health Organisation - Regional Office for Europe: Nursing in action – Strengthening nursing and midwifery to support health for all. WHO Regional Publications, European Series, 1993, Nr. 48

World Health Organisation: Global Advisory Group on Nursing and Midwifery – Report on the Sixth Meeting Geneva, 19-22 November 2000. Geneva: World Health Organisation 2000

World Health Organisation – Regional Office for Europe: Munich Declaration: Nurses and Midwives – a Force for Health, EUR/00/5019309/6 2000

World Health Organisation: Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneva: World Health Organisation 2002

3. Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften

Sabine Stordeur, William D'hoore, Beatrice van der Heijden, Miriam Di Bisceglie, Marjukka Laine, Esther van der Schoot und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Gegenstand dieses Kapitels ist die Beziehung von Führungsqualität zu Arbeitszufriedenheit und – beruflicher – Bindung (hier im Sinne von *Commitment* gemeint) von Pflegekräften. Eine Beurteilung von Managementpraktiken und ihren Auswirkungen auf Bindung und Arbeitszufriedenheit ist von theoretischer und empirischer Relevanz, insbesondere in Hinblick auf die Leistungen von Arbeitnehmern im Pflegebereich.

Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und Bindung stehen in engem Bezug zueinander. Arbeitszufriedenheit und Bindung stellen unmittelbare Vorläufer für Personalfluktuation und für die Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen dar: Je höher die Arbeitszufriedenheit und die Bindung Pflegender ist, desto weniger beabsichtigen sie, den Beruf zu verlassen. Neben weiteren Aspekten des Pflegemanagements spielt vor allem die Führungsqualität in Bezug auf Arbeitszufriedenheit und Bindung eine entscheidende Rolle. Dabei korreliert Führungsqualität positiv mit der Arbeitszufriedenheit Pflegender wie auch mit dem Ausmaß ihrer Bindung an ihre Einrichtung und deren Ziele (Dunham-Taylor, 2000; Stordeur et al., 2000; Morrison et al., 1997). Die unten stehende Abbildung (Abb. 3.1) zeigt die Bindung als einen die Arbeitszufriedenheit beeinflussenden Mediator (Currivan, 1999).

Weiterhin hat Führungsqualität große Auswirkungen auf die Arbeitsprozesse im Krankenhaus. Zahlreiche Studien zeigen, dass Leitungspersonen, die einen *aktiven* Führungsstil übernommen haben, im Pflegebereich Pflegepersonal dazu bringen, zum einen höhere Qualitätsstandards zu erreichen und zum anderen mehr zu tun, als sie ursprünglich zu können glaubten (Stordeur et al., 2000).

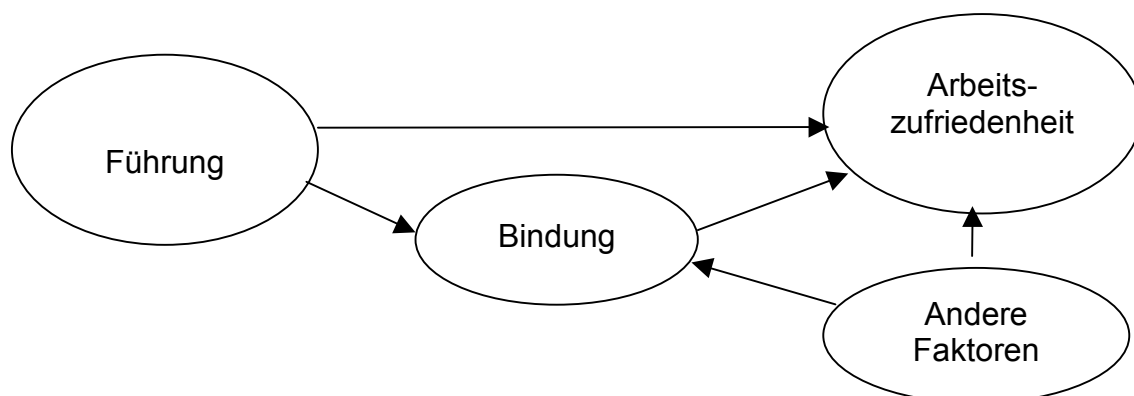


Abb. 3.1 Modell der Beziehungen zwischen Führung, Bindung und Arbeitszufriedenheit

Führung

Führung kann auf vielfältige Art und Weise konzeptualisiert werden. Hier soll folgende Definition verwendet werden: *Führung ist ein Prozess, in dem ein Individuum eine Gruppe von Individuen beeinflusst, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen* (Northouse, 1997). Die wichtigsten Herausforderungen für Führungskräfte sind dabei die Entwicklung langfristiger Visionen, die Stärkung der Bindung und der Aufbau von Teams und Strukturen, um erforderliche organisatorische Veränderungen zu ermöglichen. Um ihre Ziele zu erreichen, sollten Führungskräfte ihr Augenmerk auf die Motivation, Inspiration und Stärkung ihrer Mitarbeiter legen.

In aller Regel ist der Vorgesetzte die dominierende Person eines Arbeitsbereichs: Als Repräsentant der Organisationskultur übt er einen direkten Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiter aus. Vorgesetzte, die ihre Mitarbeiter befähigen, sich an Entscheidungsprozessen zu beteiligen und eine *bidirektionale* Kommunikation unterstützen, schaffen hierdurch häufig ein günstiges Klima in ihrem Pflorgeteam, das durch weniger interpersonelle Konflikte und Feindseligkeit und mehr kooperative Beziehungen gekennzeichnet ist (Stordeur et al., 2001). Dieser Managementstil wird als transformationale Führung bezeichnet. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass das *Übertragen von Aufgaben* und das *klare Festlegen von Abläufen* sowohl die Rollenklarheit als auch die Arbeitszufriedenheit erhöht. Leitungspersonal, welches glaubt, Pflegekräfte eng überwachen zu müssen, um Fehler zu vermeiden, erhöht die emotionale Erschöpfung seiner Mitarbeiter (Stordeur et al., 2001). Man kann davon ausgehen, dass Pflegepersonal häufig eine enge Kontrolle durch die Pflegeleitungen als zusätzlichen Druck zu den ohnehin hohen Arbeitsbelastungen empfindet. Darüber hinaus kann eine enge Kontrolle als fehlendes Vertrauen in das Pflegepersonal empfunden werden. Emotionale Unterstützung und adäquate Rückmeldungen zu den erbrachten Leistungen könnten eine bessere Strategie sein und zu erhöhtem Selbstwertgefühl der Pflegekräfte führen.

Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit wird im Allgemeinen als die *affektive Reaktion eines Arbeitnehmers auf seine Arbeit, basierend auf dem Vergleich der tatsächlichen Ergebnisse mit den erwünschten Ergebnissen* definiert. Arbeitszufriedenheit wird als vielschichtiges Konstrukt angesehen, das die Gefühle des Beschäftigten über eine Vielzahl sowohl intrinsischer als auch extrinsischer Faktoren beinhaltet. Beschäftigte haben verschiedene Erwartungen gegenüber ihrer Arbeit (z. B. Bezahlung, Beförderung, Autonomie), die sie unterschiedlich bewerten. Das Ausmaß und die Bedeutung dieser Bewertung sind individuell verschieden. Wenn sich aber zu viele unerfüllte Erwartungen ansammeln, wird die Arbeitszufriedenheit geringer und das Risiko für Rückzugsverhalten steigt (Pearson, 1991).

Arbeitszufriedenheit in der Pflege wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wie zum Beispiel von der Art der Arbeit und der auszuführenden Aufgaben, dem Pflegemodell, dem Ausmaß an Professionalität bei der Arbeit, dem Arbeitsklima, der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Status des Beschäftigten, dem Ausmaß an Autonomie bei der Arbeit und der Bezahlung (Hinshaw & Atwood, 1984). In Bezug auf die Arbeitszufriedenheit Pflegenden betonen Irvine und Evans (1995) die Bedeutung von *Arbeitsmerkmalen* (Routine, Autonomie und Rückmeldungen), der *Definition der Arbeitsrolle* (Rollenkonflikte und -unklarheiten) und der *Merkmale des Arbeitsumfeldes* (Führungsqualität, Stress, Aufstiegsmöglichkeiten und Partizi-

pation). In einer Studie von Davidson et al. (1997) trugen effektive Kommunikationsmuster positiv zur erlebten Pflegequalität, zum Zeitmanagement und zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit bei. Studien, in denen die Beziehung zwischen dem Pflegemodell und der Arbeitszufriedenheit Pflegender untersucht wurde, ergaben nur geringe Zusammenhänge dieser beiden Variablen (Kangas et al., 1999). Der Prozess der Einführung eines Pflegemodells scheint hierbei wichtiger als das Modell selbst zu sein.

Die Zufriedenheit Pflegender steht mit der Patientenzufriedenheit (Leiter et al., 1998) und der Pflegequalität (McNeese-Smith, 1995) in positivem Zusammenhang. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz führt zu Ausfallzeiten, Beschwerden und Fluktuation. Unzufriedene Mitarbeiter zeigen eine größere Absicht, den Beruf zu verlassen, der Einfluss der Arbeitszufriedenheit ist hierbei ebenso groß wie der der Bezahlung.

Die Bindung (commitment) von Pflegekräften

Bindung an die Organisation (Einrichtung).

Aus den verschiedenen Betrachtungen der *Bindung an die Organisation* lassen sich nach Allen und Meyer (1990) drei generelle Bereiche definieren: gefühlsmäßige Bindung an die Organisation (affektive Bindung), erwartete „Kosten“, die mit einem Verlassen der Einrichtung verbunden werden (Kontinuitätsbindung) und Gefühle der Verpflichtung gegenüber der Organisation (normative Bindung). Jeder dieser drei Aspekte von Commitment beeinflusst die Ausstiegsabsichten des Mitarbeiters, dennoch unterscheiden sie sich in der Art der psychologischen Bindung.

Affektive Bindung bezieht sich auf das Ausmaß, in dem sich ein Mitarbeiter mit der Einrichtung identifiziert, in sie eingebunden und emotional an sie gebunden ist. Affektiv gebundene Mitarbeiter glauben an die Ziele und Werte der Institution und sind zufrieden damit, ein Teil von ihr zu sein. Mitarbeiter mit einer hohen affektiven Bindung bleiben in einer Organisation, weil sie es so wollen.

Kontinuitätsbindung bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem ein Mitarbeiter erkennt, dass Kosten, die mit einem Verlassen der Organisation verbunden wären, ihn an die Organisation binden. Solche Mitarbeiter bleiben in der Organisation, weil sie es müssen.

Normative Bindung bezieht sich auf das Ausmaß, in dem ein Mitarbeiter sich der Einrichtung gegenüber verpflichtet fühlt oder in dem der Verbleib in der Organisation als moralisch richtig erscheint. Mitarbeiter bleiben in der Organisation, weil sie fühlen, dass sie es sollten. Normative Bindung wird in der NEXT-Studie nicht untersucht.

Alle genannten drei Anteile von Bindung hängen eng mit der Entscheidung zusammen, die Organisation zu verlassen oder zu verbleiben.

Bindung an den Beruf.

Die Bindung an den eigenen Beruf ist bisher weniger gründlich untersucht worden als die Bindung an die Organisation. Dennoch hat sich gezeigt, dass die Bindung an den Beruf eine wichtige Komponente der unterschiedlichen Arten von arbeitsbezogenen Bindungen von Pflegekräften darstellt (Cohen, 1998). Gardner (1992) betont die Wichtigkeit der beruflichen Bindung in der Pflege, da sie mit der Attraktivität von

Pflege als einem Beruf für das ganze Leben und als wertvolle Karrieremöglichkeit in Verbindung steht.

Jüngere Untersuchungen legen ein dreidimensionales Konstrukt der Bindung an den Beruf nahe, welches der Bindung an die Organisation ähnlich ist. Nach Meyer et al. (1993) könnte die Art des Engagements einer Person in ihrem Beruf von der jeweils vorherrschenden Art der Bindung abhängen. Eine Person, die vorwiegend affektiv gebunden ist, würde zum Beispiel die eigene berufliche Weiterentwicklung fördern (z. B. durch das Abonnement von Fachzeitschriften oder den Besuch von Konferenzen) oder in entsprechende Verbände eintreten und dort mitarbeiten. Personen, die dagegen eine große Kontinuitätsbindung empfinden, würden im Gegensatz zu den Vorigen weniger dazu neigen, sich in beruflichen Dingen zu engagieren, außer in solchen, die für ihre weitere Zugehörigkeit erforderlich sind (Meyer et al., 1993).

Die Bindung an den Beruf wird als einflussreicher in Bezug auf einen Arbeitsplatzwechsel angesehen als die Bindung an die Organisation und den Arbeitsplatz (Mueller et al., 1992). Ein Mangel an Bindung an den Beruf ist mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, assoziiert (Bedeian et al., 1991; Cohen, 1998), wie auch mit der Absicht, die Organisation zu verlassen (Cohen, 1998).

Methoden

Erhebungsinstrument zur Führungsqualität

Führungsqualität wurde mittels vier Fragen des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) gemessen. In diesen Items wird danach gefragt, in welchem Maß der direkte Vorgesetzte „- sicherstellt, dass jedes einzelne Teammitglied gute Entwicklungsmöglichkeiten hat, - hohen Wert auf Arbeitszufriedenheit legt, - die Arbeit gut planen kann und - Konflikte gut lösen kann.“ Ein hoher Wert dieser Skala zeigt eine hohe Führungsqualität an.

Erhebungsinstrument zur Arbeitszufriedenheit

Die Skala für Arbeitszufriedenheit besteht aus vier Fragen des COPSOQ. Die Items beziehen sich darauf, wie zufrieden die Befragten „- mit den Zukunftsaussichten ihrer Arbeit, - mit den körperlichen Arbeitsbedingungen, - mit der Art und Weise, in der ihre Fähigkeiten eingesetzt werden und - mit ihrem Beruf insgesamt zufrieden“ sind. Hohe Werte zeigen eine hohe Arbeitszufriedenheit an.

Erhebungsinstrument zur Bindung

Die Bindung an die Organisation und die Bindung an die Profession wurden jeweils durch eine Skala zur beruflichen Bindung mit vier Fragen gemessen, die von Allen und Meyer (1990) entwickelt wurde. Alle Items spiegeln die affektive Dimension von Bindung wider (z. B. „Ich fühle mich dieser Einrichtung/dem Pflegeberuf sehr zugehörig“). Die Antworten wurden auf einer fünfstufigen Skala vermerkt (1= nein, völlig unzutreffend und 5 = ja, völlig zutreffend). Hohe Werte zeigen eine große Bindung an die Organisation und an die Profession an.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mittels SPSS 11.0 durchgeführt. Vergleiche der Mittelwerte erfolgten mittels univariater Varianzanalysen. Unterschiede in den relativen Häufigkeiten wurden durch den χ^2 -Test bestimmt.

Tab. 3.1 Antworthäufigkeit (AH) für die Messinstrumente „Führungsqualität“; „Arbeitszufriedenheit“, „Bindung an die Organisation“ und „Bindung an den Beruf“ nach Ländern (n = Anzahl der Fälle)

Land	Führung			Arbeitszufriedenheit		Bindung an die Organisation		Bindung an die Profession	
	N	n	AH	n	AH	n	AH	n	AH
BE	4.257	4.101	96,3	4.188	98,4	4.185	98,3	4.181	98,2
D	3.565	3.484	97,7	3.525	98,9	3.476	97,5	3.479	97,6
FIN	3.970	3.909	98,5	3.935	99,1	3.926	98,9	3.927	98,9
FR	5.376	5.269	98,0	5.299	98,6	5.260	97,8	5.251	97,7
GB	2.578	2.521	97,8	2.559	99,3	2.529	98,1	2.518	97,7
IT	5.645	5.168	91,6	5.418	96,0	5.369	95,1	5.318	94,2
N	2.733	-	-	2.633	96,3	-	-	-	-
NL	4.019	3.886	96,7	3.964	98,6	3.986	99,2	3.980	99,0
PL	3.263	3.103	95,1	3.118	95,6	3.041	93,2	3.066	94,0
SLK	3.396	3.177	93,6	3.246	95,6	2.884	84,9	2.890	85,1
<i>GES.</i>	<i>38.802</i>	<i>34.618</i>	<i>89,2</i>	<i>37.885</i>	<i>97,6</i>	<i>34.656</i>	<i>89,3</i>	<i>34.610</i>	<i>89,2</i>

Ergebnisse

Führung

In Großbritannien, Belgien, Deutschland und der Slowakei wurde im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Ländern die Qualität der Führung höher eingeschätzt (Abb. 3.2). In Polen und Italien hingegen zeigten sich die niedrigsten Werte. Allerdings wurden die beiden höchsten Werte (4 und 5) in den meisten Fällen gar nicht genutzt; Pflegekräfte waren meistens „mehr oder weniger“ zufrieden mit den Fähigkeiten ihres Vorgesetzten, die Arbeit zu planen, Konflikte zu lösen und Entwicklungsmöglichkeiten des Personals sicherzustellen bzw. mit dem Stellenwert, den die Arbeitszufriedenheit beim Vorgesetzten hat.

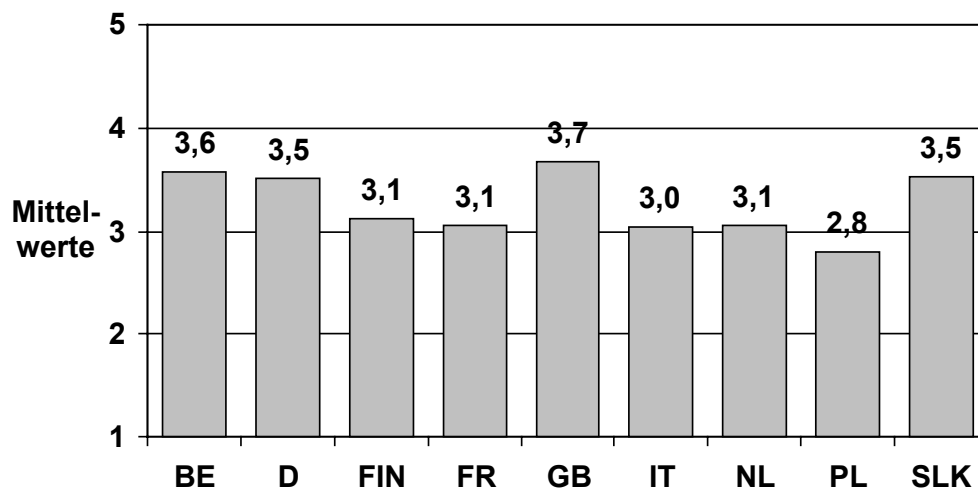


Abb. 3.2 Mittelwerte für Führungsqualität nach Ländern. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch)

Darüber hinaus scheint die Führungsqualität in unterschiedlichen Arbeitsbereichen zu variieren. Sie wurde in der ambulanten Pflege (Mittelwert $M=3,52$) besser bewertet als in der stationären Altenpflege ($M=3,28$) und in Krankenhäusern ($M=3,20$). Höher qualifizierte Pflegekräfte schätzten die Führungsqualität ihrer Vorgesetzten schlechter ein ($M=3,24$) als Pflegekräfte ohne oder mit einem niedrigen Ausbildungslevel ($M=3,33$). Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren nicht signifikant.

Schließlich schätzten Pflegekräfte, die häufig über ein Verlassen des Berufes nachdachten, die Führungsqualität der Vorgesetzten als gering ein (vgl. Abb. 3.3).

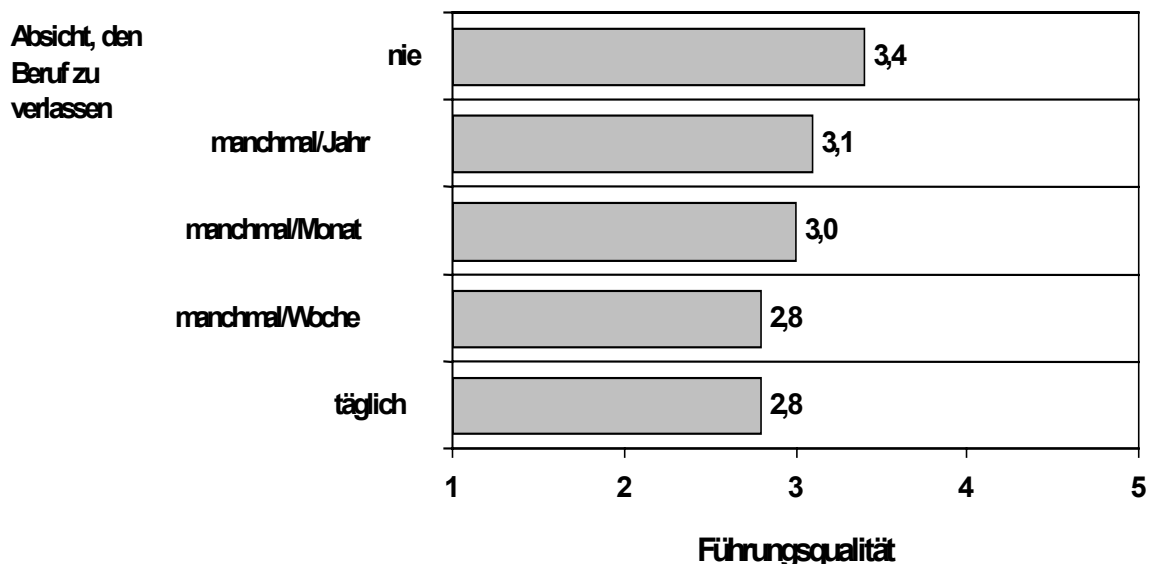


Abb. 3.3 Mittelwerte für Führungsqualität und Absicht, den Beruf zu verlassen. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch)

Diskussion zu Führung

Interessanterweise fanden sich in der Skala zur Führungsqualität häufiger fehlende Angaben als bei anderen Skalen. Ein Grund hierfür liegt möglicherweise darin, dass die Antwortenden nur ungern ihre Meinung über den direkten Vorgesetzten abgeben, da sie negative Konsequenzen befürchten (Stordeur et al., 2001).

Im europäischen Datensatz schätzten englische, belgische, slowakische und deutsche Pflegekräfte die Führungsqualität signifikant höher ein als polnische und italienische Pflegekräfte. Unsere Ergebnisse zeigen damit innereuropäische Unterschiede in der Führungskultur im Bereich der Pflege, die sich durch ein Zusammenspiel historischer und kultureller Faktoren, durch die Pflegeausbildung und die Organisationskultur erklären lassen. Im Gesundheitssektor geht die Entwicklung von Werten, Strukturen und Professionen nur sehr langsam voran und dies in verschiedenen Ländern in unterschiedlicher Weise (Genevieve, 2003).

Die Führungsfähigkeiten des Leitungspersonals werden in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen verschieden wahrgenommen. Unsere Ergebnisse werden durch eine Untersuchung von Leatt und Schneke (1982) bestätigt, wonach Struktur, Größe, Technologie sowie inneres und äußeres Arbeitsumfeld die Einstellungen und das Verhalten von Beschäftigten im Gesundheitswesen beeinflussen können. Unterschiede in der Organisation der Arbeitsplätze und der Kooperation könnten unsere Ergebnisse erklären. So arbeiten beispielsweise in der ambulanten Pflege Pflegekräfte unabhängiger und ohne die ständige Kontrolle der Leitungen, die hier naturgemäß einen Teil der Koordination und Organisation der Pflegearbeit delegieren müssen. Die Pflegekräfte fühlen sich selbstständiger, denn sie haben eine bessere Kontrolle über ihre Tätigkeiten: In der Konsequenz schätzen sie die Führungsqualität höher ein.

Hoch qualifizierte Pflegekräfte schätzen die Führungsqualitäten ihrer Vorgesetzten weniger gut ein. Eine höhere Qualifikation erhöht die Erwartungen von Pflegekräften gegenüber ihren Vorgesetzten und an das Arbeitsumfeld (Sheridan et al., 1984). Dadurch, dass spezialisierte Pflegekräfte bevorzugt im Krankenhaus arbeiten, könnten teilweise die oben genannten geringen Werte für Führungsqualität im Krankenhausbereich erklärt werden.

Die Führungsqualität der Pflegeleitung ist positiv mit der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten ($r=0,38$) und mit deren affektiver Bindung an die Einrichtung ($r=0,33$) assoziiert. Erwartungsgemäß korreliert sie negativ mit der Absicht, den Beruf zu verlassen ($r=-0,25$).

Arbeitszufriedenheit

Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit wurden erhebliche Unterschiede zwischen den teilnehmenden Ländern gefunden (Abb. 3.4). Die Gesamtwerte verdecken möglicherweise spezifischere Informationen über die potenziellen Gründe der Unzufriedenheit. In allen Ländern lagen die Werte am niedrigsten für „*psychologische Unterstützung am Arbeitsplatz*“ und für die „*Zufriedenheit mit den körperlichen Arbeitsbedingungen*.“ Die höchsten Werte wurden für die „*Art und Weise, in der die Fähigkeiten eingesetzt werden*“ (DE, BE, FIN, FR, N, SLK) bzw. für die „*Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt*“ (IT, NL) gefunden. In Polen erhielten „*die Art und Weise, in der Fähigkeiten eingesetzt werden*“ ($M=2,46$) und „*die Möglichkeit, Patienten die Pflege*

zu geben, die sie brauchen" ($M=2,47$) hohe Werte für Unzufriedenheit. Weiterhin bemerkenswert ist die geringe „Zufriedenheit mit den Zukunftsaussichten der Arbeit“ in Deutschland und der Slowakei ($M=2,34$ und $M=2,23$).

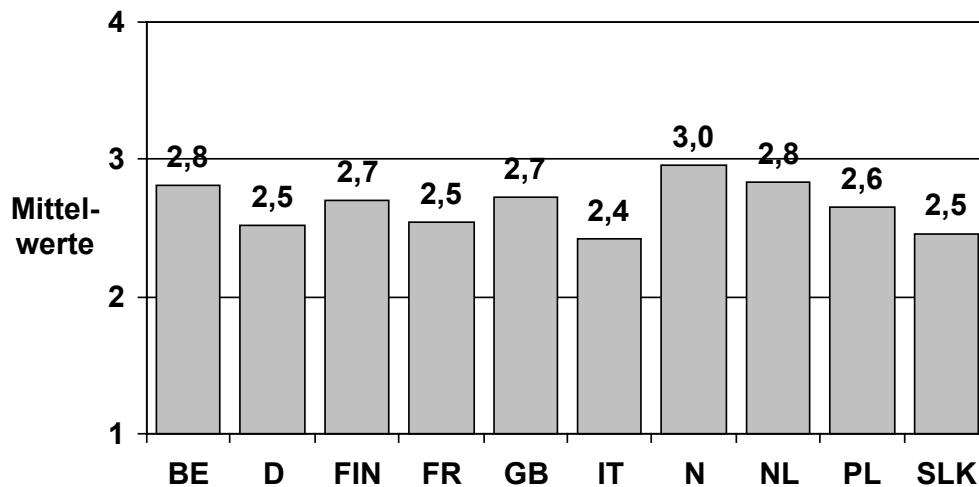


Abb. 3.4 Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit nach Ländern. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 4 (hoch)

Die Arbeitszufriedenheit von Frauen war signifikant höher ($M=2,65$; $n=33.809$) als die von Männern ($M=2,55$; $n=3.967$). Hinsichtlich der Unterschiede bezüglich Lebensalter und Dienstjahren beobachteten wir einen U-förmigen Zusammenhang. Die Werte waren höher in den niedrigeren und höheren Altersstufen und Dienstjahren. Die Werte für Arbeitszufriedenheit waren am niedrigsten nach 10-15 Dienstjahren, was einem Lebensalter von etwa 30 Jahren entspricht.

Die Arbeitszufriedenheit war in den verschiedenen Arbeitsbereichen unterschiedlich. In der ambulanten Pflege ist die Arbeitszufriedenheit höher ($M=2,81$) als in Pflegeheimen ($M=2,65$) und in Krankenhäusern ($M=2,58$). Insbesondere die Frage nach der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen führte zu diesen Unterschieden.

Außer bei unausgebildetem Personal nimmt die Arbeitszufriedenheit mit zunehmendem Ausbildungsniveau leicht ab.

11% der Befragten hatten Leitungspositionen und 10% stellvertretende Leitungen im Pflegebereich inne. Die Arbeitszufriedenheit scheint mit zunehmender beruflicher Position zuzunehmen: Leitungen und stellvertretende Leitungen waren die zufriedensten Pflegekräfte ($M=2,80$). Pflegekräfte ohne leitende Position hingegen zeigten sich am wenigsten zufriedenen ($M=2,59$).

Insgesamt stellte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Absicht, den Beruf zu verlassen heraus. Je geringer die Arbeitszufriedenheit, desto höher die Absicht zu gehen (Abb. 3.5).

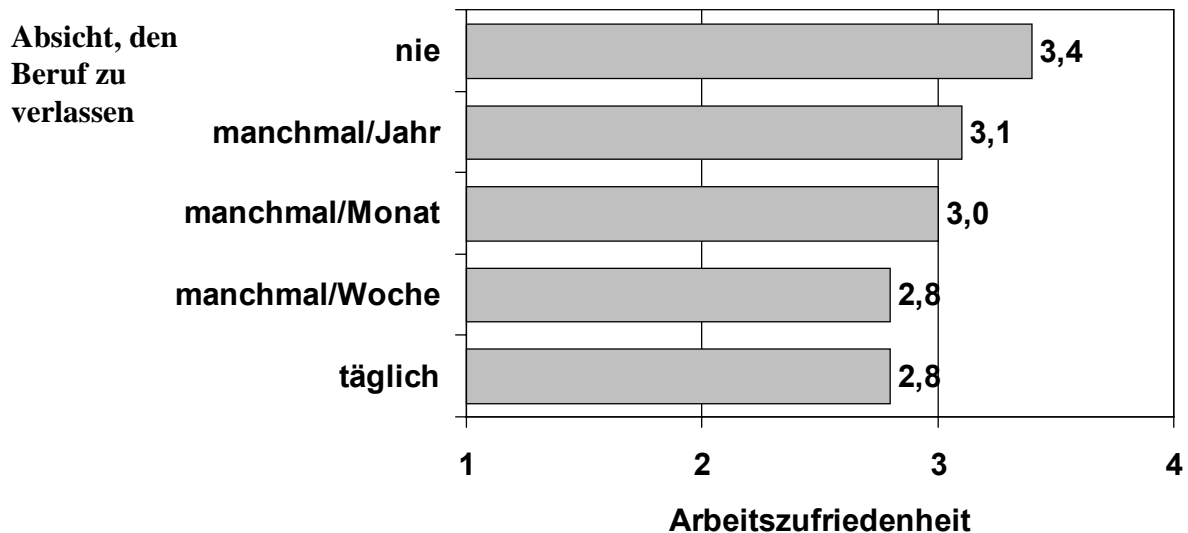


Abb. 3.5 Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit und Absicht, den Beruf zu verlassen. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 4 (hoch)

Diskussion zur Arbeitszufriedenheit

In unserem europäischen Datensatz hatten Pflegekräfte erwartungsgemäß (vgl. Tumulty et al., 1994) ein geringes Maß an Arbeitszufriedenheit. Die eher geringen Werte für Arbeitszufriedenheit können, wie bereits früher beobachtet, den körperlichen Arbeitsbedingungen (De Troyer, 2000) und dem geringen Maß an gewährter sozialer Unterstützung zugeschrieben werden. Der Pflegeberuf ist, da er häufig den Umgang mit großen Lasten beinhaltet (Bewegen, Umlagern, Heben von Patienten) und aufgrund unvermeidlicher ungünstiger Bewegungen und Körperhaltungen, oft körperlich anstrengend. Darüber hinaus ist das Arbeitsumfeld in vielen Fällen nicht gut an diese erschwerten Arbeitsbedingungen angepasst (keine verstellbaren Betten, interner Transport von Patienten, schlechte räumliche Bedingungen usw.). Die Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich der Arbeitszufriedenheit können auf unterschiedliche Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden. Nach De Troyer (2000) gibt es zwar Hebehilfen und andere unterstützende Ausstattungen in Belgien, Dänemark, Frankreich, den Niederlanden und Großbritannien, jedoch nur in wenigen Krankenhäusern.

Auffallenderweise geben deutsche Pflegekräfte eine geringe Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten an. Obwohl die grundständige Pflegeausbildung auf Bundesebene gesetzlich geregelt ist, sind Fort- und Weiterbildungsregelungen den Bundesländern überlassen. Dies hat zur Folge, dass die 16 deutschen Bundesländer unterschiedliche Arten der Weiterbildung anerkennen. Überdies garantiert die Weiterbildung zur spezialisierten Pflegekraft den Pflegenden (mit Ausnahme der Lehrer für Pflegeberufe) keine besonderen Zuständigkeiten oder bestimmte Arbeitsfelder. Diese beiden Aspekte deutscher Weiterbildungspraxis und das Fehlen definierter Zuständigkeitsbereiche für spezialisierte Pflegekräfte könnten Pflegekräfte von Weiterbildungen abhalten und eine geringere Zufriedenheit mit den Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Arbeit mit sich bringen.

Die Unterschiede bei der Arbeitszufriedenheit zwischen Männern und Frauen müssen vor dem Hintergrund des geringen Männeranteils interpretiert werden. Die Männer, die besonders unzufrieden mit der Arbeit sind, waren italienische Krankenpfleger. Auf der anderen Seite können diese Unterschiede auch durch unterschiedliche berufliche Bestrebungen erklärt werden. Die geringeren Erwartungen von Frauen sind möglicherweise Ergebnis ihrer schlechteren Position am Arbeitsmarkt und ihres größeren Engagements im Bereich der Familie. Grundlage dieses Argumentes ist die Erkenntnis, dass Individuen dazu neigen, ihre Erwartungen nach bestimmten Normen oder Vergleichswerten auszurichten (Clark, 1997). Zudem waren Männer über den Einsatz ihrer Fähigkeiten unzufriedener, was möglicherweise ein Unbehagen mit dem traditionellen Bild der Pflege (Mutterrolle und das „sich dem Patienten widmen“) widerspiegelt und Ausdruck für einen Konflikt sein kann zwischen dem, was Männer als Pflegekräfte tun und dem, was sie glauben, für einen Fortschritt ihrer Karriere tun zu müssen. Auf der anderen Seite werden Krankenpfleger als faul und als Versager abgestempelt, die den Pflegeberuf statt eines Medizinstudiums, Maschinenbau oder anderen „männlichen“ Berufen wählen (Chung, 2000). Einige Krankenpfleger haben das Gefühl, dass von ihnen höhere Leistungsstandards gefordert werden als von ihren weiblichen Kolleginnen und dass es ihnen verübelt werde, dass sie eine traditionell weibliche Rolle einnehmen (Farella, 2000). Eine der falschen Annahmen ist, dass Männern die Fähigkeiten zur Pflegekraft fehlten und dass die Pflege ein „Frauenberuf“ sei. Dieser unfaire Irrglaube macht es Männern schwer, Zufriedenheit im Pflegeberuf zu finden.

Die U-förmige Beziehung zwischen Alter, Berufsjahren und Arbeitszufriedenheit erfordert zwei Interpretationen. Der höhere Grad an Zufriedenheit jüngerer Pflegekräfte kann dadurch entstehen, dass unerfahrene Pflegekräfte weniger Verantwortung haben, geringeren Druck verspüren und weniger von Kollegen, Ärzten und Pflegeleitungen gefordert werden. Möglicherweise sind sie auch weniger Konflikten zwischen dem Arbeits- und Familienleben ausgesetzt. Die höhere Zufriedenheit älterer Pflegekräfte könnten hingegen durch eine größere Routine, durch Vorteile aufgrund der Berufsjahre (Dienstpläne, Bezahlung) und durch geringere Ansprüche von außen erklärt werden. Es ist auch möglich, dass ältere Pflegekräfte ihren Fokus auf Dinge außerhalb der Pflege legen, wie zum Beispiel die Familie und Vorbereitungen des Ruhestandes. Pflegekräfte über 50 Jahre könnten auch besser in der Lage sein, durch den Vergleich mit vergangenen Jahren die aktuellen Möglichkeiten des Pflegeberufes positiv zu beurteilen (Ingersoll et al., 2003). Wir können in unserer Querschnittserhebung einen Selektionsmechanismus nicht ausschließen, denn unzufriedene Pflegekräfte könnten den Beruf auch bereits verlassen haben.

Übereinstimmend mit der Meta-Analyse von Blegen (1993) ist die Zufriedenheit von Pflegekräften mit einem höheren Ausbildungsstand geringer. Wie von Price und Mueller (1981) vermutet, kann ein höherer Ausbildungsstand zu Unzufriedenheit führen, wenn organisatorische Einschränkungen den Einsatz oder die Weiterentwicklung der erlangten Fähigkeiten oder des Wissens behindern, während die Pflegekräfte höhere Erwartungen gegenüber dem Management haben. Die Unzufriedenheit kann zudem noch zunehmen, wenn höher Qualifizierte feststellen, dass sie ihre erworbenen Fähigkeiten nicht einsetzen können.

Wie erwartet ist die Zufriedenheit unter Pflegekräften in höheren beruflichen Positionen größer. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass mehr Kontrolle über die Arbeit und ein größerer Entscheidungsspielraum besteht, der verbunden mit einer zentralen Position zwischen Pflegenden und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (insbesondere ärztlichem Personal), zu einer angeseheneren Position in der Pflegehierarchie und größerer sozialer Anerkennung führt.

Schließlich war die Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften, die in der ambulanten Pflege arbeiten, höher als bei Pflegekräften in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Dies kann durch die Merkmale der ambulanten Pflege erklärt werden, die größere Autonomie, größere Kontrolle über die Arbeit und enge, befriedigende Beziehungen zu Langzeitpatienten ermöglicht. Parallel dazu machen Pflegekräfte in der ambulanten Pflege nicht im gleichen Maße die Erfahrung enormer Hektik und administrativer Belastungen wie Pflegekräfte in Krankenhäusern.

Bindung

In diesem Abschnitt wird die affektive Bindung an die Organisation (Einrichtung) und an den Beruf beschrieben. Dabei werden verschiedene Merkmale der Pflegenden und der Einrichtungen berücksichtigt.

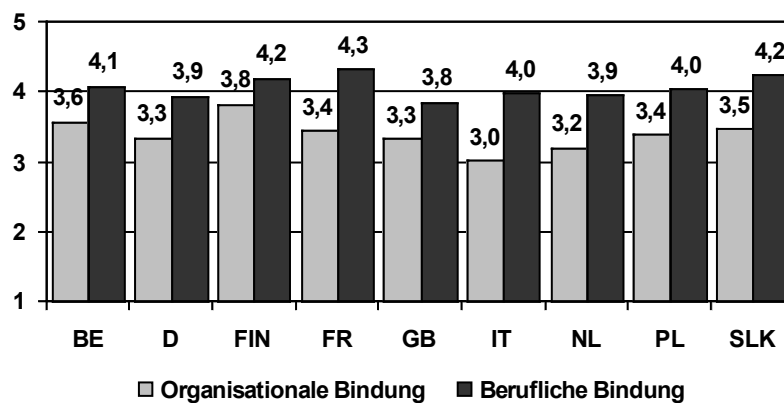


Abb. 3.6 Mittelwerte für Bindung nach Ländern. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch)

In jedem Land war die Bindung an den Beruf signifikant höher als die Bindung an die Organisation (Abb. 3.6; t-Test für gepaarte Stichproben; $p < 0,0001$). In der Praxis zeigt sich, dass Pflegekräfte leicht von einer Einrichtung im Gesundheitswesen in eine andere wechseln können, ohne den Pflegeberuf zu verlassen. Obwohl die Bindung an den Beruf in Frankreich am größten war, wurden die höchsten Werte für Bindung an die Organisation in Finnland gefunden.

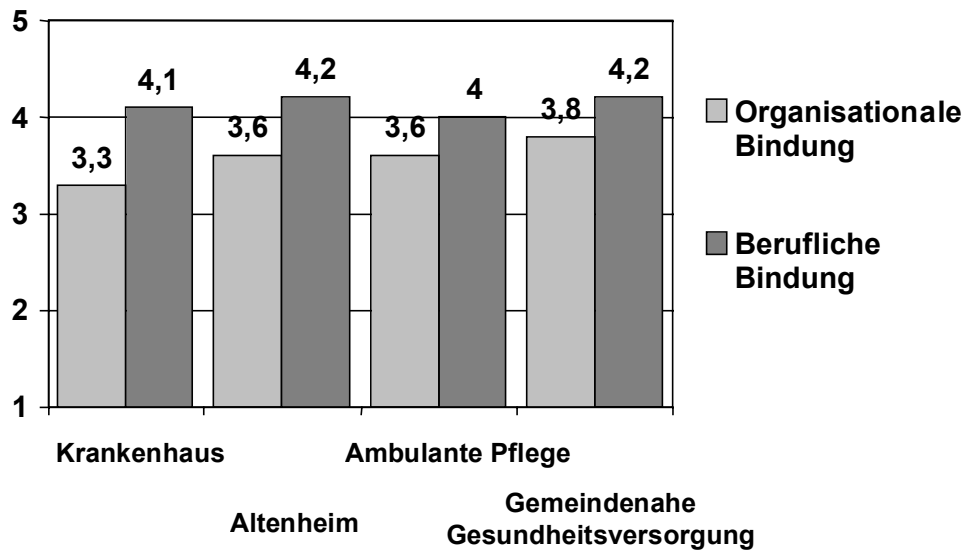


Abb. 3.7 Mittelwerte für affektive Bindung nach Einrichtungstyp. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch) (gemeindenahe Gesundheitsversorgung nur in Finnland)

Abb. 3.7 zeigt, dass sich die verschiedenen Einrichtungstypen sowohl in Bezug auf die affektive Bindung an die Organisation als auch an den Beruf unterscheiden. Die Bindung an die Organisation scheint in Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege höher zu sein als in Krankenhäusern. Die größte Bindung an den Beruf wurde in Pflegeheimen und in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung gefunden.

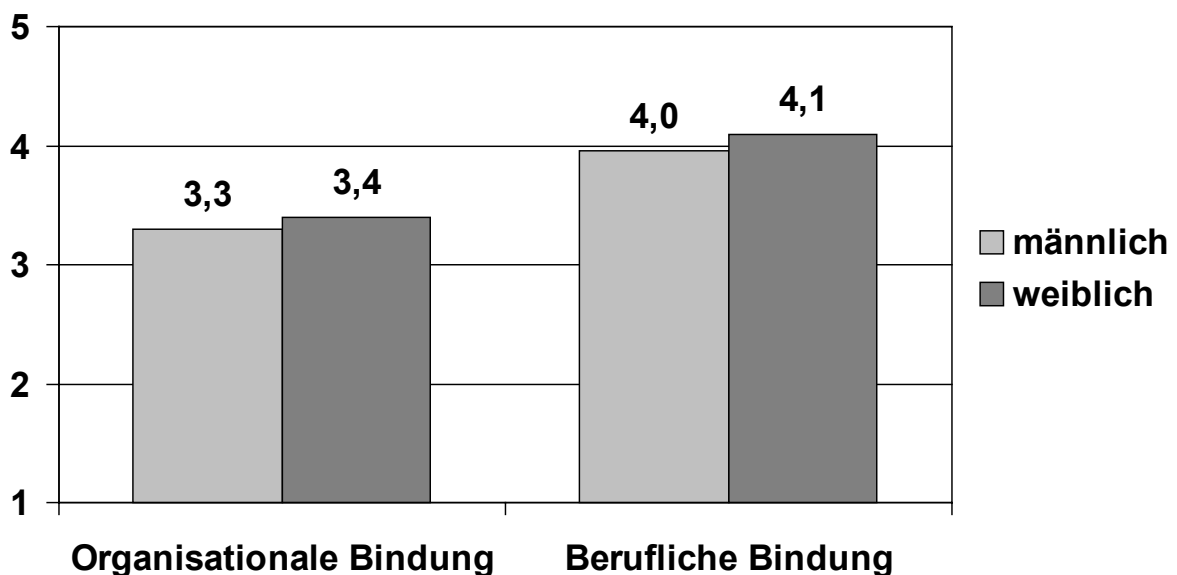


Abb. 3.8 Mittelwerte für Bindung nach Geschlecht. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch)

Bei beiden Arten der Bindung ergaben sich geringere Werte bei den Männern im Gegensatz zu den Frauen ($p < 0,0001$). Pflegekräfte mit einem Dienstalter von bis zu

einem Jahr hatten sowohl eine höhere Bindung an die Organisation als auch an den Beruf (Abb. 3.9).

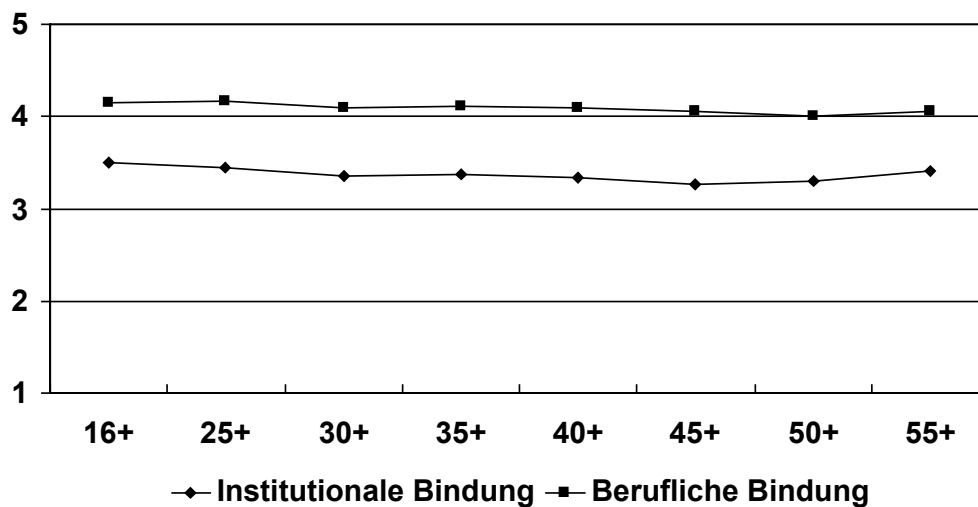


Abb. 3.9 Mittelwerte für Bindung nach Berufsalter. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch)

Die Assoziation zwischen den beiden Bindungsarten und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen ist eindeutig (Abb. 3.10). Je häufiger an den Berufsausstieg gedacht wurde, desto geringer sind die Werte für berufliche und institutionelle Bindung.

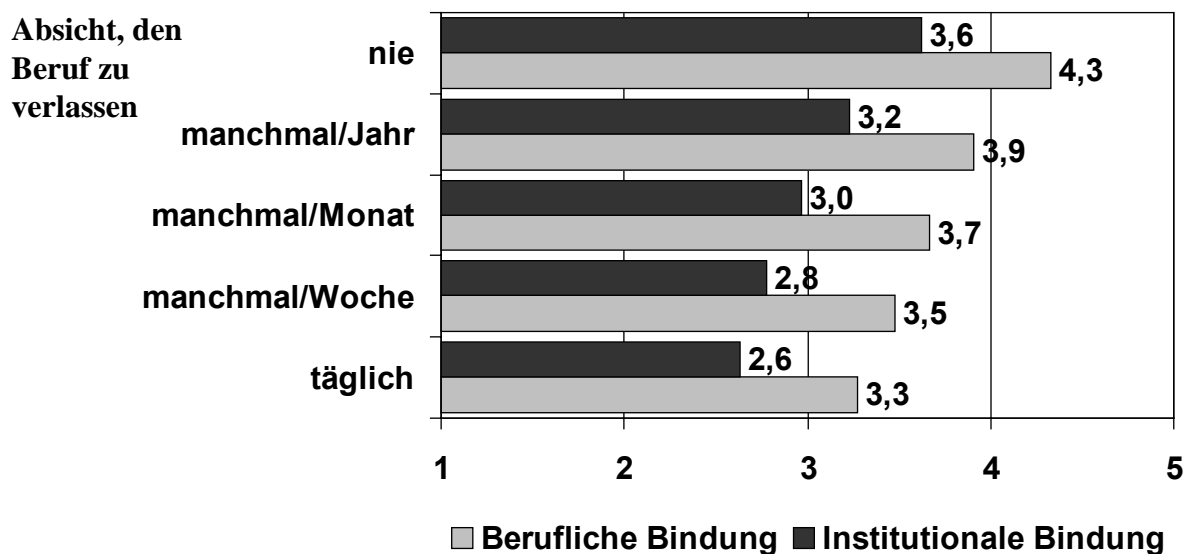


Abb. 3.10 Mittelwerte für Bindung und die Absicht, den Beruf zu verlassen. Möglicher Bereich: 1 (gering) bis 5 (hoch)

Folgende Befunde verdienen eine besondere Beachtung: die positive Beziehung zwischen Führungsqualität und affektiver Bindung (zur Organisation: $r=0,29$; zum Beruf: $r=0,14$; $p<0,0001$) und die positive Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und affektiver Bindung (zur Organisation: $r=0,35$; zum Beruf: $r=0,18$; $p<0,0001$) besteht. Das Verhältnis von affektiver Bindung und der Absicht, den Beruf zu verlassen

war negativ assoziiert ($r=-0,33$ für die Bindung an die Organisation und $r=-0,38$; $p<0,0001$ für die Bindung an den Beruf).

Diskussion zur Bindung

Die relativ hohen Werte für die Bindung an den Beruf können durch das Engagement und die Motivation erklärt werden, die Pflegekräfte gegenüber ihrem Beruf und für ihre Patienten zeigen. Die geringste Bindung an die Profession findet sich in Großbritannien, Deutschland und den Niederlanden. Dies kann der Tatsache zugeschrieben werden, dass Pflegekräfte trotz ihres Engagements bei ihrer Arbeit nur geringe Aufmerksamkeit und Anerkennung von Stationsleitungen, Ärzten und der Geschäftsführung erhalten.

Die Bindung an die Organisation ist geringer als die Bindung an den Beruf. Dies ist ein wichtiges Ergebnis, da in der Praxis beobachtet werden kann, dass Pflegekräfte leicht von einer Einrichtung im Gesundheitswesen in eine andere wechseln können, ohne den Pflegeberuf zu verlassen. Der hohe Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal ermöglicht es, regelmäßig und einfach zu wechseln. Allerdings wird dadurch das Gefühl des Personalmangels und die Verminderung der Pflegequalität gefördert (ständige Neueinstellungen, Anpassung an Stations-/Organisationsgegebenheiten usw.).

Die Bindung an kleinere Einrichtungen, wie Pflegeheime, ist ausgeprägter als die an größere Einrichtungen wie zum Beispiel Krankenhäuser, in der oft ärztliche Entscheidungsfindung dominiert und die Organisation bürokratischer und hierarchischer ist. Die höchste Bindung an den Beruf wurde in Pflegeheimen gefunden, die durch kontinuierliche Pflege charakterisiert werden. Hier sind die Möglichkeiten, für das Wohlergehen der Patienten zu sorgen, größer. Das entspricht der Aufgabenorientierung von Pflegekräften, die auf der grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der Patienten basiert (Borghans & De Steur, 1999).

Es überrascht nicht, dass Männer geringere Werte für beide Arten der Bindung angeben als Frauen. Ein Grund dafür könnte sein, dass Männer beruflichem und gesellschaftlichem Erfolg größere Bedeutung beimessen, auch wenn dieser Erfolg ein Ausscheiden aus der Organisation oder dem Beruf erfordert. Weiterhin wird die Pflege nach wie vor als ein Frauenberuf angesehen (ungeachtet der großen Anteile von Krankenpflegern in Italien).

Die Werte für Bindung hinsichtlich der Berufsjahre zeigen, dass Pflegekräfte, die bis zu einem Jahr gearbeitet haben, wie erwartet eine größere Bindung aufweisen. Die affektive Bindung entwickelt sich hauptsächlich in den frühen Stadien einer Karriere. Auch später kann die affektive Bindung hoch sein, allerdings in Verbindung mit anderen Arten der Bindung (wie zum Beispiel der Kontinuitätsbindung). Auch hier ist die Bindung an den Beruf höher als an die Organisation. Zu Beginn einer beruflichen Laufbahn identifizieren sich Menschen mehr mit ihrem Beruf als mit der Organisation, in der sie arbeiten.

Die Beziehung von Bindung an die Organisation und an den Beruf zu der Absicht, den Beruf zu verlassen, ist eindeutig. Da die Bindung den Grad der Zufriedenheit beeinflusst, ist es notwendig, diese zu beobachten, um einem vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegekräften vorzubeugen. Eine detailliertere Analyse ist für weitere Einblicke in interkulturelle Unterschiede notwendig.

Allgemeine Diskussion

Die Forschung im Bereich der Fluktuation hat verschiedene Modelle mit unterschiedlichen Faktoren und zu Grunde liegenden Prozessen des freiwilligen Arbeitsplatzwechsels erstellt. In den neuesten Modellen, wie auch in einer Metaanalyse (Gaertner, 1999) zeigt sich, dass Arbeitsplatzzufriedenheit und Bindung an die Organisation einen empirischen Zusammenhang mit freiwilligem Arbeitsplatzwechsel hat. Unter den verschiedenen Einflussfaktoren wird Führungsqualität als eine wichtige Voraussetzung für Arbeitszufriedenheit und Bindung an die Organisation gesehen. Führungsqualität ist ein Kernelement des Managements. Sie hat nicht nur eine enge Verbindung zur Bindung der Beschäftigten, sondern korreliert auch mit den Leistungen der Einrichtung und der Zufriedenheit der Patienten (Rogg, et al. 2001).

In unserem europäischen Datensatz geben Pflegekräfte aus Großbritannien, Belgien, der Slowakei und Deutschland bessere Werte für die Führungsqualität an als polnische und italienische Pflegekräfte. Trotz positiver Korrelationen zwischen Führungsqualität der Pflegeleitung und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit ($r=0,32$) sowie der Bindung an die Organisation ($r=0,29$), konnten wir beobachten, dass die höchsten Werte für die Führungsqualität auf Länderebene nicht systematisch von den höchsten Werten für Arbeitszufriedenheit und Bindung begleitet wurden (siehe Großbritannien und Belgien). Umgekehrt zeigten sich in den Niederlanden geringe Werte für Führung, aber hohe Werte für die Arbeitszufriedenheit und in Finnland für die Bindung. Die Korrelationen zwischen Führungsqualität und Arbeitszufriedenheit variieren zwischen Ländern deutlich, so zum Beispiel in der Slowakei ($r=0,33$) und Großbritannien ($r=0,46$). Der Zusammenhang von Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und Bindung ist nicht überall gleich ausgeprägt. In jedem Land gibt es individuelle, organisatorische und aufgabenspezifische Merkmale, die als Mediator Einfluss auf die Effektivität der Führung haben können. Bei diesen Mediatoren unterscheiden wir zwischen *individuellen Merkmalen der Mitarbeiter* (Fähigkeiten und Ausbildung, hoher Bedarf an Unabhängigkeit, berufliche Orientierung, Gleichgültigkeit gegenüber organisatorischen Belohnungen), *aufgabenspezifischen Merkmalen* (methodisch gleich bleibende Aufgaben, aufgabenspezifische Rückmeldungen, zufrieden stellende Aufgaben) und letztlich *organisatorischen Merkmalen* (organisatorische Formalismen, organisatorische Unflexibilität, hoch spezifizierte und aktive Beratungs- und Mitarbeiterfunktionen, Arbeitsgruppen, räumliche Trennung von Vorgesetzten und Mitarbeitern) (Kerr & Jermier, 1978). Darüber hinaus sind Campion et al. (1993) der Meinung, dass Merkmale wie Arbeitsstellendesign, gegenseitige Abhängigkeit, Teamzusammensetzung, Umgebungsbedingungen und Arbeitsprozesse (wie z. B. Arbeitsteilung, Kommunikation und Kooperation innerhalb der Gruppen und soziale Unterstützung) Effektivitätskriterien (wie zum Beispiel Produktivität und Zufriedenheit) besser erklären können. Schließlich können wir in einer internationalen Stichprobe auch den Einfluss kultureller Faktoren nicht ausschließen (Hofstede, 1980).

Die Arbeit von Pflegekräften orientiert sich an der grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der Patienten. Um die berufliche und institutionelle Bindung hoch zu halten, ist es notwendig, den pflegerischen Tätigkeiten große Aufmerksamkeit zu widmen. Nur wenn Pflegekräfte die Institution und auch den Beruf als den Raum erkennen, in dem sie ihre beruflichen Wünsche erfüllen können, wird ihre Absicht, im Beruf zu verbleiben, zunehmen. Es ist unverständlich, dass in einer Zeit erheblicher Knappheit an Pflegekräften ihre lebenslange Beschäftigungsfähigkeit so wenig be-

achtet wird (van der Heijden, 2002). Trotzdem ist es nicht nur der Respekt und die Anerkennung durch Leitungspersonal im Pflegebereich, durch Ärzte und Geschäftsführer, die hier zur Debatte stehen. Viele Pflegekräfte in unserer Untersuchung berichteten, dass ihre Arbeit oft körperlich höchst anstrengend ist und sie hierdurch ihre zukünftige Beschäftigungsfähigkeit bedroht sehen.

Um das Zusammenspiel von Personal und Arbeit zu verbessern, sollte Leitungspersonal im Gesundheitswesen individuelle Unterschiede der Mitarbeiter stärker berücksichtigen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Führungsqualität in positivem Zusammenhang zu Arbeitszufriedenheit und Produktivität steht. Da sich die Stärke der affektiven Bindung hauptsächlich zu Beginn einer beruflichen Laufbahn entwickelt, ist es wichtig, den arbeitsbezogenen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Wünschen der einzelnen Pflegekraft Aufmerksamkeit zu schenken, um den Führungsstil, die Arbeitsanforderungen und den Entwicklungsplan daran anzupassen. Während einer gesamten Karriere sollte jederzeit die zukünftige Beschäftigungsfähigkeit beachtet werden, um einem vorzeitigen Verlust von Fähigkeiten, Wissen und Bindung vorzubeugen.

Nach Gaertner (1999) ist denkbar, dass die genannten Aspekte nur einen der Faktoren Arbeitszufriedenheit und institutionelle Bindung vorhersagen. So wäre es möglich, dass Unterstützung durch den Vorgesetzten und Aufstiegschancen direkt mit der Bindung an die Organisation in Beziehung stehen. Andere strukturelle Merkmale wären hingegen „nur“ mit der Arbeitszufriedenheit verbunden. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass – im Vergleich zur Bindung an die Organisation – die Arbeitszufriedenheit direkter und unmittelbarer auf veränderte Arbeitsbedingungen reagiert (Mowday et al., 1982). Dies ist wahrscheinlich der Grund dafür, dass wir in Ländern wie Deutschland, Finnland und den Niederlanden große Unterschiede zwischen den Werten für Führungsqualität und Arbeitszufriedenheit beobachtet haben. Um ein endgültiges strukturelles Modell entwickeln zu können, wird es notwendig sein, Ergebnisse anderer Teile des Basisfragebogens einzubeziehen.

Aus praktischer Perspektive sollte mehr darüber bekannt sein, wie Leitungspersonal grundlegende Arbeitsbedingungen beeinflussen kann, um indirekt die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Wenn zudem Manager im Rahmen des Human Resource Management zentrale Arbeitskenngößen im Hinblick auf das Pflegepersonal benennen würden (z. B. Personalausstattung, Weiterbildung, Arbeitszuteilung, Leistungsbewertung, Gewähren von Belohnungen), könnte dies die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter in Personalabteilungen für ihre Verantwortung gegenüber den Arbeitsgruppen erhöhen (Campion et al., 1993). Dies könnte eine Dezentralisierung von Entscheidungsbefugnissen in die unteren Managementebenen (in diesem Fall Stationsleitungen) bedeuten: In die Hände der Personen, die direkt für das Funktionieren ihres Teams verantwortlich sind und somit für Leitungstätigkeiten besser geeignet wären.

Literatur

Allen, N.J.; Meyer, J.P.: The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 63 (1990) 1-18

Bedeian, A.G.; Kemery, E.R.; Pizzolatto, A.B.: Career commitment and expected utility of present job as predictors of turnover intentions and turnover behavior. *Journal of Vocational Behavior* 39 (1991) 331-343

Blegen, M.A.: Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research* 42 (1993) 36-41

Borghans, L.; De Steur, M.: Kiezen voor de zorg: Een conceptueel kader. Den Haag: OSA 1999

Campion, M.A.; Medsker, G.J.; Higgs, A.C.: Relations between work group characteristics and effectiveness: implications for designing effective work groups. *Personnel psychology* 46 (1993) 823-850

Chung, V.: Men in nursing. http://www.minoritynurse.com/features/nurse_emp/08-30-00c.html. Letzter Aufruf: 14.04.2003

Clark, A.E.; Georgellis, Y.; Sanfey, P.: Job satisfaction, wages and quit : Evidence from German Panel Data, *Research in Labor Economics*. In: Clark, A.E.: Les indicateurs de la satisfaction au travail. Quelles sont les caractéristiques d'un bon emploi ? Observations recueillies dans certains pays de l'OCDE. Politiques du marché du travail et politique sociale – Documents hors série N° 34, OCDE, 1998

Clark, A.E.: Job satisfaction and gender: why are women so happy at work? *Labour Economics* 4 (1997) 341-372

Cohen, A.: An examination of the relationship between work commitment and work outcomes among hospital nurses. *Scandinavian Journal of Management* 14 (1998), 1-2, 1-17

Currivan, D.B.: The causal order of job satisfaction and organizational commitment in models of employee turnover. *Human resource Management Review* 4 (1999) 95-524

Davidson, H.; Folcarelli, P.H.; Crawford, S.; Duprat, L.J.; Clifford, J.C.: The effects of healthcare reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Medical Care* 35 (1997) 634-645

De Troyer, M.: The hospital sector in Europe – Introductory report. Brüssel: TUTB-SALTSA Conference, 25-27, 2000

Dunham-Taylor, J.: Nurse executive transformational leadership found in participative organizations. *Journal of Nursing Administration* 30 (2000), 5, 241-250

Farella, C.: (2000). MIW: Men in white. <http://community.nursingspectrum.com/MagazineArticles/article.cfm?AID=2746>. Letzter Aufruf: 12.04.2003

Gaertner, S.: Structural determinants of job satisfaction and organizational commitment in turnover models. *Human Resource Management Review* 9 (1999), 4 479-493

- Gardner, D.L.:** Career commitment in nursing. *Journal of Professional Nursing* 8 (1992) 155-160
- Genevieve, L.:** Dare to be different: Transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management* 11 (2003) 73-79
- Hinshaw, A.S.; Atwood, J.R.:** Nursing staff turnover, stress and satisfaction: models, measures and management. In: Werley, H.H.; Fitzpatrick, J.J. (Eds.): *Annual Review of Nursing Research* Vol. 1. S. 133-153, New York: Springer 1984
- Hofstede, G.:** *Culture's consequences*. Beverly Hills, CA: Sage Publications 1980
- Ingersoll, G.L.; Olsan, T.; Drew-Cates, J.; DeVinney, B.C.; Davies, J.:** Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration* 32 (2002), 5, 250-263
- Irvine, D.M.; Evans, M.G.:** Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (1995), 4, 246-253
- Kangas, S.; Kee, C.C.; McKee-Waddle, R.:** Organisational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Administration* 1 (1999) 32-42
- Kerr, S.; Jermier, J.M.:** Substitutes for leadership: their meaning and measurement. *Organizational behavior and human performance* 22 (1978) 375-403
- Leatt, P.; Schneck, R.:** Technology, size, environment, and structure in nursing subunits. *Organization studies* 3 (1982), 3, 221-242
- Leiter, M.P.; Harvie, P.; Frizzell, C.:** The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Sciences Medicine* 47 (1998), 10, 1611-1617
- McNeese-Smith, D.:** Job satisfaction, productivity, and organizational commitment. The result of leadership. *Journal of Nursing Administration* 25 (1995), 9, 17-26
- Meyer, J.P.; Allen, N.J.; Smith, C.A.:** Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology* 78 (1993) 538-551
- Morrison, R.S.; Jones, L.; Fuller, B.:** The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration* 27 (1997), 5, 27-34
- Mowday, R.T.; Porter, L.W.; Steers, R.M.:** *Employee-Organization linkages: The Psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press 1982
- Northouse, P.G.:** *Leadership. Theory and Practice*. USA: SAGE Publications 1997
- Pearson, C.A.:** An assessment of extrinsic feedback on participation, role perceptions, motivation, and job satisfaction in a self-managed system for monitoring group achievement. *Human Relations* 44 (1991), 5 517-537
- Price, J.L.; Mueller, C.W.:** *Professional turnover: the case for nurses*. Iowa: State University Press 1981
- Rogg, K.L.; Schmidt, D.B.; Shull, C.; Schmitt, N.:** Human resource practices, organizational climate, and customer satisfaction. *Journal of Management* 27 (2001) 431-449

Sheridan, J.E.; Vredenburg, D.J.; Abelson, M.A.: Contextual model of leadership influence in hospital units. *Academy of Management Journal* 27 (1984), 1, 57-78

Stordeur, S.; D'hoore, W.; Vandenberghe, C.: Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing* 35 (2001), 4, 533-542

Stordeur, S.; Vandenberghe, C.; D'hoore, W.: Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49 (2000), 1, 37-43

Tett, R.P.; Meyer, J.P.: Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology* 46 (1993), 2, 259-293

Tumulty, G.; Jernigan, I.E.; Kohut, G.F.: The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses. *Applied Nursing Research* 7 (1994) 84-90

Van der Heijden, B.I.J.M.: Prerequisites to guarantee life-long employability. *Personnel Review* 31 (2002), 1&2, 44-61

Weisman, C.S.; Nathanson, C.A.: Professional satisfaction and client outcomes. *Medical Care* 23 (1985), 10, 1179-1192

4. Das soziale Arbeitsumfeld von Pflegekräften

Beatrice van der Heijden, Angelika Kümmerling und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Die Wahrnehmung eines Arbeitnehmers darüber, in welchem Ausmaß er bei seiner Tätigkeit Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen erhält, ist hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit insbesondere im Pflegeberuf von theoretischer und empirischer Relevanz. Studien über den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und beruflicher Expertise zufolge (vgl. van der Heijden, 1998, 2002, 2003) kann davon ausgegangen werden, dass positive Gefühle dann vorherrschen, wenn Vorgesetzte und enge Kollegen Unterstützung gewähren, positive und konstruktive Rückmeldungen geben und die Weiterentwicklung des Beschäftigten fördern (vgl. auch Deci et al., 1989; Greenhaus et al., 1990). Zwischenmenschliche Beziehungen scheinen wichtige Voraussetzungen für Arbeitszufriedenheit zu sein (siehe auch Stordeur u. a. in diesem Band) und sind auch mit gesundheitlichen Beschwerden, Fehlzeiten und Arbeitsplatzwechsel assoziiert (Tett & Meyer, 1993). Darüber hinaus fördert ein positives Arbeitsklima, in dem Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen vorhanden ist, die professionelle Entwicklung des Einzelnen (van der Heijden, 2002, 2003).

Mit Blick auf den erheblichen Mangel an Pflegekräften und auf die Tatsache, dass das Arbeitsklima in Institutionen ein Faktor ist, auf den das Management Einfluss ausüben kann, ist es wichtig zu verstehen, inwieweit der Wunsch Pflegender, ihren Beruf aufzugeben, im Zusammenhang mit ihrem konkreten Arbeitsumfeld steht. In diesem Beitrag wird der Einfluss zweier wichtiger Aspekte des sozialen Arbeitsklimas auf den Wunsch, den Pflegeberuf aufzugeben, untersucht. Hierfür steht Datenmaterial aus acht europäischen Ländern zur Verfügung. Wenn wir ein besseres Verständnis für den Einfluss des Arbeitsklimas auf die Entscheidung gewinnen, den Pflegeberuf zu verlassen, sind wir vielleicht in der Lage, langfristig die Beschäftigungsfähigkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen und den vorzeitigen Berufsausstieg zu verhindern.

Soziale Unterstützung vom direkten Vorgesetzten

Im Mittelpunkt eines gesunden Arbeitsklimas, das eine Weiterentwicklung des Individuums ermöglicht, steht das Verhältnis des Arbeitnehmers zu seinem direkten Vorgesetzten. Positive Rückmeldungen durch den Vorgesetzten und eine gute Kommunikation unterstützt die Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Fähigkeiten des Arbeitnehmers (Blacero et al., 1996; Dubin, 1977). Desgleichen kann die wahrgenommene soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten ein allgemeines Gefühl der Zufriedenheit und ein Vertrauen in die eigenen Karrierechancen erzeugen (Bratton & Gold, 1994; Sloboda, 1991). Jede Art des Lernens erfordert Rückmeldungen, wenn sie nachhaltig wirken soll. In einem Umfeld, in dem Rückmeldungen nur in geringem Maß oder verzögert gewährt werden, verlangsamt sich das Lernen (bzw. die Weiterentwicklung) oder bleibt ganz aus (Ericsson & Smith, 1991).

In weiteren Untersuchungen (Boerlijst, 1993; Boerlijst et al., 1994) wurde festgestellt, dass Vorgesetzte sich nur eingeschränkt den Leistungen und Aufgaben ihrer älteren Mitarbeiter widmen. Dies wird an unterschiedlichen Stellen deutlich, u. a. im Bereich der Anregung zur Fortbildung und Weiterentwicklung. Insbesondere bei älteren Mitarbeitern scheinen Vorgesetzte im Hinblick auf die berufliche Weiterentwicklung wenig Kooperation zu zeigen und wenig Hilfen zu gewähren. Mit anderen Worten nimmt der Grad der sozialen Unterstützung von direkten Vorgesetzten ab, je älter ein Arbeitnehmer ist. Da die soziale Unterstützung negativ mit Arbeitsplatzunsicherheit, Unzufriedenheit und unangepasstem Verhalten am Arbeitsplatz (vgl. Lim, 1996) korreliert, ist es wahrscheinlich, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten die Absicht des Arbeitnehmers beeinflusst, aus dem Beruf auszuweichen.

Soziale Unterstützung von direkten Kollegen

Der größte Teil unserer Fähigkeiten entsteht durch Wissenstransfer innerhalb einer Gesellschaft durch eine Vielzahl kultureller Prozesse – formaler Prozesse im Rahmen von Schul- und Ausbildung, aber auch nicht-formaler (Gaines, 1988). In jedem Arbeitsumfeld müssen Mitarbeiter die Verantwortung für die Weitergabe zuverlässiger Informationen über aktuelle technische Entwicklungen übernehmen, zum Beispiel, indem sie die Aufmerksamkeit auf nützliche neue Veröffentlichungen oder auf Fortbildungsprogramme richten. Wenn Kollegen bereit sind, im Rahmen regelmäßiger Besprechungen Rückmeldungen über die geleistete Arbeit des Anderen zu geben, zeigen sie ihr Interesse und ihre Wertschätzung für die geleistete Arbeit und die erreichten Ergebnisse ihrer Kollegen.

Bei Mitarbeitern mittleren Alters scheint die Bestimmung von Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung von zentraler Bedeutung zu sein (Schein, 1978). Da infolge der zunehmenden Verschlankung vieler Unternehmen eine Beförderung nicht für jeden Mitarbeiter erreichbar ist, entsteht viel Konkurrenz zwischen Kollegen. Das soziale Netz des Einzelnen ist sozusagen der Auslöser für Veränderungen im Lebensweg (vgl. Sarason et al., 1987). In Übereinstimmung damit erwarten wir, dass die soziale Unterstützung durch Kollegen abnimmt, wenn Mitarbeiter eine mittlere Karrierephase erreicht haben. Der Unterschied zwischen Mitarbeitern mittleren Alters und älteren Mitarbeiter wird hierbei als gering angesehen.

In Analogie zu oben nehmen wir an, dass soziale Unterstützung durch Kollegen die Absicht des Arbeitnehmers beeinflusst, aus dem Beruf auszusteigen.

Methode

Instrumente zu sozialer Unterstützung

Die abhängige Variable „soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten“ wurde durch vier Items erfasst: „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?“, „Im Großen und Ganzen: Ist Ihr direkter Vorgesetzter bereit, Sie bei der Ausführung Ihrer Aufgaben zu unterstützen?“ und „Gibt Ihnen Ihr direkter Vorgesetzter unterstützenden Rat?“ Antworten wurden auf einer 5-stufigen Skala abgetragen, wobei 1 wenig Unterstützung durch den Vorgesetzten

und 5 eine hohe Unterstützung durch den Vorgesetzten bedeutete (Skalenkennwerte, vgl. Kümmerling, Hasselhorn & Tackenberg in diesem Band).

Die Variable „soziale Unterstützung durch Kollegen“ wurde durch die gleichen vier Items gemessen, wobei die Formulierung „direkter Vorgesetzter“ durch „Kollegen“ ersetzt wurde.

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS 11.0. Zur Bestimmung von Unterschieden in Mittelwerten wurden univariate Varianzanalysen und t-Tests berechnet. Für post-hoc Mittelwertvergleiche wurden Scheffé-Tests durchgeführt. Aufgrund der hohen Teilnehmeranzahl wurde das Signifikanzniveau auf $p < 0,01$ festgelegt.

Tab. 4.1 Überblick über die Teilnehmer nach Land und Skala für soziale Unterstützung

Land	n Gesamt	n Unterstützung Vorgesetzter	Antwortquote	n Unterstützung Kollegen	Antwortquote
Belgien	4.257	4.197	98,5%	4.196	98,6%
Deutschland	3.565	3.523	98,8%	3.521	98,8%
Finnland	3.970	3.920	98,7%	3.922	98,8%
Frankreich	5.376	5.319	98,9%	5.321	90,0%
Italien	5.645	5.465	96,8%	5.445	96,5%
Niederlande	4.024	3.967	98,6%	3.969	98,6%
Polen	4.354	4.219	96,9%	4.216	96,8%
Slowakei	3.396	3.245	95,6%	3.224	94,9%
Gesamt	34.587	33.855	97,9%	33.814	96,6%

Ergebnisse

Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten

Bei einem Vergleich der Mittelwerte für die Skala „soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten“ (Abb. 4.1) ist festzustellen, dass die Werte für das belgische Pflegepersonal am höchsten und beim polnischen Pflegepersonal am geringsten ausfallen, wobei die Varianzanalysen mit sich anschließenden post-hoc Scheffé-Tests zeigen, dass Belgien sich signifikant von allen anderen Ländern in der wahrgenommenen Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten unterscheidet ($p < 0,001$). Allerdings gilt auch für Belgien, dass die erzielten Skalenwerte relativ niedrig sind.

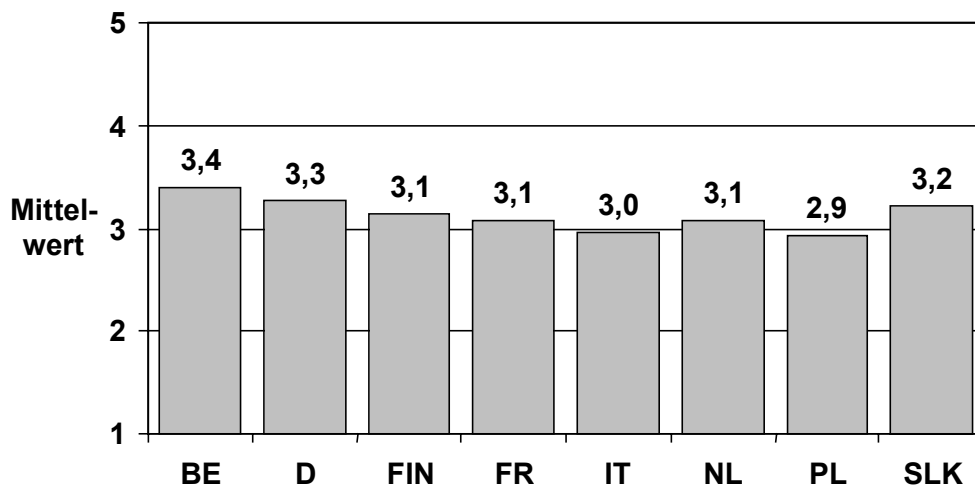


Abb. 4.1 Mittelwerte für soziale Unterstützung durch direkte Vorgesetzte nach Ländern

Die von uns aufgestellte Hypothese, dass ein Einfluss des Lebensalters auf die Unterstützung durch den Vorgesetzten besteht, konnte nicht bestätigt werden: In allen Ländern scheint das Alter keinen Einfluss auf den Umfang erhaltener sozialer Unterstützung durch direkte Vorgesetzte zu haben (für alle Länder $p > .01$).

Finnische Männer scheinen mehr Unterstützung von ihren Vorgesetzten zu erfahren als finnische Frauen, die Mittelwerte unterscheiden sich zwar nur geringfügig, aber signifikant voneinander ($M=3,3$ vs. $3,1$, $p < 0,001$). In den übrigen Teilnehmerländern war kein Geschlechtseffekt festzustellen.

Soziale Unterstützung durch Kollegen

Die Werte für die soziale Unterstützung durch Kollegen waren am niedrigsten in Italien und am höchsten in den Niederlanden (Abb. 4.2). Beide Länder unterscheiden sich signifikant von allen anderen Ländern (Varianzanalysen und post-hoc Scheffé-Tests, $p < 0,001$). Das Ausmaß der erlebten sozialen Unterstützung durch Kollegen unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen nicht.

Oben hatten wir die Hypothese aufgestellt, dass die soziale Unterstützung abnimmt, wenn Mitarbeiter eine mittlere Karrierephase erreicht haben. Dies traf in unserer Untersuchung in allen Ländern zu. In Italien, Polen und der Slowakei zeigte sich zudem ein U-förmiges Muster, d. h., im mittleren Alter war die soziale Unterstützung der Kollegen relativ niedrig, bei den älteren (über 50-jährigen) Kollegen nahm sie jedoch wieder zu (nicht dargestellt).

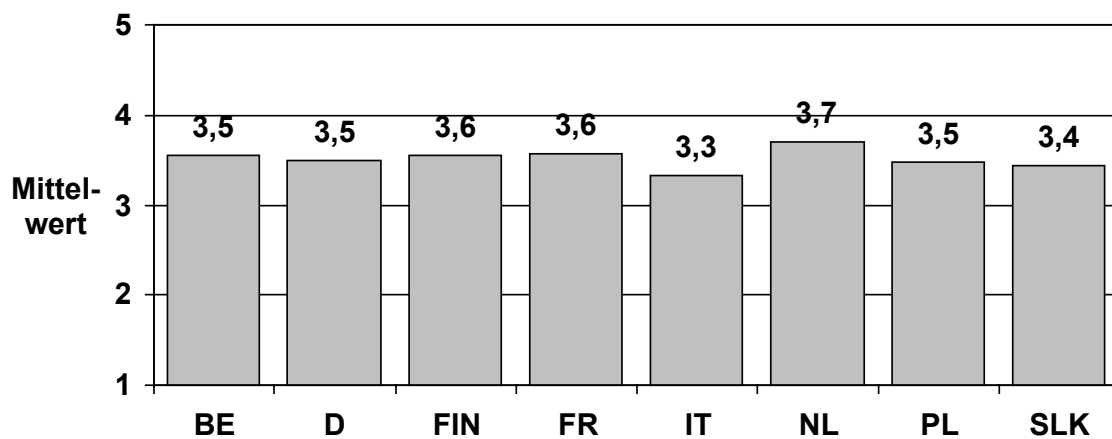


Abb. 4.2 Soziale Unterstützung durch Kollegen nach Ländern

Soziale Unterstützung und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Unsere Ergebnisse zeigen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen gibt. Pflegende, die die höchsten Werte für soziale Unterstützung aufwiesen, wiesen die geringste Absicht auf, den Pflegeberuf zu verlassen (vgl. Abb. 4.3).

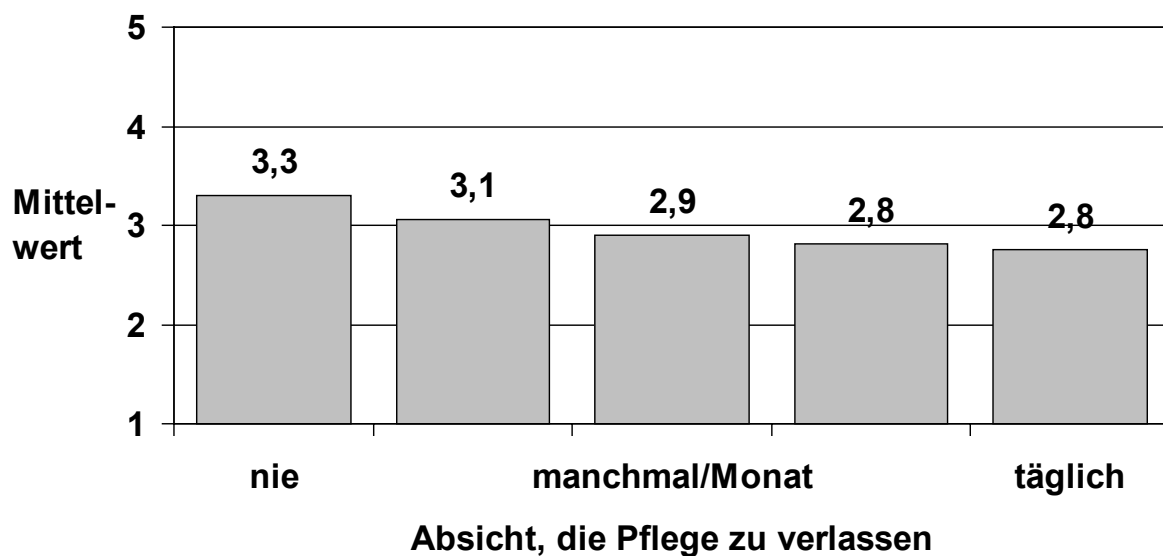


Abb. 4.3 Mittelwerte für soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und die Absicht, den Beruf zu verlassen (gesamte Stichprobe)

Es zeigt sich, dass der Umfang der erhaltenen sozialen Unterstützung von Kollegen keinen signifikanten Einfluss auf den Wunsch hat, den Pflegeberuf zu verlassen (Abb. 4.4).

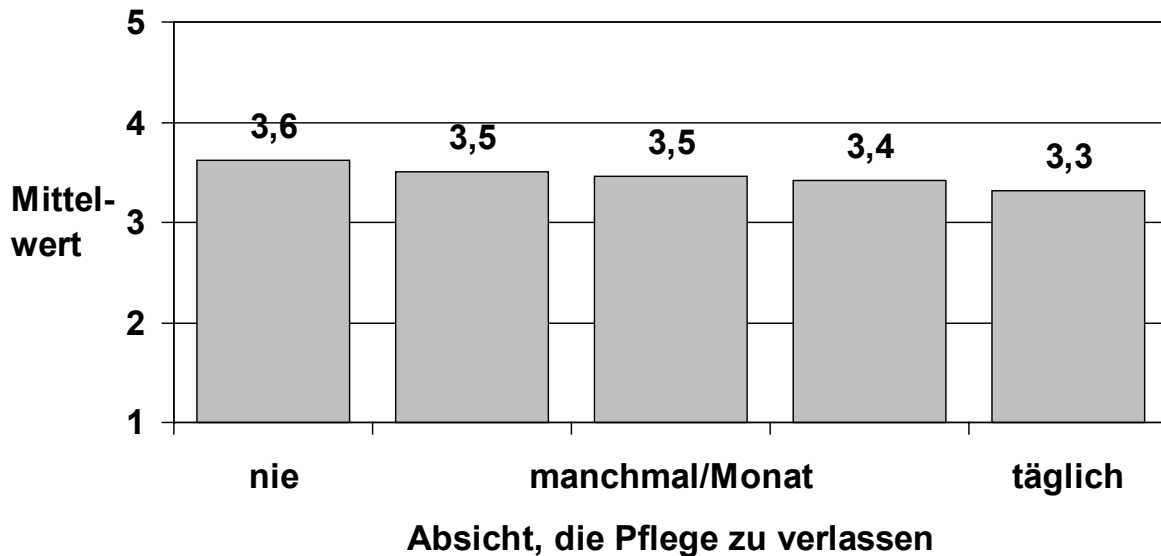


Abb. 4.4 Mittelwerte für soziale Unterstützung durch Kollegen und die Absicht, den Beruf zu verlassen (gesamte Stichprobe)

Diskussion

Wir konnten zeigen, dass sich hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten zwischen den einzelnen Ländern keine deutlichen Unterschiede feststellen lassen. Jedoch müssen wir auch konstatieren, dass die wahrgenommene soziale Unterstützung von Vorgesetzten im Ländervergleich eher gering ausfällt. Dies zeigt, dass noch viel getan werden muss, um die soziale Unterstützung als potenziell starkes Managementinstrument zu verbessern. Wir konnten auch zeigen, dass weder das Geschlecht (mit Ausnahme von Finnland, wo Männer leicht höhere Werte zeigten) noch das Lebensalter der Befragten einen Einfluss darauf zu haben scheint, wie stark sie soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten erfahren.

Bezüglich der sozialen Unterstützung von Kollegen besteht in den meisten Ländern ein negativer Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Alter. Das heißt, dass ältere Arbeitnehmer weniger Unterstützung durch ihre Kollegen erhalten als Jüngere. Für Italien, Polen und die Slowakei wurde ein U-förmiges Muster identifiziert, das aufzeigt, dass nach einem Rückgang der wahrgenommenen Unterstützung unter Kollegen im mittleren Lebensalter wieder eine Zunahme bei älteren Befragten zu konstatieren ist. Es sind weitere Untersuchungen notwendig, um herauszufinden, inwieweit diese Ergebnisse eine Folge der verminderten Aufstiegsmöglichkeiten für Pflegekräfte durch Verschlinkung der Betriebe und daraus entstehende Konkurrenzsituationen widerspiegeln.

Der festgestellte negative Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, zeigt, dass es wichtig ist, ein Arbeitsklima gegenseitigen Vertrauens zu schaffen. Die Pflegekraft sollte sich sicher fühlen, innerhalb bestimmter notwendiger Grenzen Probleme selbstständig lösen zu können. Fehler sollten als Ausgangspunkte für spätere

Schulungen gesehen werden und nicht als Anlass, jemanden zu übergehen oder auszuschließen. Ferner sollte sich jede Führungskraft im Gesundheitswesen ihrer Verantwortung bewusst sein, eine offene Kommunikation, ständige Offenheit für Probleme und stützende Leistungsrückmeldungen zu gewährleisten.

Auch wenn wir keinen Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch Kollegen und dem Wunsch, den Pflegeberuf aufzugeben feststellen konnten, sollte dieser Aspekt des gesunden Arbeitsklimas nicht vernachlässigt werden. Die positive Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes durch Pflegekräfte, konkreter: Das Ausmaß der sozialen Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen, die empfundene Wertschätzung und ein allgemeines Gefühl des „Empowerment“ sind wichtige Faktoren, die die Bindung des Pflegenden an seinen Beruf beeinflussen.

Literatur

Blancero, D.; Boroski, J.; Dyer, L.: Key competencies for a transformed Human Resource Organization: results of a field study. *Human Resource Management* 35 (1996), 383-403

Boerlijst, J.G.: The neglect of growth and development of employees over 40 in organizations: a managerial and training problem. In: Snel, J.; Cremer, R.: *Work and aging*. London: Taylor & Francis Ltd. 1994, 251-271

Boerlijst, J.G.; van der Heijden, B.I.J.M.; Van Assen, A.: *Veertig-plussers in de onderneming*. Assen: Van Gorcum/Stichting Management Studies 1993

Bratton, J.; Gold, J.: *Human resource management: theory and practice*. Basingstoke: Macmillan 1993

Deci, E.L.; Connell, J.P.; Ryan, T.: Self determination in an organization. *Journal of Applied Psychology* 74 (1989), 580-591.

Dubin, S.S.: The updating process. *Continuing Education in Science and Engineering* 12 (1977), 165-186.

Ericsson, K.A.; Smith, J.: *Toward a general theory of expertise. Prospects and limits*. Cambridge: Cambridge University Press 1991

Gaines, B.R.: Positive feedback processes underlying the formation of expertise. *IEEE Transactions on systems, man, and cybernetics* 18 (1988), 1016-1020.

Greenhaus, J.H.; Parasuraman, A.; Wormley, W.M.: Effects of race on organizational experiences, job performance evaluations, and career outcomes. *Academy of Management Journal* 33 (1990), 64-86.

Lim, V.K.G.: Job insecurity and its outcomes: Moderating effects of work-based and non-work-based social support. *Human Relations* 49 (1996), 171.

Sarason, B.R.; Shearin, E.N.; Pearce, G.R.; Sarason, I.G.: Interrelations of social support measures; Theoretical and practical implications. *Journal of Personality & Social Psychology* 52 (1987), 813-832

Schein, E.H.: *Career dynamics: Matching individual and organisational needs*. Reading Mass.: Addison-Wesley 1978

Sloboda, J.A.: Musical expertise. In: Ericsson, K.A.; Smith, J.: Toward a general theory of expertise. Prospects and limits. Cambridge: Cambridge University Press. 1991, 153-171

Tett, R.P.; Meyer, J.P.: Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology* 46 (1993), 259-293

Van der Heijden, B.I.J.M.: The measurement and development of professional expertise throughout the career. A retrospective study among higher level Dutch professionals. Doctoral thesis. University of Twente, Enschede: PrintPartners Ipskamp 1998

Van der Heijden, B.I.J.M.: Organizational influences upon the development of professional expertise in SME's. *Journal of Enterprising Culture*, 9 (2002), 367-406

Van der Heijden, B.I.J.M.: Organisational influences upon professional expertise throughout the career. A retrospective study among higher level Dutch professionals. *International Journal of Training and Development*, 7 (2003), 142-165

5. Burnout im Pflegeberuf in Europa

Esther van der Schoot, Halszka Ogińska, Madeleine Estryn-Behar und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Nach der „klassischen“ Theorie von Maslach (1993) ist Burnout ein Zustand emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und dem Gefühl der Inkompetenz. Burnout bedeutet im eigentlichen Sinne „Erschöpfung“, dennoch wird der Begriff in verschiedenen Kontexten und Ländern unterschiedlich interpretiert. Allgemeine Anerkennung findet ein multidimensionales Model des Burnouts, in dem psychophysische und emotionale Erschöpfung die Hauptauslöser für berufliches Burnout darstellen (Maslach 1993). Berufliches Burnout betrifft vor allem Arbeitsfelder, in denen Interaktion mit anderen Personen eine Schlüsselfunktion einnimmt und die Bedingung für Arbeitserfolg und Entwicklung ist. Die Kosten für eine solche enge Interaktion und die Konfrontation mit negativen Gefühlen, Leid und anhaltendem Stress können sehr hoch sein. Dies vor allem dann, wenn der Pflegende (Arzt, Lehrer, Sozialarbeiter usw.) nicht in der Lage ist, mit der Arbeitsbelastung, den Erfahrungen von Niederlagen und dem Ausbleiben von beruflichem Erfolg umzugehen (Sęk 2000).

Die Arbeit von Pflegekräften kann - insbesondere wenn sie die Konfrontation mit schweren Erkrankungen und Tod mit sich bringt - eine ernstzunehmende Quelle affektiver Belastung sein. Die Fähigkeit von Pflegekräften mit diesen Stressoren umzugehen, ist vom Umfang ihres unterstützenden Umfeldes und der Möglichkeit abhängig, über die Lebensqualität der Patienten zu sprechen und diese zu verbessern (Rodary & Gauvain-Piquard 1993). Burnout betrifft etwa 25% aller Pflegekräfte, dieser Anteil steigt auf 64% bei Pflegekräften mit hohen affektiven Belastungen und auf 39% bei Pflegekräften mit hohen kognitiven Belastungen (Estryn-Behar et al. 1990).

Die Spezifika eines Arbeitsbereiches bzw. einer Station scheinen ebenfalls mit der Entwicklung von Burnout in Zusammenhang zu stehen. Burnout ist bei jungem Personal in der Onkologie besonders hoch ausgeprägt und reduziert sich mit zunehmendem Dienstalter. Im Gegensatz dazu steigen die Werte für Burnout bei Pflegenden in der Geriatrie mit zunehmendem Dienstalter an und erreichen insgesamt deutlich höhere Werte als bei den Pflegenden in der Onkologie. Diese Tendenz wird als Folge der hohen Arbeitsbelastung in der Geriatrie gesehen (Kempe et al. 1992). Die erwartete hohe Gefahr von Burnout für Mitarbeiter auf Palliativstationen konnte in einigen schwedischen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Hier zeigte sich sogar eine größere Arbeitszufriedenheit und weniger stark empfundene berufliche Belastung der Pflegekräfte. Personalwechsel und Abwesenheiten kamen in den untersuchten Abteilungen seltener vor, und das Personal zeigte insgesamt ein positives Selbstbild. Dies wurde insbesondere auf die Auswahlkriterien für das Personal, auf gutes Teamwork, positive Rückmeldungen und kontinuierliche Fortbildungen zurückgeführt (Hasselhorn & Seidler 1993).

In den folgenden Abschnitten werden die Methode zur Erfassung und Ergebnisse des beruflichen Burnouts, das durch das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) gemessen wurde, dargestellt. Insbesondere die kulturellen und länderbezogenen Unterschiede im Zusammenhang von Burnout und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, werden dabei berücksichtigt. Die Analysen tragen damit zur zentralen Frage der NEXT-Studie nach den Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg bei.

Methode

Obwohl das MBI (Maslachs Burnout Inventory) das am häufigsten benutzte Instrument zur Messung von persönlichem Burnout ist, wurde in dieser Untersuchung die fünfstufige Skala des Copenhagen Burnout Inventory (CBI) verwendet. Die Skala besteht aus sechs Fragen, wie beispielsweise: *Wie häufig fühlen Sie sich müde?*, *Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?* oder *Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?*

Das CBI besteht ursprünglich aus drei Teilen, im Einzelnen: Persönlicher Burnout, Arbeitsburnout, Kunden-Burnout. Nach Kristensen und Borritz (2001) ist persönlicher Burnout ein Zustand andauernder physischer und psychischer Erschöpfung. In einem repräsentativen Sample der erwachsenen dänischen Gesamtbevölkerung lag Cronbach's Alpha für die Skala bei 0,80 (Kristensen & Borritz 2001).

Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mit SPSS 10.0 durchgeführt. Vergleiche der Mittelwerte wurden mit univariaten Varianzanalysen, Vergleiche der Häufigkeiten durch Chi²-Tests bestimmt. Aufgrund des großen Samples wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha < 0,01$ festgelegt.

Tab. 5.1 Teilnehmer nach Land und die CBI Burnout Skala (persönliches Burnout)

Land	Abk.	n _{Gesamt}	n _{burnout}
Belgien	BE	4.257	4.195
Deutschland	D	3.565	3.520
Finnland	FIN	3.970	3.926
Frankreich	FR	5.376	5.330
Großbritannien	GB	2.578	2.537
Italien	IT	5.645	5.351
Norwegen	N	2.733	2.659
Niederlande	NL	4.019	3.985
Polen	PL	3.263	3.108
Slowakei	SLK	3.396	3.187
<i>Gesamt</i>		38.802	37.798

Ergebnisse

Abb. 5.1 zeigt die Mittelwerte für persönlichen Burnout nach Ländern. Die Ergebnisse für Polen sind vorläufig, da die Datenerhebung in diesen Ländern noch nicht abgeschlossen ist.

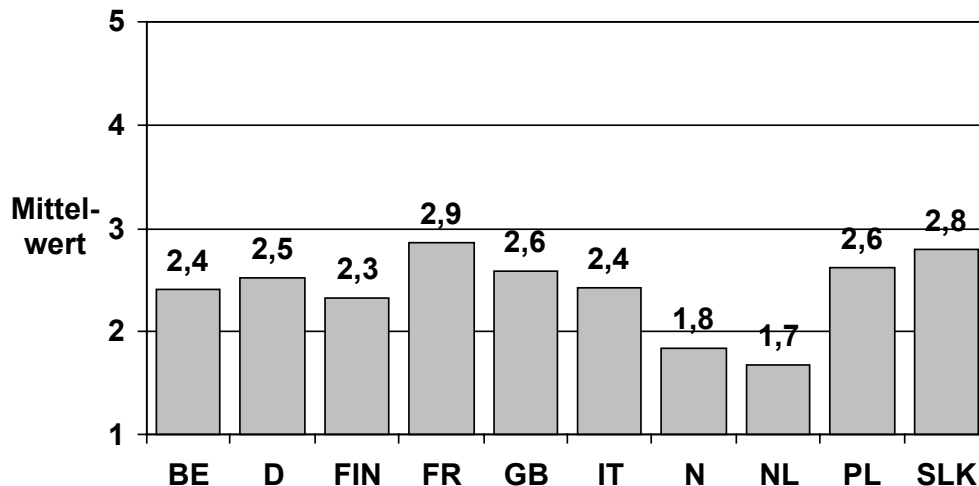


Abb. 5.1 Mittelwerte für persönliches Burnout nach Ländern

Mit Ausnahme der Niederlande und Norwegen bewegten sich alle Mittelwerte knapp über oder unter dem Mittelpunkt der Skala für Burnout. Dies bedeutet im Mittel, dass Pflegekräfte sich „ein bis zwei Mal in der Woche“ körperlich und geistig erschöpft fühlen. In Frankreich und der Slowakei erreichten die Pflegekräfte höhere Werte. In den Niederlanden fühlten sie sich hingegen im Mittel nur ein oder zwei Mal pro Monat erschöpft.

In Krankenhäusern und Pflegeheimen (Abb. 5.2) trat persönliches Burnout häufiger auf als bei ambulanten Pflegediensten ($p < 0,0001$). Die Ergebnisse zeigen, dass die Werte für Erschöpfung in stationären Einrichtungen höher sind. Es ist bemerkenswert, dass, wie in Abbildung 5.3 zu sehen ist, Frauen in allen Ländern höhere Werte auf der Erschöpfungsskala erreichten als Männer ($p < 0,0001$).

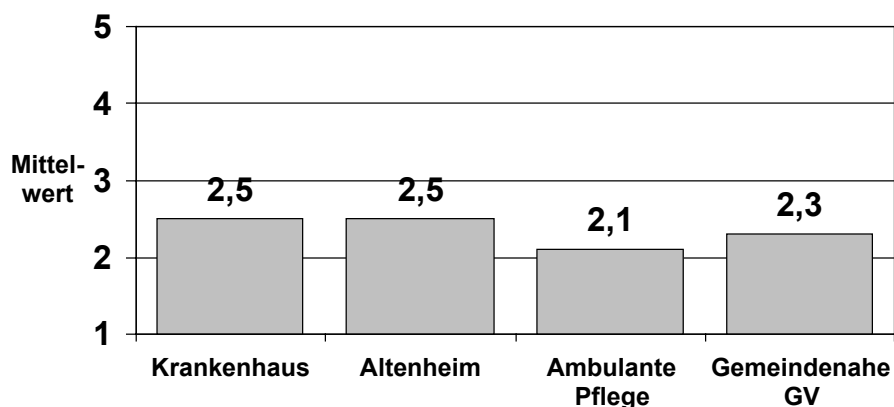


Abb. 5.2 Mittelwerte für persönliches Burnout nach Einrichtungstyp

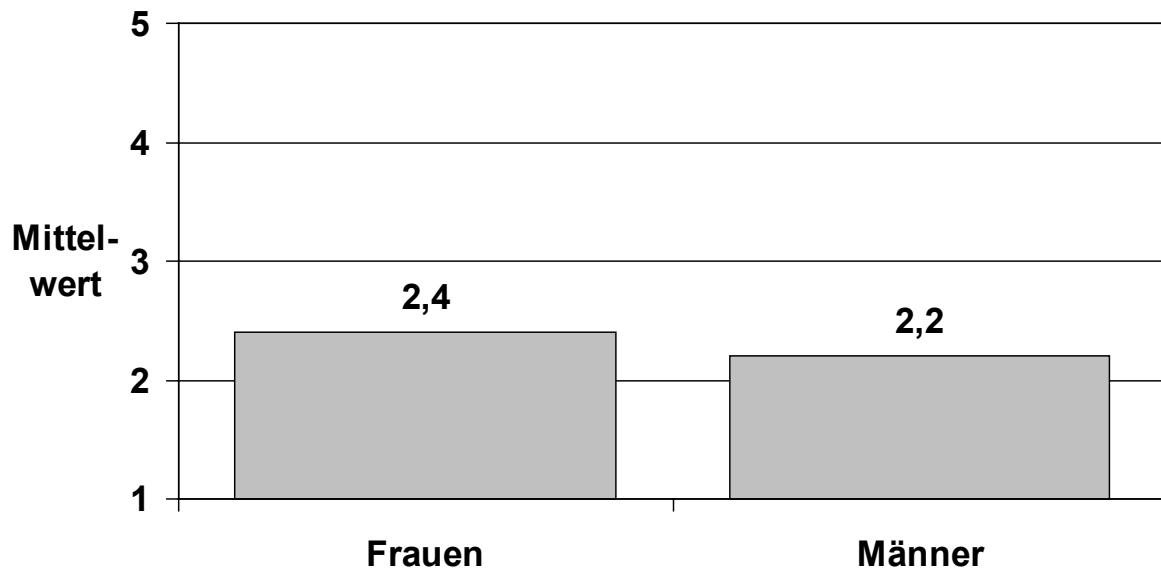


Abb. 5.3 Mittelwerte für persönlichen Burnout nach Geschlecht

Abb. 5.4 zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen und dem persönlichen Burnout.

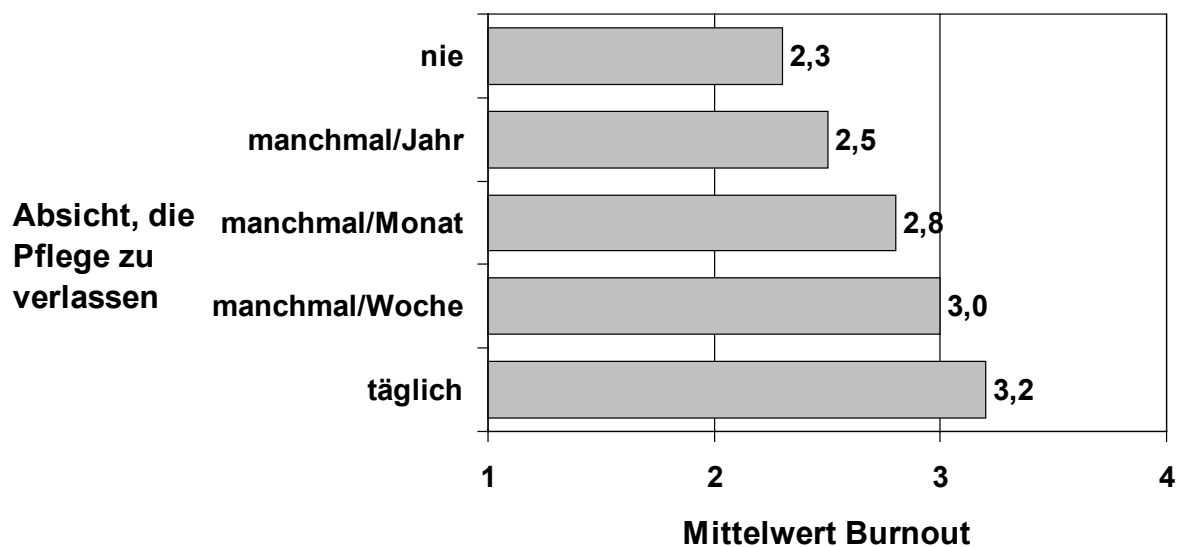


Abb. 5.4 Mittelwerte für persönliches Burnout und die Absicht, den Beruf zu verlassen

Es bestanden keine relevanten Unterschiede bezüglich des Dienstalters und Burnout, allerdings gab es hierbei einige nationale Unterschiede. Der Anteil der Pflegekräfte mit höchsten Burnout-Werten war besonders hoch bei Pflegekräften, die über Probleme mit ihren Arbeitsinhalten berichteten. Dies insbesondere dann, wenn Pflegende zu wenig Möglichkeiten für die Durchführung einer angemessenen Pflege sahen (Tabelle 2). Alle unten aufgelisteten Punkte scheinen hierbei eine signifikante Rolle zu spielen ($p < 0,0001$).

Tab. 5.2 Anteil der Beschäftigten mit hohem Burnout unter den Pflegekräften, die über bestimmte Probleme mit Arbeitsinhalten berichteten

	n Antwort	n Pflegende die von Problemen berichten	% der Pflegenden mit vorgeannten Problemen und hohen Burnout-Werten
Nicht genug Zeit, um mit den Patienten zu reden	32.693	3.362	36,8
Angst davor, Fehler zu machen	32.850	2.750	37,8
Fehlende Zeit, Aufgaben zu erledigen	32.735	3.980	35,6
Bekommen relevante Informationen zu spät	32.619	1.334	42,1
Bekommen widersprüchliche Arbeitsanweisungen	32.647	1.040	45,4
Unkenntnis darüber, was Patienten oder Angehörigen mitgeteilt werden darf	29.830	2.355	36,6
Unsicherheit bei der Bedienung von Geräten	29.306	1.239	41,5
Keine Möglichkeiten	32.789	766	37,5
Wenig Bereitschaft von Kollegen, auszu- helfen	30.165	844	37,9
Unzufrieden mit psychologischer Unterstützung	32.202	2.152	41,5
Unzufrieden mit den Möglichkeiten, Patienten die benötigte Pflege zu geben	31.966	1.074	46,8

Diskussion

Die Werte für Burnout sind in allen Ländern hoch, mit Ausnahme der Niederlande. Letzteres ist nicht überraschend, wenn man die durchschnittliche Arbeitszeit (durchschnittlich 25 Wochenarbeitsstunden im Vergleich zu 38 bzw. 39 in der Slowakei und in Polen) oder weitere Stressfaktoren am Arbeitsplatz betrachtet (siehe andere Beiträge in diesem Buch). Obwohl die Arbeitsbelastung in ambulanten Pflegeeinrichtungen nicht geringer ist als in Krankenhäusern und in Pflegeheimen, sind die Werte für Erschöpfung in ambulanten Pflegeeinrichtungen niedriger. Möglicherweise ist der hohe Grad an Unabhängigkeit in der ambulanten Pflege hier von Bedeutung. Ebenfalls überrascht nicht, dass Frauen höhere Werte für Burnout aufweisen als Männer. Hohe Motivation (der moralische Anspruch der Arbeit) und eine Tendenz zum Overcommitment fördern die Entstehung von Burnout und treten bei Frauen eher auf als bei Männern.

Je höher die Werte für Burnout, desto häufiger entsteht auch der Gedanke daran, den Beruf zu verlassen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Burnout-Problem nicht in den Menschen entsteht, sondern durch das soziale Arbeitsumfeld. Die psychosozialen Faktoren, die die Höhe des persönlichen Burnout bei Pflegenden beeinflussen, sollten noch weitergehend untersucht werden.

In der Vergangenheit wurde Burnout vor allem aus der Perspektive der „ausgebrannten“ Arbeitnehmer untersucht. Dabei sollten hierbei auch die sozialen Folgen des Burnout, einschließlich der möglichen negativen Auswirkungen auf die Pflegequalität in Zukunft berücksichtigt werden (Maslach & Leiter 2000; Sęk 2000).

Literatur

Estryn-Béhar, M.; Kaminski, M.; Peigne, E.; Bonnet, N.; Vaichere, E.; Gozlan, C.; Azoulay, S.; Giorgi, M.: Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine* 47 (1990), 20-28

Hasselhorn, H.M.; Seidler, E.: Terminal care in Sweden. New aspects of the professional care of dying. In: Hagberg, M.; Hofmann, F.; Stössel, U.; Westlander, G.: *Occupational Health for Health Care Workers*. Landsberg: Ecomed 1993, 394-397

Kempe, P.; Sauter, M.; Lindner, I.: Special characteristics of nurses for the aged who made use of a training program aimed to reduce burnout symptoms and first results on treatment outcome. In: Estryn-Béhar, M.; Gadbois, C.; Pottier, M.: *Ergonomie hospitalière – hospital ergonomics* ed. Octarès. Toulouse 1992, 331-337

Kristensen, T.S.; Borritz, M.: Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout. National Institute of Occupational Health, Copenhagen, Denmark 2001

Maslach, C.: Burnout: a Multidimensional Perspective. In: Schaufeli, W.B.; Maslach, C.; Marek, T. (Eds.): *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington DC: Taylor & Francis 1993, 19-32

Maslach, C.; Leiter, M.P.: *Burnout: oorzaken, gevolgen en remedies*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact 2000

Rodary, C.; Gauvain-Piquard, A.: Le stress et épuisement professionnel. *Objectif Soins* 16 (1993), 26-34.

Sęk, H. (Eds.): *Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: PWN 2000

6. Die Bedeutung der Arbeit für das Pflegepersonal in Europa

Janusz Pokorski, Esther van der Schoot, Gustav Wickström, Joanna Pokorska, Hans-Martin Hasselhorn und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Die Geschichte ist mit Ärzten freundlicher umgegangen als mit Pflegekräften. Obwohl der erste in der Geschichte bekannte Arzt, Imhotep, fast 3000 Jahre vor Christus gelebt hat, treten die ersten Pflegenden erst mit der Christianisierung und ihren Vorstellungen von Barmherzigkeit und Nächstenliebe auf. Diakonissen, Unverheiratete und Witwen hatten zu dieser Zeit eine tragende Rolle in der Pflege und einige von ihnen wurden heilig gesprochen. Männliche und weibliche Krankenhaus-/ Pflegeorden sowie militärische Pflegeorden entstanden im Rahmen der Kreuzzüge. Diese Errungenschaften verschwanden während des Zeitalters der Renaissance, das man auch als das „dunkle Zeitalter der Pflege“ bezeichnen könnte. Tief greifende Veränderungen brachte erst das späte neunzehnte Jahrhundert. Vor allem durch den weit reichenden Einfluss von Florence Nightingale entwickelte sich die Pflege zu einem eigenen Berufsbild.

Heutzutage ist die medizinische Versorgung ohne den Pflegeberuf nicht mehr vorstellbar. Der technische Fortschritt in der Intensivmedizin hat gezeigt, dass es notwendig ist, Pflegenden mehr Entscheidungskompetenzen zuzugestehen (Miranda et al., 1998). Pflegenden leisten den größten Teil der Langzeitversorgung. Sie nehmen viele „inoffizielle“ Aufgaben wahr, sie sind Informationsquelle, Ratgeber und Vermittler zwischen Ärzten und Patienten. Trotz ihrer vielfältigen Aufgaben arbeiten Pflegenden aber immer noch im Schatten der Mediziner.

Die *Bedeutung der Arbeit* wird als neutraler Begriff verstanden, der den Wert wichtiger Arbeitsinhalte wiedergibt. Es besteht eine offensichtliche – wenn auch indirekte – Beziehung zwischen der *Bedeutung der Arbeit* einerseits und der Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsmotivation andererseits (Van Dijk et al., 2002). Die Art und Weise, wie Pflegenden ihre Arbeit bewerten und einschätzen, scheint zudem für die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, von Bedeutung zu sein (Pool et al., 1992; Van der Schoot, 2001; Van Dijk et al., 2002). Insbesondere Arbeitsinhalt und Arbeitsorganisation scheinen bei der *Bedeutung der Arbeit* eine wichtige Rolle einzunehmen. Darüber hinaus existiert ein Zusammenhang zwischen *Bedeutung der Arbeit* und physischer und psychischer Gesundheit (Van Dijk et al., 2002).

Was hält Pflegenden in der Pflege? Nach Florence Nightingale lassen sich Pflegenden durch die tiefe Sorge um Patienten und Angehörige motivieren. Auch nach neueren Untersuchungen basiert die Aufgabenorientierung von Pflegekräften nach wie vor auf ihrer grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der Patienten (Cohen & Sarter, 1992; Borghans & De Steur, 1999; Van der Schoot, 2001).

In diesem Kapitel wird die *Bedeutung der Arbeit* aus der Sicht der Pflegenden untersucht.

Methode

Das Instrument COPSOQ

Die *Bedeutung der Arbeit* zählt als einer der psychosozialen Aspekte von Arbeit. In der NEXT-Studie wird sie durch folgende drei Fragen der COPSOQ-Skala erfasst (COPSOQ = Copenhagen Psychosocial Questionnaire): „Sind Ihre Arbeitsaufgaben sinnvoll?“, „Haben Sie das Gefühl, dass die Arbeit, die Sie leisten, wichtig ist?“ und „Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit motiviert und engagiert?“ (Kristensen, 2000).

Datenerhebung

Die Datenerhebung wird in den entsprechenden Kapiteln dieses Buches beschrieben.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mittels SPSS 10.0 und 11.0 durchgeführt. Die Unterschiede der Mittelwerte wurden mittels univariater Varianzanalysen und t-Tests, die Unterschiede der Prävalenzen durch Chi²-Tests berechnet. Aufgrund des großen Samples lag das Signifikanzniveau bei $\alpha < 0,01$.

Tab. 6.1 Überblick über die Teilnehmer nach Land und der Skala *Bedeutung der Arbeit*

Land	Abk.	n Gesamt	n Bedeutung der Arbeit
Belgien	BE	4.257	4.136
Deutschland	D	3.565	3.526
Finnland	FIN	3.970	3.929
Frankreich	FR	5.376	5.345
Großbritannien	GB	2.578	2.548
Italien	IT	5.645	5.397
Niederlande	N	2.733	2.676
Norwegen	NL	4.019	3.960
Polen	PL	3.263	3.106
Slowakei	SLK	3.396	3.249
<i>Gesamt</i>		<i>38.802</i>	<i>37.872</i>

Ergebnisse

Abbildung 6.1 zeigt die Mittelwerte für die Skala *Bedeutung der Arbeit* nach Ländern. Die Ergebnisse für Polen sind vorläufige Werte.

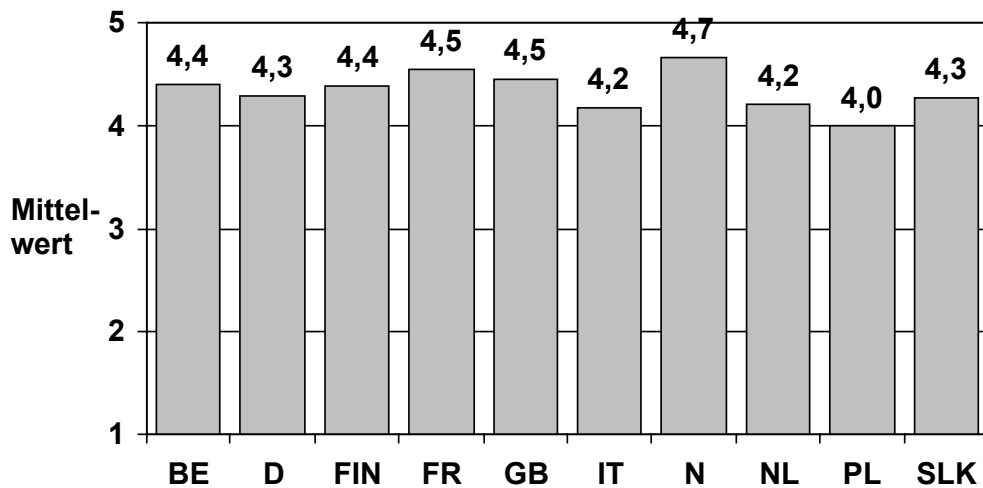


Abb. 6.1 Mittelwerte für die *Bedeutung der Arbeit* nach Ländern. Möglicher Bereich 1 (geringe Bedeutung) bis 5 (sehr hohe Bedeutung)

Die Mittelwerte der Länder unterscheiden sich signifikant ($p < 0,01$) außer zwischen Belgien und Finnland, Belgien und Großbritannien, Italien und den Niederlanden und Deutschland und der Slowakei.

In Bezug auf *Bedeutung der Arbeit* finden sich bei verschiedenen medizinischen Berufen oft eher hohe Werte. Bemerkenswert sind hier die vergleichsweise geringen Werte in den Niederlanden, Polen und Italien. Das niederländische Ergebnis ist überraschend, da – nach unseren Ergebnissen – dort viele Aspekte pflegerischer Arbeitsbedingungen besser zu sein scheinen als in den meisten anderen Teilnehmerländern.

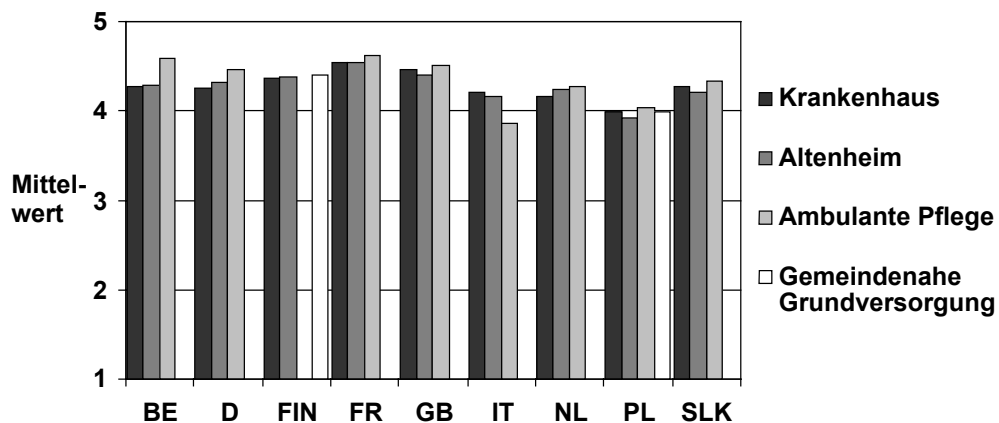


Abb. 6.2 Mittelwerte für *Bedeutung der Arbeit* nach Land und Einrichtungstyp

In der Gesamtgruppe wurde die *Bedeutung der Arbeit* in der ambulanten Pflege höher eingeschätzt als in Krankenhäusern oder Pflegeheimen ($p < 0,001$). Dies variierte allerdings stark zwischen den beteiligten Ländern (Abb. 6.2).

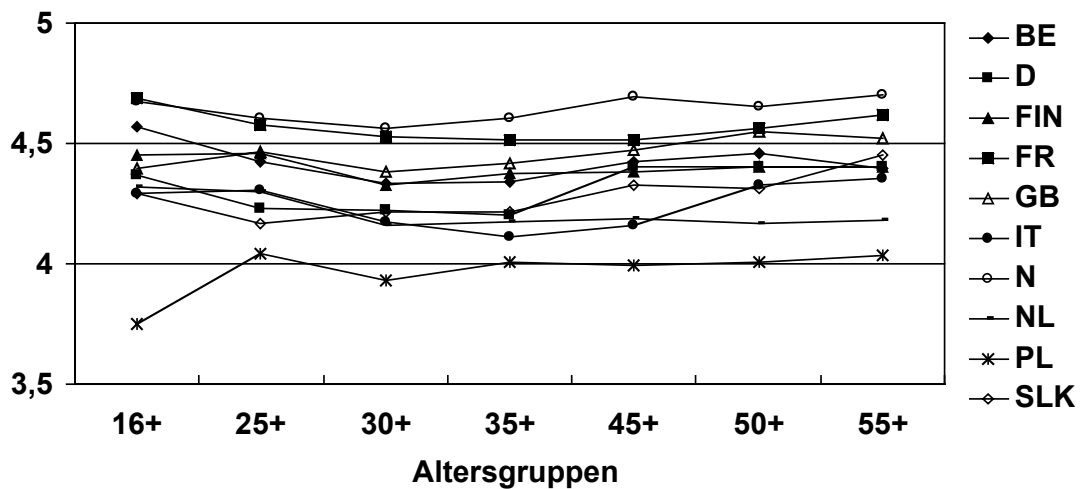


Abb. 6.3 Mittelwerte für *Bedeutung der Arbeit* nach Land und Alter. Möglicher Bereich 1 (geringe Bedeutung) bis 5 (sehr hohe Bedeutung)

Abb. 6.3 zeigt einen U-förmigen Zusammenhang zwischen der *Bedeutung der Arbeit* und dem Alter für die meisten der beteiligten Länder: Jüngere und ältere Menschen bewerten die *Bedeutung der Arbeit* höher. Diese Tendenz ist in Italien und Frankreich besonders deutlich ausgeprägt.

Frauen hatten in der Regel signifikant höhere Werte für *Bedeutung der Arbeit* als die Männer. Insgesamt sehen Frauen den Pflegeberuf eher als Männer als eine „Berufung“ an. Dies spiegelt sich auch in dem geringen Männeranteil in diesem Beruf wider. In Italien, wo 26% aller Teilnehmer Männer sind, fanden sich allerdings keine Unterschiede.

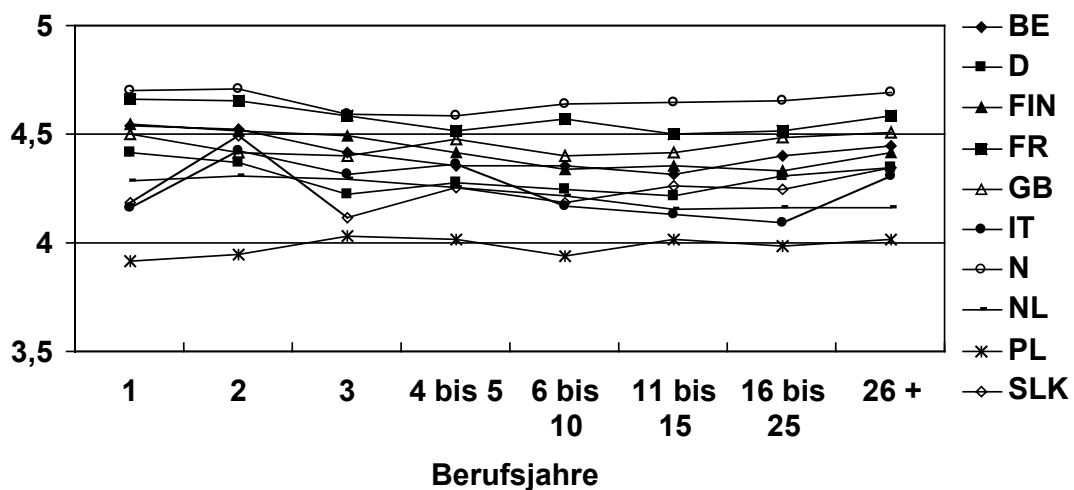


Abb. 6.4 Mittelwerte für *Bedeutung der Arbeit* nach Berufsjahren. Möglicher Bereich 1 (geringe Bedeutung) bis 5 (sehr hohe Bedeutung)

Mit Ausnahme von Polen, der Slowakei, Italien und den Niederlanden nimmt die *Bedeutung der Arbeit* bereits nach einem Jahr der Beschäftigung kontinuierlich ab (Abb. 6.4).

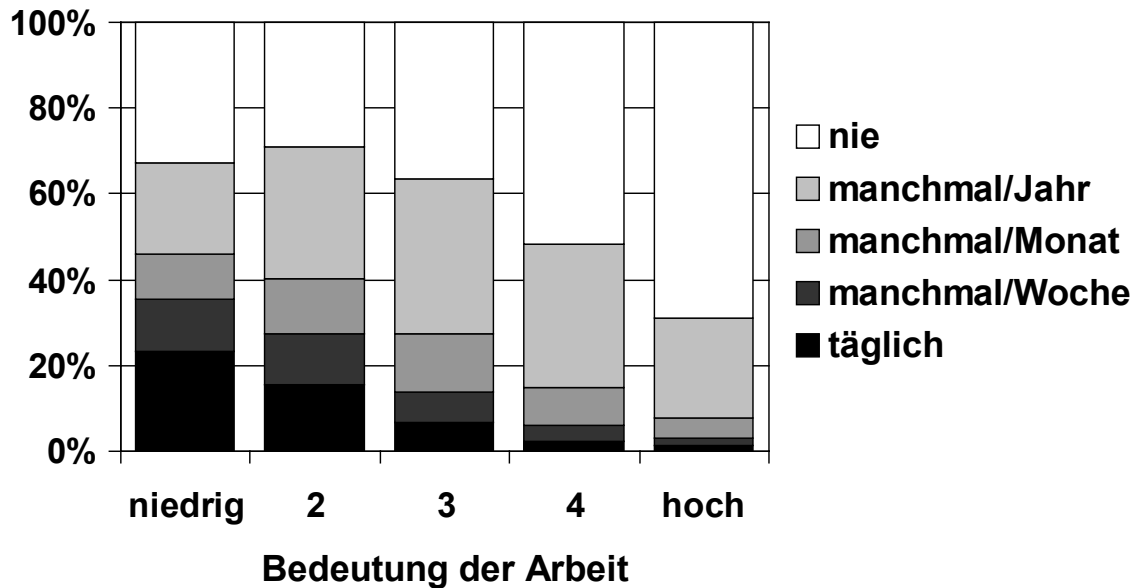


Abb. 6.5 Absicht, den Beruf zu verlassen und die *Bedeutung der Arbeit*

Der Zusammenhang zwischen dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen und der *Bedeutung der Arbeit* ist deutlich zu erkennen (Abb. 6.5). Dies zeigt sich in allen Teilnehmerländern (nicht dargestellt).

Diskussion

Insgesamt finden sich in der gesamten Stichprobe hohe Werte für die *Bedeutung der Arbeit*. Hier zeigt sich das übliche Bild im Vergleich mit anderen Berufen. Medizinische Berufe werden in der Regel von hoch motivierten Menschen gewählt. Die geringen Werte in Polen decken sich mit den Freitext-Anmerkungen der Antwortenden. Hier zeigt sich Verbitterung über die Diskrepanz zwischen ihrer Hingabe gegenüber dem Beruf einerseits und der geringen Anerkennung durch die Administration, das Management und der Ärzteschaft andererseits. Auch die geringen Gehälter werden in diesem Zusammenhang genannt. Im Gegensatz dazu wurden unerwartet geringe Werte im niederländischen Datensatz gefunden, obwohl dort die Arbeitsbedingungen deutlich besser als in anderen Ländern zu sein scheinen.

Bei der Analyse der Zahlen für die einzelnen Einrichtungstypen zeigen sich für Einrichtungen der ambulanten Pflege charakteristisch hohe Werte. Für den größeren Teil der Länder liegen diese Werte signifikant über denen des Pflegepersonals in den Krankenhäusern und Pflegeheimen. Der Grund hierfür könnte in der Zufriedenheit über selbstständig geleistete Arbeit ohne ständiges Hinterfragen durch Ärzte und Vorgesetzte liegen.

Eine Erklärung darüber, warum jüngeres und älteres Pflegepersonal der *Bedeutung der Arbeit* höhere Werte zuschreibt, ist schwer zu geben. In ehemals sozialistischen Staaten könnte eine mögliche Erklärung darin liegen, dass Pflegenden mittleren Alters durch Kindererziehung und andere häusliche Verpflichtungen stärker unter der Diskrepanz zwischen der schlechten Wirtschaftslage und den hohen beruflichen und außerberuflichen Anforderungen leiden. Ein anderer Faktor könnte sein, dass älteres

Pflegepersonal von früher ein höheres Ansehen des Pflegeberufes gewöhnt ist und die Jüngeren noch Hoffnung für die Zukunft haben. Das Pflegepersonal mittleren Alters in ehemaligen sozialistischen Staaten ist hingegen eine „verlorene Generation“. Sie haben große Schwierigkeiten, sich an die neuen Wettbewerbsbedingungen anzupassen und nur geringe Möglichkeiten, mit den Jüngeren Schritt zu halten.

Insgesamt sehen Krankenpfleger ihre Arbeit weniger bedeutungsvoll an als Krankenschwestern. Eine mögliche Erklärung wäre, dass in der öffentlichen Meinung die Krankenpflege als Frauenberuf angesehen wird und dass Krankenschwestern ihre Arbeit zu einem größeren Anteil als Berufung ansehen. In Italien bestätigt sich dieses Bild nicht. Hier sind die Einschätzungen der Bedeutung der Pflege von Männern und Frauen gleich. Möglicherweise spielt hier der relativ große Anteil von Männern (26%) eine Rolle.

Die Beziehung zwischen der Bedeutung der Arbeit und dem Dienstalter lässt sich nicht einfach interpretieren. Der Rückgang nach dem ersten Jahr der Beschäftigung kann möglicherweise dem Konflikt zwischen idealistischen Erwartungen und der Realität zugeschrieben werden.

Die Beziehung zwischen der wahrgenommenen *Bedeutung der Arbeit* und dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, ist in der gesamten untersuchten Population und in den einzelnen teilnehmenden Ländern eindeutig zu erkennen. Als solches scheint die *Bedeutung der Arbeit* ein wichtiger Faktor für künftige Interventionsprogramme zu sein.

Literatur

Borghans, L.; De Steur, M.: Kiezen voor de zorg: Een conceptueel kader. Den Haag: OSA 1999

Cohen, M.Z.; Sarter, B.: Love and Work: Oncology Nurses' View of the Meaning of Their Work. *Oncology Nursing Forum* 10 (1992), 1481-86.

Kristensen, T.S.: A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Copenhagen: National Institute of Occupational Health 2000

Pool, J.; Meeuwse, E.A.M.; Michels K.J.A.M.; van der Windt, W.: Beheersing van personeelsverloop in de intramurale gezondheidszorg. Den Haag: OSA 1992

Reis, M.D.; Ryan, D.W.; Schaufeli, W.B.; Fidler, V. (Eds.): Organisation and Management of Intensive Care. Springer: Heidelberg 1998

Van Dijk, J.K.; Messchendorp, H.J.; Koopman, M.I.; Steenbeek, R.; Van Til, C.T.: Personeel in beeld: De arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen. Utrecht: Prismant 2002

Van der Schoot, E.: De invloed van het curriculum op de brede inzetbaarheid van afgestudeerden in de verzorging en verpleging. Doctoral thesis, Universiteit Twente, Enschede 2001

7. Affektivität als individueller Einflussfaktor für die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Piotr Radkiewicz, Maria Widerszal-Bazyl, Halszka Ogińska, Donatella Camerino und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Persönlichkeitsmerkmale sind wichtige Einflussfaktoren hinsichtlich der Reaktion auf arbeitsbedingten Stress. Sie können das Erleben negativer Emotionen ebenso beeinflussen wie auch Gesundheit. Daher erscheint es gerechtfertigt, eine Variable für persönliche Eigenschaften als Teil „individueller Ressourcen“ in ein Modell zur Absicht Pflegender, den Pflegeberuf zu verlassen, einfließen zu lassen.

Zur Messung der positiven und negativen Affektivität wurde die PANAS-Skala zur Charakterisierung der Persönlichkeit ausgewählt. Dieses Konzept wird von den Autoren (Watson et al., 1988) wie folgt beschrieben: *„... positive Affektivität spiegelt das Ausmaß wider, zu welchem eine Person sich enthusiastisch, aktiv und aufmerksam fühlt. Hohe positive Affektivität (PA) ist ein Zustand hoher Energie, voller Konzentration und angenehmen Engagements. Niedrige PA hingegen ist durch Traurigkeit und Lethargie charakterisiert. Negative Affektivität (NA) ist eine allgemeine Dimension subjektiven Distresses, bestehend aus unterschiedlichen aversiven Stimmungszuständen (z. B. Verärgerung, Geringschätzung, Ekel, Schuld, Angst, Nervosität). Niedrige NA ist hingegen ein Zustand von Ruhe und Gelassenheit. Obwohl beide Faktoren affektive Zustände („state“) darstellen, hat sich gezeigt, dass sie auch mit individuellen Eigenschaften („trait“), nämlich positiver und negativer Emotionalität in Verbindung stehen, insbesondere mit der Veranlagung, spezifische Emotionen wahrzunehmen“*. Es wird davon ausgegangen, dass sich die beiden Dimensionen PA und NA in hohem Maße unterscheiden und voneinander unabhängig sind, obwohl ihr negativer Zusammenhang offensichtlich ist.

Was sind mögliche Zusammenhänge von PA und NA einerseits und Arbeitsbelastung, Gesundheit und die Absicht, den Beruf zu verlassen, andererseits? Nach der genannten Definition wird negative Affektivität mit Anspannung und Unwohlsein in Verbindung gebracht. Menschen, die ein hohes Maß an negativer Affektivität aufweisen, haben möglicherweise in geringerem Maße ein zufrieden stellendes Familien- oder Arbeitsleben. Sie sprechen extrem auf Stressoren an und sind empfänglicher für Stresserleben durch die Arbeit – insbesondere, weil sie höhere Arbeitsbelastung wahrnehmen als Menschen mit niedriger NA (Spector et al., 2000). NA (ähnlich wie Neurotizismus) korreliert positiv mit der Anzahl von Gesundheitsbeschwerden. Zunehmende objektive Gesundheitsbeschwerden konnten bei Menschen mit hoher NA bisher nicht wissenschaftlich belegt werden (Pervin, 2000). Auf der anderen Seite weisen verschiedene Studien auf das Auftreten negativer Affektivität in Begleitung von erhöhtem Blutdruck (Mitsutage et al., 2002) und erhöhtem Cortisol-Spiegel hin (Buchanan et al., 1999). Diese Assoziationen müssen noch weiter untersucht werden. In Bezug auf psychische Gesundheit („mental health“) war die Ausprägung von Depression (Beck Depression Inventory) negativ mit PA und positiv mit NA assoziiert (Petrocelli et al., 2001). Schließlich soll hier erwähnt werden, dass positive Grundstimmungen und positive Affektivität bei Arbeitnehmern das „familiäre Verhalten in

Organisationen“ und den Willen, andere zu unterstützen, fördern (Williams & Shaw, 1999).

Vor dem Hintergrund, dass hier acht Datensätze von europäischem Pflegepersonal untersucht wurden, sollten die nachfolgenden Ausführungen betrachtet werden als: a) eine Untersuchung der Intensität von PA und NA in acht europäischen Ländern; b) eine Untersuchung möglicher Unterschiede zwischen diesen Ländern und c) ein vorläufiger (und eingeschränkter) Versuch, die Beziehung zwischen positiver und negativer Affektivität und dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, darzustellen.

Methode

Das Instrument PANAS

Die PANAS (Positive und Negative Affektivitätsskala – Positive and Negative Affect Schedule) ist ein weithin anerkanntes Messinstrument aus 20 Fragen, das erfasst mit welchem „emotionalen Stil“ eine Person Lebensereignisse und Weltgeschehnisse bewältigt. Das Instrument ist von Watson und Mitarbeitern entwickelt worden und ist ein valides und reliables Instrument mit zufrieden stellenden psychometrischen Eigenschaften. *Positive Affektivität* wird durch zehn Fragen operationalisiert, die den Grad der Aufmerksamkeit und Aktivität einer Person messen. Hohe Werte stehen für volle Konzentration, ein hohes Maß an Tatkraft und Engagement. *Negative Affektivität* wird durch zehn Fragen gemessen, die Distress und unbefriedigende Verpflichtungen abhandeln. Hohe Werte zeigen ein hohes Maß an aversiven Gefühlszuständen (Verärgerung, Ekel, Angst, Nervosität usw.). Für unterschiedliche Zeiträume werden die Untersuchungsteilnehmer gebeten, zu beurteilen, wie sie sich fühlen/gefühl haben: „jetzt, in diesem Moment“, „während der letzten Woche“ oder „im Allgemeinen“. In der vorliegenden Untersuchung wurde die letzte Möglichkeit gewählt, da diese Perspektive mehr über Affektivität als *Eigenschaft* („trait“) aussagt. Unabhängig vom Zeitrahmen zeigt positive Affektivität immer höhere Werte als negative Affektivität.

Datenerhebung

Die Datenerhebung wird in den entsprechenden Kapiteln dieser Veröffentlichung dargestellt.

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS 10.0. Allgemeine Unterschiede der Mittelwerte wurden mit univariaten Varianzanalysen ermittelt, post-hoc Analysen mit Scheffé-Test durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha < 0,01$ festgesetzt. Die psychometrischen Eigenschaften der Skalen sind im letzten Kapitel dieses Bandes dargestellt.

Tab. 7.1 Überblick über die Teilnehmer nach Land und der PANAS

Land	Abk.	n Gesamt	n positive Affektivität	n negative Affektivität
Belgien	BE	4.257	1.923	1.917
Deutschland	D	3.565	3.523	3.521
Finnland	FIN	3.970	3.946	3.945
Frankreich	IT	5.645	5.343	5.346
Großbritannien	N	2.733	2.514	2.507
Italien	NL	4.019	3.973	3.973
Niederlande	PL	3.263	2.972	2.973
Polen	SLK	3.396	3.166	3.178
<i>Gesamt</i>		<i>30.848</i>	<i>27.360</i>	<i>27.360</i>

Ergebnisse

Positive Affektivität

Die Mittelwerte der positiven Affektivität konnten in zwei Gruppen unterteilt werden: Höchste Werte wurden in Deutschland, Norwegen, den Niederlanden und Belgien (3,6) gemessen, während die niedrigsten in der Slowakei (3,3), Polen (3,3), Finnland (3,3) und Italien (3,1) gefunden wurden (Abb. 7.1).

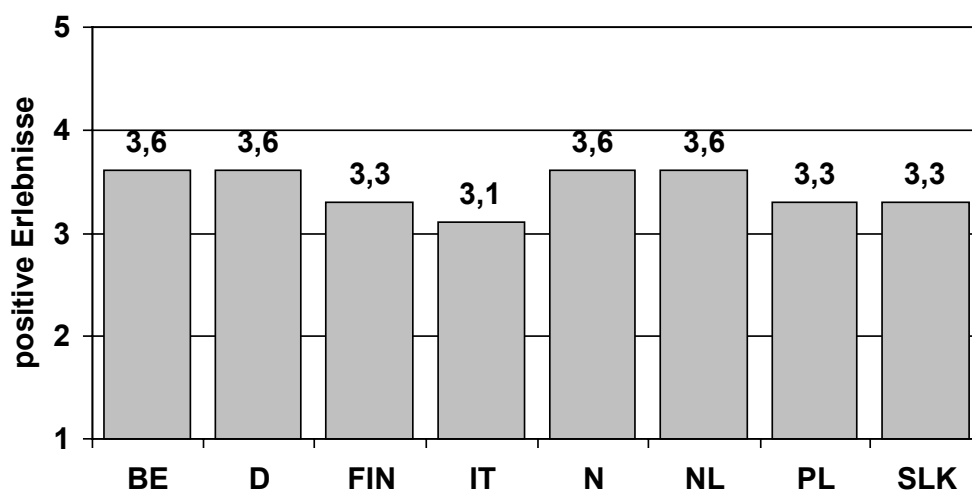


Abb. 7. 1 Mittelwerte der positiven Affektivitätsskala bei Pflegekräften nach Ländern. Möglicher Bereich von 1 bis 5 ($n_{\text{gesamt}}=27.360$)

Nicht-signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten ergaben sich zwischen der Slowakei und Polen sowie innerhalb der Gruppe Deutschland, Belgien, der Niederlande und Norwegen. In Deutschland hatten Frauen signifikant höhere Werte als Männer, während im Gegensatz dazu in Italien Männer signifikant höhere Werte als Frauen aufzeigten. In den meisten Ländern nahm der Mittelwert für positive Affektivität mit zunehmendem Alter ab. Der Zusammenhang war zwar nur schwach, ist aber dennoch bemerkenswert: Die jüngsten Antwortenden (unter 30 Jahre) hatten signifikant höhere Werte als Antwortende über 30, obwohl der größte Unterschied 0,2 auf einer Skala von 1 bis 5 nicht überstieg.

Negative Affektivität

Die Mittelwerte negativer Affektivität (Abb. 7.2) waren in Polen (2,2), Deutschland und der Slowakei (2,1) am höchsten. Die niedrigsten Mittelwerte wurden in den Niederlanden und Norwegen (1,5) beobachtet. Signifikante Unterschiede konnten zwischen Deutschland, Polen und der Slowakei auf der einen Seite und den übrigen Ländern auf der anderen Seite festgestellt werden. Nicht-signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten traten nur für drei Länderpaare auf: Finnland und Italien, den Niederlanden und Norwegen sowie Deutschland und der Slowakei. Es fanden sich keine eindeutigen Unterschiede bezüglich Geschlecht und Alter.

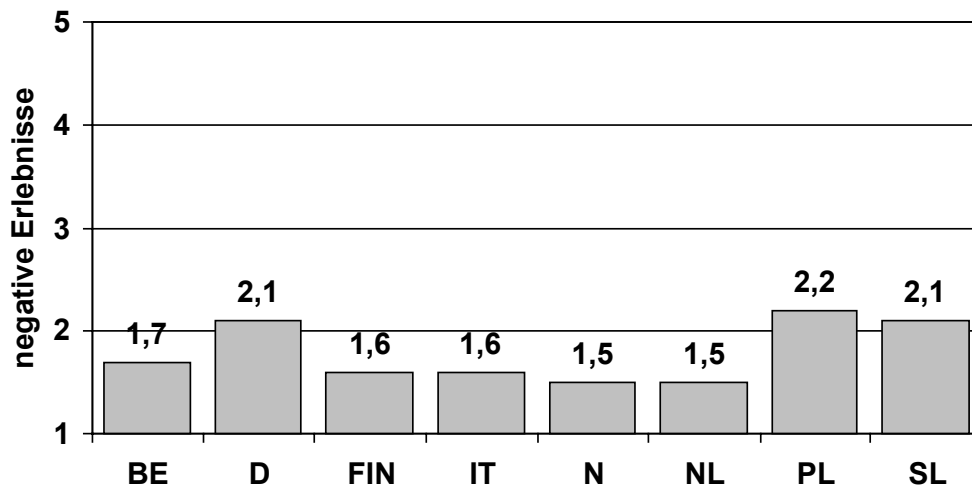
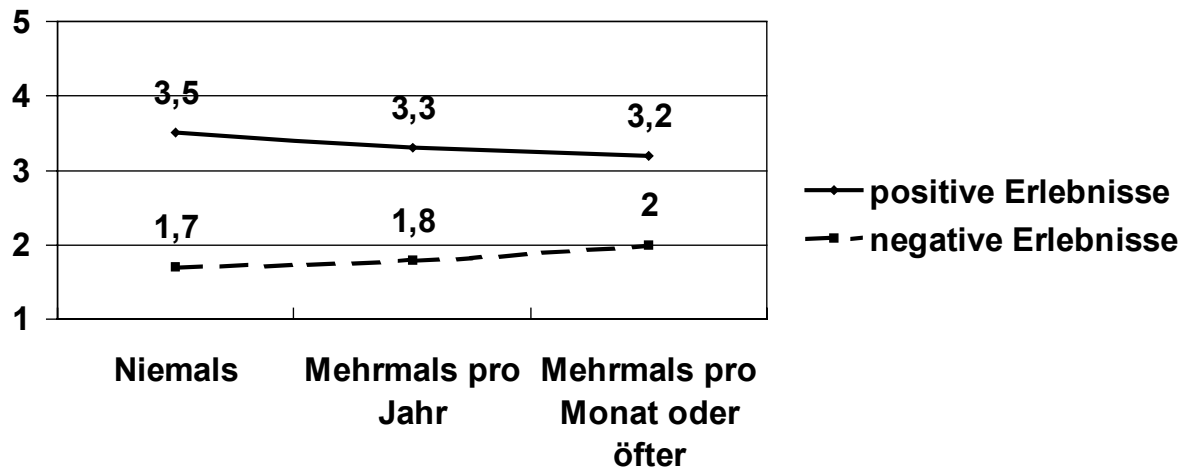


Abb. 7.2 Mittelwerte der negativen Affektivitätsskala bei Pflegekräften nach Ländern. Möglicher Bereich von 1 bis 5 ($n_{\text{gesamt}}=27.360$).

Positive und negative Affektivität und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Die PANAS-Skalen zeigten einen deutlichen Zusammenhang mit der *Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen* auf (Abb. 7.3). Mit steigender Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, gingen linear abnehmende positive und zunehmende negative Affektivität einher. Antwortende, die „niemals“ über das Verlassen des Pflegeberufes nachdachten, hatten höchste Werte positiver und niedrigste Werte negativer Affektivität. Abbildung 7.3 zeigt ebenso, dass Antwortende, die „mehrfach im Jahr“ den Wunsch hatten, den Pflegeberuf zu verlassen, mittlere Werte positiver und negativer Affektivität aufwiesen. Personen, die oft das Verlassen des Pflegeberufes erwogen, hatten die geringsten Werte für positive und die höchsten Werte für negative Affektivität. Für sowohl NA als auch PA waren die Mittelwertunterschiede in den drei Kategorien der Absicht, die Pflege zu verlassen, statistisch signifikant.



Absicht, die Pflege zu verlassen

Abb. 7. 3 Positive und negative Affektivität im Verhältnis zu Antworten auf die Frage *Wie oft haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?* ($n_{PA}=24.358$; $n_{NA}=24.559$)

Es muss betont werden, dass in *jeder* der drei Kategorien die Mittelwerte für PA bedeutend höher waren als für NA. Dies spiegelt die empirische Unabhängigkeit beider Dimensionen und die Unterschiede in ihren statistischen Verteilungsmustern wider. Während die Werte der PA eher symmetrisch im Sinne einer normalverteilten Kurve verteilt sind, sind die der NA eher linksverschoben und zeigen eine Schiefe als Folge der größeren Häufigkeit niedriger NA Werte in der gesamten Population.

Diskussion

Es konnte gezeigt werden, dass es signifikante Unterschiede bei der positiven und negativen Affektivität von Pflegekräften unterschiedlicher Länder gibt. Diese Unterschiede können auf verschiedenen Gründen beruhen.

- Erstens können sie die Folge unterschiedlicher Arbeitsbedingungen in der Pflege sein. Obwohl PA und NA als zeitlich stabile Persönlichkeitseigenschaften (Watson et al., 1988) konzeptualisiert sind, konnte aufgezeigt werden, dass NA auf lange Sicht durch arbeitsbedingte Stressoren beeinflusst werden kann (Spector et al., 2000). Das könnte darauf hindeuten, dass die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in Polen, der Slowakei und Deutschland (den Ländern mit der höchsten NA) besonders belastend sind und in den Niederlanden und Norwegen (niedrigste NA) am besten.
- Zweitens können Unterschiede kulturell beeinflusst sein. So wurde zum Beispiel herausgefunden, dass polnische Menschen einen grundsätzlich höheren Level negativer Emotionen haben als Briten (Czapiński 1994).
- Drittens können sich die Unterschiede auf verschiedene Ausdrucksweisen für Emotionen in den beteiligten Ländern zurückführen lassen. Die weitere Analyse wird die Möglichkeit bieten, solche Faktoren besser zu verstehen.

Die Ergebnisse, die in diesem Artikel beschrieben werden, zeigen, dass die ernste Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, mit geringer positiver und hoher negativer Affektivität in Verbindung steht. Es ist anzunehmen, dass die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, in gewissem Grad die Folge des psychischen Wohlbefindens und eine Form von Reaktion auf die Arbeitsbelastungen ist. PA und NA können als weitere psychologische Aspekte angesehen werden, die Einfluss auf die Entscheidung, den Pflegeberuf aufzugeben, haben. Dies entweder indirekt, indem sie psychisches (Un-)Wohlbefinden oder die Arbeitsbelastung widerspiegeln, oder auf direktem Weg.

Literatur

Buchanan, T.W.; al' Absi, M.; Lovallo, W.R.: Cortisol fluctuates with increases and decreases in negative affect. *Psychoneuroendocrinology* 24 (1999), 227-241

Czapiński, J.: *Psychologia szczescia*. Warsaw: Laboratorium Testów Psychologicznych PTP 1994

Mitsutage, G.; Cornelissen, G.; Otsuka, K.; Dawes, C.; Burch, J.; Rawson, M.J.; Siegelova, J.; Jancik, J.; Masek, M.; Pazdirek, J.; Halberg, F.: Relationship between positive and negative moods and blood pressure in a clinically healthy man. *Scripta Medica* 75 (2002), 315-320

Pervin, L.A.: *The Science of Personality*. Polish edition. Gdansk: GWP 2000

Petrocelli, J.V.; Glaser, B.A.; Calhoun, G.B.; Campbell, L.F.: Personality and Affect Characteristics of Outpatients With Depression. *Journal of Personality Assessment* 77 (2001), 162-175

Spector, P.E.; Zapf, D.; Chen, P.Y.; Frese, M.: Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behaviour* 21 (2000), 79-95

Watson, D.; Clark, L.A.; Tellegen, A.: Development and Validation of Brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 54 (1988), 1063-1070

Williams, S.; Shaw, W.T.: Mood and Organizational Citizenship Behavior: The Effects of Positive Affect on Employee Organizational Citizenship Behavior Intentions. *The Journal of Psychology* 133 (1999), 656-668

8. Arbeitsplatzunsicherheit im Pflegeberuf in Europa

Marjukka Laine und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Arbeitsplatzunsicherheit wird als ein psychologischer Stressauslöser am Arbeitsplatz angesehen. In verschiedenen Untersuchungen haben sich Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und zum Beispiel subjektiver Gesundheitseinschätzung und Wohlbefinden, Zufriedenheit mit der Arbeit, Bindung an die Organisation und dem Wunsch, die Arbeit/die Organisation zu verlassen gezeigt (Ferrie et al., 2002; Hellgren et al., 1998; Mauno, 1999; Rosenblatt & Ruivo, 1996). Die Untersuchungen zu Arbeitsplatzunsicherheit können in zwei grundsätzliche Kategorien eingeteilt werden: Selbstwahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit und durch die Forscher angenommene Arbeitsplatzunsicherheit (z. B. durch Stellenabbau oder Schließungen).

Im Allgemeinen ist Arbeitsplatzunsicherheit definiert als *„die Diskrepanz zwischen dem Grad an Sicherheit, den eine Person wahrnimmt und dem Grad, den er oder sie bevorzugt“* (Hartley et al., 1991). Bartley und Ferrie (2001) unterscheiden die Begriffe „Arbeitsplatzsicherheit“ (job security) und „Beschäftigungssicherheit“ (employment security). Ihnen zufolge bedeutet Arbeitsplatzsicherheit die Möglichkeit eine bestimmte Arbeit(sstelle) zu behalten, während Beschäftigungssicherheit für die Wahrscheinlichkeit steht, in einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu bleiben. Arbeitsplatzunsicherheit ist in höchstem Maße kontextabhängig und die Erfahrung von Arbeitsplatzunsicherheit kann letztendlich genauso entlassene wie nicht entlassene Arbeitnehmer betreffen. Entsteht Arbeitsplatzunsicherheit aus der Bedrohung einer bestimmten Arbeitsstelle heraus, kann sie zu dem Verlust der Beschäftigungssicherheit führen, wenn deutlich wird, dass Folgestellen schwer zu finden sind (Bartley & Ferrie, 2001).

Man kann sich der Arbeitsplatzunsicherheit durch eine allgemeine Definition oder durch einen multidimensionalen Blickwinkel annähern (Mauno, 1999). Im Allgemeinen bedeutet Arbeitsplatzunsicherheit eine Bedrohung durch einen Arbeitsplatzverlust oder der Arbeitsplatzstabilität. Aus einem multidimensionalen Blickwinkel bezieht sich Arbeitsplatzunsicherheit nicht nur auf den Grad der Unsicherheit eines Arbeitnehmers hinsichtlich der Dauerhaftigkeit seiner Arbeitsstellen sondern auch über die Stabilität bestimmter Bereiche der Arbeit oder wertvoller Beschäftigungsbedingungen. Dazu zählen beispielsweise die Möglichkeit der Beförderung oder eine Auszeit nehmen zu können. Hellgreen et al. (1998) benutzen darüber hinaus die Begriffe quantitative und qualitative Arbeitsplatzunsicherheit. Quantitative Arbeitsplatzunsicherheit bezieht sich auf die Auseinandersetzung mit dem zukünftigen Weiterbestehen der momentanen Arbeit, d. h., der bevorstehenden Bedrohung des Arbeitsplatzverlustes. Qualitative Arbeitsunsicherheit meint hingegen das Wahrnehmen des möglichen Verlustes von Qualität innerhalb des Beschäftigungsverhältnisses. Darunter werden verschiedene Aspekte zusammengefasst, wie z. B. die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, Degradierung, das Fehlen von Karrierechancen, ab-

nehmende Gehaltsentwicklung und Gedanken „ob man in Zukunft noch zur Firma passt“.

Die NEXT-Studie untersucht selbstwahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit und berücksichtigt dabei sowohl die Beschäftigungssicherheit als auch qualitative Arbeitsplatzunsicherheit.

Methode

Instrument

Zur Untersuchung der Arbeitsplatzunsicherheit wurden drei Fragen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) und zwei von der NEXT-Studiengruppe entwickelte Fragen mit dichotomen Antwortmöglichkeiten verwendet. Die Fragen lauteten:

„Befürchten Sie

a) arbeitslos zu werden?

b) arbeitsunfähig zu werden?

c) Schwierigkeiten zu haben, eine neue Stelle zu finden, falls Sie arbeitslos werden?

d) auf eine andere Stelle/einen anderen Arbeitsplatz versetzt zu werden, den Sie nicht möchten?

e) einen neuen Dienstplan zu erhalten, der für Sie ungeeignet ist?“

Die Fragen a) und c) dienen der Untersuchung von Beschäftigungssicherheit und die Fragen d) und e) der Ermittlung der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit.

Datensammlung

Datensammlung und Teilnahme sind im entsprechenden Kapitel dieses Buches beschrieben. Die Anzahl der Antwortenden lag bei 38.802: in Belgien (BE) 4.257, in Deutschland (D) 3.565, in Finnland (FIN) 3.970, in Frankreich (FR) 5.376, in Großbritannien (GB) 2.578, in Italien (IT) 5.645, in den Niederlanden (NL) 4.019, in Norwegen (N) 2.733, in Polen (POL) 3.263 (vorläufiges n), in der Slowakei (SLK) 3.396.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mittels SPSS 11.5 durchgeführt. Unterschiede der Prävalenzen wurden durch Chi²-Tests berechnet.

Ergebnisse

Erfahrungen mit Arbeitsplatzunsicherheit

Die Erfahrungen mit Arbeitsplatzunsicherheit unterschieden sich sehr zwischen den einzelnen Ländern. In Polen und der Slowakei machten sich Pfl egende die meisten Sorgen über ihre Arbeitsplatzsicherheit. Die Antwortenden anderer Ländern machten sich vor allem Sorgen um die qualitative Arbeitsplatzsicherheit und hatten weniger

Sorge, arbeitslos zu werden. Die Angst, arbeitslos zu werden und Schwierigkeiten, eine neue Stelle zu finden, waren bei Pflegepersonal in Polen und der Slowakei besonders stark ausgeprägt (annähernd 90% der polnischen und 80% der slowakischen Antwortenden äußerten sich entsprechend). Im Gegensatz dazu hatten Pflegende in den Niederlanden diesbezüglich die geringsten Befürchtungen (2% und 16%). Ebenso machten sich Pflegende in Norwegen wenig Sorgen darüber, Schwierigkeiten zu haben, eine neue Arbeitsstelle zu finden (Abb. 8.1). Polnische und slowakische Pflegekräfte waren auch besorgter über ihre qualitative Arbeitsplatzsicherheit als Pflegende anderer Länder (Abb. 8.2). Italienische Pflegekräfte hatten größere Befürchtungen darüber, innerhalb ihrer Einrichtung versetzt zu werden. Die Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich der Arbeitsplatzunsicherheit insgesamt waren signifikant ($p < 0,001$).

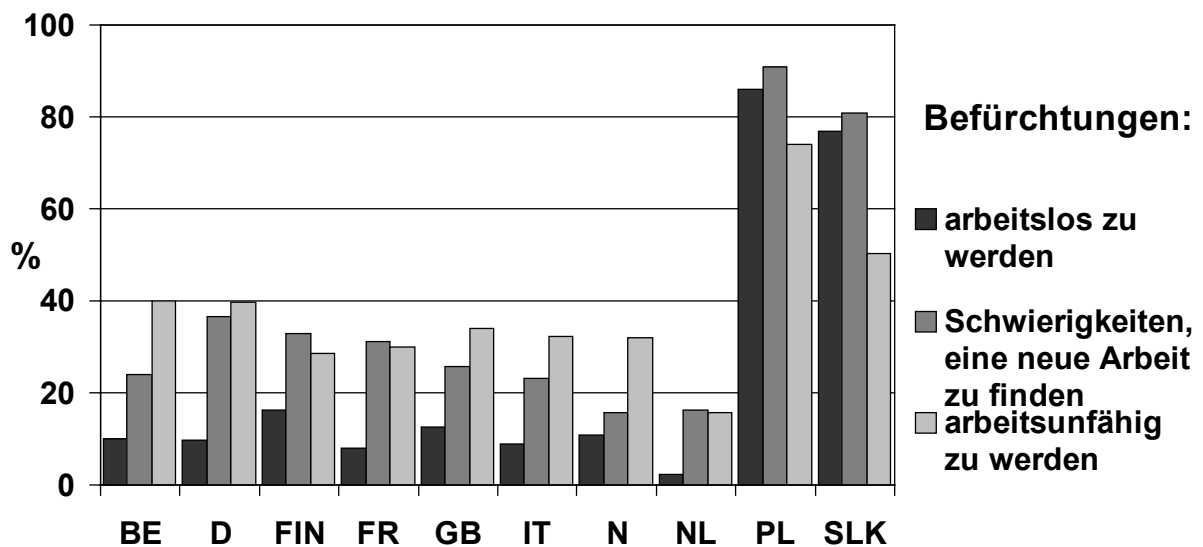


Abb. 8.1 Quantitative Arbeitsplatzunsicherheit zwischen Pflegepersonal in zehn europäischen Ländern

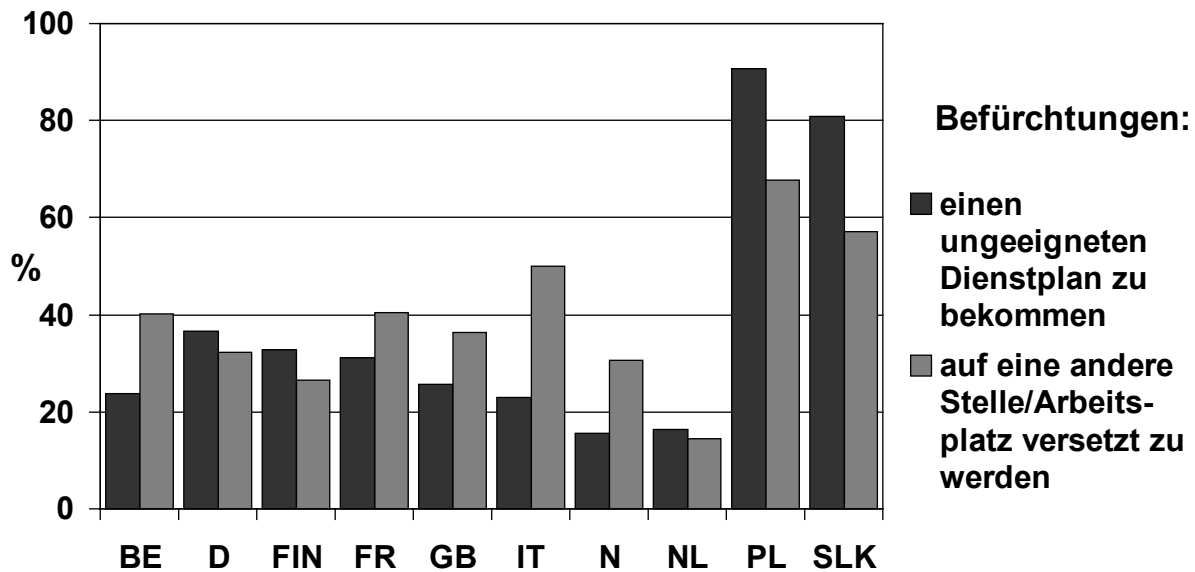


Abb. 8.2 Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit zwischen Pflegepersonal in zehn europäischen Ländern

Arbeitsplatzunsicherheit unterteilt nach Geschlecht, Alter und Arbeitsvertrag

Frauen in Deutschland und Norwegen hatten im Falle von Arbeitslosigkeit signifikant mehr Befürchtungen, eine neue Arbeitsstelle zu finden, als Männer ($p < 0,001$); in Finnland ($p < 0,05$), Frankreich ($p < 0,05$) und Italien ($p < 0,01$) bestanden Befürchtungen davor, arbeitsunfähig zu werden; in Italien ($p < 0,001$) und in Finnland ($p < 0,05$) davor, auf eine andere Stelle/einen anderen Arbeitsplatz versetzt zu werden und in Italien ($p < 0,001$) davor, einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten. Nur im Falle von Arbeitslosigkeit eine neue Stelle zu finden, machten sich mehr Männer als Frauen Sorgen. Das war in Italien der Fall ($p < 0,001$).

Hinsichtlich des Alters scheint es in einigen Ländern bei der Sorge bezüglich unterschiedlicher Aspekte der Arbeitsplatzunsicherheit einige generelle Trends zu geben. Die Befürchtung, arbeitslos zu werden, lässt in Finnland, Polen und der Slowakei und auch in geringerem Maße in Frankreich und Italien ($p < 0,01$) mit steigendem Alter nach (Abb. 8.3). Die Sorge darüber, im Falle von Arbeitslosigkeit eine neue Stelle zu finden, nimmt in Deutschland, Belgien, Frankreich, Großbritannien, Norwegen und den Niederlanden mit steigendem Alter zu, während sie in der Slowakei in der Altersgruppe 30-34 Jahre und in Polen in der Altersgruppe 40-44 Jahre abzunehmen beginnt. In der Altersgruppe älter als 55 Jahre finden sich die geringsten Werte ($p < 0,01$). In Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich und Italien machten sich sowohl die Jüngsten als auch die Ältesten weniger Sorgen darüber, einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten als die anderen Altersgruppen in ihren Ländern ($p < 0,001$ bis $< 0,05$), während die Sorge in Großbritannien mit dem Alter zunahm ($p < 0,001$). In den Niederlanden war Pflegepersonal unter 30 Jahren am wenigsten darüber besorgt ($p < 0,001$; Abb. 8.4).

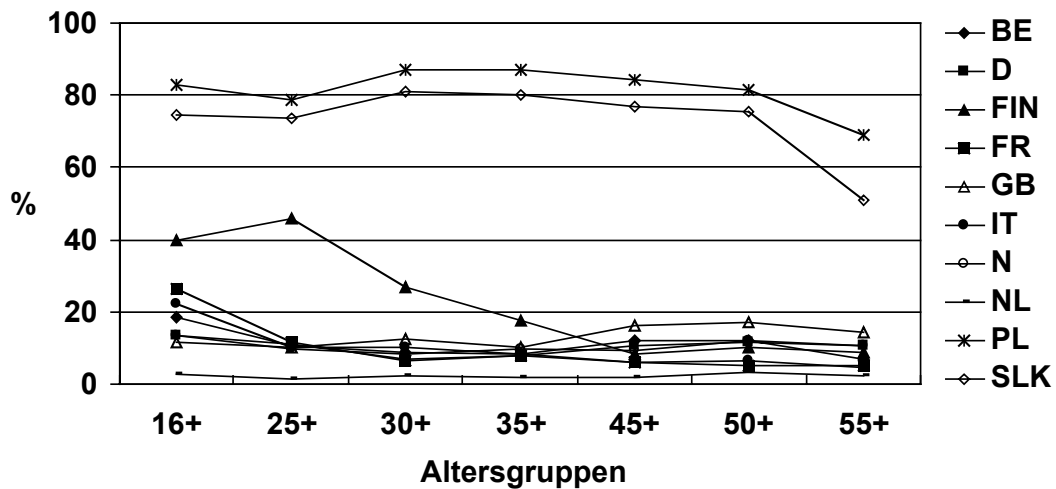


Abb. 8.3 Anteil der Pflegenden (%), die Angst vor Arbeitslosigkeit haben, nach Alter in verschiedenen Ländern

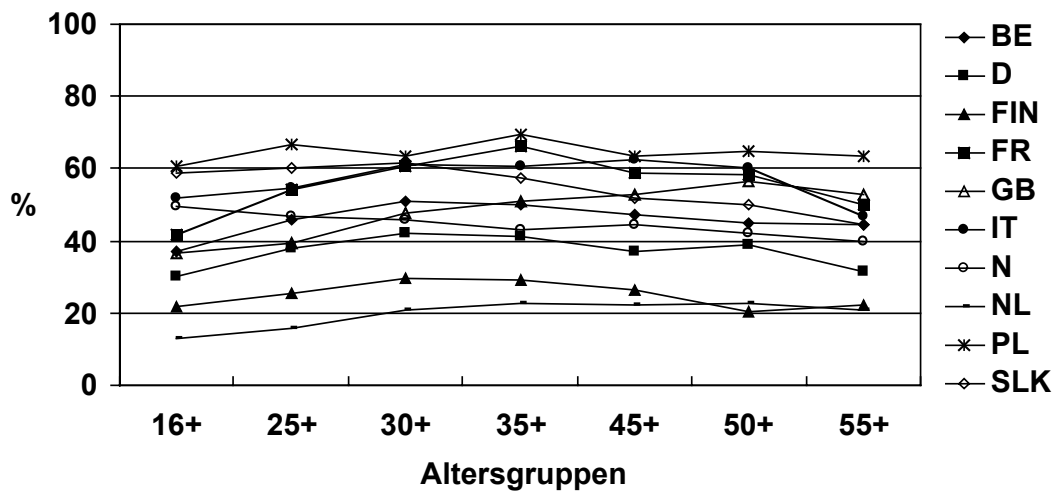


Abb. 8.4 Anteil der Pflegenden (%), die Angst vor einem ungeeigneten Dienstplan haben, nach Alter in verschiedenen Ländern

Der Anteil der Antwortenden, deren Arbeitsvertrag befristet war, lag in der Slowakei mit 31% und in Finnland mit 20% am höchsten, während sich der Anteil in den anderen Ländern zwischen 3% und 9% bewegte (keine Angaben aus Großbritannien und Norwegen). In allen Ländern mit Ausnahme von Polen und der Slowakei waren die Arbeitnehmer mit befristeten Verträgen signifikant stärker darüber besorgt, arbeitslos zu werden als fest angestellte Mitarbeiter. Arbeitnehmer mit befristeten Verträgen in Finnland, Frankreich und den Niederlanden waren darüber am meisten besorgt. Niederländische, deutsche, finnische und französische Pflegekräfte mit befristeten Verträgen hatten im Gegensatz zu ihren Kollegen in den anderen Ländern mehr Sorgen darüber, im Falle von Arbeitslosigkeit eine neue Stelle zu finden ($p < 0,05$). Dies gilt weiterhin für belgisches Pflegepersonal mit befristeten Verträgen für die Sorge, innerhalb der Organisation versetzt zu werden ($p < 0,01$) und für niederländisches Personal mit befristeten Verträgen, einen für sie ungeeigneten Dienstplan zu erhalten ($p < 0,01$). Im Gegensatz dazu ist in Belgien und Frankreich dauerhaft angestelltes

Personal mehr darüber besorgt, einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten, als Zeitarbeiter ($p < 0,01$); dies war in Italien für die Sorge auf eine andere Stelle versetzt zu werden ebenso der Fall ($p < 0,05$).

Arbeitsunsicherheit und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Die Erfahrungen von Arbeitsplatzunsicherheit und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen stehen in deutlichem Zusammenhang. Insbesondere diejenigen, die befürchteten einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten, dachten häufiger daran, die Pflege zu verlassen als diejenigen, die diese Befürchtung nicht hatten ($p < 0,001$). Diese Tendenz trifft für alle Länder zu und war in Belgien, Finnland und den Niederlanden am stärksten ausgeprägt. Überdies zeigte sich auch für die Sorge, arbeitsunfähig zu werden (mit Ausnahme von Norwegen und Polen), ein Zusammenhang mit der Absicht, aus dem Pflegeberuf auszusteigen ($p < 0,001$). Unter niederländischen Pflegekräften zeigte Arbeitsplatzunsicherheit einen größeren Zusammenhang mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen als in anderen Ländern, obwohl die Arbeitsplatzunsicherheit in den Niederlanden insgesamt geringer ausgeprägt war. Anders als in den anderen Ländern gab es in Deutschland einen negativen Zusammenhang zwischen der Sorge, arbeitslos zu werden und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen: je geringer die Arbeitsplatzunsicherheit umso größer die Absicht, den Beruf zu verlassen ($p < 0,05$). Dies war außerdem in Deutschland und in Norwegen hinsichtlich der Sorge, bei Arbeitslosigkeit eine andere Arbeitsstelle zu finden, der Fall.

Diskussion

Sowohl hinsichtlich der Erfahrung von Arbeitsplatzunsicherheit als auch hinsichtlich ihrer Verbindung zu anderen Faktoren treten zwischen den einzelnen Ländern viele Unterschiede auf. Insgesamt kann gesagt werden, dass es mit Ausnahme von Polen und der Slowakei so scheint, als ob Pflegende mehr über ihre qualitative Arbeitsplatzunsicherheit (auf eine andere Stelle versetzt zu werden und einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten) als über den Verlust des Arbeitsplatzes besorgt sind. Insbesondere französische, italienische und belgische Pflegekräfte befürchteten diese Arten von Veränderungen ihrer Arbeit. Erfahrungen qualitativer Arbeitsplatzunsicherheit standen also stärker in Verbindung mit der Absicht, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, als Erfahrungen von Arbeitsplatzverlusten. Die Sorge darüber, versetzt zu werden und einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten, könnte auf geringe Möglichkeiten hinweisen, die Aufgabenorganisation und die Arbeitszeiten zu beeinflussen. Pflegende in Polen und der Slowakei waren über die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes am besorgtesten und machten sich insbesondere Gedanken darüber, arbeitslos zu werden und in dieser Situation Schwierigkeiten zu haben, eine neue Arbeitsstelle zu finden. Demgegenüber war die Sorge hinsichtlich jeder Form der Arbeitsplatzunsicherheit in den Niederlanden deutlich geringer als in allen anderen Ländern.

Es ist nicht überraschend, dass Pflegende mit befristeten Verträgen darüber besorgt sind, arbeitslos zu werden. Dieser Zusammenhang war in Finnland besonders groß. In Finnland lag der Anteil der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen mit befristeten Verträgen in den vergangenen Jahren recht hoch und besonders in der letzten Zeit hatte examiniertes Pflegepersonal kaum Möglichkeiten eine andere als eine befristete Stelle zu bekommen.

Der Zusammenhang von Alter und der Erfahrung von Arbeitsplatzunsicherheit variierte je nach zu Grunde liegendem Problem und dem jeweiligen Land. Offensichtlich haben ältere Pflegende häufiger dauerhafte Stellen. Entlassungen sind im Rahmen von Stellenabbau im Gesundheitswesen noch nicht in großem Umfang vorgekommen. Aus diesem Grund fühlen sie sich sicherer in Bezug auf ihre Stelle als ihre jüngeren Kollegen. In der Slowakei ist die Pflegeausbildung im Wandel begriffen und so bevorzugen Arbeitgeber nun ältere und erfahrenere Pflegende. Folglich führen Gerüchte über eine Verringerung von Stellen zu einer Verunsicherung jüngerer Pflegekräfte.

Einen ungeeigneten Dienstplan zu erhalten, war eher die Befürchtung der 25-50 jährigen, als die der jüngeren oder älteren Pflegekräfte. Frauen in diesem Alter haben größere familiäre Verpflichtungen. Eine dienstplanbedingte Lebensumstellung kann für sie schwieriger sein als für jüngere oder ältere Krankenschwestern. Die aktuellen und zukünftigen Veränderungsprozesse in den Einrichtungen und im Gesundheitswesen insgesamt einerseits und die Veränderung der Arbeitsmärkte der jeweiligen Länder andererseits liegen den Erfahrungen von Arbeitsplatzunsicherheit der Arbeitnehmer zu Grunde. Diese komplexen Bedingungen erfordern weiterführende und detailliertere Analysen, um ein besseres Verständnis für dieses Phänomen in den verschiedenen Ländern zu erhalten.

Literatur

Bartley, M.; Ferrie, J.: Glossary: unemployment, job insecurity, and health. *J Epidemiol Community Health* 55 (2001) 776-781

Ferrie, J.E.; Shipley, M.J.; Stansfeld, S.A.; Marmot, M.G.: Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*, 56 (2002) 450-454

Hartley, J.; Jacobson, D.; Klandermans, B.; Van Vuuren, T. (Eds.): Job insecurity: coping with jobs at risk. London: Sage Publications 1991

Hellgren, J.; Sverke, M.; Isaksson, K.: A new look at job insecurity and its long-term effects on employee attitudes and well-being. Reports from the Department of Psychology. 853, Stockholm University 1998

Mauno, S.: Job Insecurity as a Psychosocial Job Stressor in the Context of the Work-Family Interface. Jyväskylä studies in education, psychology and social research. 156, University of Jyväskylä 1999

Rosenblatt, Z.; Ruvio, A.: A test of a multidimensional model of job insecurity: the case of Israeli teachers. *J of Organizational Behavior* 17 (1996) 587-605

9. Die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie im Pflegeberuf in Europa

Michael Simon, Hans-Martin Hasselhorn und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Der *Konflikt zwischen Arbeits- und Familienleben* wurde durch verschiedene Disziplinen wie der Psychologie, der Soziologie und der Ökonomie umfangreich untersucht. Greenhaus und Beutell (1985) definieren den Arbeit und Familie-Konflikt als „*eine Art Rollenkonflikt, in dem die Rollenbelastungen der Arbeits- und der Familienbereiche in einigen Punkten miteinander nicht zu vereinbaren sind*“ (S. 77). Weiterhin unterscheiden die Autoren zwischen drei Hauptformen des Konflikts zwischen Arbeit und Familie: dem *zeitabhängigen*, dem *belastungsabhängigen* und dem *verhaltensabhängigen* Konflikt. Zeitabhängige Konflikte zwischen Arbeit und Familie entstehen, wenn die in einem Bereich (z. B. der Arbeit) verbrachte Zeit die Erfüllung der Anforderungen des anderen Bereiches (z. B. der Familie) behindert. Ein belastungsabhängiger Konflikt besteht, wenn die Leistung in einer Rolle aufgrund von Belastungen in der anderen Rolle abnimmt. Ein Beispiel dafür ist Müdigkeit während der Arbeit aufgrund von Schlafmangel zu Hause, der durch Kinderbetreuung verursacht wird. Die dritte Form des Konfliktes beschreibt Verhaltensschwierigkeiten aufgrund des Wechsels zwischen unterschiedlichen Rollen.

Bedeutend für das Verständnis der Störungen zwischen Arbeit und Familie ist ihre bidirektionale Konzeptualisierung. Dies bedeutet nach Frone et al. (1992) eine Unterscheidung zwischen Arbeit/Familie-Konflikt (AFK) und Familie/Arbeit-Konflikt (FAK). Auf Grundlage dieser Unterscheidung haben Netemeyer et al. (1996) kurze Selbsteinschätzungsskalen für AFK und FAK entwickelt, die in der NEXT-Studie verwendet wurden.

Nur wenige Studien untersuchen die Störungen zwischen Arbeit und Familie in der Pflege. Burke und Greenglass (2001) haben die Beziehung zwischen AFK/FAK, Burnout und organisatorischer Umstrukturierung analysiert und höhere Werte für AFK als für FAK gefunden (ähnlich, wie in Untersuchungen, die nicht die Pflege fokussieren). Gottlieb et al. (1996) haben Prädiktoren für den Arbeit und Familie-Konflikt im Pflegeberuf untersucht und *Kinderbetreuung*, *soziale Unterstützung* (zu Hause und am Arbeitsplatz) und *Arbeitsbelastung* als wichtige Einflussfaktoren auf AFK/FAK identifiziert.

Das Verhältnis zwischen vorzeitigem Ausstieg aus dem jeweiligen Beruf und der Unvereinbarkeit von Arbeit und Familie ist noch nicht ausreichend untersucht worden. Es finden sich keine Studien, die beide Bereiche untersuchen, trotzdem wurden Verbindungen zwischen diesen beiden Themen hergestellt. Verschiedene Faktoren, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Arbeitsumfang oder Arbeitszeiten können wichtige Rollen in beiden Bereichen spielen und eine Assoziation beider Konzepte kann angenommen werden. Hohe AFK- oder FAK-Werte können Anlass zunächst für die Überlegungen zum Verlassen des Berufes sein und letztendlich zu dessen Aufgabe beitragen. Die NEXT-Studie enthält vielfältige Möglichkeiten, die Störungen zwischen Arbeit und Familie und verwandte Faktoren zu untersuchen. In diesem Kapitel wer-

den AFK- und FAK-Werte im Allgemeinen und ihre Verbindung zu Alter, Geschlecht, Familienstand und den Arbeitsschichten im Besonderen analysiert.

Methode

AFK und FAK-Skalen

Es wurden die von Netemeyer et al. (1996) entwickelten Skalen für AFK und FAK mit je fünf Items genutzt (siehe Kapitel 17). Hohe Werte zeigen ausgeprägte Konflikte zwischen Familie und Arbeit oder zwischen Arbeit und Familie an.

Datensammlung

Die Datensammlung und die Teilnahme an der Studie werden in den entsprechenden Kapiteln dieses Buches beschrieben.

Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mit SPSS 11.0 durchgeführt. Unterschiede der Mittelwerte wurden mit t-Tests und univariater Varianzanalysen berechnet. Aufgrund des großen Samples wurde das Signifikanzniveau mit $\alpha < 0,01$ festgelegt.

Tab. 9.1 Überblick über die Teilnehmer nach Ländern und Arbeit/Familie-Konflikt (AFK) Skala und Familie/Arbeit Konflikt (FAK) Skala

Land	n _{Gesamt}	n _{AFK}	n _{FAK}
Belgien	4.257	4.192	4.128
Deutschland	3.565	3.514	3.517
Finnland	3.970	3.908	3.878
Frankreich	5.376	5.284	5.253
Italien	5.645	5.367	5.282
Norwegen	2.733	2.627	2.606
Niederland	4.019	3.978	3.960
Polen	3.263	3.130	3.096
Slowakei	3.396	3.185	3.144
<i>Gesamt</i>	<i>36.224</i>	<i>35.185</i>	<i>34.864</i>

Ergebnisse

Werte für AFK und FAK

Beide Skalen haben einen möglichen Wertebereich von 1 (kein Konflikt) bis 5 (sehr großer Konflikt). Im Allgemeinen waren die Mittelwerte für AFK (2,7; SD 1,04) höher als die für FAK (1,7; SD 0,79) (Abb. 9.1). Die AFK-Werte waren im italienischen Sample am höchsten (3,1) und im niederländischen am niedrigsten (2,1). Die höchsten FAK-Werte wurden im belgischen Sample (2,2) gefunden. Finnland und Deutschland zeigten hingegen die geringsten FAK-Werte (1,4).

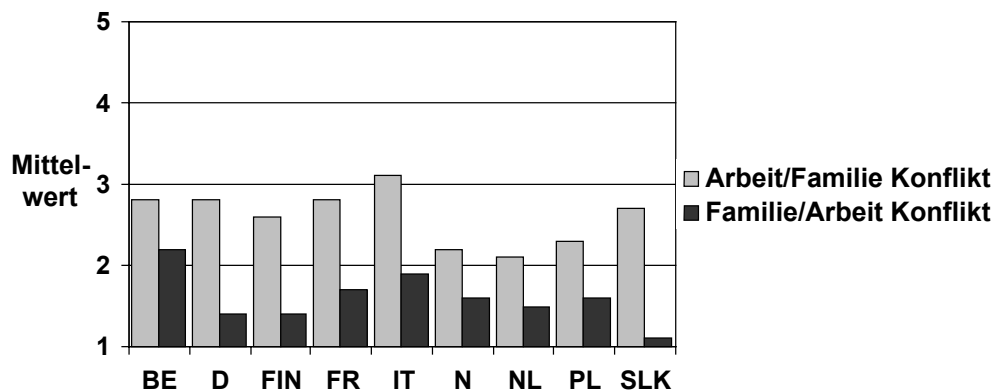


Abb. 9.1 Mittelwerte für AFK und FAK im Pflegeberuf nach Ländern. Werte reichen von 1 (kein Konflikt) bis 5 (sehr großer Konflikt). $n_{AFK}=35.185$; $n_{FAK}=34.864$

Geschlecht

Interessanterweise finden sich zwischen männlichem und weiblichem Pflegepersonal innerhalb der Länder und zusammengefasst für alle teilnehmenden Länder nur geringfügige Unterschiede. Die AFK-Werte von Frauen (2,6; SD 1,05) waren geringfügig niedriger als die von männlichen Pflegekräften (2,7; SD 1,01). Aufgrund der großen Stichprobe waren diese Werte für den europäischen Datensatz statistisch signifikant, aber letztendlich nicht nennenswert. Innerhalb der teilnehmenden Länder zeigt nur die polnische Stichprobe signifikant höhere AFK-Werte für Frauen als für Männer, allerdings waren nur 1% aller Antwortenden in Polen Männer. FAK-Werte zeigten einen etwas geringeren Geschlechtsunterschied mit einem Wert von 1,8 für männliche und 1,7 für weibliche Pflegekräfte.

Alter

Die AFK-Werte – für das gesamte Sample – lagen in der Altersgruppe 30-35 Jahre am höchsten (bei FAK lag die Spitze bei den über 35jährigen). Hierauf folgte eine kontinuierliche Abnahme der Werte bis zu der Altersgruppe der über 55jährigen, die einen AFK-Wert von 2,4 erreichen. Dieses Muster war für annähernd alle Länder charakteristisch (Abb. 9.2).

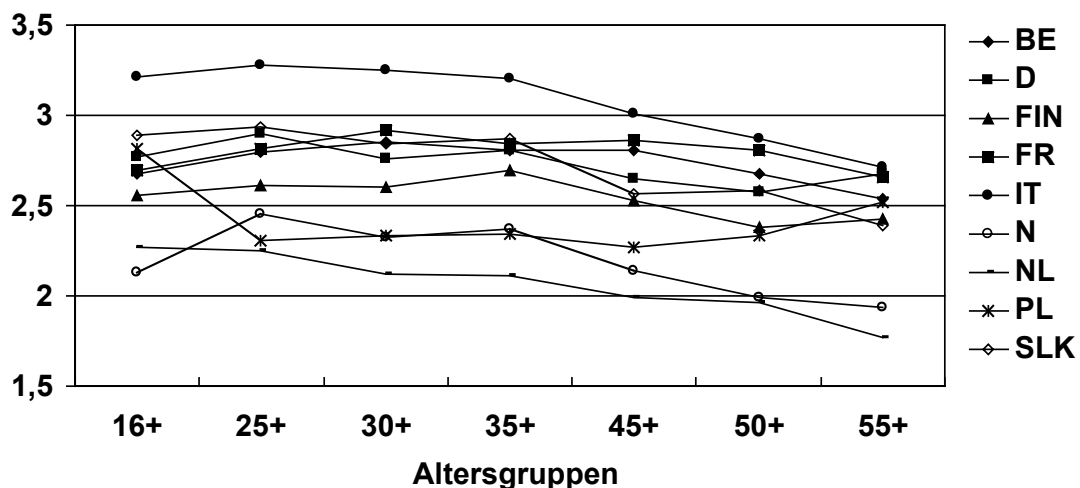


Abb. 9.2 Mittelwerte für Arbeit/Familie Konflikt nach Altersgruppen und Ländern.
(angezeigter Wertebereich 1,5-3,5, möglicher Wertebereich 1-5, n=35.185)

Familienstand und zu versorgende Kinder

Der Familienstand wurde in der NEXT-Studie in vier Gruppen unterteilt: allein lebend; als einziger Erwachsener mit einem Kind oder mehreren Kindern zusammenlebend; mit einem anderen Erwachsenen zusammenlebend und mit einem anderen Erwachsenen und einem oder mehreren Kindern zusammenlebend. Beide Gruppen mit Kindern hatten höhere AFK-Werte mit 2,8 und 2,7 als die Gruppen ohne Kinder (2,6). Der FAK hatte ein ähnliches Muster mit Werten von 1,8 für beide Gruppen Pflegenden mit Kindern und geringeren Werten für solche ohne Kinder (1,6 in beiden Gruppen).

Interessanterweise ist der Arbeit/Familie-Konflikt bei Erwachsenen mit drei oder mehr Kindern geringer ausgeprägt (2,5) als bei denjenigen mit 2 oder weniger Kindern (2,7). Die FAK-Werte hingegen waren für diese Gruppen identisch. (1,7).

Arbeitszeiten

Der AFK war bei denjenigen gering (2,3), die immer zu denselben Tageszeiten arbeiteten. Pflegekräfte, die Schichtdienst ohne Nachtdienst arbeiteten, hatten etwas höhere Werte (2,6). Die Pflegekräfte, die sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst arbeiteten, wiesen den stärksten AFK (2,8) auf. Interessanterweise zeigen Pflegenden, die ausschließlich Nachtdienst hatten, geringere Werte als die letztgenannte Gruppe (2,6). Wie im folgenden Kapitel deutlich wird, ist eine außergewöhnlich große Gruppe (80%) dieser Pflegekräfte mit ihrer Arbeitszeit zufrieden. Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, dass kombinierter Tag- und Nachtdienst und die Regelmäßigkeit der Arbeitszeit entscheidende Faktoren für den AFK sind. Ebenso war Wochenendarbeit deutlich linear mit dem AFK assoziiert. Die Pflegekräfte, die an keinen Wochenenden arbeiteten, hatten die geringsten AFK-Werte (2,4), die mit zwei Wochenenden im Monat hatten einen Wert von 2,7 und Pflegekräfte mit vier „Arbeitswochenenden“ im Monat hatten den höchsten Mittelwert mit 3,1.

Familie/Arbeit-Konflikt bzw. Arbeit/Familie-Konflikt und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Zwischen dem AFK und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, zeigt sich ein linear-positiver Zusammenhang. Dies bedeutet, dass Pflegekräfte, die höhere AFK-Werte hatten, häufiger darüber nachdachten, den Beruf zu verlassen (Abb. 3). Weniger deutlich war der Zusammenhang zwischen FAK und der Absicht, den Beruf zu verlassen. Pflegekräfte, die häufig darüber nachdachten, den Beruf zu verlassen, hatten nur geringfügig höhere Werte (1,82), als die, die weniger oft daran dachten (1,72).

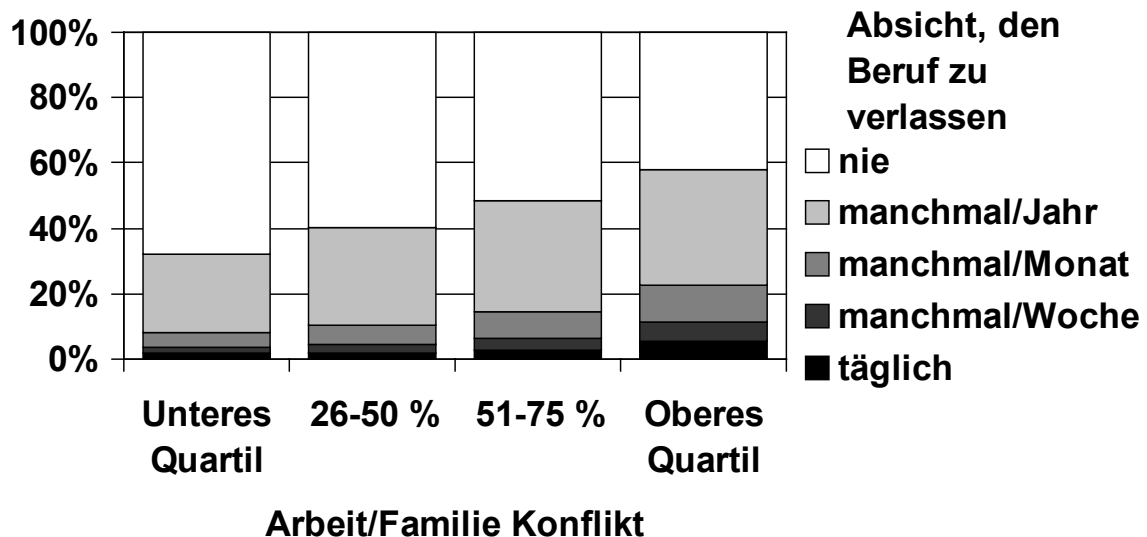


Abb. 9.3 Quartile für den Arbeit/Familie-Konflikt und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen. AFK Bereiche: 1-1,8 (unterstes Quartil); 1,8-2,5 (25-50%); 2,6-3,4 (50-75%) und 3,4-5 (höchstes Quartil). n=31.854

Diskussion

In Einklang mit den Erwartungen bestätigen diese Ergebnisse frühere Erkenntnisse, dass die Arbeit die Familie zu einem größeren Maß ungünstig beeinflusst, als es in umgekehrter Richtung der Fall ist. Überraschenderweise bestehen keine eindeutigen Geschlechtsunterschiede, obwohl die eigene Erfahrung und andere Ergebnisse der NEXT-Studie zeigen, dass auch heute noch unterschiedliche Rollen für Männer und Frauen in der Pflege in Europa existieren.

Verbindungen zwischen AFK und zu versorgenden Kindern sowie Dienstplänen und Wochenendarbeit waren in erwarteter Weise ausgeprägt und konnten als unterstützende Faktoren des zeitabhängigen Arbeit/Familie-Konflikts zusammengefasst werden. Der starke Zusammenhang zwischen AFK und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, bleibt auch bei multivariater Analyse bestehen. Dies unterstützt die Relevanz dieses Untersuchungsgegenstandes für die NEXT-Studie.

Die angesprochenen Unterschiede zwischen den Ländern (und auch zwischen Institutionen, nicht dargestellt) zeigen, dass unter bestimmten Bedingungen eine zufrieden stellende Kombination von Arbeits- und Familienleben im Pflegeberuf möglich ist. Weitere Untersuchungen könnten die hierfür zu Grunde liegenden Bedingungen zum Vorschein bringen.

Literatur

Greenhaus, J.H.; Beutell, N.J.: Sources of Conflict Between Work and Family Roles. *Academy of Management Review* 1 (1985) 76-88

Frone, M.R.; Russell, M.; Cooper, M.: Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface. *Journal of Applied Psychology* 1 (1992) 65-78

Netemeyer, R.G.; McMurrian, R.; Boles, J.S.: Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology* 4 (1996) 400-410

Burke, R.J.; Greenglass, E.R.: Hospital Restructuring, Work-Family Conflict and Psychological Burnout among Nursing Staff. *Psychology and Health* 5 (2001) 583-594

Gottlieb, B.H.; Kelloway, E.K.; Martin-Matthews, A.: Predictors of Work-Family Conflict, Stress, and Job Satisfaction among Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research* 2 (1996) 99-117

10. Arbeitszeitgestaltung in der Pflege in Europa

Halszka Ogińska, Donatella Camerino, Madeleine Estryn-Behar, Janusz Pokorski und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Die Arbeitszeitgestaltung ist ein wichtiger Faktor der betrieblichen und der allgemeinen Arbeitsbelastung im Gesundheitsdienst und beeinflusst die Arbeitszufriedenheit, die Gesundheit und – in Konsequenz – die Absicht der Pflegenden, in ihrem Beruf zu bleiben oder ihn aufzugeben. Dieser komplexe Sachverhalt kann nicht auf einen einzelnen Aspekt reduziert werden. Die wichtigsten Probleme der Arbeitszeitgestaltung beinhalten hier: Arbeitszeiten (tatsächlich geleistete Arbeitsstunden aber auch Zeiten im Sinne von Schichtdienst, untypische Arbeitszeiten), die Regelmäßigkeit oder Vorhersagbarkeit von Dienstzeiten, Flexibilität sowie der eigene Einfluss auf die Dienstplangestaltung. Eine ungenügende Organisation der Arbeitszeiten kann der Hauptgrund für den Arbeit/Familie-Konflikt sein, indem sie es erschwert – wenn nicht unmöglich macht – die Rolle eines Partners oder Elternteils zu erfüllen.

In den meisten europäischen Ländern wird eine Tendenz zu flexibleren und kürzeren Arbeitszeiten beobachtet (Boisard et al., 2003). Die Frage ist, inwieweit dies auch innerhalb des Gesundheitswesens der Fall ist. Insbesondere in Krankenhäusern und bei medizinischen Notdiensten erfordert die Krankenpflege eine besondere Zeitplanung, die eine kontinuierliche Pflege und Handlungsbereitschaft gewährleistet, wann immer Patienten sie benötigen. Vor dem Hintergrund, dass Pflegeberufe traditionell in der überwiegenden Mehrzahl von Frauen ausgeübt werden, ist auch interessant, dass Frauen bei einer der ältesten existierenden beruflichen Gesundheitsschutzmaßnahmen, der Übereinkunft aller europäischen Monarchen und Präsidenten von 1906, von der Nacharbeit ausgeschlossen wurden (Rutenfranz, 1987) und dass dies jedoch nicht für die Krankenpflege galt.

Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Nacht- und Schichtarbeit für die Gesundheit und das Sozialleben schädlich sein können. Es ist bekannt, dass nur etwa 10% der Schichtarbeiter diese Form der Arbeit über einen längeren Zeitraum aushalten, etwa 20% müssen sie dagegen hauptsächlich aus gesundheitlichen Gründen beenden. Die stille Mehrheit von 70% nimmt die Unannehmlichkeiten des Schichtdienstes hin und zeigt bis zu ihrer Berentung entsprechende Beschwerden unterschiedlicher Art und Weise (Harrington, 1978). Auch wenn Schichtarbeit nicht direkt Krankheiten verursacht, konnten Studien zeigen, dass diese Form der Arbeit signifikant den Ausbruch von Krankheiten und Beschwerden begünstigt bzw. zu deren Verschlechterung beiträgt. Hierzu zählen Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, Herz-Kreislaufkrankheiten, gynäkologische, psychische aber auch onkologische Probleme (Costa & Pokorski, 2000).

Da die Organisation der Schichtarbeit eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Beschäftigten spielt, ist es für die Ersteller von Dienstplänen im Gesundheitswesen wichtig, mit dem aktuellen Wissen über mögliche gesundheitliche Folgen vertraut zu sein. In der NEXT-Studie wurde eine Reihe von Daten zur Dienstplanung im Pflegeberuf erhoben.

Einige Arbeitsorganisationssysteme beinhalten Lösungen, die aus ergonomischer Sicht vermieden werden sollten. Zum Beispiel die Notwendigkeit, sehr früh aufzustehen (vor fünf Uhr), Wechselschichten, Formen der Schichtrotation, viele Nächte in Folge zu arbeiten sowie zu viele Wochenenden hintereinander arbeiten zu müssen. Es liegt daher nahe, die Häufigkeit des Auftretens solcher Bedingungen und in einem weiteren Schritt deren Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit, Burnout, Gesundheit sowie die Absicht, die Institution oder den Beruf zu wechseln, zu untersuchen.

Methode

Die Arbeitszeitgestaltung wird in der NEXT-Studie durch 18 Fragen unter Beachtung besonderer Aspekte der Arbeitszeiten und der Arbeitsorganisation behandelt. An dieser Stelle wird eine Reihe von vorläufigen Ergebnissen zu besonders wichtigen Elementen der organisatorischen Arbeitsbelastung präsentiert.

Datensammlung

Die Datensammlung und die Teilnahme werden in den entsprechenden Kapiteln dieses Buches dargestellt. Die bei den Analysen berücksichtigten Teilnehmer sind in Tabelle 1 ersichtlich.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mit SPSS 11.0 durchgeführt. Allgemeine Unterschiede der Mittelwerte wurden mittels univariater Varianzanalysen, Unterschiede der Prävalenzen mit χ^2 -Tests berechnet. Das Signifikanzniveau wurde aufgrund der hohen Fallzahl der NEXT-Studie auf $\alpha < 0,01$ festgesetzt.

Ergebnisse

Die vertragliche Wochenarbeitszeit in der Krankenpflege (Abb. 10.1) war in den Niederlanden am kürzesten und in Polen und der Slowakei am längsten. Dies stimmt mit Daten anderer Quellen zur Arbeitsdauer in europäischen Ländern, z. B. der ILO und der European Foundation of Living and Working Conditions, überein (Boisard 2003). Die Unterschiede zwischen den Ländern spiegeln die nationalen Regelungen der Arbeitszeit im Allgemeinen und im Gesundheitswesen wider. Jedoch sind unsere Ergebnisse zu einem gewissen Maß durch den Anteil der Teilzeitkräfte unter allen Pflegenden beeinflusst. Die Abweichungen zwischen den europäischen Ländern sind einfach zu beschreiben – in einigen Ländern (BE, DE, FR, N, NL) besteht eine Tendenz zu geringeren Arbeitszeiten. Der Unterschied zwischen der längsten (Polen) und der kürzesten (Norwegen) Arbeitszeit (im Durchschnitt) zwischen den untersuchten Ländern beträgt mehr als 13 Stunden pro Woche. Alle Unterschiede zwischen den Ländern waren, mit Ausnahme von Belgien und Norwegen, signifikant ($p < 0,001$).

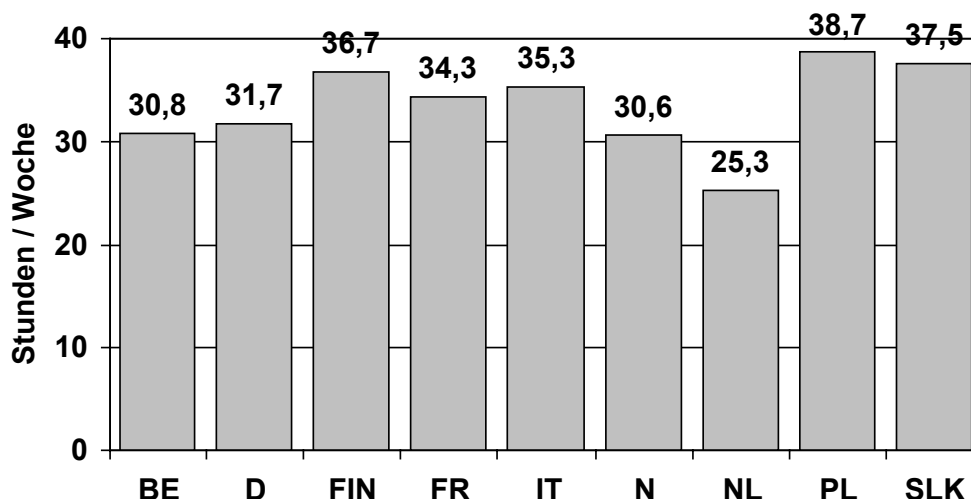


Abb. 10.1 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Pflegekräften nach Land.
n=33.503

Tab. 10.1 Verteilung der Pflegekräfte nach Schichtform (in %)

Land	n	Regel- mäßiger Tagdienst	Unregel- mäßiger Tagdienst	Schicht- dienst (ohne Nachtdienst)	Nur Nachtdienst	Schichtdienst inkl. Nachtdienst	Summe
BE	4.202	28,4	9,1	30,2	4,7	27,7	100
DE	3.479	16,9	8,7	23,9	6,7	43,9	100
FIN	3.925	21,9	3,7	22,2	2,4	49,8	100
FR	5.347	25,3	4,8	40,5	13,8	15,7	100
IT	5.508	26,1	3,5	14,4	0,1	55,8	100
N	2.639	21,9	8,0	12,4	2,1	55,6	100
NL	3.980	19,9	9,6	15,1	1,7	53,8	100
PL	3.148	25,5	4,9	5,6	0,2	63,7	100
SLK	3.341	30,5	2,0	1,9	0,1	65,5	100
<i>Gesamt</i>	<i>35.569</i>	<i>24,0</i>	<i>6,0</i>	<i>18,5</i>	<i>3,5</i>	<i>47,9</i>	<i>100</i>

In der gesamten Stichprobe leistete jede zweite Pflegekraft Nachtdienste (Tab. 10.1). In Krankenhäusern leisten 58% der Pflegekräfte Nachtdienste, in Pflegeheimen oder ambulanten Diensten dagegen weniger als 4%. Bemerkenswert sind im Ländervergleich die relativ geringen Anteile von Nachtarbeitern in Frankreich (29,5%) und Belgien (32,4%). Gleichzeitig wurde in Frankreich die größte Zahl von Dauernachtwachen (13,8%) festgestellt; in den anderen Ländern lag der Anteil zwischen 0,1% und 6,7%.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Schichtform und Alter: 60% der Pflegenden unter 30 Jahren arbeiteten in Nachtdiensten, dagegen waren es nur 30% in der ältesten untersuchten Gruppe (55 Jahre und älter). Es wird der Eindruck erweckt, dass sich Pflegekräfte mit zunehmendem Alter aus den Nachtdiensten zurückziehen. Gleichzeitig kann eine interessante Entwicklung beobachtet werden – der Anteil der Dauernachtwachen erhöht sich von 1,6% in der jüngsten Altersgruppe auf 8,1% in der Ältesten. Darüber hinaus arbeiten Pflegenden unter 30 Jahren signifi-

kant mehr Stunden pro Woche als ältere Pflegende. Zudem konnten wir feststellen, dass Krankenpfleger in unserer Stichprobe werden etwas häufiger in Dienstplänen mit Nachtdiensten eingesetzt werden als Krankenschwestern (59% gegenüber 49%) und sie hinsichtlich der Wochenarbeitsstunden signifikant länger arbeiten ($p < 0,001$).

Dienstplan und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Unterschiedliche Aspekte der Arbeitszeitorganisation wurden im Zusammenhang mit der Absicht, den Pflegeberuf aufzugeben, untersucht. Einige Merkmale von Dienstplänen sind als Arbeitsstressoren bekannt, zum Beispiel die Notwendigkeit, nachts und/oder an Wochenenden zu arbeiten, die Anzahl der Nachtschichten pro Monat und die Notwendigkeit, sehr früh aufzustehen. Dies konnte in der vorliegenden Untersuchung durch Aufzeigen signifikanter Zusammenhänge mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, bestätigt werden ($p < 0,001$). Die deutlichsten Unterschiede zeigte eine Gruppe von Faktoren, die als „Einfluss und Flexibilität“ bezeichnet werden könnte, z. B. der individuelle Einfluss auf die Erstellung des eigenen Dienstplans, die Möglichkeit Schichten mit Kollegen zu tauschen und im Gegensatz dazu die Notwendigkeit, kurzfristig Schichten zu übernehmen.

Pflegende in Großbritannien, Polen und Frankreich hatten Probleme, Schichten mit Kollegen zu tauschen (für mehr als 60% war es schwierig oder unmöglich). In Finnland, Deutschland und Italien war es hingegen einfacher, Dienste zu tauschen. Dies mag als Vorteil angesehen werden und ein Grund dafür sein, in der Institution verbleiben zu wollen.

Pflegende in Frankreich und der Slowakei berichteten, weniger Einfluss auf die Dienstplangestaltung zu haben. In den Niederlanden und England bestehen deutlich mehr Möglichkeiten, den Dienstplan an persönliche Wünsche und Vorlieben anzupassen.

Im Durchschnitt mussten 31% der Pflegenden niemals eine Schicht kurzfristig übernehmen. Bei den Übrigen kam dies regelmäßig vor, bei 9% sogar 3 Mal pro Monat oder häufiger. Dies war besonders bei Pflegenden in Deutschland (16%) und Italien (14%) der Fall, eher selten dagegen in Polen (2%) und der Slowakei (4%). Die Notwendigkeit ständig abrufbar zu sein, war sehr stark – und mehr als andere organisatorische Faktoren – mit dem Gedanken an eine Aufgabe des Pflegeberufes verbunden.

Annähernd 28% aller Pflegenden waren im Hinblick auf ihr persönliches Wohlbefinden unzufrieden. Hinsichtlich ihres Privatlebens waren sogar 36% der Befragten unzufrieden mit den Dienstplänen. Es konnte ein deutlicher Zusammenhang mit Wunsch nach Berufsausstieg festgestellt werden: Von denjenigen Befragten, deren Arbeitszeitorganisation ihre Bedürfnisse hinsichtlich ihres Privatlebens nicht ausreichend berücksichtigte, dachten 21% häufig daran, den Pflegeberuf aufzugeben. Dies waren doppelt so viele wie in der Gruppe derer, die mit ihren Dienstplänen zufrieden waren. Noch höher war dieser Anteil in der Gruppe, die ihre Arbeitszeiten als schädlich für ihr Wohlbefinden einschätzten (24%).

Wenig überraschend ist, dass Schichtdienst mit Tagdienst und Nachtwachen als das am wenigsten befriedigende Schichtsystem angesehen wurde, sowohl hinsichtlich des Wohlbefindens als auch des Privatlebens (35% bzw. 47% waren unzufrieden). Jedoch wurde auch Tagesarbeit mit regelmäßigen Stunden in Hinblick auf beide Kriterien von 14% und 16% der Pflegenden nicht bevorzugt. Erstaunlicherweise wur-

de dauerhafter Nachtdienst von 80% der Pflegenden hinsichtlich ihres Privatlebens positiv eingeschätzt.

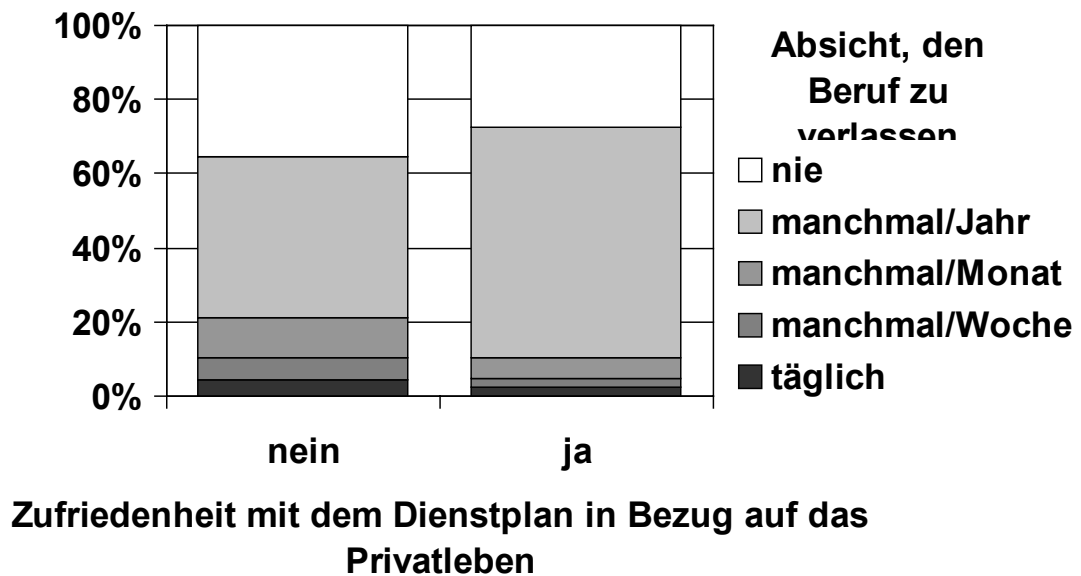


Abb. 10.2 Zufriedenheit mit dem Dienstplan in Bezug auf das Privatleben und Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen. n=27.362

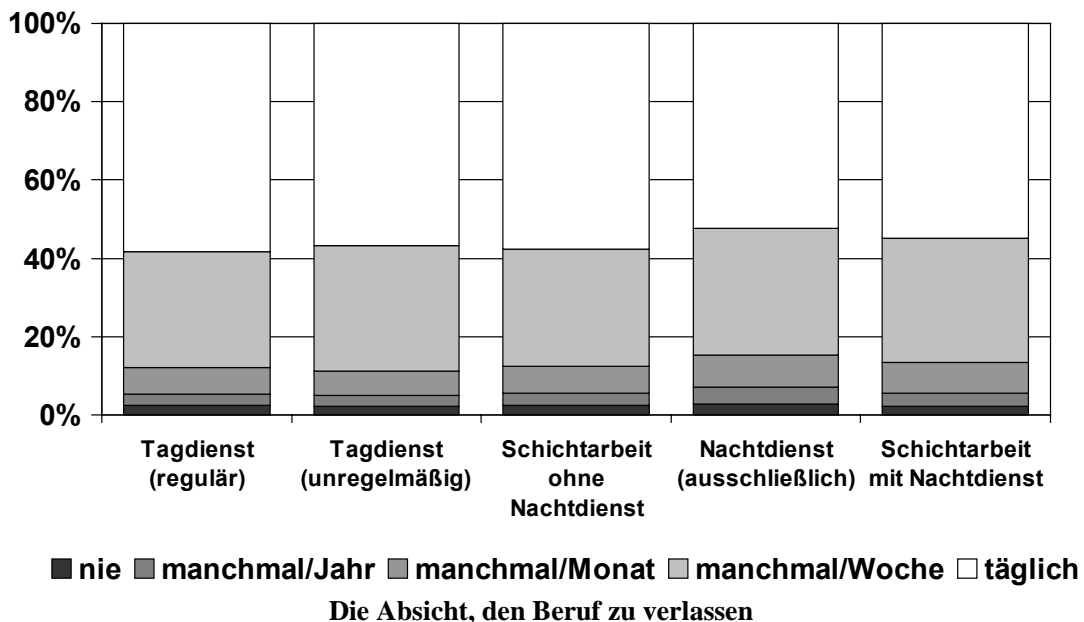


Abb. 10.3 Häufigkeit des Gedankens an den Berufsausstieg bei Pflegekräften in verschiedenen Schichtsystemen. (n=26.967; $\chi^2=60,1$; $p<0,001$)

Insgesamt lag der Anteil der Pflegenden, die häufiger an die Aufgabe des Pflegeberufes dachten, in Schichtsystemen, die Nachtdienste beinhalteten, signifikant höher: 15,5% der Dauernachtwachen und 13,5% derer, die in Tag- und Nachtschichten

arbeiteten gegenüber 11,2% bis 12,4% in den Gruppen, die ohne Nachtdienste arbeiteten (Abb. 10.3). Dies ist trotz allem ein vereinfachtes Bild der Situation, weitere Analysen werden mehr in die Tiefe gehende Vergleiche ermöglichen. Es gibt eine Vielzahl von Schichtsystemen, die sich in entscheidenden Merkmalen wie zum Beispiel Länge, Beginn und Ende der Schicht, Art des Schichtrotationssystems oder Länge des Arbeitsblocks unterscheiden. Diese Merkmale und die Berücksichtigung der Arbeitsbelastung beim Arbeitszeitmanagement sollten weiter untersucht werden, um detailliertere Erkenntnisse zu Arbeitszeiten von Pflegekräften und ihrer Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen zu erhalten.

Diskussion

Es scheint, als wäre es nicht so sehr das Schichtsystem an sich, das Pflegekräfte über eine Berufsaufgabe nachdenken lässt. Die Ergebnisse zeigen bisher eher, dass es Unterschiede zwischen den Wünschen der/des Einzelnen und ihrem/seinem konkreten Dienstplan gibt. Diejenigen, die mit ihren Dienstplänen nicht zufrieden sind erwägen häufiger ihren Beruf aufzugeben. Dieses Ergebnis sollte praktische Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, wenn sie die Pflegenden als Arbeitnehmer behalten wollen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die bekannten „14 Regeln eines guten Schichtsystems“ (Wedderburn 1991) nach wie vor von Bedeutung sind. Darüber hinaus wird Flexibilität, eines der deutlichsten Merkmale moderner Arbeit, auch in den Gesundheitsberufen hoch eingeschätzt.

Abschließend möchten wir betonen, dass die Zufriedenheit der Arbeitnehmer mit ihrem Dienstplan nicht nur von dessen Gestaltung, sondern auch von der individuellen Motivation und den Vorlieben der Beschäftigten abhängt. Dabei müssen insbesondere das geistige und körperliche Wohlbefinden (individuelle Ressourcen, einschließlich des natürlichen Körperrhythmus), des Privatlebens und/oder anderer außerberuflicher Umstände berücksichtigt werden.

Literatur

Boisard, P.; Cartron, D.; Gollac, M.; Valeyre, A.: Time and work: duration of work. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2003

Costa, G.; Pokorski, J.: Effects on health and medical surveillance of shiftworkers. In: Marek, T.; Ogińska, H.; Pokorski, J.; Costa, G.; Folkard, S. (Eds.): Shiftwork 2000 – implications for science, practice, and business. Krakow: UJ 2000, 71-97

Harrington, J.M.: Shift work and health. A Critical Review of the Literature. London: Her Majesty's Stationary Office 1978

Rutenfranz, J.: Introductory lecture. In: Ogińska, A.; Pokorski, J.; Rutenfranz, J. (Eds.): Contemporary Advances in Shiftwork Research. Krakow: Medical Academy 1987, 13-21

Wedderburn, A.: Guidelines for shiftworkers. Bulletin of European Shiftwork Topics 3. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 1991

11. Die Arbeitsfähigkeit im Pflegeberuf

Donatella Camerino, Beatrice van der Heijden, Madeleine Estryn-Behar, Philippe Kiss, Janusz Pokorski, Hans-Martin Hasselhorn und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Das Konzept der *Arbeitsfähigkeit*, das für diesen Beitrag gewählt wurde, muss in einem präventiven Kontext verstanden werden, in dem Interventionen sicherstellen, dass Beschäftigte angemessen versorgt sind und dass Arbeitsentfremdung, Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Ruhestand auf ein Mindestmaß beschränkt werden. Eine der wichtigsten Herausforderungen für das Personalmanagement besteht heutzutage darin, herauszufinden, wie Faktoren (z. B. Aspekte der Arbeitsbedingungen) erkannt werden können, die die Entwicklung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit im Laufe einer Karriere fördern oder behindern. *Beschäftigungsfähigkeit* kann definiert werden als „das Erwerben, Erhalten und Anwenden von Qualifikationen mit dem Ziel, die Fähigkeit zu steigern, einem sich verändernden Arbeitsmarkt in allen Karrierephasen begegnen zu können“ (van der Heijden & Thijssen, 2003).

Die *Arbeitsfähigkeit* als ein persönliches Merkmal kann als wichtiger Teil des übergeordneten Konzeptes der Beschäftigungsfähigkeit verstanden werden. Sie bezieht sich sowohl auf individuelle als auch auf berufliche Faktoren, die für die Fähigkeit einer Person, dem Arbeitsleben gewachsen zu sein, unerlässlich sind (Ilmarinen 1999). Genau genommen handelt es sich hierbei um die Selbstwahrnehmung der persönlichen Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten. Diese beruht auf Ausbildung, dem bisherigen Berufsleben, beruflicher Bindung (commitment), der aktuellen Arbeitssituation, dem Verhältnis zu Vorgesetzten, sozialen Aktivitäten und Unterstützungssystemen (Ilmarinen, 1993).

Der *Arbeitsfähigkeitsindex* (work ability index, WAI) ist in den frühen 1980er Jahren durch Forscher des Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) entwickelt worden. Ziel war dabei, herauszufinden, wie gut Arbeitnehmer ihre derzeitige Aufgabe erfüllen, und wie ihre zukünftige Leistung unter Berücksichtigung künftiger Arbeitsanforderungen, ihrer Gesundheit und ihrer mentalen Ressourcen sein werden (Tuomi et al., 1991).

Das dem WAI zu Grunde liegende Modell erklärt sich hauptsächlich durch vier Faktoren: Arbeitsanforderungen und -umfeld (Erklärungsanteil von Arbeitsfähigkeit: 28%), Arbeitsorganisation (20%), berufliche Kompetenz (15%) und Lebensstil (13%) (Tuomi 2001). Diese vier Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie gut oder wie schlecht Beschäftigte ihre Ressourcen nutzen. Mithilfe des WAI entsteht ein Rückmeldungs-system darüber, wie der Beschäftigte seine Arbeit bewältigt. Der WAI kann als Erhebungsinstrument sowohl für einzelne Beschäftigte als auch für Gruppen im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Er hat sich bislang als hilfreich in der Identifizierung und Prävention beruflicher Stressoren (Kloimuller et al., 2000) erwiesen, er ist ein Prädiktor für *Dienstunfähigkeit* und *Mortalität* (Tuomi et al., 1991a; 1997) und ein guter Indikator zur Identifizierung *beruflicher Risikofaktoren für Frühberentung* (Tuomi, 2001).

Der WAI ist in über 15 Sprachen übersetzt worden und für interkulturelle Vergleiche sehr gut geeignet. Initiiert durch das finnische National Age Programme (1998-2000)

wird in einem internationalen Netzwerk eine große Datensammlung zusammengestellt. Die NEXT-Studie bietet eine Möglichkeit, die (wahrgenommene) Arbeitsfähigkeit, ihre Veränderung im Laufe des Lebensalters und der Arbeitsfähigkeit zu Grunde liegende Faktoren in unterschiedlichen Ländern zu untersuchen. Das Ziel dieses Beitrags besteht darin, das Verhältnis zwischen der Arbeitsfähigkeit und den Berufsausstiegsabsichten Pflegender zu untersuchen.

Methode

Die Verwendung des Work Ability Index (WAI) gestaltet sich einfach und schnell. Der WAI-Fragebogen beinhaltet sieben Aspekte, die mithilfe einer oder mehrerer Fragen behandelt werden:

- die derzeitige Arbeitsfähigkeit, verglichen mit der besten jemals erreichten Arbeitsfähigkeit (0-10 Punkte),
- die Arbeitsfähigkeit in Bezug zu den Arbeitsanforderungen (2-10 Punkte),
- die Anzahl diagnostizierter Krankheiten (1-7 Punkte),
- die subjektiv eingeschätzte Arbeitsbehinderung aufgrund von Erkrankungen (1-6 Punkte),
- die Abwesenheit aufgrund von eigener Krankheit während des vergangenen Jahres (1-5 Punkte),
- die eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren (1, 4 und 7 Punkte)
- und mentale Ressourcen (1-4 Punkte).

Der WAI wird durch die Addition der Punkte jedes Items berechnet. Der letztendliche Index-Wert reicht von 7 bis 49 Punkten. Bei 7 bis 27 Punkten gilt die Arbeitsfähigkeit als „schlecht“, ein Wert zwischen 28 und 36 Punkten steht für eine „mäßige“ Arbeitsfähigkeit, bei einem Punktestand von 37 bis 43 Punkten ist die Arbeitsfähigkeit als „gut“ und bei einem Wert von 44 bis 49 „sehr gut“ zu bezeichnen.

Um die Arbeitsfähigkeit zu erfassen, wurde in der vorliegenden Studie eine leicht modifizierte Version des WAI-Fragebogens verwendet. Die dritte Dimension „Anzahl diagnostizierter Krankheiten“ des WAI wurde in einer gekürzten Version abgefragt. Da diese Anpassung des WAI zu etwas höheren Werten bei unseren Antwortenden führen kann, muss dies bei Vergleichen mit den Ergebnissen anderer WAI-Untersuchungen berücksichtigt werden. Der WAI-Wert wurde entsprechend der von der FIOH zur Verfügung stehenden Anleitungen berechnet (Tuomi et al., 1998).

Datensammlung

In Tabelle 11.1 ist die Rücklafrate nach Ländern für den WAI dargestellt.

Datenanalyse

In dieser vorläufigen Analyse sind Alter, Geschlecht und Institutionstyp berücksichtigt worden, um deren Einfluss auf den WAI aufzuzeigen. Zudem wird der WAI in Bezug auf die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, untersucht. Die Gesamtanalyse zeigt,

dass die Verteilung des WAI-Wertes „links verschoben“ ist (Schiefe: -0,95). Das heißt, dass ggf. nicht-parametrische Datenanalysen zu bevorzugen sind. In dieser Untersuchung wurden deskriptive Analysen, parametrisch – nicht-parameterfreie univariate Tests, Spearman Rangkorrelations- und Relative Risiko - Berechnungen mit SPSS 11.5 durchgeführt.

Ergebnisse

Die WAI-Werte waren am niedrigsten in Polen und in Frankreich (36,3 – 37,8) und am höchsten in den Niederlanden (41,4) (vgl. Tab. 11.1). Der Test bezüglich der Unterschiede zwischen den Ländern erreichte Signifikanz (Kruskal-Wallis: $\chi^2=2810$ (df=9), $p<0,001$).

Tab. 11.1 Antwortende nach Land für den Arbeitsfähigkeitsindex (WAI) und die WAI-Mittelwerte des Pflegepersonals

Land	n _{Gesamt}	n _{WAI}	Mittel	SD	min.	max.
Belgien	4.257	3.859	39,7	5,0	14	49
Deutschland	3.565	3.373	37,9	6,3	10	49
Finnland	3.970	3.750	39,9	5,8	9	49
Frankreich	5.376	4.306	37,8	5,7	9	49
Großbritannien	2.578	2.318	39,7	5,7	7	49
Italien	5.645	4.073	39,6	5,3	9	49
Norwegen	2.733	2.262	42,0	5,3	13	49
Niederlande	4.019	3.927	41,4	4,9	12	49
Polen	3.263	3.073	36,3	6,0	14	49
Slowakei	3.396	3.093	39,4	4,8	19	49
<i>Gesamt</i>	<i>33.491</i>	<i>29.454</i>	<i>39,1</i>	<i>5,6</i>	<i>7</i>	<i>49</i>

Hinsichtlich der Art der Institution zeigte sich, dass in den meisten Ländern Pflegekräfte in Altenpflegeeinrichtungen die niedrigsten WAI-Werte aufwiesen (Kruskal-Wallis: $\chi^2=138$ (df=2), $p<0,001$).

In allen Ländern hatten Krankenpfleger im Vergleich zu Krankenschwestern höhere WAI-Werte (Mann-Whitney U: $z=-10,9$ ($p<0,001$)), also eine höhere Arbeitsfähigkeit.

Im untersuchten Datensatz nimmt der WAI-Wert mit zunehmendem Alter der Befragten signifikant ab (Kruskal-Wallis: $\chi^2=489,3$ (df=9), $p<0,001$), dies gilt allerdings nicht für alle Länder in gleicher Weise. So war z. B. in Italien im Vergleich zu anderen Ländern die Abnahme des WAI in Abhängigkeit des Alters weniger deutlich ausgeprägt.

Die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, war in der Gruppe der Pflegenden mit niedrigem WAI doppelt so ausgeprägt wie in der Vergleichsgruppe mit hohem WAI: das relative Risiko betrug 2,3 (CI 95%: 2,1-2,5). Die Absicht, den Pflegeberuf für eine andere berufliche Tätigkeit aufzugeben, stieg zunächst mit dem Alter an, sank aber nach dem 30. Lebensjahr (Abb. 11.1). Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem WAI und der Absicht, den Pflegeberuf für eine andere berufliche Tätigkeit aufzugeben, nahm mit dem Alter zu (Interaktionseffekt: $F 17,5$ (df=28) $p<0,001$). Dieser Effekt wurde in allen Ländern gefunden.

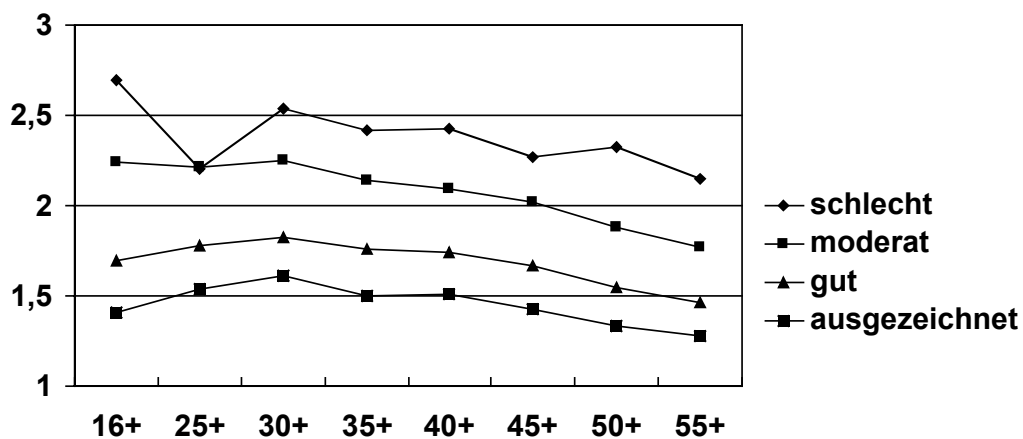


Abb. 11.1 Die Absicht, den Beruf für eine andere Tätigkeit aufzugeben: Vergleiche der Mittelwerte nach Alter und WAI. (Möglicher Wertebereich von 1 (niemals über Aufgabe des Pflegeberufs nachdenken) bis 5 (täglich über Aufgabe des Pflegeberufs nachdenken); $n=34.623$)

Die Absicht, den Beruf für eine andere berufliche Tätigkeit aufzugeben, unterschied sich ebenfalls hinsichtlich des Geschlechts und Art der Institution (mit Ausnahme Italiens und Frankreichs). Die Zusammenhänge waren allerdings in den teilnehmenden Ländern unterschiedlich.

Unterschiede zwischen Arbeitsfähigkeit einerseits und Variablen wie körperliche und psychische Arbeitsbelastungen, Burnout und wahrgenommener Gesundheit andererseits waren in allen Ländern signifikant. Für Arbeitsbelastung und Burnout stellten wir einen negativen Zusammenhang mit den WAI-Werten fest ($r_s=-0,36$, $r_s=-0,53$), während der Zusammenhang für die Einschätzung der Gesundheit positiv war ($r_s=0,59$). Darüber hinaus korrelierten Stress und Burnout positiv mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen ($r_s=0,20$, $r_s=0,23$) und negativ mit den WAI-Werten ($r_s=-0,17$).

Diskussion

In einer früheren Untersuchung hat Costa (2002) gezeigt, dass Pflegekräfte im Vergleich zu Biotechnikern und Medizern geringere Mittelwerte hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit aufweisen. Dieser Effekt wird mit zunehmendem Alter stärker. Da der WAI ein Prädiktor für künftige Arbeitsunfähigkeit besonders älterer Menschen ist (Tuomi et al., 1997), sind die Ergebnisse hinsichtlich unserer Stichprobe von Pflegekräften alarmierend. Die Gesundheit, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die empfundenen Konsequenzen für die Bewältigung der Arbeit spielen bei Pflegekräften aller Altersstufen eine entscheidende Rolle.

In der NEXT-Studie zeigen die WAI-Mittelwerte signifikante Unterschiede zwischen den Ländern. Außerdem scheinen Faktoren wie Geschlecht, Alter und Art der Institution eine wichtige Rolle bei der Erklärung unterschiedlicher WAI-Werte zu spielen. Geschlechtsabhängige Unterschiede in der Muskelmasse könnten teilweise die etwas besseren Ergebnisse für männliche Antwortende in unserer Stichprobe erklären.

Schließlich sind hohe körperliche Belastungen im Pflegeberuf nicht unüblich. Jedoch müsste diese Hypothese durch Überprüfung des Einsatzes von Tragehilfen oder Liften kontrolliert werden. Ebenso könnten sich hier Auswirkungen von Aspekten bei der Arbeit widerspiegeln, denen eine Geschlechtsabhängigkeit zugeschrieben wird, wie zum Beispiel „Einfluss bei der Arbeit ...“ (Kiss et al., 2003).

WAI-Werte nehmen mit zunehmendem Alter ab, auch wenn individuelle WAI-Unterschiede mit dem Alter zunehmen (Ilmarinen, 1999). Bei der Förderung der lebenslangen Beschäftigungsfähigkeit ist die Arbeitsfähigkeit eine wichtige Komponente. Allerdings kann auch eine hohe Arbeitsfähigkeit mit der verstärkten Möglichkeit eines vorzeitigen Berufsausstiegs verbunden sein. Ohne Zweifel sollte man die individuelle Arbeitsfähigkeit und die Beschäftigungsfähigkeit beobachten und fördern. Gleichzeitig muss allerdings auch die Attraktivität der Einrichtungen im Gesundheitswesen beachtet werden, um bestmögliche Arbeitsbedingungen zu garantieren und die Bindung des Pflegenden an die Organisation und an den Beruf zu verstärken. Führungskräfte im Gesundheitswesen sollten das Arbeitsklima sowie die Entwicklungs- und Karrierechancen positiv beeinflussen, um dem Verlust hoch kompetenter Mitarbeiter vorzubeugen.

Die Tatsache, dass Unterschiede der WAI-Werte zu einem großen Teil durch Stressfaktoren zu erklären sind, unterstützt die Annahme, dass unbefriedigende Arbeitsbedingungen langfristig zu einer ungünstigen Einschätzung der eigenen Gesundheit und der eigenen Arbeitsfähigkeit führen. Dies kann in einem Verlust der Verbundenheit mit der Organisation und mit dem gesamten Pflegeberuf enden.

Literatur

Costa, G.; Sartori, A.: Aging, working hours and health: some preliminary statistics from the 3rd European Survey on working conditions. In: The 4th Conference on Ageing and Work. Promotion of Work Ability and Employability. 28, Kraków: The Jagiellonian University Medical College 2002

Ilmarinen, J.: Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 1999

Kiss, P.; Stordeur, S.; Verpraet, R.; De Meester, M.; Braeckman, L.; D'hoore, W.: Work ability and its influencing factors in Belgian Nurses. 7. Nationales Symposium für Public Health in Brüssel, Belgien, 5-6 Dezember 2003

Kloimuller, I.; Karazman, R.; Geissler, H.; Karazman-Morawetz, I.; Haupt, H.: The relation of age, work ability index and stress-inducing factors among bus drivers. International Journal of Industrial Ergonomics 25 (2000), 5, 497-502

Tuomi, K.; Toikkanen, J.; Backman, A.L.; Eskelinen, L.; Ilmarinen, J.; Järvinen, E.; Klockars, M.: Mortality, disability and changes in occupation among aging municipal employees. Scand J Work Environ Health 17 (1991a), suppl 1, 58-66

Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Eskelinen, L.; Järvinen, E.; Toikkanen, J.; Klockars, M.: Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. Scand J Work Environ Health 17 (1991b), suppl 1, 67-74

Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Martikainen, R.; Aalto, L.; Klockars, M.: Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health* 23 (1997), suppl 1 58-65

Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A.: Work ability Index. 2. Auflage. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 1998

Tuomi, K.; Huuhtanen, P.; Nykyri, E.; Ilmarinen, J.: Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup. Med.* 51(2001), 5, 318-324

Van der Heijden, B.I.J.M.; Thijssen, J.G.L.: HRD and employability from different perspectives in the Netherlands and Flanders. *International Journal of Human Resources Development and Management* 3 (2003), 2, 99-101

12. Körperliche Belastungen bei Pflegepersonal

Madeleine Estryn-Behar, Olivier le Nézet, Marjukka Laine, Janusz Pokorski, Jean-Francois Caillard und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Der Pflegeberuf erfordert, dass Tätigkeiten vollständig, ohne Zeitverzögerung und unabhängig von aktuellen Bedingungen ausgeführt werden – dies kann deutliche Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Pflegefachkraft haben. Der Pflegeberuf beinhaltet auch immer die Arbeit in ungünstigen Positionen, langes Stehen und schweres Heben und Tragen. Neben planbaren Tätigkeiten, bei denen eine Unterstützung von Kollegen oder durch technische Hilfsmittel organisiert werden kann, ist die Pflege durch unzählige Notfallsituationen gekennzeichnet, in denen das Pflegepersonal schnell, häufig allein und unter extremen Anstrengungen und Stress handeln muss. Die Arbeit mit Behinderten, in der Intensivmedizin oder in Notfallambulanzen führt teilweise zu hohen Belastungen bei Pflegepersonal (Reis et al., 1998). Dies betrifft meist Frauen, die weltweit die Mehrheit des Pflegepersonals stellen. Im Sinne des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts (Rutenfranz, 1985) könnte diese Situation beschrieben werden als hohe körperliche Belastung bei lediglich mittlerer oder geringer Möglichkeit, dieser Belastung zu begegnen. Die logische Konsequenz ist Überbelastung, die unmittelbar zu erheblicher Erschöpfung und langfristig zu Krankheiten bzw. Unfällen führen kann (Estryn-Behar et al., 1990; Videmann et al., 1984). Die NEXT-Studie bietet die Möglichkeit, die körperlichen Arbeitsbedingungen unterschiedlicher Gesundheitssysteme in Europa in großem Rahmen zu untersuchen.

Methode

Informationen über körperliche Belastungen wurden aus Antworten a) zur Häufigkeit der Ausführung typischer pflegerischer Tätigkeiten, b) zur Zeit, die in unbequemer Haltung verbracht wurde, c) zur Verfügbarkeit mechanischer Hilfsmittel, die die Behandlung mit Patienten erleichtern und d) zur erlebten Erschöpfung als Folge körperlicher Belastungen gewonnen. Die Arbeitsbelastung wurde mit Arbeitszufriedenheit, der Einschätzung zukünftiger Arbeitsfähigkeit und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, verglichen.

Datensammlung

Die Datensammlung fand mittels des NEXT-Basisfragebogens in 10 Ländern statt. Insgesamt wurden 31.362 Antworten von Pflegenden berücksichtigt (Tab. 12.1). Die Befragten aus den teilnehmenden Ländern unterschieden sich in Bezug auf Alter, Geschlecht und beruflichen Status. Da sich die Arbeitsbedingungen je nach beruflichem Niveau unterscheiden, wurde das Qualifikationsniveau der Teilnehmenden bei der Analyse der Daten berücksichtigt.

Tab. 12.1: Anzahl der Antwortenden in den teilnehmenden Ländern insgesamt sowie nach verschiedenen Aspekten berufsbedingter körperlicher Belastungen

Land	n _{Gesamt}	n _{Heben}	n _{Bücken}	n _{Stehen}
Belgien	4.257	3.988	4.049	4.188
Deutschland	3.565	3.332	3.381	3.491
Finnland	3.970	3.785	3.829	3.912
Frankreich	5.376	4.891	4.992	5.342
Italien	5.645	4.497	4.513	5.464
Niederlande	4.024	3.744	3.822	2.244
Polen	1.129	797	831	1.112
Slowakei	3.396	2.677	2.755	3.194
<i>Gesamt</i>	<i>31.362</i>	<i>25.897</i>	<i>26.325</i>	<i>28.947</i>

Datenauswertung

Die Daten wurden mittels SPSS 10.0 und 11.0 unter Anwendung von Pearson's Chi²-Test, dem Chochran-Mantel-Haenszel-Test für Adjustierungen und dem t-Test für Mittelwertvergleiche ausgewertet.

Ergebnisse

Arbeitsbedingungen, die hauptsächlich Heben beinhalten, sind Lagern, Umsetzen, Heben und Mobilisieren von Patienten. Gering qualifizierte Pflegekräfte gaben häufiger als höher Qualifizierte an, dass sie jede dieser Tätigkeiten mindestens sechs Mal pro Tag durchführen ($p < 0,001$). Dieses Verhältnis bleibt auch nach einer statistischen Anpassung für Länder bestehen. Der durchschnittliche Index für Heben (auf einer Skala von 1-100) betrug 37,5 für examinierte Pflegekräfte und 39,4 für Pflegehelfer ($p < 0,001$). Stationsleitungen gaben an, diese Art der Aufgaben seltener durchzuführen (Index für Heben: 27,45). Die Unterschiede zwischen den Ländern sind bedeutend (Abb. 12.1a). Das Umlagern von Patienten sechs Mal oder häufiger pro Tag betrifft 45% der Pflegehelfer in Polen und 36,7% in Frankreich, aber nur 15,1% in den Niederlanden. Für Stationsleitungen in Polen betraf es in dieser Häufigkeit 38,7% und in den Niederlanden 34,4% der Befragten; nur 3,2% der Pflegekräfte in Leitungspositionen in Frankreich und 4,0% in Italien waren mit diesen Aufgaben konfrontiert. In der Slowakei waren 18,5% der examinierten Pflegekräfte häufiger als sechs Mal täglich mit Umlagern von Patienten beschäftigt; dies war in den Niederlanden bei 41,2% und in Finnland bei 40,6% der Fall ($p < 0,001$).

Technische Hebehilfen waren häufiger in den Niederlanden und in Belgien vorhanden (68,8% und 69,9%) als in Italien, Finnland und Frankreich (33,2%, 43,4% und 51,0%) ($p < 0,001$); je geringer die Verfügbarkeit, desto seltener wurden sie eingesetzt.

Häufiges und wiederholtes Bücken des Körpers mindestens sechs Mal täglich, z. B. bei Körperpflege von Patienten, Ankleiden von Patienten oder Betten machen, betrafen etwa 33% der Pflegehelfer, 26% der examinierten Pflegekräfte und 15% der Stationsleitungen in der gesamten Stichprobe ($p < 0,001$). Der durchschnittliche Index für Bücken betrug 37,4 für examinierte Pflegekräfte (Abb. 12.1a) und 45,8 für Pflegehelfer (Abb. 12.1b).

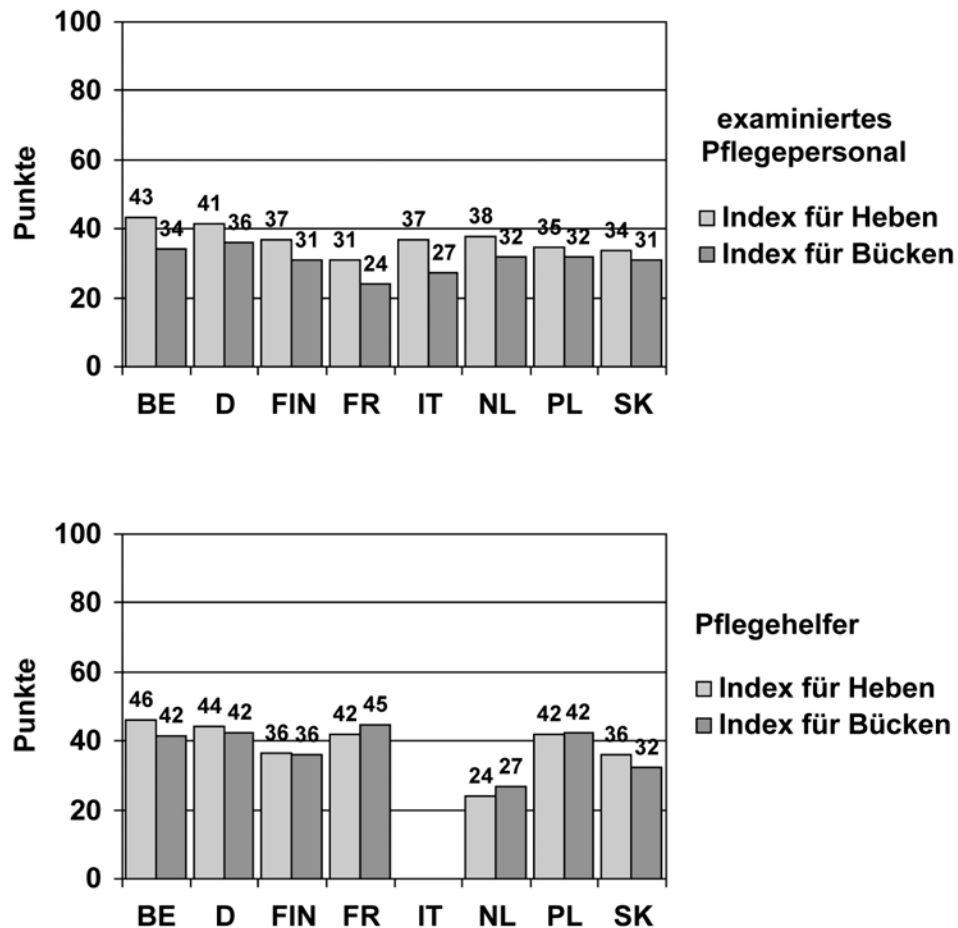
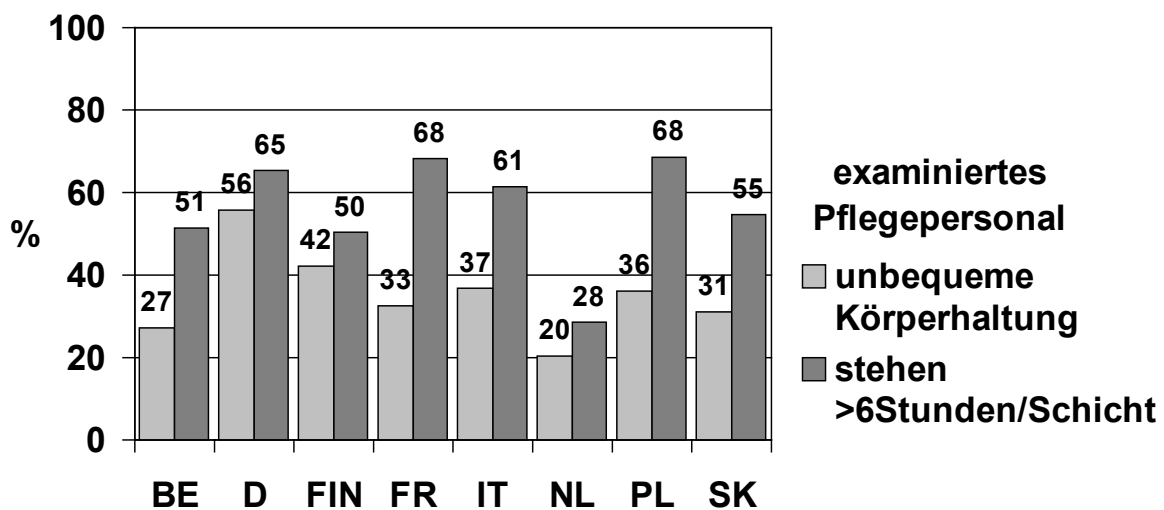


Abb. 12.1a-b Mittelwerte für den „Index für Heben“ und den „Index für Bücken“ für examiniertes Pflegepersonal (obere Abbildung) und für Pflegehelfer (untere Abbildung) in den teilnehmenden Ländern

In Frankreich und Italien führten examinierte Pflegekräfte diese Tätigkeiten seltener aus als in anderen Ländern z. B. Belgien und den Niederlanden. In Frankreich und Italien erledigten weniger als 4% der Stationsleitungen diese Aufgaben mindestens 6 Mal am Tag (in anderen Ländern 10% bis 30%). Das Einnehmen einer unbequemen Körperhaltung (häufiger als sechs Mal pro Tag) betraf in jedem Land mehr als 25% der Pflegenden jeglichen Qualifikationsniveaus. Dies traf nicht zu für Pflegehelfer und examinierte Pflegenden in den Niederlanden sowie für Leitungspersonal in Frankreich, Italien und der Slowakei.

Die Arbeit in unbequemen Körperhaltungen war bei examinierten Pflegenden in Deutschland am häufigsten (56%, Abb. 12.2a). Stehen für sechs Stunden oder länger am Tag (Abb. 12.2a-b) war häufig bei Pflegehelfern und nahm in der gesamten Stichprobe mit zunehmender Qualifikation ab (67,3% der Pflegehelfer, 57,3% der examinierten Pflegekräfte, 55,4% des übrigen Personals und 38,8% der Personen in Leitungspositionen). Die Daten von zwei Ländern zeigen eine besonders ungünstige Situation für Pflegehelfer: In Finnland und Frankreich berichten mehr als 80% der Pflegehelfer, dass sie sechs oder mehr Stunden am Tag stehen, während dies in den Niederlanden nur bei 25,3% der Fall war (Abb. 12.2b). Mehr als 60% der examinierten Pflegekräfte in Frankreich, Polen, Deutschland und Italien standen sechs oder mehr Stunden am Tag, während dieser Anteil in den Niederlanden nur 28,4% betrug. Stationsleitungen in Polen (62,6%) und Deutschland (48,2%) gaben häufiges Stehen annähernd gleich häufig an wie das übrige Pflegepersonal; in Finnland und Frankreich war dies bei 22,6% beziehungsweise 24,3% der Fall.



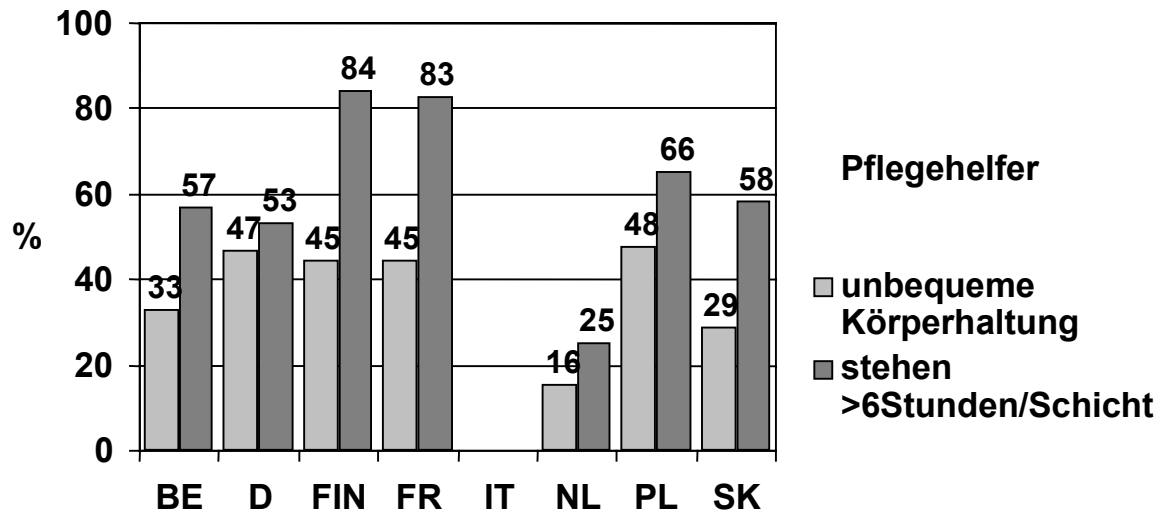


Abb. 12.2a-b Prozentsatz der Antwortenden, die unbequeme Körperhaltungen (>6Std./Schicht) und verlängertes Stehen (>6Std./Schicht) angaben, nach examinieren Pflegekräften (obere Abb.) und Pflegehelfern (untere Abb.)

Arbeitszufriedenheit in Bezug auf körperliche Arbeitsbedingungen nahm mit der Höhe der beruflichen Position zu. 50,8% der Pflegehelfer, 46,6% der examinieren Pflegenden sowie des Fachpflegepersonals, 41,5% der sonstigen qualifizierten Pflegenden und 34,2% des Leitungspersonals waren unzufrieden oder sehr unzufrieden mit den allgemeinen körperlichen Arbeitsbedingungen. Mehr als 80% der examinieren Pflegekräfte in Deutschland, Belgien, Polen, der Slowakei und den Niederlanden betrachteten ihre Arbeit als körperlich anstrengend (61,1% in Finnland) (Abb. 12.3). In Frankreich äußerten sich 23,4% der Stationsleitungen unzufrieden hierüber, im Gegensatz dazu lag der Anteil in Polen bei 86,7%.

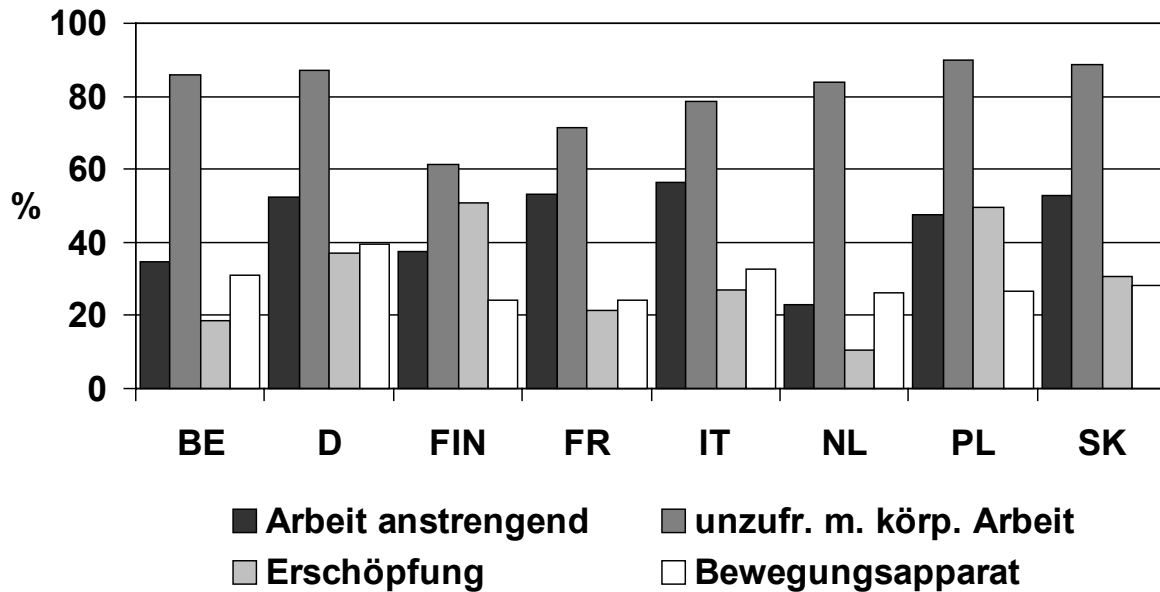


Abb. 12.3 Prozentsatz der examinieren Pflegekräfte, die angaben, dass ihre Arbeit körperlich anstrengend sei („Arbeit anstrengend“), die unzufrieden mit der körperlichen Arbeit waren („unzufr. m. körp. Arbeit“), die über Erschöpfung infolge der körperlichen Belastung („Erschöpfung“) sowie über Störungen am Bewegungsapparat klagten („Bewegungsapparat“) nach Land

37,5% der Pflegehelfer, 28,9% der examinieren Pflegekräfte und 24,4% der Befragten in leitenden Positionen berichteten über Erschöpfung als Folge der körperlichen Anforderungen. In den Niederlanden berichteten alle Gruppen der Pflegenden über nur geringe Erschöpfung (unter 11%). Über 40% der finnischen und der polnischen Pflegehelfer, examinieren Pflegekräfte und Leitungen und der deutschen und französischen Pflegehelfer gaben an, durch ihre Arbeitssituation sehr erschöpft zu sein.

Ihre allgemeine Gesundheit wurde von 35,6% der Pflegehelfer, 23,6% der examinieren Pflegekräfte und der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung, 20,4% der Pflegenden in leitenden Positionen und 27,3% des übrigen Personals als schlecht oder mittelmäßig eingeschätzt. Weniger als 9% aller Pflegenden jeder beruflichen Ebene in den Niederlanden schätzten sich selbst als körperlich erschöpft „an drei bis fünf Tagen pro Woche oder täglich“ ein. Im Gegensatz dazu stieg dieser Anteil bei Pflegehelferspersonal auf über 25% in allen anderen Ländern und bei slowakischen und deutschen Examinieren sowie deutschen und italienischen Stationsleitungen. Störungen des Bewegungsapparats waren häufig und bei mehr als einem Viertel des Pflegepersonals aller beruflichen Niveaus war bereits eine ärztliche Diagnose einer Erkrankung des Bewegungsapparats gestellt worden. Bei den niederländischen Pflegenden traten Erkrankungen des Bewegungsapparates seltener auf. Die Pflegekräfte, die von größten körperlichen Belastungen durch ihre Arbeit berichteten, waren auch diejenigen, die bezweifelten, dass sie „auch in den nächsten zwei Jahren ihre Arbeit noch ausüben können“ (Antworten „unwahrscheinlich“ und „nicht sicher“). Pflegehelfer äußerten sich auch kritischer gegenüber der Einschätzung, in zwei Jahren noch in der Lage zu sein, die Arbeit auszuüben (21,4% insgesamt, 42,5% in Polen gegenüber 5,6% in den Niederlanden). Examinieren Pflegekräfte und Pflegekräfte mit

Fachweiterbildung waren weniger pessimistisch (insgesamt 15,4%; in Deutschland 36,6%, Italien: 19,0%, Niederlande: 4,4%).

Schlechte sowie mittelmäßige körperliche Gesundheit und körperliche Erschöpfung standen deutlich mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, im Zusammenhang (Abb. 12.4). Mehr als die Hälfte der Teilnehmer (57,6%), die angaben, täglich körperlich erschöpft zu sein, dachten mehrmals im Jahr oder öfter daran, den Beruf zu verlassen.

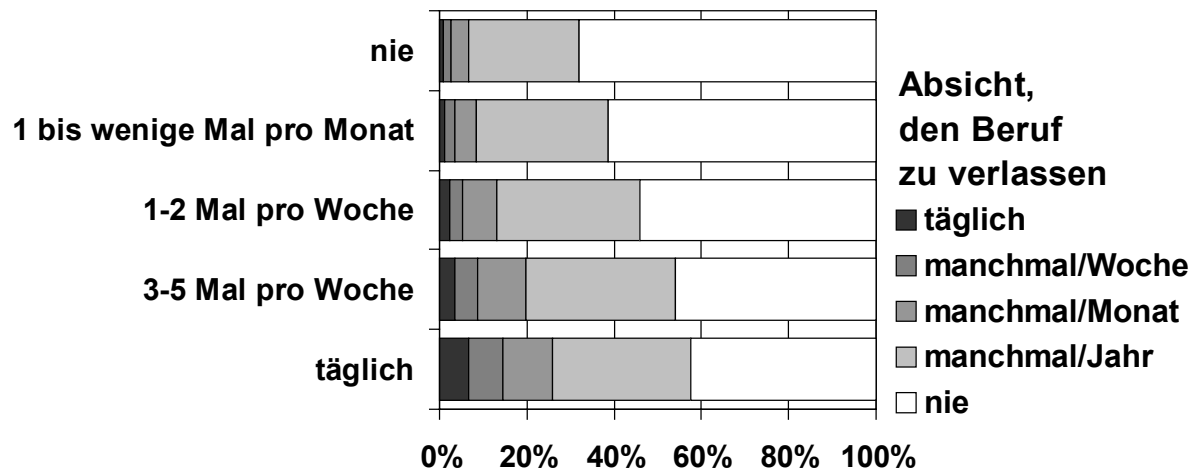


Abb. 12.4 Körperliche Erschöpfung und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Diskussion

Körperliche Arbeitsbelastungen und ihre gesundheitlichen Konsequenzen unterscheiden sich beträchtlich zwischen den einzelnen nationalen Stichproben. Die Daten aus den Niederlanden zeigen im Vergleich zu den anderen Ländern eine weitaus günstigere Arbeitssituation. Die zahlreichen Hebehilfen, die in diesem Land entwickelt und getestet wurden, haben ihre Einsetzbarkeit und Effektivität bewiesen (Knibbe & Friele, 1996). Länder, in denen Hebehilfen in geringerem Maß verfügbar sind, sind auch die Länder, in denen sie seltener eingesetzt werden, auch wenn sie vorhanden sind.

Eine Stationsstruktur mit kleinen Einheiten erlaubt während der Pflegearbeit und deren Vorbereitung weniger Gehen und Stehen zu müssen und bietet mehr Möglichkeiten zu sitzen. Die Kosteneffizienz von präventiven Rückenschulungen wurde nachgewiesen (Losel et al., 2002). Es muss trotzdem besonders betont werden, dass die Optimierung der körperlichen Belastung Pflegenden während ihrer gesamten beruflichen Tätigkeiten nicht möglich scheint. Obwohl alltäglich wiederkehrende Routinetätigkeiten durch spezielle Hebehilfen erleichtert werden können, ist deren Einsatz in Notfallsituationen, die schnelle Handlungen erfordern, praktisch unmöglich.

Eine genauere Analyse unter Berücksichtigung eventueller beeinflussender Faktoren, wie zum Beispiel Alter, Dienstalter, Geschlecht und Anzahl der Kinder wie auch das psychische Wohlbefinden sollte in einem weiteren Schritt dieser Studie durch-

geführt werden. Infolge dessen müssen diese vorläufigen Ergebnisse trotz der Tatsache, dass sie mit einer früheren Untersuchung übereinstimmen, (Estryn-Behar et al., 2001), mit Vorsicht betrachtet werden.

Literatur

Estryn-Behar, M.; Kaminski, M.; Peigne, E.; Maillard, M.F.; Pelletier, A.; Berthier, C.; Delaporte, M.F.; Paoli, M.C.; Leroux, J.M.: Strenuous working conditions and musculo-skeletal disorders among female hospital workers. *Int Arch Occup Environ Health* 62 (1990), 47-57

Estryn-Behar, M.; Duger, N.; Vinck, L.: Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998. *Rev Epidemiol Sante Publique* 49 (2001), 397-400

Knibbe, J.J.; Friele, R.D.: Prevalence of back pain and characteristics of physical workload of community nurses. *Ergonomics* 39 (1996), 2, 186-98

Loisel, P.; Lemaire, J.; Poitras, S.; Durand, M.J.; Champagne, F.; Stock, S.; Diallo, B.; Tremblay, C.: Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med* 59 (2002) 807-815

Reis, M.D.; Ryan, D.W.; Schaufeli, W.B.; Fidler, V. (Eds.): Organisation and Management of Intensive Care. Heidelberg: Springer 1998

Rutenfranz, J.: Arbeitsphysiologie. In: Valentin, H.; Lehnert, G.; Petry H.; Rutenfranz, J.; Stalder, K.; Wittgens, H.; Wojtowicz, H.-J. (Hrsg.): *Arbeitsmedizin*. Stuttgart: Thieme 1985

Videman, T.; Nurminen, T.; Tola, S.; Kuorinka, I.; Vanharanta, H.; Troup, J.D.J.: Low back-pain in nurses and some loading factors of work. *Spine* 9 (1984) 400-404

13. Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europäischen Ländern

Maria Widerszal-Bazyl, Piotr Radkiewicz, Hans-Martin Hasselhorn, Paul Conway und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Das Demand-Control-Modell (DC-Modell) oder auch Job strain model (Karasek, 1979) und seine erweiterte Form, das Demand-Control-Support-Modell (DCS-Modell) (Johnson, 1989; Karasek & Theorell, 1990) haben in den letzten 20 Jahren die Arbeitsstressforschung beherrscht. Nach dem DC-Modell entstehen berufliche Belastungen durch das Zusammenspiel zweier Hauptaspekte des Arbeitsumfeldes: *psychische Anforderungen* und *Kontrolle* bzw. *Entscheidungsspielraum*. Die Art und Weise, in der Anforderungen in diesem Modell verstanden wurden, hat sich über Jahre entwickelt. Zu Beginn wurden sie hauptsächlich als quantitative Anforderungen und als aus Rollenkonflikten hervorgehende Anforderungen verstanden (Karasek, 1979). Später wurden zusätzliche Anteile wie zwischenmenschliche Konflikte (Spector, 1987), kognitive Anforderungen (Karasek et al., 1998) sowie qualitative und emotionale Anforderungen hinzugefügt. Die Definition von Kontrolle bzw. Entscheidungsspielraum ist eine Besonderheit des Modells. Sie beinhaltet zwei Komponenten: die *Entscheidungsautorität*, also die Fähigkeit des Arbeitenden, Entscheidungen bezüglich seiner Arbeit zu treffen und die *Möglichkeit zur Kompetenzentwicklung* bei der Arbeit. Nach dem DC-Modell entsteht die größte Belastung bei Beschäftigten, deren Arbeit durch einerseits hohe Anforderungen und andererseits geringen Entscheidungsspielraum charakterisiert wird. Dieser Zustand wird allgemein als *job strain* bezeichnet.

Das erweiterte DCS-Modell geht davon aus, dass job strain das Ergebnis des Zusammenspiels dreier Dimensionen der Arbeit ist: hinzu kommt die *soziale Unterstützung* (vgl. Abb. 1), die auch als „*Summe der unterstützenden sozialen Interaktion bei der Arbeit sowohl durch Kollegen als auch Vorgesetzte*“ (Karasek & Theorell, 1990) definiert wurde. Nach dem DCS-Modell entsteht die höchste Belastung, wenn in einem Arbeitsumfeld die Anforderungen hoch, der Entscheidungsspielraum gering und die soziale Unterstützung niedrig sind.

Beide Modelle sind in zahlreichen Studien untersucht worden in Hinblick auf das Auftreten von z. B. Herz-Kreislaufkrankheiten und Beschwerden des Bewegungsapparates sowie psychischer Gesundheit wie z. B. Arbeitszufriedenheit, emotionale Erschöpfung und Depression. Einige konnten das Modell bestätigen, andere nicht (vgl. Überblick: Van der Doef & Maes 1998, 1999).

In verschiedenen Studien wurde versucht, das DC- und/oder das DCS-Modell auf die Pflegearbeit anzuwenden. Dabei wurde herausgefunden, dass job strain bei Pflegekräften mit Depression, geringer Arbeitszufriedenheit und einigen Aspekten von Burnout (Landsbergis, 1988; de Jonge et al., 1996) sowie erhöhtem Blutdruck und höheren Cortisolspiegeln (Fox et al., 1993) assoziiert war.

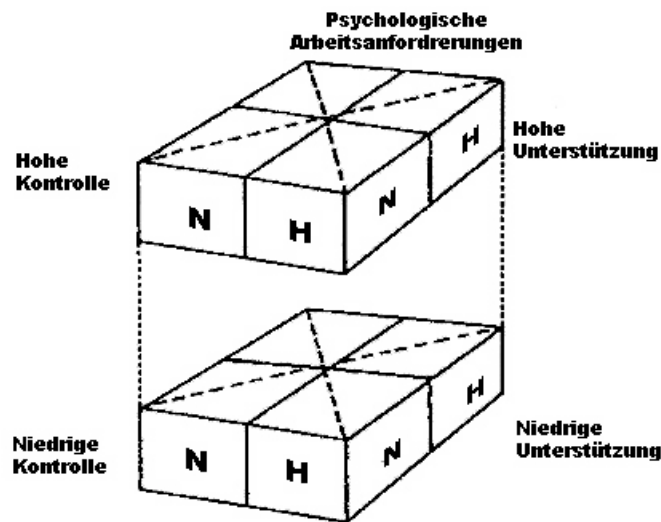


Abb. 13.1 Das Demand-Control-Support-Modell, N=Niedrig, H=Hoch

Nur in einer Untersuchung wurde das DCS-Modell angewendet, um den Zusammenhang von job strain und der Absicht, den eigenen Beruf zu verlassen, zu untersuchen, und zwar bei Strafvollzugsanstaaltsbeamten in Australien (Dollard & Winefield, 1998). Deren Ergebnisse stützen die Annahme, dass das Zusammenspiel von Anforderungen, Entscheidungsspielraum und sozialer Unterstützung einen Indikator für die Absicht, die Arbeit zu wechseln, darstellt. Daher nehmen die Autoren an, dass das DCS-Modell helfen kann, die Gründe für die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, zu verstehen. Darüber hinaus gibt die NEXT-Studie die Gelegenheit, diesen Aspekt zwischen verschiedenen europäischen Ländern zu vergleichen.

Methode

Instrument

Indizes von Arbeitsanforderungen, Entscheidungsspielraum und Sozialer Unterstützung wurden als Mittelwerte der entsprechenden Subskalen errechnet (vgl. letztes Kapitel in diesem Band):

Arbeitsanforderungen. Das Messinstrument besteht aus drei Subskalen, die verschiedene Aspekte der Anforderungen an Pflegekräfte umfassen: quantitative Anforderungen (5 Fragen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire), emotionale Anforderungen (4 Fragen der de Jonge Skala) und Anforderungen aus Rollenkonflikten und -unklarheiten (4 Fragen, die von NEXT entwickelt wurden). Die gesamte Skala für Arbeitsanforderungen bestand also aus 13 Fragen. Ihre innere Konsistenz war mit einem Cronbach's Alpha zwischen 0,74 (Deutschland, Niederlande) und 0,77 (Slowakei) zufrieden stellend.

Entscheidungsspielraum. Das Messinstrument besteht aus zwei Subskalen, die zwei Bereiche des Entscheidungsspielraums betrachten: der Einfluss bei der Arbeit (4 Fragen, die auf der schwedischen Version des DC-Fragebogens basieren) und die

Möglichkeit zur Weiterentwicklung (4 Fragen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire). Insgesamt bestand die Skala aus 8 Fragen, Cronbach's Alpha lag zwischen 0,70 (Niederlande) und 0,83 (Italien).

Soziale Unterstützung. Das Messinstrument besteht aus zwei Subskalen bezüglich der Unterstützung durch Vorgesetzte (4 Fragen) und der Unterstützung durch Kollegen (4 Fragen), die von Van der Heijden entwickelt wurden (Van der Heijden 1998). Die gesamte Skala zu Sozialer Unterstützung enthält 8 Fragen, Cronbach's Alpha lag zwischen 0,77 (Frankreich, Niederlande) und 0,82 (Italien, Deutschland, Slowakei).

Job strain. Job strain wird im Folgenden verstanden als die Kombination von Arbeitsanforderungen, Entscheidungsspielraum und sozialer Unterstützung. Es wird errechnet als Produkt der drei oben genannten Variablen (die Werte für Entscheidungsspielraum und Soziale Unterstützung müssen hierbei umgepolt werden). Je höher der job strain, desto höher waren also die Arbeitsanforderungen und desto niedriger waren der Entscheidungsspielraum und die Soziale Unterstützung. Der Index reichte von 1 bis 125 Punkten, hohe Werte stehen für belastende Arbeitsbedingungen.

Datensammlung

Datensammlung und Teilnahme werden in den entsprechenden Kapiteln dieses Buches beschrieben.

Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mittels SPSS 11.0 durchgeführt. Die allgemeinen Mittelwerte wurden mit univariaten Varianzanalysen (ggf. mit post-hoc Scheffé-Test) verglichen. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha < 0,01$ festgesetzt.

Tab. 13.1 Überblick über die Teilnehmer nach Ländern und Arbeitsanforderungen, Entscheidungsspielraum, Sozialer Unterstützung und job strain

Land	n Gesamt	n Arbeits- anforderungen	n Entscheidungs- spielraum	n Soziale Unterstützung	n job strain
Belgien	4.257	4.255	4.243	4.216	4,206
Deutschland	3.565	3.564	3.553	3.535	3,525
Finnland	3.970	3.968	3.959	3.929	3,923
Frankreich	5.376	5.366	5.362	5.333	5,327
Großbritannien	2.578	2.571	2.571	2.554	2,550
Italien	5.645	5.592	5.543	5.492	5,450
Norwegen	2.733	2.728	2.701	2.670	2,643
Niederlande	4.019	4.018	4.010	3.972	3,965
Polen	3.263	3.246	3.207	3.187	3,148
Slowakei	3.396	3.366	3.318	3.263	3,213
<i>Gesamt</i>	<i>38.802</i>	<i>38.674</i>	<i>38.467</i>	<i>38.151</i>	<i>37.950</i>

Ergebnisse

Arbeitsanforderungen, Entscheidungsspielraum und Soziale Unterstützung

Abbildung 13.2 zeigt, dass die Werte für Arbeitsanforderungen in Großbritannien und Deutschland am höchsten waren (3,3 beziehungsweise 3,2 auf einer Skala von 1 bis 5) und in Norwegen am niedrigsten (2,7). Der Entscheidungsspielraum war in Norwegen deutlich am höchsten (3,9 auf einer Skala von 1 bis 5) und am niedrigsten in Italien und Polen (3,3). Die größten Unterschiede zwischen den nationalen Stichproben wurden bei der Messung der Sozialen Unterstützung deutlich. Großbritannien und Belgien mit den höchsten Werten (3,6 beziehungsweise 3,5 auf einer Skala von 1 bis 5) unterschieden sich in großem Maße von Italien mit einem Mittelwert von 3,1. Da sehr große Stichproben untersucht wurden, waren alle Unterschiede der Mittelwerte signifikant, die 0,1 Punkte oder mehr ausmachten.

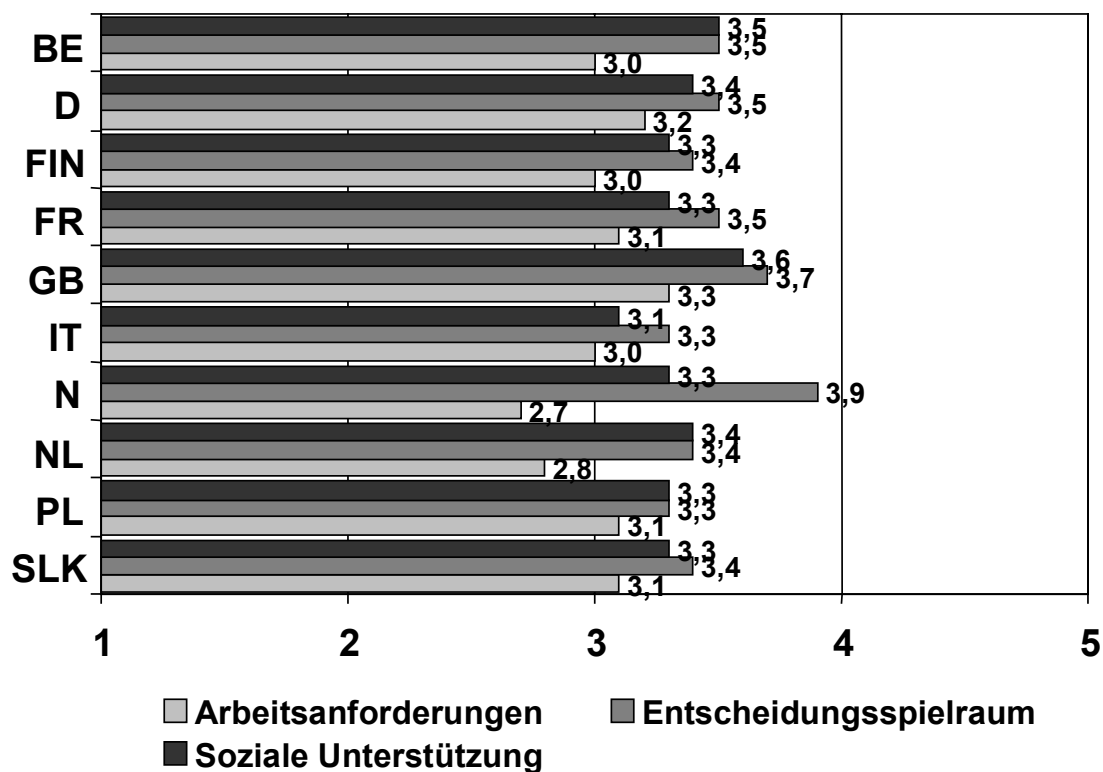


Abb. 13.2 Mittelwerte der Skalen für Anforderungen, Entscheidungsspielraum und Soziale Unterstützung bei Pflegekräften nach Ländern. Mögliche Wertebereiche von 1 bis 5. Hohe Werte zeigen einen hohen Grad an Anforderungen, Entscheidungsspielraum oder Unterstützung an.

($n_{\text{Anforderungen}}=38.674$; $n_{\text{Kontrolle}}=38.467$; $n_{\text{Unterstützung}}=38.151$)

Bei den DCS-Maßen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Allerdings zeigten sich Altersabhängigkeiten: In den meisten Ländern nahmen die Mittelwerte für Anforderungen und für Soziale Unterstützung mit zunehmendem Alter ab. In der gesamten Stichprobe fanden sich für die jüngsten Antwortenden (unter 30 Jahre) höhere Anforderungen (3,1) und höhere Soziale Un-

terstützung (3.5) als ältere (über 30 Jahre, 2.9 bzw. 3.3). Das Verhältnis von Entscheidungsspielraum und Alter schien nur für die Slowakei ein deutliches Muster zu zeigen, hier zeigten Ältere höhere Werte für Entscheidungsspielraum als Jüngere (3.4 vs. 3.2).

Job strain

Job strain war in Italien (24,8) und in Polen (23) mit Abstand am höchsten und in Norwegen deutlich am niedrigsten (15,4). Die Mittelwerte der Länder mit den niedrigsten Werten (Norwegen, Großbritannien, Belgien und Niederlande) und den höchsten Werten (Italien, Polen) unterschieden sich signifikant von denen der „mittleren“ Gruppe (Deutschland, Finnland, Frankreich und der Slowakei), in der alle Unterschiede nicht signifikant waren. Zusätzlich wurden zwischen Belgien, den Niederlanden und Großbritannien keine signifikanten Mittelwertunterschiede festgestellt, wohingegen sich alle diese Länder signifikant von Norwegen unterschieden.

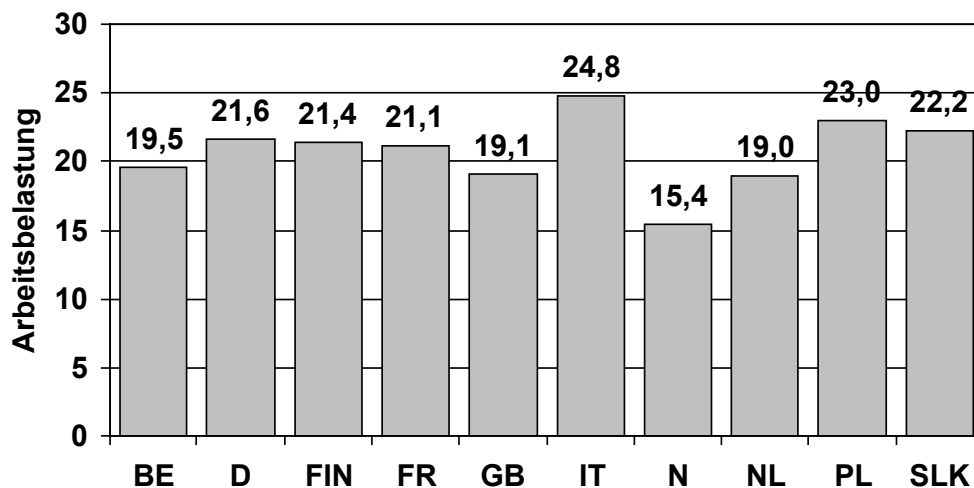


Abb. 13.3 Mittelwerte für job strain bei Pflegekräften nach Ländern. Möglicher Wertebereich von 1 bis 125. ($n_{\text{gesamt}}=37.950$)

Eine Beziehung zwischen job strain und dem Geschlecht wurde nicht beobachtet. In der gesamten Stichprobe nahm der Mittelwert für job strain mit dem Alter zu - die jüngsten Antwortenden (unter 30 Jahren) gaben eine geringere Belastung an (20,6) als die älteren (21,6). Trotzdem war die oben gezeigte Tendenz nur in bestimmten Ländern signifikant (Deutschland, Belgien und Niederlande). In der Slowakei wurde eine gegensätzliche Tendenz beobachtet: Jüngere Antwortende gaben höhere Belastungswerte an.

Job strain und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen

Job strain war in der gesamten Stichprobe deutlich mit der Absicht verbunden, den Pflegeberuf zu verlassen (Abb. 13.4). Ein häufiger Wunsch, den Beruf zu verlassen, war mit hohem job strain assoziiert. Antwortende, die täglich über das Verlassen des Berufes nachdachten, zeigten höhere Werte für job strain (29,8) als solche, die nie (19,0) oder nur manchmal (23,2) entsprechende Gedanken hatten. Alle Unterschiede waren signifikant.

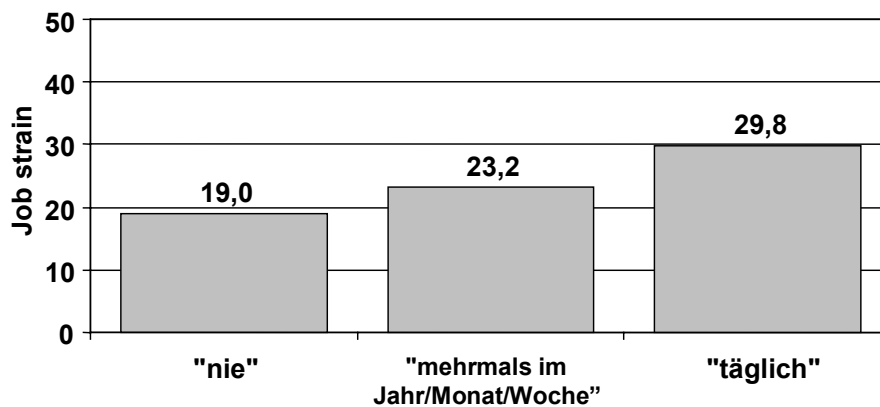


Abb. 13.4 Mittelwerte für job strain in Verbindung mit der Frage: *Wie oft haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?* Möglicher Wertebereich von 1 bis 125. ($n_{\text{gesamt}}=34.416$)

Diskussion

Das psychosoziale Arbeitsumfeld norwegischer, belgischer, britischer und niederländischer Pflegekräfte ist nach unseren Analysen besser als das Arbeitsumfeld in den übrigen Ländern: job strain war hier am geringsten. Die Gründe hierfür sind vielfältig. So schätzten beispielsweise britische Pflegekräfte ihre Arbeitsanforderungen als sehr hoch ein, schienen aber gleichzeitig über ausreichende Ressourcen zu verfügen, ihnen zu begegnen: hohen Entscheidungsspielraum und hohe Soziale Unterstützung. Auf der anderen Seite nahmen norwegische Pflegekräfte geringe Anforderungen und hohen Entscheidungsspielraum wahr, obwohl ihre Soziale Unterstützung relativ gering war. Italien und Polen stellten das schwierigste psychosoziale Arbeitsumfeld dar: Relativ hohe Anforderungen waren mit dem geringsten Entscheidungsspielraum und der niedrigsten Sozialen Unterstützung verbunden.

Unsere vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass das DCS-Modell ein sinnvolles Instrument für die Analyse der Vielfalt der beruflichen Belastungen und einzelner zu Grunde liegender Komponenten in einer großen europäischen Stichprobe ist. Das Modell selbst und die in der NEXT-Studie angewendete Operationalisierung zeigten sich sensibel gegenüber länderbezogenen Differenzen und Altersunterschieden. In Deutschland, Belgien und den Niederlanden waren hoher job strain mit zunehmendem Alter verbunden, während eine gegenläufige Tendenz in der Slowakei beobachtet wurde.

Es wird zum Teil behauptet, dass die Absicht, den Beruf zu verlassen, auf zwei verschiedene Gründe zurückgeführt werden kann: einerseits auf Stress und Unzufriedenheit mit der Arbeit und andererseits auf die Kraft und den optimistischen Glauben auf Verbesserung der Situation. Die Ergebnisse zeigen, dass die Absicht, den Beruf zu verlassen, in signifikantem Zusammenhang mit job strain steht. Die relative Rolle dieser Mechanismen kann durch weitere Analysen im Rahmen der NEXT-Studie noch besser verstanden werden. Auf mögliche Konsequenzen für betriebliche Interventionen mit dem Ziel, Pflegekräfte im Beruf zu halten, könnte dann genauer eingegangen werden.

Literatur

De Jonge, J.; Janssen, P.P.M.; van Breukelen, G.J.P.: Testing the Demand-Control-Support Model among health-care professionals: a structural equation model. *Work & Stress* 10 (1996) 209-224

Dollard, M.F.; Winefield, A.H.: A test of the Demand-Control/Support Model of work stress in correctional officers. *Journal of Occupational Health Psychology* 3 (1998) 243-264

Fox, M.L.; Dwyer D.J.; Ganster, D.C.: Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal* 36 (1993) 289-318

Johnson, J.V.; Hall, E.M.; Theorell, T.: Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand. J. Work Environ. Health* 15 (1989) 271-279

Karasek, R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24 (1979) 285-308

Karasek, R.A.; Brisson, C.; Kawakami, N.; Houtman, I.; Bongers, P.; Amick, B.: The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for international comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Questionnaire* 4 (1998) 322-355

Karasek, R.A.; Theorell, T.: *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books 1990

Landsbergis, P.A.: Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior* 9 (1988) 217-239

Spector, P.E.: Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers. *Work & Stress* 1 (1987) 155-162

Van der Doef, M.; Maes, S.: The Job Demand-Control (-Support) Model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health* 13 (1998) 909-936

Van der Doef, M.; Maes, S.: The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress* 13 (1999) 87-114

Van der Heijden, B.M.: The measurement and development of professional expertise throughout the career. Dissertation University of Twente, Enschede 1998

14. Effort Reward Imbalance in der Pflege in Europa

Hans-Martin Hasselhorn, Maria Widerszal-Bazyl, Piotr Radkiewicz und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Es gibt zahlreiche Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang von ungünstigen psychosozialen Arbeitsbedingungen und Krankheit/Beschwerden wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-erkrankungen (Schnall et al., 2000; Kristensen, 1999; Kuper et al., 2002) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (Bongers et al., 1993; Leino & Hänninen, 1995). Angesichts der Vielfalt und Komplexität psychosozialer Arbeitsbedingungen ist es notwendig, potenzielle krank machende Stressoren bei der Arbeit zu identifizieren und anschließend zu operationalisieren. Den ersten weithin anerkannten Versuch hierzu machte Ende der 70er Jahre der Amerikaner Robert Karasek, der in seinem „Demand-Control-Modell“ die Hypothese vertritt, dass das gleichzeitige Vorliegen hoher psychischer Arbeitsanforderungen und geringen Entscheidungsspielraums bei der Arbeit mit psychischen und physischen Gesundheitsstörungen in Zusammenhang steht (Karasek, 1979) (vgl. vorhergehendes Kapitel). In den letzten zehn Jahren hat eine weitere Operationalisierung internationale Aufmerksamkeit erlangt. Diese zieht nicht nur das Ausmaß der ungünstigen psychosozialen Arbeitsbedingungen, sondern auch deren Bewertung durch die Beschäftigten in Betracht: Es handelt sich um Siegrists „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“, welches im Englischen „Effort Reward Imbalance Model“ (ERI) genannt wird (Siegrist, 1996a; 1996b). Das Modell basiert auf der Vorstellung, dass das Abweichen vom Prinzip der Reziprozität gegenseitigen Handelns zu Stresserfahrungen führt. Übertragen auf den Arbeitsplatz bedeutet dies, dass es ein Gleichgewicht geben muss zwischen dem, was der Beschäftigte gibt („effort“ - Aufwand) und dem, was er erhält („reward“ - Belohnung). Belohnung („reward“) steht hier nicht nur für das Gehalt, sondern auch für Anerkennung und Karriere-möglichkeiten einschließlich der Sicherheit des Arbeitsplatzes. Wenn in diesem sozialen Gefüge ein Ungleichgewicht auftritt, kann sich dies ungünstig auf die Gesundheit auswirken, vermittelt etwa durch eine übermäßige Aktivierung des autonomen Nervensystems (Siegrist, 1996b). In mehreren Studien wurde herausgefunden, dass solche Ungleichgewichte in Verbindung mit Herz-Kreislauf-erkrankungen stehen (Kuper et al., 2002; Schnall et al., 2000). Eine weitere Annahme von Siegrist ist, dass Menschen mit einem ausgeprägten arbeitsbezogenen Engagement und einem hohen Bedarf an Anerkennung („Overcommitment“) ein Ungleichgewicht stärker erfahren und einer noch größeren Gefahr von Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgesetzt sind (Siegrist, 1996b).

Schließlich vertritt Siegrist die These, dass Bedingungen für Ungleichgewichte besonders in instabilen Gesellschaften vorherrschen, d. h. in Gesellschaften, die sich in einer Umbruchphase befinden (Siegrist, 1996b), wie seit den frühen 90er Jahren die osteuropäischen Länder. Aber nicht nur ganze Gesellschaften, sondern auch Wirtschaftssektoren können sich im Umbruch befinden, wie zum Beispiel die Gesundheitssysteme einiger europäischer Länder. Daher scheint das ERI-Modell besonders für die Untersuchung der Pflegekräfte in Europa geeignet.

In dieser Veröffentlichung werden nationale Unterschiede hinsichtlich der drei Anteile des ERI-Modells dargestellt und auf den Zusammenhang des ERI-Ungleichgewichts mit dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, eingegangen.

Methode

Das ERI-Instrument

In NEXT wurde die 23-Fragen-Kurzform des ERI-Fragebogens genutzt (Siegrist, in Druck). *Aufwand* wird hier durch sechs Fragen erfasst, die hauptsächlich quantitative Arbeitsbelastungen erheben. Hohe Werte stehen für eine hohe erlebte Belastung des Antwortenden. *Belohnung* wird durch elf Fragen gemessen, die die zentralen Aspekte von Belohnung betrachten: Gehalt, Anerkennung und Entwicklungsmöglichkeiten einschließlich Arbeitsplatzsicherheit. Auch hier wird das Ausmaß an erlebter Belastung gemessen. Hohe Werte zeigen eine hohe Belohnung oder eine niedrige erlebte Belastung an. Sechs Fragen zu *Overcommitment* untersuchen die Fähigkeit einer Person, sich von den Anforderungen der Arbeit zu distanzieren. Um das Verhältnis zwischen Aufwand und Belohnung zu messen und damit ein etwaiges Ungleichgewicht zu erfassen, wird ein ERI-Quotient wie folgt berechnet: Aufwand / Belohnung x Korrekturfaktor (Faktor, der die unterschiedliche Anzahl von Fragen der beiden Skalen ausgleicht).

Datengewinnung

Die Datensammlung und Teilnahme wird in den entsprechenden Kapiteln dieses Buches beschrieben. Aus technischen Gründen lagen für die finnische Skala für Belohnung keine Daten vor. Die norwegischen Daten für Belohnung hatten viele fehlende Angaben. Hier kann ein systematischer Fehler (möglicherweise das Fragebogenlayout) nicht ausgeschlossen werden. Diese Daten wurden nicht in die Analyse aufgenommen. Konsequenterweise konnte hier kein Verhältnis von Aufwand und Belohnung berechnet werden.

Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mit SPSS 10.0 und 11.0 durchgeführt. Unterschiede der Mittelwerte wurden mittels univariaten Varianzanalysen und t-Tests berechnet, Differenzen der Prävalenzen wurden durch den Chi²-Test bestimmt. Aufgrund der großen Stichprobe wurde das Signifikanzniveau auf alpha <0,01 festgesetzt. Die psychometrischen Voraussetzungen der Skalen sind im letzten Kapitel dargestellt.

Tab. 14.1 Überblick über die Teilnehmer nach Land und ERI-Skala. Für die finnische Skala für Belohnung waren keine Daten verfügbar. (*nicht in die Analyse aufgenommen)

Land	Abk.	n _{Gesamt}	n _{Aufwand}	n _{Belohnung}	n _{over-commitment}	n _{ERI-Quotient}
Belgien	BE	4.257	4.172	4.104	4.166	4.063
Deutschland	D	3.565	3.525	3.484	3.526	3.453
Finnland	FIN	3.970	3.862	-	3.929	-
Frankreich	FR	5.376	5.346	5.344	5.298	5.338
Italien	IT	5.645	5.394	5.354	5.350	5.249
Norwegen	N	2.733	1.514	473*	2.665	-
Niederlande	NL	4.019	3.991	3.980	3.993	3.968
Polen	PL	3.263	3.141	3.108	3.179	3.067
Slowakei	SLK	3.396	3.283	3.191	3.189	3.160
<i>Gesamt</i>		<i>36.224</i>	<i>34.228</i>	<i>29.038</i>	<i>35.295</i>	<i>28.726</i>

Ergebnisse

Aufwand

Die Mittelwerte für Aufwand (effort) waren in der deutschen Stichprobe am höchsten (17,7) und in der niederländischen am niedrigsten (11,3) (Abb. 14.1). Signifikante Unterschiede bestanden zwischen allen Ländern außer zwischen Finnland, Polen und Italien. Frauen zeigten in allen Ländern mit Ausnahme Italiens höhere Werte als Männer, diese Unterschiede waren in Finnland, Frankreich, Polen und der Slowakei signifikant. In den meisten Ländern stiegen die Mittelwerte für den Aufwand mit zunehmendem Alter insgesamt um etwa ein bis zwei Punkte an. Der größte Anstieg erfolgte zwischen der jüngsten Altersgruppe (<24 Jahre) und der von 25 bis 29 Jahren. In Italien und den Niederlanden zeigte sich eine kontinuierliche Abnahme von Aufwand mit steigendem Alter.

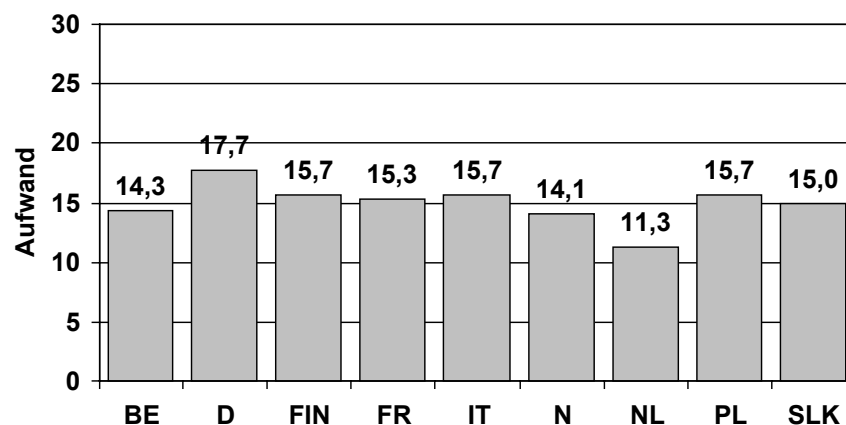


Abb. 14.1 Mittelwerte für die ERI-Aufwand-Skala bei Pflegekräften nach Ländern. Möglicher Wertebereich von 6 bis 30, n_{gesamt}=34.228. Hohe Werte zeigen hohen Aufwand an.

Belohnung

Die Werte für Belohnung waren in den Niederlanden am höchsten und in Italien, der Slowakei und Deutschland am niedrigsten. Das heißt, dass sich Pflegekräfte in diesen drei zuletzt genannten Ländern infolge von Mangel an Belohnung am meisten belastet fühlten. Alle Unterschiede zwischen den Ländern, außer zwischen der Slowakei und Italien bzw. Deutschland, waren signifikant. In der gesamten Stichprobe zeigten Frauen etwas höhere Werte für Belohnung (45,0) als Männer (43,9; $p < 0,001$).

Es bestand ein U-förmiger Zusammenhang zwischen Belohnung und Alter. Die jüngsten Altersgruppen gaben etwa den gleichen Grad an Belohnung an wie die ältesten Altersgruppen ihres Landes, 25-35-Jährige erlebten im Mittel die geringste Belohnung. Dieses Muster war in Ländern mit niedrigen Mittelwerten für Belohnung am deutlichsten ausgeprägt (Deutschland, Italien, Polen und in der Slowakei).

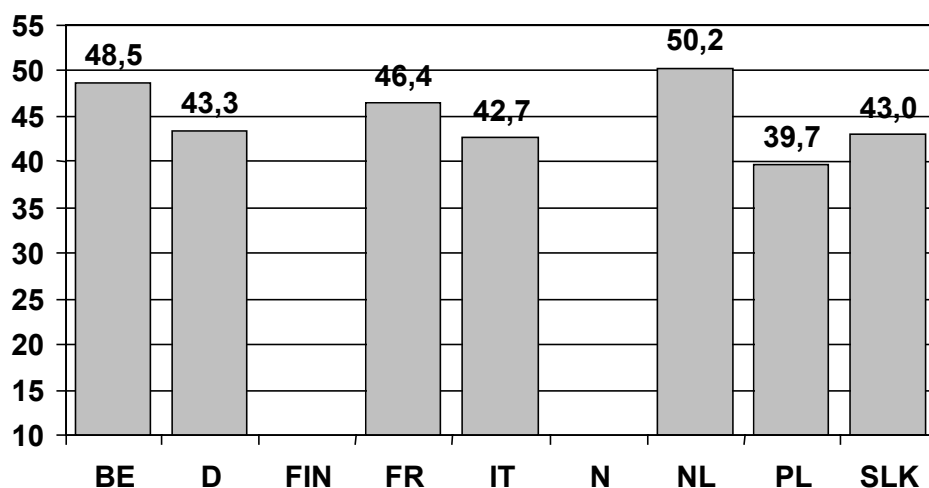


Abb. 14.2 Mittelwerte für die ERI-Belohnungs-Skala bei Pflegekräften nach Ländern. Möglicher Wertebereich von 11 bis 55, $n_{\text{gesamt}}=29.038$. Hohe Werte zeigen hohe Belohnung an.

Overcommitment

Werte für Overcommitment waren in den Niederlanden am geringsten und in der slowakischen und deutschen Stichprobe am höchsten. In diesen letztgenannten Ländern sind die Antwortenden also weniger in der Lage, sich von den Problemen ihrer Arbeit zu distanzieren. Die Unterschiede waren zwischen allen Ländern außer zwischen Belgien, Frankreich und Italien sowie zwischen Deutschland und Polen signifikant. In allen Ländern außer in Norwegen und Polen gaben Frauen signifikant höhere Werte für Overcommitment an als Männer. In den meisten Ländern folgte das Verhältnis von Overcommitment und Alter einer „J-Form“. Pflegekräfte zwischen 30 und 40 Jahren zeigten das niedrigste Overcommitment, die älteren Altersgruppen das höchste.

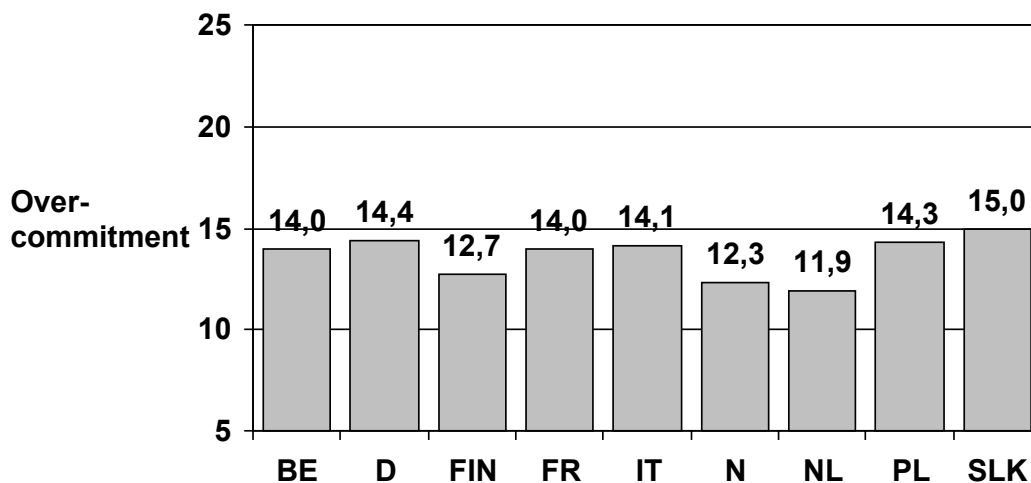


Abb. 14.3 Mittelwerte für die ERI-Overcommitment-Skala bei Pflegekräften nach Ländern. Hohe Werte zeigen hohes Overcommitment und damit ungünstige Verhältnisse an. Möglicher Wertebereich von 6 bis 24, $n_{\text{gesamt}}=35.295$

Der ERI-Quotient

Der ERI-Quotient erfasst das Verhältnis zwischen Aufwand und Belohnung. Niedrige Quotienten von annähernd Null spiegeln ein günstiges Verhältnis von Arbeitsaufwand und den erhaltenen Belohnungen wider (Siegrist 1996a; 1996b). Quotienten „über 1,0“ zeigen, dass der geleistete Aufwand nicht durch ausreichende Belohnungen ausgeglichen wird und dass damit ein erhöhtes Gesundheitsrisiko bestehen kann. In Polen, Deutschland, Italien und der Slowakei war der Anteil derer, die einen solchen ungünstigen Quotienten über 1 hatten, extrem hoch (Abb. 14.4), insbesondere in Vergleich mit anderen Untersuchungen. In der niederländischen Stichprobe war der Anteil erwartungsgemäß gering. Deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab es nicht (mit Ausnahme der deutschen Stichprobe, wo Männer häufiger einen ungünstigen Quotienten „über 1“ hatten; $p<0,001$).

In allen Ländern außer den Niederlanden stieg der ERI-Quotient mit zunehmendem Alter von der jüngsten Gruppe bis zum Alter von etwa 35 Jahren an. In den vier Ländern mit häufigem Vorkommen des ungünstigen Quotienten (Deutschland, Italien, Polen und die Slowakei) war hauptsächlich die Altersgruppe von (25) 30-40 Jahren betroffen.

Es bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem ERI-Quotient und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen (Abb. 14.5). Dies war in allen Ländern, für die Daten verfügbar waren, identisch. Annähernd jeder dritte Teilnehmer mit einem Quotienten „über 1“ dachte wenigstens „mehrfach im Monat“ darüber nach, den Pflegeberuf zu verlassen.

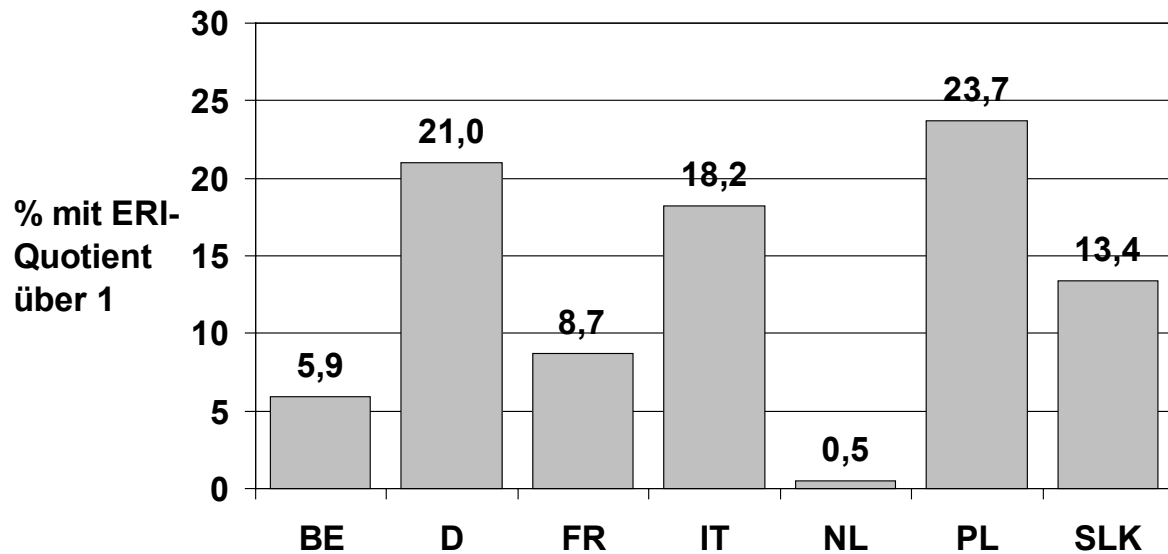


Abb. 14.4 Prozentsatz der Teilnehmer mit einem ERI-Quotient „über 1“. Ein ERI-Quotient „über 1“ zeigt ein ungünstiges Ungleichgewicht zwischen dem geleisteten Aufwand und der erhaltenen Belohnung am Arbeitsplatz an. Für Finnland und Norwegen waren keine Daten vorhanden ($n_{\text{gesamt}}=28.726$)

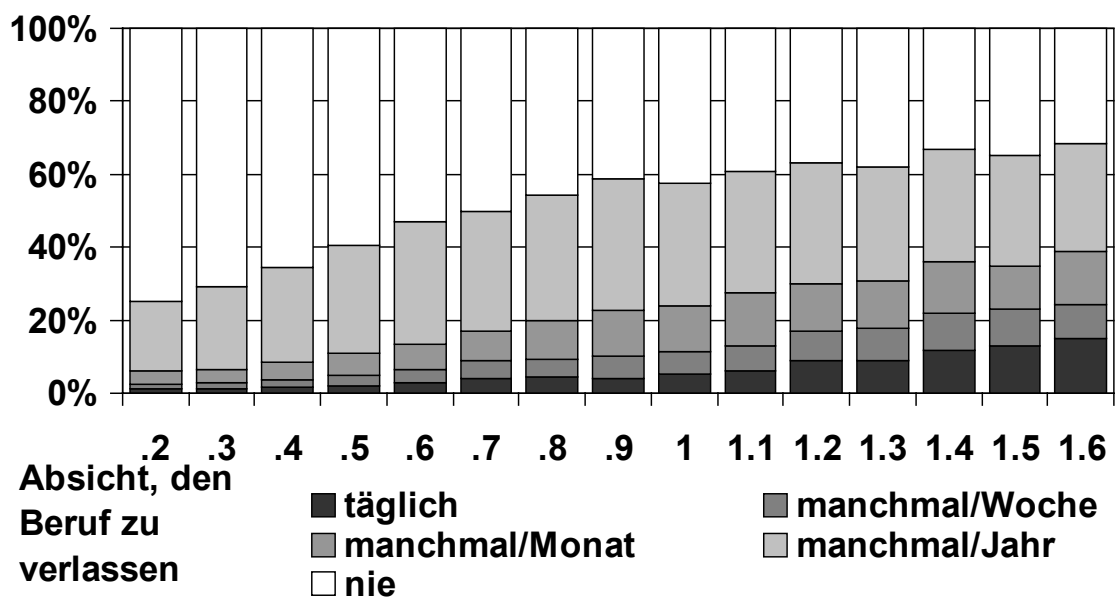


Abb. 14.5 Verteilung der Antworten auf die Frage: *Wie häufig haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?* in Relation zum ERI-Quotient. Ein ERI-Quotient „über 1“ zeigt ein ungünstiges Ungleichgewicht von Aufwand und Belohnung. Für Finnland und Norwegen waren keine Daten vorhanden. ($n_{\text{gesamt}}=25.853$)

Diskussion

Die Untersuchung von Aufwand, Belohnung und Overcommitment, wie sie nach Siegrists Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996a; 1996b) definiert sind, hat bei allen Skalen deutliche Unterschiede zwischen den untersuchten nationalen Stichproben ergeben. Die Daten der Länder Polen, Deutschland, Italien und der Slowakei deuten auf besonders ungünstige Bedingungen. Für Polen und die Slowakei könnten die – nach wie vor andauernden – fundamentalen politischen und wirtschaftlichen Umwälzungen den großen Anteil von Pflegekräften erklären, die sich einem sehr ungünstigen Verhältnis von Aufwand und erlebter Belohnung ausgesetzt sehen. Für die ungünstigen Werte für Deutschland und Italien müssen andere Erklärungen gefunden werden. In der NEXT-Erhebung hat das Pflegepersonal dieser zwei Länder häufig sowohl die berufliche Belastung als auch Indikatoren für körperliche und psychische Gesundheit ungünstiger eingeschätzt als ihre Kollegen aus anderen Ländern (vgl. andere Kapitel dieses Buches). Zudem war dort der Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, häufiger. Bereits 1999 hat Killmer berichtet, dass sich im deutschen Pflegeberuf die Lücke zwischen den Anforderungen und Belohnung weitet. Es deutet nichts darauf hin, dass sich dieser Zustand verbessert hätte. Auch in Italien scheint es unter dem Pflegepersonal eine grundlegende Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen zu geben.

Eine detaillierte Analyse der Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Zukünftig sollten drei mögliche Gründe für die gefundenen ERI-Unterschiede zwischen den Ländern bewertet werden: a) ein unterschiedliches Antwortverhalten (so waren in der niederländischen Stichprobe die Werte der ERI-Skalen am günstigsten, allerdings war dort auch die Antwortquote sehr gering), b) unterschiedliche Einstellungen der nationalen Pflegekräfte und c) unterschiedliche Arbeitsbedingungen.

Der konsistent deutliche Zusammenhang zwischen der ERI und der Absicht, den Beruf zu verlassen, scheint für Einrichtungen des Gesundheitsdienstes in allen beteiligten Ländern von Bedeutung zu sein. Davon ausgehend, dass das Modell beruflicher Gratifikationskrisen diejenigen Aspekte, die Ziel organisatorischer Interventionen sein können erfasst, bieten die Daten der NEXT-Studie wertvolle Grundlagen für solche Maßnahmen. Allerdings erfordert dies detailliertere Analysen, die die Beziehung zwischen den drei Komponenten des ERI-Modells einerseits und den Arbeitsbedingungen, den privaten Bedingungen und organisatorischen Aspekten andererseits beinhalten. Letztendlich sollten die ERI-Komponenten mit so genannten "Endpunkten" wie Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in Beziehung gesetzt werden.

Literatur

Bongers, P.M.; de Winter, C.R.; Kompier, M.A.J.; Hildebrandt, V.H.: Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 19 (1993) 297-312

Karasek, R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 24 (1979) 285-308

Killmer, C.: Burnout bei Krankenschwestern. Dissertation. Münster: Lit. Verlag 1999

Kristensen, T.S.: Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scand J Work Environ Health* 25 (1999) 6, special issue 550-7

Kuper, H.; Singh-Manoux, A.; Siegrist, J.; Marmot, M.: When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 59 (2002) 777-784

Leino, P.I.; Hänninen, V.: Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders. *Scand J Work Environ Health* 21 (1995) 134-42

Schnall, P.L.; Belkic, K.; Landsbergis, P.; Baker, D.: The workplace and cardiovascular disease. *Occup Med State of the Art Reviews* 15 (2002) 13-34

Siegrist, J.; Starke, D.; Chandola, T.; Godin, I.; Marmot, M.; Niedhammer, I.; Peter, R.: The measurement of effort-reward imbalance at work. *European Comparison. Social Science & Medicine* 58 (2004) 1483-1499

Siegrist, J.: Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1 (1996a) 27-43

Siegrist, J.: Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen 1996b

15. Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen?

Hans-Martin Hasselhorn, Peter Tackenberg, Bernd Hans Müller und die NEXT-Studiengruppe

Einleitung

Die erste NEXT-Befragung im Herbst 2002 / Frühjahr 2003 eröffnet die Möglichkeit, drei zentrale Fragen der NEXT-Studie zu untersuchen: Wie viele Pflegende erwägen, den Pflegeberuf zu verlassen? Warum erwägen sie dies? Bei welchen Gruppen ist der Wunsch stärker ausgeprägt?

In diesem Kapitel beantworten wir diese Fragen auf europäischer Ebene. Hierzu wurden die Daten von neun teilnehmenden Ländern der NEXT-Studie ausgewertet sowie Daten aus Norwegen. Norwegen ist nicht Teil der NEXT-Studie, einige NEXT-Fragen wurden dort jedoch in einer umfassenden Befragung von kommunalen Angestellten unter Leitung von Professor Aslaug Mikkelsen (Rogaland Research Institute, Stavanger) verwendet. Die schwedischen NEXT-Partner haben die erste NEXT-Befragung nicht durchgeführt, da sie ähnliche Fragen in einer anderen Untersuchung bereits verfolgen.

Methode

In der NEXT-Studie wurde *die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen*, durch die Frage erfasst: „*Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?*“ Die Antwortkategorien waren „nie“, „einige Male im Jahr“, „einige Male im Monat“, „einige Male in der Woche“, „jeden Tag“ und „nicht zutreffend“.

In Italien und in Großbritannien wurde eine leicht abweichende Frage gestellt: „... *Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?*“ In den übrigen Ländern, in denen auch obige Frage gestellt worden war, waren die Antworten sehr hoch mit denen auf die erste Frage korreliert ($r=.88$), was die gemeinsame Auswertung der Fragen rechtfertigt. Weitere Details zur Durchführung der Befragung sind in Kapitel 1 dargestellt.

Für einige Analysen wurde die Gruppe der Antwortenden dichotomisiert: Solche, die „mehrmals monatlich oder mehr“ (im Folgenden als „oft“ bezeichnet) an den Berufsausstieg dachten, wurden mit denen verglichen, die dies weniger oder gar nicht taten. Der Grund für die Wahl dieses „cut offs“ war, dass die *gelegentliche* Erwägung eines solchen Schrittes („mehrmals im Jahr“) für die meisten Erwerbstätigen als normal angesehen werden kann. Dagegen werteten wir das *mehrfach monatliche* (oder häufigere) Erwägen als Ausdruck des ernstesten Wunsches, den Beruf zu verlassen.

Die Datenanalyse wurde mit SPSS 10.0 und 11.0 durchgeführt. Vergleiche der Mittelwerte erfolgten mittels univariater Varianzanalyse. Unterschiede in den Prävalenzen wurden durch χ^2 -Tests bestimmt.

Ergebnisse

34.925 Personen antworteten auf die Frage nach dem Berufsausstiegswunsch (Tabelle 15.1). Über die Hälfte von ihnen dachte nie daran, den Pflegeberuf zu verlassen. 15,6% der Antwortenden erwog dies „oft“ (wie oben definiert). Personen, die nicht auf die Frage geantwortet haben ($n=1.512$) oder die Antwortkategorie „trifft nicht zu“ verwendet haben ($n=2.365$), wurden nicht in die folgenden Analysen mit einbezogen.

Tab. 15.1 Verteilung der Antworten auf die Frage: *Wie oft in den vergangenen 12 Monaten haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?* ($n=34.925$; $n_{\text{trifft nicht zu}}=2.365$, $n_{\text{keine Antwort}}=1.512$).

Antwortkategorie	Anzahl	Prozent
Nie	18.811	53,9
Mehrmals im Jahr	10.662	30,5
Mehrmals monatlich	2.945	8,4
Mehrmals wöchentlich	1.364	3,9
Täglich	1.143	3,3
<i>Gültige Fälle</i>	<i>34.925</i>	<i>100,0</i>

Zwischen den teilnehmenden Ländern bestanden deutliche Unterschiede in Hinblick auf den Anteil derer, die daran dachten, den Pflegeberuf zu verlassen. Der mit Abstand größte Anteil wurde in Großbritannien gefunden (Tab. 15.2 und Abb. 15.1). Dort dachten 7,0% der Teilnehmenden täglich und 36,2% oft daran, den Pflegeberuf zu verlassen. Hohe Anteile von Pflegenden, die an den Ausstieg dachten, gab es auch unter den italienischen und deutschen Antwortenden (20,7% und 18,4% erwogen dies oft). Niedrigste Raten wurden dagegen in den Niederlanden (8,8%) und in Belgien gefunden (9,8%). In der Slowakei (11,7%), Polen (11,8%) und Norwegen (11,9%) war der Anteil der potenziellen Aussteiger ebenfalls relativ niedrig.

Tab. 15.2 Teilnehmer nach Land (*Werte von leicht abweichender Frage: *die Pflege zu verlassen und etwas anderes zu beginnen*).

Land	Abk.	Anzahl	n Absicht, Pflege zu verlassen	Anteil derer, die das Verlassen des Pflegeberufs mindestens „mehrmals im Monat“ erwägen
Belgien	BE	4.257	3.963	9,8
Deutschland	D	3.565	3.131	18,5
Finnland	FIN	3.970	3.920	14,2
Frankreich	FR	5.376	4.989	15,4
England	GB	2.578	2.365	36,2*
Italien	IT	5.645	5.211	20,7*
Norwegen	N	2.733	2.220	11,9
Niederlande	NL	4.019	3.660	8,8
Polen	PL	3.263	2.787	11,8
Slowakei	SLK	3.396	2.679	11,7
<i>Gesamt</i>		<i>38.302</i>	<i>34.925</i>	<i>15,6</i>

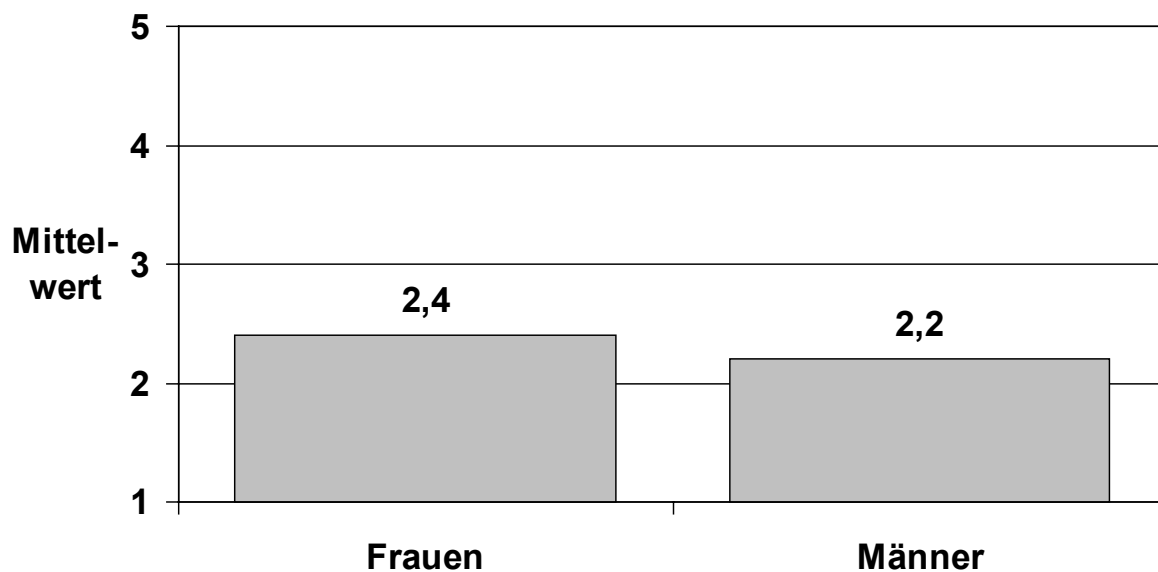


Abb. 15.1 Absicht, die Pflege zu verlassen nach Land. (n=34.924)

Absicht, die Pflege zu verlassen in Bezug auf Geschlecht

Männer erwogen den Berufsausstieg häufiger als Frauen (Abb. 15.2). Der Unterschied war signifikant in der Slowakei, Norwegen, Finnland, Belgien (alle $p < 0,05$) und in den Niederlanden ($p < 0,01$) und wurde in allen Altersgruppen gefunden, insbesondere in der Gruppe der 30-40 Jährigen. Lediglich in Italien dachten etwas mehr Frauen als Männer oft an den Berufsausstieg. Dabei ist der relativ hohe Anteil (25,9%) männlicher Teilnehmer in der italienischen Stichprobe zu berücksichtigen.

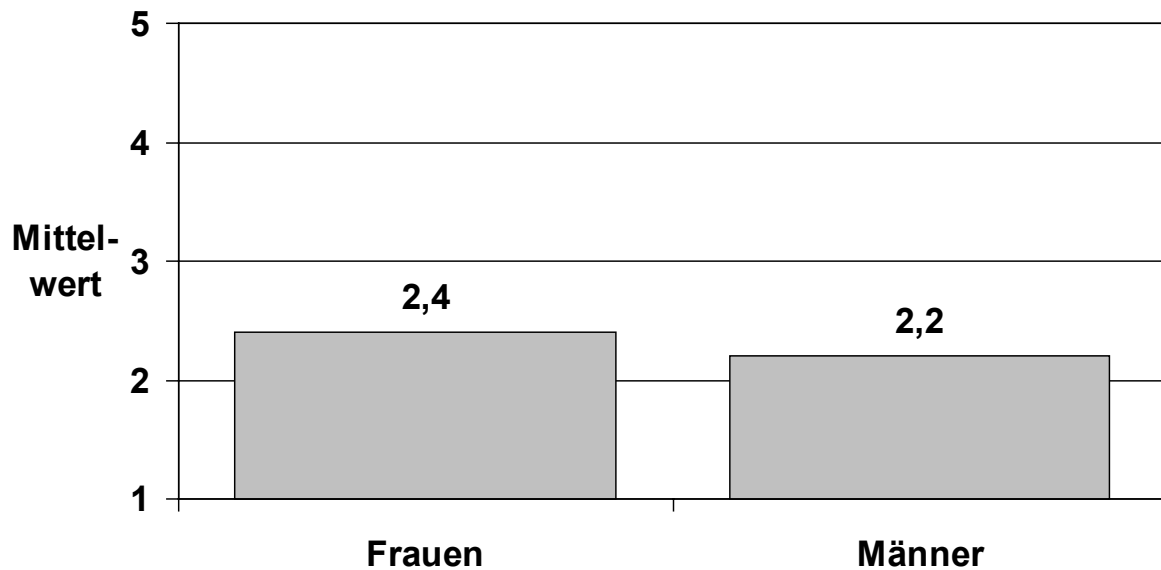


Abb. 15.2 Anteil von Pflegepersonal, welches oft an den Berufsausstieg denkt – nach Land und Geschlecht. (n=34.832)

Absicht, die Pflege zu verlassen in Bezug auf Alter

Die Absicht, die Pflege zu verlassen, variierte mit dem Alter. In der gesamten Teilnehmergruppe nahm der Anteil derer, die dies „oft“ erwogen, bis zur Altersgruppe von 30-35 Jahren zu, um in den folgenden Altersgruppen kontinuierlich abzusinken. Allerdings finden sich unterschiedliche Muster für verschiedene Länder (Abb. 15.3). Beachtenswert ist der konstante Abfall schon von der jüngsten Altersgruppe an in Finnland, Polen und in der Slowakei.

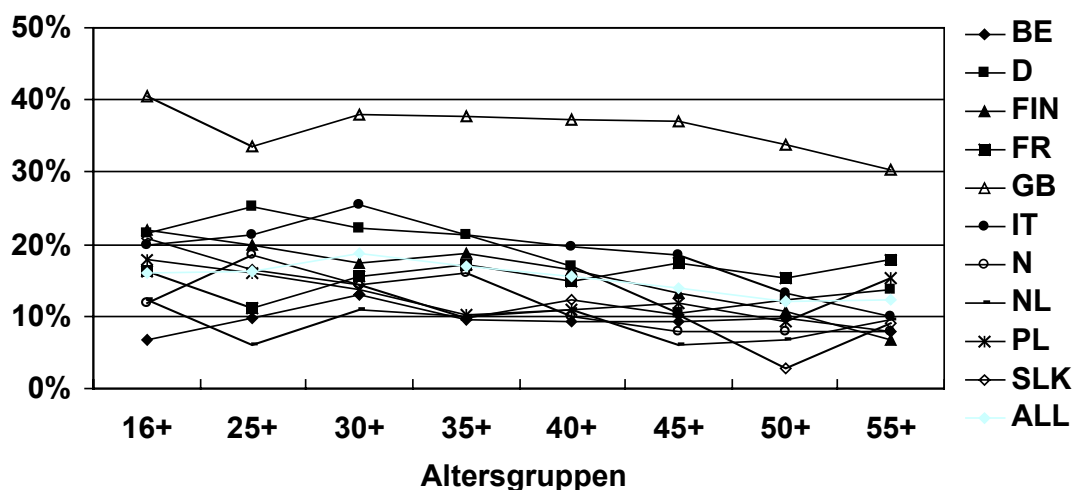


Abb. 15.3 Anteil des Pflegepersonals, welches mindestens „mehrmals monatlich“ erwog, den Pflegeberuf zu verlassen – nach Land und Alter.

Absicht, die Pflege zu verlassen in Bezug auf Qualifikationsniveau

Der Ausstiegswunsch war im Durchschnitt am höchsten bei Pflegepersonal mit höherem Qualifikationsniveau. 14,8% des examinierten Pflegepersonals und 15,0% der Examinierten mit Zusatzqualifikation dachten oft daran. Dagegen sank der Anteil bei Pflegehelfern auf 11,6% und bei Personen ohne Ausbildung auf 12,5%. Dieses Muster war in den meisten Ländern zu finden und in Italien besonders ausgeprägt (Abb. 15.4).

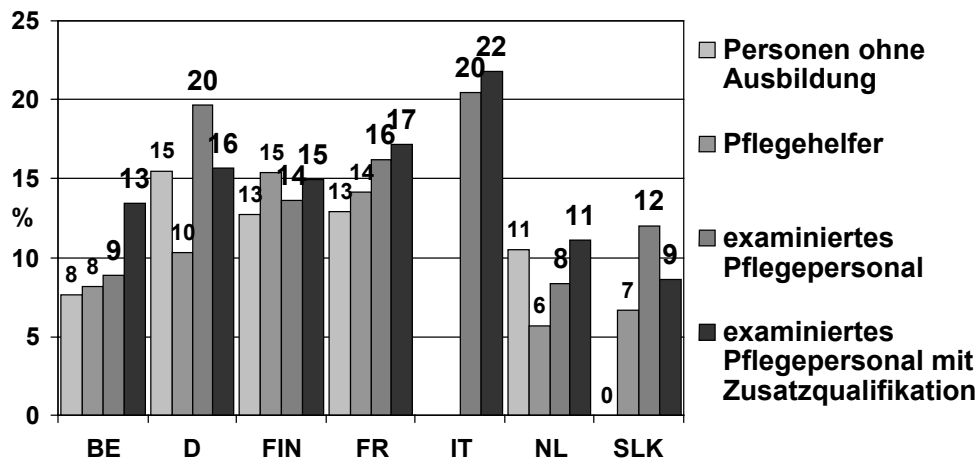


Abb. 15.4 Anteil von Pflegepersonal, welches häufig daran denkt, die Pflege zu verlassen – nach Land und Qualifikationsniveau. (n=29.731)

Absicht, die Pflege zu verlassen in Bezug auf Typ der Einrichtung

Bei Pflegepersonal in Krankenhäusern war der Wunsch, aus der Pflege auszusteigen, am größten (17,1% erwogen dies oft). Es folgten Pflegeheime mit 12,5% und der ambulante Pflegebereich mit 10,8%; dieser Trend war am deutlichsten bei jüngem Personal. Abbildung 15.5 zeigt jedoch, dass er nicht in sämtlichen teilnehmenden Ländern gleich ist.

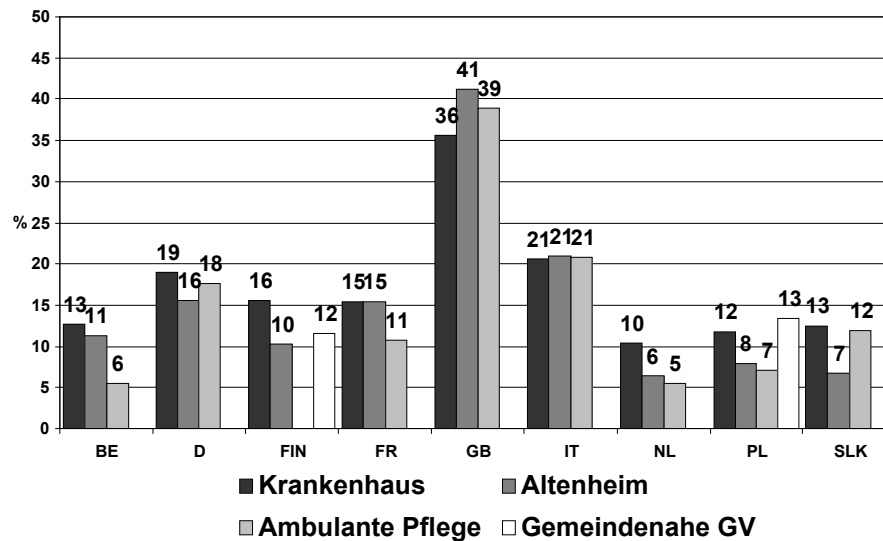


Abb. 15.5 Anteil von Pflegepersonal mit häufigem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen – in Bezug auf Einrichtungstyp und Land (n=35.802)

Absicht, die Pflege zu verlassen in Bezug auf Einrichtungen

Die Absicht, aus der Pflege auszusteigen, unterschied sich nicht nur zwischen den teilnehmenden Ländern sondern umso mehr zwischen den beteiligten Einrichtungen. In Deutschland nehmen 75 Einrichtungen an der NEXT-Studie teil. In diesen schwankte der Anteil der Antwortenden, die oft an einen Berufsausstieg dachten, zwischen 0% und 50%. Die ersten Analysen deuten darauf hin, dass die Absicht, den Beruf zu verlassen, stark mit Charakteristika der Einrichtungen verknüpft ist. Als Beispiel seien hier die 16 deutschen Krankenhäuser genannt, die an NEXT teilnehmen. Sie machten 2.544 der deutschen NEXT-Teilnehmer aus und trugen mit 38 bis 439 Teilnehmern zur Untersuchung bei.

In Einrichtungen, in denen nur wenige Beschäftigte „oft“ an den Berufsausstieg dachten, wurden deutlich günstigere Werte für einige psychosoziale und andere Aspekte bei der Arbeit gemessen. Abbildungen 15.6a-d zeigen dies für *quantitative Anforderungen*, *Arbeit/Familie-Konflikt*, *Führungsqualität* und *Burnout*, wobei jeder Punkt eine Einrichtung repräsentiert. Diese Assoziationen waren deutlich ausgeprägt und konsistent. Allerdings zeigen unsere Ergebnisse auch, dass es nicht möglich ist, diese Tendenz auf alle Einrichtungen gleichermaßen zu übertragen. So denken zum Beispiel in Einrichtung A 50% der Antwortenden oft an den Berufsausstieg. Dort sind die *quantitativen Anforderungen* sowie der *Arbeit/Familie-Konflikt* deutlich ausgeprägt und die Antwortenden sind mehr „ausgebrannt“. *Führungsqualität* wird dagegen sehr positiv bewertet.

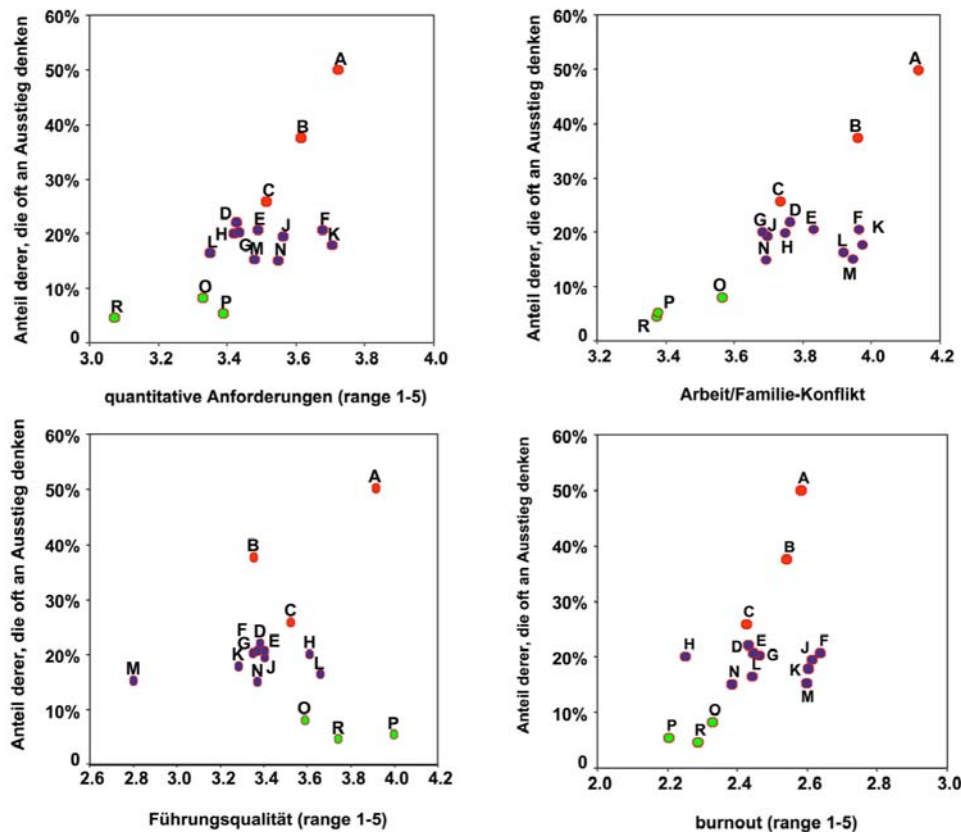


Abb. 15.6a-d Charakterisierung von 16 deutschen Krankenhäusern (A-P) durch den Anteil der Beschäftigten, die „oft“ daran denken, die Pflege zu verlassen (Y-Achse), in Bezug auf a) *quantitative Anforderungen*, b) *Arbeit/Familie-Konflikt*, c) *Führungsqualität* und d) *Burnout* (X-Achse).

Absicht, die Pflege zu verlassen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen

Wie in den vorherigen Kapiteln gezeigt, sind in unserer Untersuchung zahlreiche körperliche und psychosoziale Arbeitsumstände mit dem Wunsch assoziiert, den Pflegeberuf zu verlassen. Dies war der Fall für die Expositionsvariablen: „Bedeutung der Arbeit“, „Behandlungsunsicherheit“, „interpersonelle Konflikte“, „Entwicklungsmöglichkeiten“, Führungsqualität“, „soziale Unterstützung“, „Einfluss bei der Arbeit“, „Zufriedenheit mit der Bezahlung“, „körperliche Belastung“, „emotionale Anforderungen“, „quantitative Anforderungen“, „Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben“ (in Deutschland r von .07 bis (-).38; alle $p < 0,001$). Die Assoziationen mit dem Ausstiegswunsch waren sogar noch ausgeprägter, wenn so genannte „Endpunkte“ gemessen wurden, wie „Arbeitszufriedenheit“ ($r = -.49$) und „Burnout“ ($r = .35$). Auch „Arbeitsfähigkeit“ und „selbst berichtete Gesundheit“ zeigten den erwarteten Zusammenhang mit der Absicht, aus der Pflege auszusteigen ($r = .32$ und $-.20$, $p < 0,001$).

Diese bivariaten Befunde lassen es allerdings nicht zu, Rückschlüsse darauf zu ziehen, wo in einem Unternehmen interveniert werden kann, um Pflegepersonal vermehrt im Beruf zu halten. Häufig sind die oben genannten Aspekte eng miteinander verbunden (interkorreliert), z. B. „quantitative“ mit „körperlichen Anforderungen“. Um die für Interventionen relevanten Aspekte zu identifizieren, sind multivariate Analysen erforderlich, in denen diese Interkorrelationen berücksichtigt werden.

Solche Analysen sind nicht Gegenstand dieses Beitrags. Hier seien allerdings erste Ergebnisse von Analysen (lineare Regressionsanalyse) der deutschen Teilnehmergruppe erwähnt, die in Kürze veröffentlicht werden. Dort zeigte sich, dass es insbesondere die „Konflikte zwischen Arbeit und Familie“ sowie fehlende „Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit“ sind, die zum Wunsch aus der Pflege auszusteigen, beitragen.

Diskussion

Unterschiede zwischen den Ländern

Unsere NEXT-Ergebnisse zeigen, dass in Europa ein großer Anteil von Pflegepersonal im Beruf verbleiben will. Andererseits war es überraschend festzustellen, dass der Anteil derjenigen, die aus der Pflege aussteigen wollen, deutlich zwischen den teilnehmenden Ländern variiert. Nach unseren Ergebnissen sind es große Gruppen in Großbritannien, Deutschland und Italien, die an den Berufsausstieg denken, die besondere Beachtung verdienen. Dagegen waren dies in den Niederlanden und Norwegen nur sehr wenige Antwortende. Wie in den vorherigen Kapiteln gezeigt, werden in diesen Ländern für die Arbeitsbedingungen und die Gesundheitsindikatoren oft sehr günstige Werte erzielt. Offensichtlich kann Pflege in einigen Ländern durchgeführt werden, ohne dass es zu großen Anteilen unzufriedener, ausgebrannter und kranker Pflegenden kommt, die ihren Beruf verlassen wollen. Weitere Analysen sind erforderlich, um zu ermitteln, warum in einigen Ländern die Pflegekräfte eher im Beruf gehalten werden können als in anderen.

Es ist offensichtlich, dass die NEXT-Studie die Möglichkeit bietet, die Bedingungen in verschiedenen Ländern umfassend zu vergleichen und zu analysieren. Ein Beispiel soll dies erläutern: Innerhalb der Gruppe der Pflegenden nimmt die Arbeitsfähigkeit – gemessen mit dem „Arbeitsfähigkeitsindex“ („work ability index“, WAI, siehe Kapitel 11) – mit zunehmendem Alter ab (Abb. 15.7). In Italien war diese Abnahme am geringsten. Ältere italienische Pflegenden hatten im Mittel einen höheren – und damit günstigeren – „Arbeitsfähigkeitsindex“ als die meisten älteren Kolleginnen und Kollegen der anderen Länder. Allerdings handelte es sich in Italien um eine relativ kleine Gruppe: Der Anteil der über 50jährigen machte dort lediglich 12,1% der gesamten Teilnehmenden aus. Offensichtlich hatten zahlreiche italienische Krankenschwestern und -pfleger ihren Beruf bereits verlassen, möglicherweise auch aus gesundheitlichen Gründen.

Im Gegensatz zu Italien war die Abnahme des Arbeitsfähigkeitsindex am ausgeprägtesten in Finnland, wo die ältesten Berufsgruppen sehr niedrige Werte aufwiesen. Dort allerdings war der Anteil älterer Beschäftigter unter den Antwortenden mit Abstand am höchsten (33,2%) und die Absicht, die Pflege zu verlassen, war niedrig (Abb. 15.3). Offensichtlich kann finnisches Pflegepersonal auch im höheren Erwerbsalter noch in der Pflege arbeiten, selbst wenn es eine niedrige Arbeitsfähigkeit hat. In Norwegen war der Anteil der älteren Pflegenden in der Gruppe der Antwortenden ebenfalls relativ hoch (22,2%), diese Gruppe erreichte jedoch auch hohe Werte für die Arbeitsfähigkeit. Eine Erklärung für den Unterschied zwischen Finnland und Norwegen könnte sein, dass norwegisches Pflegepersonal auch in den älteren Altersgruppen im Mittel 7 Wochenstunden weniger arbeitet als Pflegenden in Finnland. Die Befunde zeigen, dass es möglich sein kann, selbst in höherem Lebensalter und mit

reduzierter Arbeitsfähigkeit in der Pflege in Vollzeit berufstätig zu sein. Daraus ergibt sich die Frage: Was ist es, das es finnischen Pflegenden ermöglicht, trotz niedriger Arbeitsfähigkeit weiter zu arbeiten? Besserer Arbeitsinhalt bzw. günstigere Arbeitsorganisation? Mehr soziale Unterstützung vonseiten der Kolleginnen und Kollegen? Oder Mangel an Alternativen? Hier sind detaillierte Analysen erforderlich.

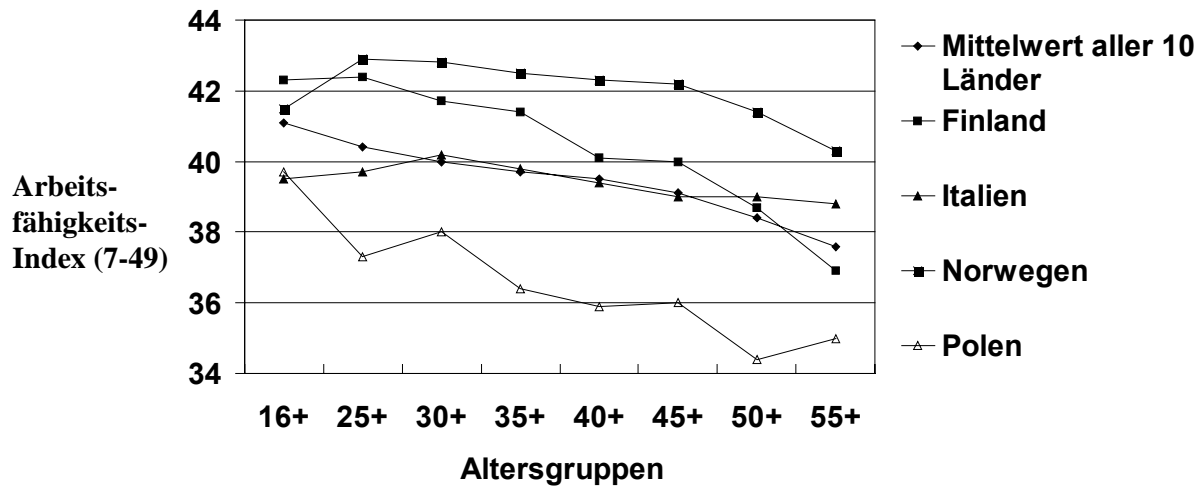


Abb. 15.7 Arbeitsfähigkeit in Bezug auf Alter. Darstellung für sämtliche Teilnehmende (n= 29.441) und für ausgewählte Länder (hohe Werte = hohe Arbeitsfähigkeit).

Deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen

Neben der Beobachtung, dass es möglich sein könnte, von anderen Ländern zu lernen, deuten unsere Ergebnisse auch darauf hin, dass einzelne Institutionen voneinander lernen könnten. So haben wir einen deutlichen Zusammenhang gefunden zwischen dem Wunsch, die Pflege zu verlassen (nicht nur die Einrichtung!) und einrichtungsspezifischen Umständen wie z. B. den Arbeitsbedingungen. Offensichtlich kann man zwischen „attraktiven“ und „unattraktiven“ Einrichtungen unterscheiden. Attraktive Einrichtungen binden ihr Pflegepersonal länger und halten es im Beruf. Dies kann die Qualität der Arbeit erhöhen und Kosten senken. In dem deutschen Krankenhaus mit dem höchsten Anteil derer, die den Beruf verlassen wollen, hatten nur 44,7% aller Antwortenden in dieser Einrichtung über 5 Jahre oder mehr gearbeitet. In Krankenhäusern mit niedrigem Anteil stieg diese Rate bis 82%.

Zwei individuelle Motive, die Pflege zu verlassen

Auf der individuellen Ebene können zwei Gruppen von Berufsaussteigern unterschieden werden: a) motivierte Aussteiger und b) resignierte Aussteiger. Die motivierten Aussteiger sind jung, gut ausgebildet und streben nach beruflicher und damit persönlicher Weiterentwicklung. In Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt haben sie mehr oder weniger Möglichkeiten, ihre Zukunftspläne zu verwirklichen. Die resignierten Aussteiger haben hingegen eine schlechte Gesundheit, geringe Arbeitsfähigkeit und sind eher ausgebrannt. Es ist anzunehmen, dass sie außerhalb der Pflege geringe Arbeitsmöglichkeiten haben und den vorzeitigen Ruhestand anstreben.

Was sagt die „Absicht, den Beruf zu verlassen“ aus?

Gegenwärtig ist es noch nicht möglich zu sagen, inwieweit das häufige Erwägen des Berufsausstiegs mit dem wirklichen Berufsausstieg assoziiert ist. Dies wird im Längsschnittteil der NEXT-Studie untersucht, die bis Juni 2005 andauern wird. Jedoch können wir bereits heute bei Personen, die häufig an den Berufsausstieg denken, eine deutlich geringere Identifizierung mit ihrer Einrichtung (und ihrer Profession) feststellen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese „innere Emigration“ bereits Rückwirkungen auf die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen hat.

Das häufige Denken an den vorzeitigen Berufsausstieg schließt das Suchen nach anderen Alternativen innerhalb der Pflege nicht aus. Tatsächlich erwägt ein Drittel der Ausstiegswilligen auch die Weiterqualifizierung innerhalb der Pflege. Dies zeigt, dass – wenn die Möglichkeit zu Weiterqualifizierung angeboten wird – der vorzeitige Ausstieg aus dem Beruf eventuell verhindert werden könnte. Das Angebot zur Weiterqualifizierung innerhalb der Pflege wird allerdings erst dann attraktiv, wenn es mit erhöhter Verantwortlichkeit bei der Arbeit und höherem Einkommen verknüpft ist. Dies stellt jedoch in einigen Ländern ein ernstes Problem in der Pflege dar, zum Beispiel in Deutschland.

Grenzen dieser Untersuchung

Diese Untersuchung hat eine Reihe methodischer Begrenzungen. In Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden und Norwegen war die Antwortquote relativ niedrig (siehe Kapitel 1). Für weitere Länder war sie zufrieden stellend (Belgien, Deutschland, Polen, Slowakei) oder sehr gut (Italien, Finnland). Wenn man annimmt, dass Personen, die mit ihren Arbeitsbedingungen besonders unzufrieden sind, den NEXT-Fragebogen eher beantwortet haben, so würde dies zu einer Überschätzung der Absicht, aus der Pflege auszusteigen, führen. Dies könnte die hohen Werte in Großbritannien erklären, allerdings nicht den niedrigen Anteil der Ausstiegswilligen in den Niederlanden und Norwegen. In allen drei genannten Ländern sind Fragebogenerhebungen in den Pflegeberufen häufig. Daher ist anzunehmen, dass den niedrigen Antwortquoten eine „Fragebogenmüdigkeit“ („questionnaire fatigue“) zu Grunde liegt.

Weiterhin muss bei der Betrachtung möglicher Fehlerquellen beachtet werden, dass der Wunsch, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, eng mit der Verfügbarkeit von Alternativen verbunden sein kann. Dies scheint einer der Gründe dafür zu sein, warum nur relativ wenige polnische und slowakische Antwortende den Ausstiegswunsch äußerten, obwohl ihre Arbeitsbedingungen oft schlecht und der Lohn sehr niedrig waren. In diesen Ländern sind berufliche Alternativen sehr selten. Über 80% der polnischen und slowakischen Teilnehmer gaben an, Probleme zu haben, einen neuen Arbeitsplatz zu finden, falls sie arbeitslos werden sollten.

Die Anwendung eines Fragebogens in einer europaweiten Untersuchung birgt das Risiko in sich, dass in den verschiedenen Übersetzungen der Sinn einzelner Fragen nicht in genau derselben Weise wiedergegeben worden ist. Um dieses Risiko niedrig zu halten, wurden die Übersetzungen nach strengen Übersetzungs-Rückübersetzungs-Prozeduren erstellt. Die hohe Konsistenz der psychometrischen Daten der Skalen in den Teilnehmerländern kann als Indikator dafür gesehen werden, dass eine mögliche Verzerrung durch Übersetzungen eher gering ist (siehe letztes Kapitel).

Die NEXT-Studie ist eine Längsschnittstudie. Die in diesem Buch präsentierten ersten Ergebnisse entstammen dem ersten Fragebogen und stellen damit eine Querschnittserhebung dar. Daher ist anzunehmen, dass der „healthy worker effect“ die vorliegenden Ergebnisse beeinflusst hat: Der „healthy worker effect“ beschreibt, dass in der Vergangenheit Pflegepersonal, welches nicht mehr in der Pflege arbeiten wollte oder konnte, den Beruf bereits verlassen hat; diese Personen wurden mit unserem Fragebogen natürlich nicht erreicht. Dieser Effekt führt allerdings zu einer *Unterschätzung* des Zusammenhangs von der Ausstiegsabsicht und ungünstigen Arbeitsbedingungen.

Die künftigen Ergebnisse der NEXT-Studie müssen abgewartet werden, damit untersucht werden kann, wer von den Pflegekräften, die in der ersten Befragung berichtet hatten, *häufig* an den Berufsausstieg zu denken, auch tatsächlich die Einrichtung und möglicherweise gar den Pflegeberuf verlassen hat.

16. Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland

Hans-Martin Hasselhorn, Peter Tackenberg, Andreas Büscher, Stephanie Stelzig, Angelika Kümmerling und Bernd Hans Müller

Einleitung

Im Jahr 2001 waren in Deutschland 1,183 Millionen Personen in den Pflegeberufen tätig (destatis, 2002a). Jeweils etwa 40% der Pflegenden arbeitete in Krankenhäusern und in Alten- und Pflegeheimen. Die verbleibenden 20% waren in ambulanten Pflegediensten tätig (destatis, 2002b). 59% der Pflegenden waren examinierte Krankenschwestern und -pfleger und 22% Altenpfleger/innen. Pflegehelfer/innen machten 19% der Gruppe der Pflegenden aus (destatis, 2002c).

Zweifellos ist das deutsche Gesundheitssystem gegenwärtig im Umbruch begriffen. Krankenhäusern steht die Einführung von DRGs bevor (Diagnoses Related Groups), einem Kostenerstattungssystem, das mit einer tiefen Unsicherheit über die wirtschaftliche Zukunft der Einrichtungen verbunden ist (DKI, 2003). In sämtlichen Einrichtungstypen ist die ausreichende Personalausstattung ein akutes Thema (Mezger, 2003). Insbesondere im stationären Langzeitpflegebereich wird seit langem über einen adäquaten Personalschlüssel, also das Verhältnis von Pflegepersonal pro Bewohner, diskutiert (BMFSJF, 2002; dip, 2002; dip, 2003; DKI, 2003).

In den zurückliegenden 10 Jahren haben sich die Arbeitsbedingungen für Pflegepersonal in Deutschland kontinuierlich gewandelt. Studien zeigen, dass die körperliche und psychische Arbeitsbelastung bei Pflegepersonal zugenommen hat (BGW, 2001). Als Gründe werden die größeren wirtschaftlichen Zwänge genannt, die mit einer höheren Arbeitsdichte für die gleiche Anzahl von Pflegenden einhergehen, sowie die ansteigenden Anforderungen an die Pflege durch die zunehmende Pflege schwer kranker Patienten (Zimber, 2003).

Der Personalmangel in der Pflege und die unzureichende Besetzung der Abteilungen sind Themen, die im deutschen Gesundheitsdienst aktiv diskutiert werden. Aus allen Arbeitsbereichen wird berichtet, dass die Einstellung von qualifiziertem Personal unter den gegebenen Umständen Probleme bereitet. Es wird angenommen, dass diese Probleme in den kommenden Jahren noch deutlicher zunehmen werden (DKI, 2003). Trotz verschiedener Bemühungen, ausreichende Ausbildungskapazität für den Pflegebereich zur Verfügung zu stellen, ist das Interesse an den Pflegeberufen bei jungen Erwachsenen spürbar zurückgegangen. Vor allem in den alten Bundesländern hat nicht nur die Zahl, sondern auch das Qualifikationsniveau der Bewerber/innen abgenommen. In Konsequenz bleiben immer mehr Ausbildungsplätze unbesetzt: beispielsweise im Jahr 2000 23% aller Stellen in Nordrhein Westfalen (MFJFG NRW, 2001).

Professionelle internationale Migration ist in der deutschen Pflege kein aktuelles Thema. Der Anteil außerhalb Deutschlands geborenen examinierten Krankenpflegepersonals ist mit 6,9% gering und sogar niedriger als in der gesamten arbeitenden Bevölkerung (7,4%, nur Frauen). Er ist allerdings etwas höher bei geringer qualifiziertem Pflegepersonal (10,3%) (Hasselhorn et al., 2003). 10.000 „Greencards“ wur-

den im Jahr 2001 herausgegeben mit dem Ziel, Haushaltshilfen aus osteuropäischen Ländern zu rekrutieren, u. a. auch, um häusliche Pflegedienste zu verrichten. Dieses Angebot ist lediglich von etwa 5.000 Personen angenommen worden.

Ein vielversprechender Weg, dem künftigen Mangel an Pflegepersonal zu begegnen, könnte sein, Pflegepersonal länger im Beruf zu halten. Um entsprechende Schritte einzuleiten, ist eine differenzierte Untersuchung der Gründe und Umstände des vorzeitigen Berufsaustritts bei Pflegepersonal erforderlich. Die NEXT-Studie ist die erste Untersuchung in Deutschland, die sich in solchem Ausmaß mit der Thematik auseinandersetzt. Sie wird von zwei Einrichtungen durchgeführt: dem Institut für Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten-Herdecke und dem Fachgebiet „Arbeitssicherheit und Ergonomie“ im Fachbereich D, Abteilung Sicherheitstechnik der Bergischen Universität Wuppertal.

Methoden

Rekrutierung von Einrichtungen

Verschiedene Wege wurden genutzt, um Einrichtungen zur Teilnahme an der NEXT-Studie zu gewinnen. Zunächst wurden drei Register für Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste verwendet (Altenheim Adressbuch, 2001; Deutsches Krankenhaus Adressbuch, 2002; Verzeichnis ambulanter Pflegedienste, 2002). 281 Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Dienste wurden zufällig ausgewählt und um Teilnahme gebeten. Von diesen zeigten sich 37 Einrichtungen interessiert und 28 nahmen an der NEXT-Studie teil. Weil diese Auswahl die Verteilung von Einrichtungen im deutschen Gesundheitsdienst noch nicht ausreichend repräsentierte, wurde ein zweiter Weg konzipiert: Gemeinnützige Träger von Pflegeeinrichtungen wurden auf nationaler Ebene kontaktiert und gebeten, Informationen über die NEXT-Studie an ihre Pflegeeinrichtungen weiter zu geben. Zudem wurden regionale Einrichtungen in der Gegend um Wuppertal und Witten gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Auf diesem Weg wurden weitere 154 Einrichtungen kontaktiert, 47 stimmten der Teilnahme zu. Voraussetzung für die Teilnahme an der NEXT-Studie war zudem die schriftliche Zustimmung der Leitung der jeweiligen Einrichtung und – falls vorhanden – der Personalvertretung.

In den großen Krankenhäusern wurde die Gesamtanzahl der Befragten aus Praktikabilitätsgründen auf 500 Personen (in einem Fall 700) und in mittleren Krankenhäusern auf 400 Personen begrenzt. In allen anderen Einrichtungen wurden sämtliche angestellten Pflegenden befragt. Bis Oktober 2003 hat keine Einrichtung die Kooperation mit dem deutschen NEXT-Team vorzeitig beendet.

Das ausgewählte Kollektiv entspricht nicht der Verteilung von Pflegepersonal in Deutschland in den drei Einrichtungstypen (destatis, 2001): Pflegepersonal in Krankenhäusern ist in der NEXT-Studie überrepräsentiert (74.9% vs. ca. 40%). Personal in Pflegeheimen (15.2% vs. 40%) und ambulanten Diensten (9.9% vs. 20%) sind unterrepräsentiert. Die Hauptgründe hierfür sind praktischer Art: Ambulante Dienste sind kleinere Einrichtungen mit – im Mittel – etwa 13 Angestellten. Die Beteiligung einer größeren Anzahl solcher Einrichtungen war vom organisatorischen Aufwand her nicht zu realisieren. Dieser Umstand (und die dominierende Rolle von Kranken-

hauspersonal in dieser Untersuchung) muss bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Jede Einrichtung bestimmte eine Kontaktperson für die Zusammenarbeit mit dem nationalen NEXT-Team. Aufgabe dieser Kontaktperson ist die Organisation der NEXT-Befragung und die Förderung der Teilnahme durch die Verteilung von Postern, Informationsblättern und die Veranstaltung von Informationstreffen.

Teilnahme

In Deutschland haben 3.565 von 6.484 Angeschriebenen (55,0%) den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet (Tabelle 16.1). Die Rücklaufquote der verschiedenen Einrichtungen lag zwischen 12,8% und 100% (Mittelwert 52%, Median 54%). Die Teilnahme war am höchsten in großen Krankenhäusern und am niedrigsten in mittleren und kleinen Krankenhäusern. Vermutlich spiegeln sich hier interne Faktoren wider, wie z. B. organisatorische Bedingungen, Engagement und Identifizierung mit dem Problem und der NEXT-Studie. Die Dateneingabe wurde manuell ausgeführt. Plausibilitätstests wurden durchgeführt, unlogische Antworten (z. B. „50 Nachtdienste monatlich“) als „fehlende Angaben“ kodiert.

Tab. 16.1 Übersicht über Teilnahme an der deutschen „Basiserhebung“.

Einrichtung	Einrichtungen	Fragebögen ausgeteilt	Antworten	Rücklaufquote	Spanne der Rücklaufquoten
Universitäts-Krankenhaus	4	2.200	1.368	62,2%	59,6%-64,4%
Krankenhaus > 400 Betten	3	648	269	41,5%	12,8%-51,9%
Krankenhaus < 400 Betten	9	1.775	1.035	58,3%	38,0%-82,6%
Pflegeheim	29	1.206	531	44,0%	17,5%-83,3%
Ambulante Pflege	30	655	354	54,0%	17,1%-100%
nicht zugeordnet			8	-	-
<i>Alle</i>	<i>75</i>	<i>6.484</i>	<i>3.565</i>	<i>55,0%</i>	<i>12,8%-100%</i>

Statistische Analyse

Die folgenden Analysen wurden mit SPSS 10.0 und 11.0 durchgeführt. Unterschiede der Prävalenzen wurden mittels Chi²-Test und Unterschiede der Mittelwerte durch univariate Varianzanalyse errechnet. Die Variable zur Erfassung der Absicht, den Beruf zu verlassen, wurde dichotomisiert. Diejenigen, die „mehrmals monatlich“ oder häufiger angaben, an den Berufsausstieg zu denken, wurden mit der Personengruppe verglichen, die dies seltener oder gar nicht tat. Diesem Vorgehen liegt die Überlegung zu Grunde, dass das gelegentliche Erwägen eines solchen Schrittes (jährlich) als normal bei erwerbstätigen Personen anzusehen ist. Dagegen kann das mehrfach monatliche Erwägen bereits als ernster Wunsch, die Pflege zu verlassen, gedeutet werden. Wegen der großen Zahl der Antwortenden wurde die Grenze für signifikante Ergebnisse auf alpha <0,01 gesetzt.

Ergebnisse

74,8% aller Antwortenden waren im Krankenhaus, 15,3% in Pflegeheimen und 10% der Antwortenden waren in der ambulanten Pflege tätig (Tabelle 16.2). Mit Ausnahme der Krankenhäuser war das Durchschnittsalter von Frauen signifikant höher als das der männlichen Kollegen ($p < 0,001$). Das Pflegepersonal in Krankenhäusern war signifikant jünger als das Personal in den beiden übrigen Einrichtungstypen ($p < 0,001$).

Tab. 16.2 Teilnehmer/innen in Deutschland nach Art der Einrichtung, Geschlecht und Alter

		Anzahl	%	Alter (Jahre, Durchschn.)	Standardabweichung
Krankenhäuser	Frauen	2.159	81,5	38,2	9,3
	Männer	491	18,5	38,5	8,5
	<i>alle</i>	2.650	100,0	38,3	9,2
Pflegeheime	Frauen	477	88,0	42,9	9,4
	Männer	65	12,0	40,1	10,1
	<i>alle</i>	542	100,0	42,6	9,6
ambulante Dienste	Frauen	327	92,1	41,6	9,0
	Männer	28	7,9	40,3	10,0
	<i>alle</i>	355	100,0	41,5	9,1
<i>Alle</i>	<i>Frauen</i>	2.963	83,5	39,3	9,5
	<i>Männer</i>	584	16,5	38,8	8,8
<i>Alle</i>	<i>alle</i>	3.565	100,0	39,2	9,4

Absicht, die Pflege zu verlassen

Von den 3.565 Antwortenden dachten 8,54% „mehrfach wöchentlich oder häufiger“ an den Berufsausstieg. Weitere 10% erwogen den Ausstieg „mehrfach monatlich“ (Tabelle 16.3). Allerdings variierte die Absicht z. T. erheblich in Hinsicht auf a) Geschlecht, b) Alter, c) Art der Einrichtung, d) Qualifikation, e) Berufszugehörigkeit, f) Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie g) Erschöpfung („Burnout“). Im Folgenden werden diese Aspekte detaillierter dargestellt.

Tab. 16.3 Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie oft in den vergangenen 12 Monaten haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?“ (337 „Frage nicht zutreffend“, 97 „keine Antwort“)

Antwortkategorie	Anzahl	Prozent
nie	1.482	47,3
mehrmals im Jahr	1.073	34,2
mehrmals monatlich	312	10,0
mehrmals wöchentlich	171	5,5
täglich	93	3,0
<i>gültige Fälle</i>	<i>3.131</i>	<i>100,0</i>

a) *Geschlecht*. Männliche Teilnehmer erwogen den Ausstieg aus der Pflege etwas häufiger als Frauen (Abb. 16.1). Allerdings war dieser Unterschied nicht signifikant. Der Geschlechtsunterschied war vor allem auf die Altersgruppen von 25-40 Jahren zurückzuführen, wo Männer eher an den Ausstieg dachten als Frauen. Er konnte nicht durch unterschiedliche Qualifikationsniveaus erklärt werden.

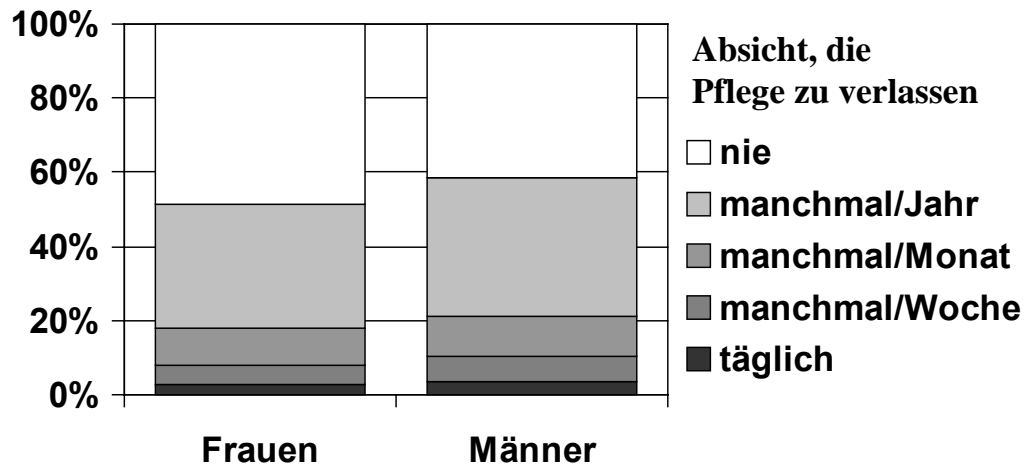


Abb. 16.1 Antwort nach Geschlecht: „Wie oft in den vergangenen 12 Monaten haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?“
($n=3.127$, $n_{\text{Frauen}}=2.597$, $n_{\text{Männer}}=530$)

b) *Alter*. Das Alter der Befragten war deutlich mit der Absicht, den Beruf zu verlassen assoziiert (Abb. 16.2), allerdings nicht linear. Jüngeres Pflegepersonal - vor allem in den Altersgruppen von 25-29 Jahren - erwog diesen Schritt häufiger. Pflegendе zwischen 45-49 Jahren dachte am wenigsten daran, den Beruf zu verlassen. Dabei wurden unterschiedliche Muster in den verschiedenen Einrichtungstypen gefunden: In Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege dachten Jüngere seltener und Ältere deutlich häufiger an den Berufsausstieg als ihre Kollegen und Kolleginnen in den Krankenhäusern.

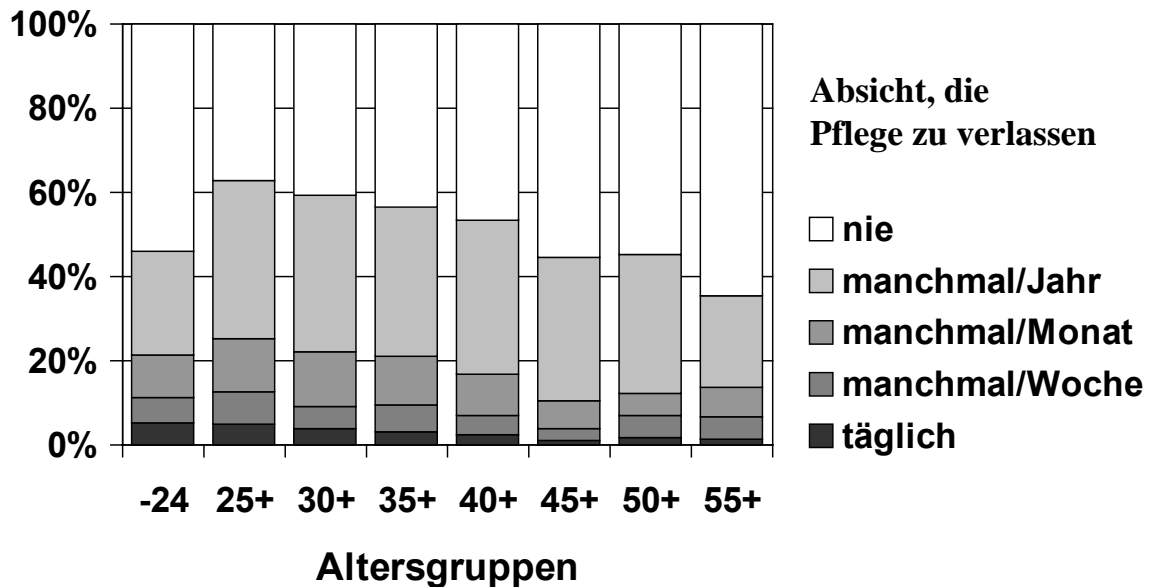


Abb. 16.2 Antwort nach Alter: „Wie oft in den vergangenen 12 Monaten haben Sie daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen?“ ($n_{\text{alle}}=3.537$, $n_{-24}=144$, $n_{25+}=454$, $n_{30+}=398$, $n_{35+}=609$, $n_{40+}=613$, $n_{45+}=450$, $n_{50+}=268$, $n_{55+}=161$)

c) *Art der Einrichtung.* Pflegepersonal in Krankenhäusern erwog den Berufsausstieg häufiger (19,1% erwogen dies „oft“) als die Kollegen/innen in Pflegeheimen (15,6%) und ambulanten Pflegediensten (10,8%). Allerdings waren die Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen nicht signifikant. Um Unterschiede zwischen einzelnen Institutionen zu untersuchen, wurden die 47 deutschen Einrichtungen analysiert, in denen 10 oder mehr Personen geantwortet hatten: Dort variierte der Anteil derer, die oft an den Berufsausstieg dachten, zwischen 0% und 50% (Median 16,7%). In zwei Institutionen erwog keiner der Antwortenden den Ausstieg, allerdings waren diese Institutionen mit 12 und 19 Teilnehmern eher klein. Ansonsten fanden sich deutliche Unterschiede, sogar zwischen größeren Einrichtungen. So gaben in einer Institution genau jede/r zweite von 36 Antwortenden an, oft an den Ausstieg zu denken. Dagegen waren es in einem anderen Krankenhaus lediglich 5 von 107 Teilnehmern (4,7%). Dies deutet darauf hin, dass es „attraktive“ Einrichtungen gibt, was sich sogar beim Wunsch nach dem Berufsausstieg widerspiegelt. Tatsächlich zeigt sich bei genauerer Analyse, dass in Einrichtungen mit einem niedrigen Anteil an Ausstiegswilligen die Mittelwerte für Arbeitszufriedenheit ($r=.51$), Führungsqualität ($r=.45$) und die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen ($r=.44$) günstiger liegen. Außerdem wurden niedrigere Mittelwerte gefunden für relevante Faktoren wie den Effort-Reward-Quotient ($r=.50$, siehe Kapitel 14) und den Konflikt zwischen Arbeit und Familie ($r=.41$, siehe Kapitel 9; Pearson Korrelation für aggregierte Daten auf Einrichtungsniveau, alle $p<0,001$).

d) *Qualifikationsniveau.* Der Wunsch, die Pflege zu verlassen, war am größten bei examiniertem Pflegepersonal mit und ohne Zusatzausbildung (Abb. 16.3). Diese Beobachtung war in allen Altersgruppen identisch (nicht dargestellt).

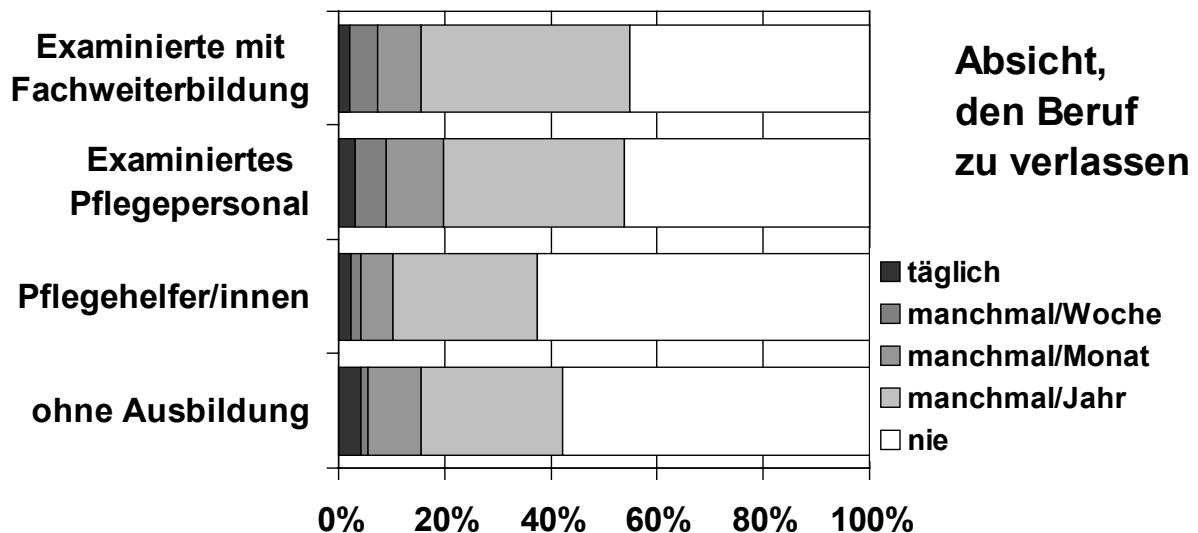


Abb. 16.3 Qualifikationsniveau in Bezug auf „Absicht, die Pflege zu verlassen“.

($n_{\text{alle}}=3.015$, $n_{\text{exam. Pflegepersonal mit Fachweiterbildung}}=568$, $n_{\text{examiertes Pflegepersonal}}=2.163$, $n_{\text{Pflegehelfer/innen}}=213$, $n_{\text{ohne Ausbildung}}=71$)

e) *Berufsdauer*. Der Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, scheint bereits zu Beginn der Berufstätigkeit ausgeprägt zu sein (Abb. 16.4). Allerdings war er - sowohl bei Männern wie auch bei Frauen - am stärksten im zweiten und vierten Jahr (ohne Ausbildungszeiten), danach nahm er stetig ab. Die Dauer der Beschäftigung im gegenwärtigen Unternehmen war ebenfalls mit dem Wunsch, aus der Pflege auszusteigen assoziiert. Personen mit längerer Verweildauer dachten seltener daran als diejenigen mit einer kürzeren Betriebszugehörigkeit (Abb. 16.5).

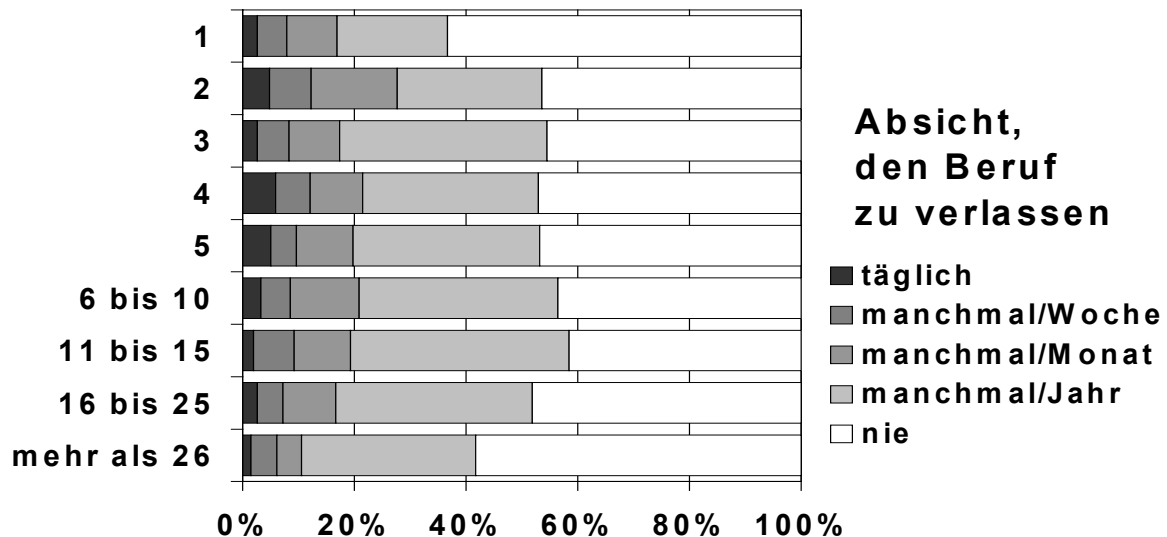


Abb. 16.4 Berufsdauer (ohne Ausbildungszeiten) in Bezug auf „Absicht, die Pflege zu verlassen“. ($n_{\text{alle}}=3.131$, $n_{1\text{Jahr}}=153$, $n_{2\text{Jahre}}=162$, $n_{3\text{Jahre}}=156$, $n_{4\text{Jahre}}=149$, $n_{5\text{Jahre}}=156$, $n_{6-10\text{Jahre}}=650$, $n_{11-15\text{Jahre}}=584$, $n_{16-25\text{Jahre}}=807$, $n_{26+\text{Jahre}}=314$)

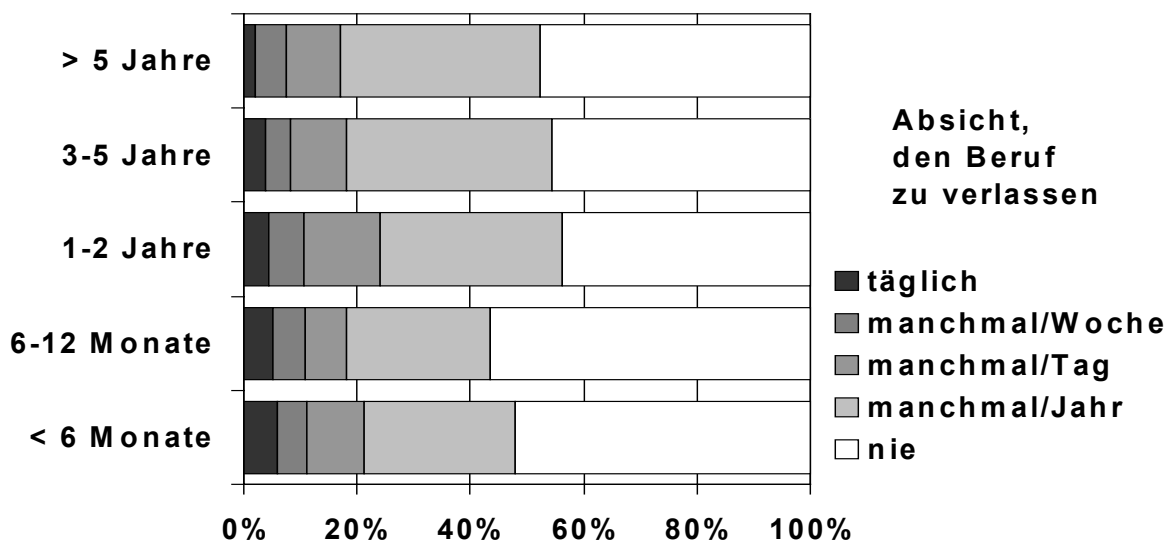


Abb. 16.5 Beschäftigungsdauer in gegenwärtiger Einrichtung in Bezug auf „Absicht, die Pflege zu verlassen“. ($n_{\text{alle}}=3.113$, $n_{< 6 \text{ Monate}}=117$, $n_{6-12 \text{ Monate}}=138$, $n_{2 \text{ Jahre}}=367$, $n_{3-5 \text{ Jahre}}=522$, $n_{> 5 \text{ Jahre}}=1.969$)

f) *Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.* Sowohl Indikatoren für Gesundheit (nicht dargestellt) als auch für Arbeitsfähigkeit waren in erwarteter Richtung mit dem Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen assoziiert (Abb. 16.6). Dies war bei Frauen und Männern der Fall.

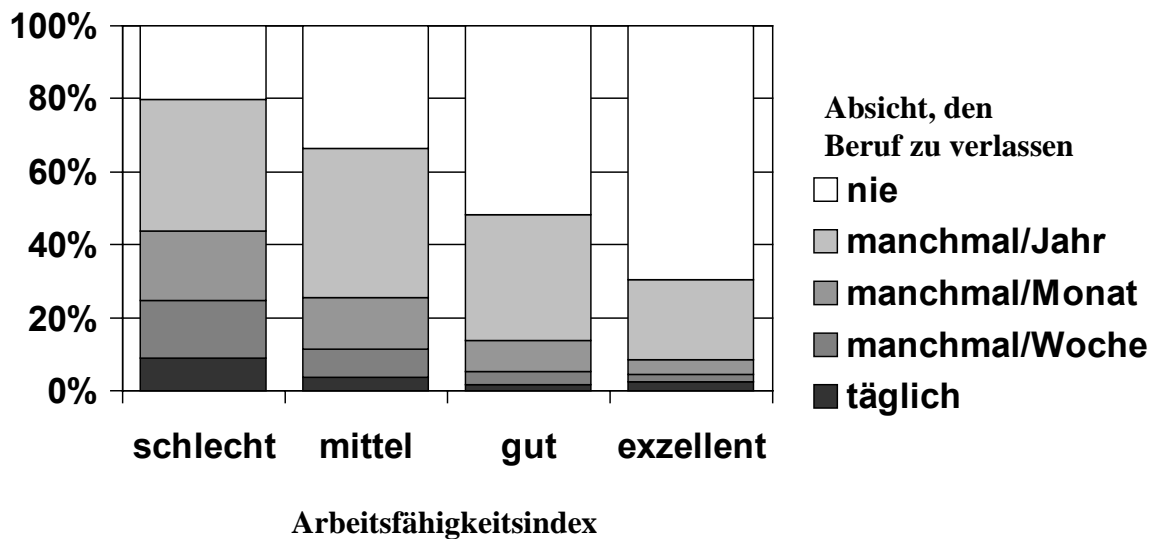


Abb. 16.6 Arbeitsfähigkeitsindex (work ability score, WAI) in Bezug auf „Absicht, die Pflege zu verlassen“. ($n_{\text{alle}}=2.975$, $n_{\text{wai-28 (schlecht)}}=213$, $n_{\text{wai-36 (mittel)}}=858$, $n_{\text{wai-43 (gut)}}=1.383$, $n_{\text{wai-44+ (exzellent)}}=521$)

g) *Erschöpfung*. Burnout als Indikator für psychische Erschöpfung war bei Männern und Frauen deutlich mit der Absicht des Berufsausstiegs assoziiert (Abb. 16.7). Dieser Zusammenhang war bei examiniertem Pflegepersonal deutlicher ausgeprägt als bei Personal mit niedriger oder fehlender Ausbildung. Trotz hoher Burnout-Werte erwogen Letztere deutlich seltener den Ausstieg aus der Pflege. Die Assoziation von Burnout und der Absicht, die Pflege zu verlassen, war in allen Einrichtungstypen vorhanden, am stärksten war sie allerdings bei Beschäftigten in Pflegeheimen.

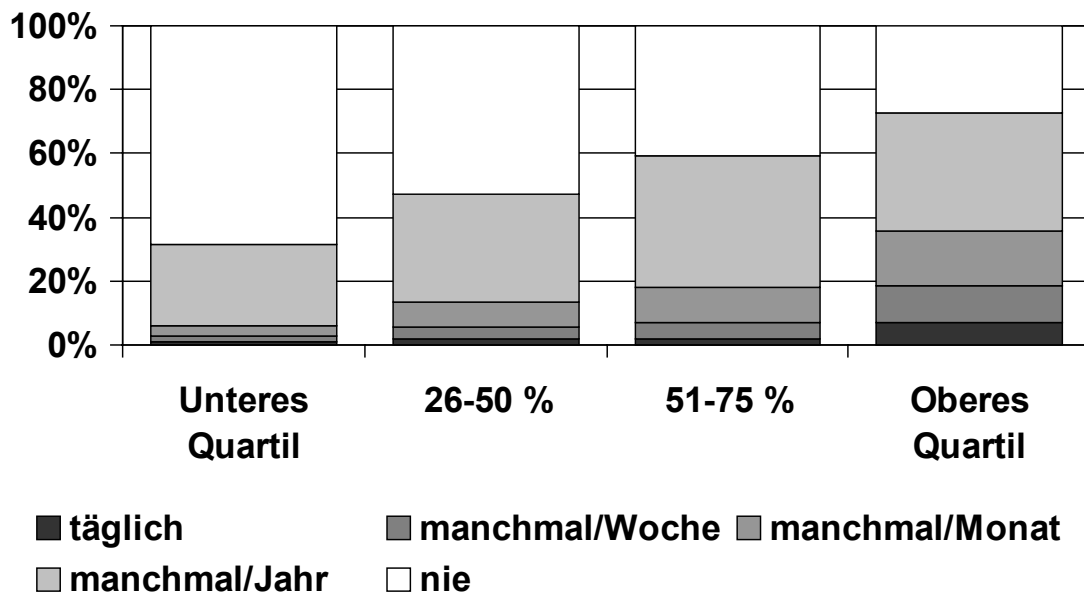


Abb. 16.7 Burnout in Bezug auf die „Absicht, die Pflege zu verlassen“. ($n_{\text{alle}}=3.097$, $n_{\text{niedrigstes Quartil}}=664$, $n_{26-50\%}=957$, $n_{51-75\%}=696$, $n_{\text{höchstes Quartil}}=780$)

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass der überwiegende Teil des Pflegepersonals in Deutschland an seiner Berufstätigkeit hängt. Dennoch ist der Anteil jener, die intensiv den Berufsausstieg erwägen, – auch im europäischen Vergleich – mit 18,4% bemerkenswert. Bei den Betroffenen lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: die *motivierten* (jung und gut ausgebildet) und die *resignierten* Aussteiger (schlechte Gesundheit, niedrige Arbeitsfähigkeit, erschöpft). Aus Sicht der Einrichtungen im Gesundheitsdienst sind vor allem die motivierten Aussteiger eine wichtige Zielgruppe.

Die hohe Bindung von Pflegepersonal an den Pflegeberuf kann als positives Zeichen für den deutschen Gesundheitsdienst gesehen werden. Offensichtlich ist ein großes Interesse und ein hohes Potenzial dafür vorhanden, im Pflegeberuf weiter tätig zu sein. Es liegt vor allem an den Institutionen im Gesundheitsdienst, die Pflegenden in die Lage zu versetzen, diesem Wunsch nachgehen zu können. Die NEXT-Studie bietet dabei die Möglichkeit, für notwendige Veränderungen oder Interventionen Ziele und Ansatzpunkte zu definieren.

In diesem Beitrag haben wir Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen bzw. gesundheitlichen Endpunkten und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, dargestellt. Weiterhin haben wir gezeigt, dass es in Deutschland „attraktive“ und „unattraktive“ Einrichtungen in der Pflege gibt. Um allerdings Ansatzpunkte für konkrete Interventionen mit dem Ziel zu liefern, Pflegepersonal im Beruf zu halten, werden differenziertere Auswertungen notwendig sein. Hier müssen Untergruppen und mögliche Risikogruppen betrachtet werden. Zudem sind multivariate Analysen erforderlich, um Interaktionen zwischen verschiedenen Expositionsvariablen zu berücksichtigen.

Mit der vorliegenden Querschnittsuntersuchung der NEXT-Studie können wir nicht den Einfluss des „healthy worker effect“ abschätzen. Die weiteren Teile der Untersuchung müssen abgewartet werden, um das Ausmaß und die Rolle des tatsächlichen Berufsausstiegs von Pflegepersonal zu erfassen, sowie dessen Assoziation mit den Expositionsvariablen, Endpunkten und der „Absicht, die Pflege zu verlassen.“

Literatur

Altenheim Adressbuch 2001. Hannover: Vincentz Verlag 2001

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW & Deutsche Angestelltenkrankenkasse – DAK: BGW-DAK Gesundheitsreport 2001. Hamburg: BGW 2001

Bundesinstitut für Berufsbildung – BIBB & Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung – IAB: Arbeitssituation, Tätigkeitsprofil und Qualifikationsstruktur von Personengruppen des Arbeitsmarktes. BIBB/IAB-Erhebung 1998/99. Nürnberg: IAB 2002

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ: Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag 2002

Deutsches Institut für angewandte Pflegewissenschaft e.V. – dip & Forschungsgruppe Metrik: Pflege thermometer 2003. Köln: dip 2003

Deutsches Institut für angewandte Pflegewissenschaft e.V. – dip & Forschungsgruppe Metrik: Pflege thermometer 2002. Köln: dip 2002

Deutsches Krankenhaus Adressbuch 2001. Freiburg: Rombach Druck & Verlags-haus 2001

Deutsches Krankenhaus Institut – DKI: Krankenhausbarometer 2002. Bonn: DKI 2003

DM Werbetechnik: Verzeichnis ambulanter Pflegedienste 2001. <http://www.pflegedienst.org/DB/>: last access: 04-16-2002.

Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Müller, B.H.: Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst - eine Übersichtsarbeit. Gesundheitswesen 65 (2003) 40-46

Mezger, M.: Personalsituation - und täglich grüßt der Stellenabbau? Die Schwester/Der Pfleger 7 (2003), 42, 546-549

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen – MFJFG NRW: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2001. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Düsseldorf: MFJFG NRW 2001

Statistisches Bundesamt Deutschland – destatis: Krankenhäuser in Deutschland bezogen auf die Einrichtungsgröße. <http://www.gbe-bund.de> 2001

Statistisches Bundesamt Deutschland – destatis: Gesundheitspersonal nach Berufen. <http://www.destatis.de>: last update 04-24-03 2002a

Statistisches Bundesamt Deutschland – destatis: Mikrozensus (2000). <http://www.destatis.de>: last update 04-24-03 2002b

Statistisches Bundesamt Deutschland – destatis: Gesundheitspersonal nach Berufen. <http://www.destatis.de>: last update 04-24-03 2002c

Zimber, A.: Arbeit und Gesundheitsschutz. Pflege aktuell 7/8 (2003) 380-384

17. Psychometrische Eigenschaften der in der NEXT-Studie verwendeten Skalen

Angelika Kümmerling, Hans-Martin Hasselhorn, Peter Tackenberg und die NEXT-Studiengruppe

Einführung

Im Rahmen der NEXT-Studie wurden nahezu ausschließlich standardisierte Skalen, die sowohl zentrale Aspekte der Arbeitsumgebung als auch die individuellen Ressourcen (des Arbeitsvermögens) erfassen, angewandt. Das vorliegende Kapitel befasst sich mit der Vorgehensweise bei der Skalenbildung und zeigt die psychometrischen Eigenschaften der wichtigsten Konstrukte der Basisbefragung, die zwischen Oktober 2002 und Juli 2003 durchgeführt wurde. In diesem Zeitraum wurden Fragebogen an mehr als 77.000 Beschäftigte im Pflegedienst in zehn europäischen Ländern versendet. Die folgende Analyse basiert auf den Antworten von 38.893 Pflegenden (Tab. 17.1).

Tab. 17.1 Teilnehmer der NEXT-Studie

Land	Abkürzung	Anzahl der Teilnehmenden
Belgien	BE	4.257
Deutschland	D	3.565
Finnland	FIN	3.970
Frankreich	FR	5.376
Großbritannien	GB	2.578
Italien	IT	5.645
Norwegen	N	2.733
Niederlande	NL	4.019
Polen	PL	4.354
Slowakei	SLK	3.396
<i>Gesamt</i>		<i>38.893</i>

Methoden

Um die relevanten Aspekte des NEXT-Modells zu operationalisieren, wurde für die Durchführung der Studie weitestgehend auf bereits bestehende, validierte und reliable Messinstrumente zurückgegriffen (vgl. Kapitel 1). Zur Identifizierung geeigneter Konstruktoperationalisierungen wurde eine größere Auswahl von Skalen in sechs Pretests in drei Ländern getestet, von denen letztendlich 22 für die Studie ausgewählt wurden (Tab. 17.2). In der Regel wurden die Skalen in ihrer Originalform verwendet. In einigen Fällen jedoch mussten die Items auf die speziellen Anforderungen der Pflegeberufe zugeschnitten werden (so z. B. die Skala zur Erfassung der *emotionalen Anforderungen* von de Jonge et al., 1999 oder die Skala zur Erfassung der *Unsicherheit bezüglich der Behandlung von Patienten* von Gray-Toft & Anderson, 1981). Vier Skalen wurden von der NEXT-Studiengruppe auf der Basis von Pretests unter Berücksichtigung geeigneter psychometrischer Eigenschaften entwickelt.

Fünf der im NEXT-Basisfragebogen erhobenen Skalen wurden aus dem von Kristensen und Kollegen entwickelten Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ, „mittlere Version“) entnommen (Kristensen 2000). In Tabelle 17.2 findet sich eine Übersicht über die in der NEXT-Studie zur Anwendung gekommenen Erhebungsinstrumente.

Tab. 17.2 Überblick zu den in der NEXT-Studie verwendeten Skalen

Skala	Quelle
<u><i>Exposition</i></u>	
Bedeutung der Arbeit	COPSOQ (Kristensen, 2000)
Entwicklungsmöglichkeiten	COPSOQ (Kristensen, 2000)
Quantitative Anforderungen	COPSOQ (Kristensen, 2000)
Entscheidungsspielraum	NEXT
Emotionale Anforderungen	De Jonge et al. (1999)
Führungsqualität	COPSOQ (Kristensen, 2000)
Soziale Beziehungen	NEXT
Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte	van der Heijden (1998)
Soziale Unterstützung durch Kollegen	van der Heijden (1998)
Unsicherheit bezüglich der Behandlung von Patienten	Gray-Toft & Anderson (1981)
Heben und Beugen	NEXT
<u><i>Individuelle Ressourcen</i></u>	
Arbeit/Familie-Konflikt	Netemeyer (1996)
Familie/Arbeit-Konflikt	Netemeyer (1996)
Zufriedenheit mit Bezahlung	NEXT
Effort (Aufwand)	ERI (Siegrist, 1996)
Reward (Belohnung)	ERI (Siegrist, 1996)
Overcommitment	ERI (Siegrist, 1996)
Arbeitszufriedenheit	COPSOQ (Kristensen, 2000)
Affektivität	Watson et al. (1988)
Bindung an die Institution	Allen & Meyer (1990)
Bindung an den Beruf	Allen & Meyer (1990)
Arbeitsfähigkeitsindex (WAI)	Tuomi et al. (1998)
Burnout	Borritz & Kristensen (2001)
Allgemeine Gesundheit	COPSOQ (Kristensen, 2000), SF-36 (Ware et al., 1992)
Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden	von Korff (1992)

Im folgenden Abschnitt wird ein vollständiger Überblick über alle Skalen mit den jeweiligen Frage- und Antwortformulierungen gegeben. Jeweil im Anschluss daran werden die psychometrischen Eigenschaften der Skalen auf Länderbasis dargestellt. Soweit nicht anders beschrieben, erfolgte die Skalenkonstruktion auf Basis der Addition von Itemmittelwerten.

Psychometrische Skaleneigenschaften

Bedeutung der Arbeit - COPSOQ

Die Skala *Bedeutung der Arbeit* besteht aus drei Items („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 1 („in sehr geringem Maß“) bis 5 („in großem Maß“). Für die Konstruktion der Skala wurden keine fehlenden Antworten toleriert.

Tab. 17.3 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Bedeutung der Arbeit“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.136	4,40	,64	-1,12	1,33	,66-,71	,83
D	3.526	4,28	,66	-1,40	2,93	,54-,62	,74
FIN	3.929	4,38	,62	-1,15	1,46	,58-,73	,81
FR	5.345	4,55	,59	-2,01	5,49	,57-,63	,75
GB	2.548	4,45	,66	-1,64	3,21	,64-,70	,81
IT	5.397	4,17	,81	-1,14	1,21	,56-,67	,78
N	2.676	4,65	,51	-1,91	5,09	,65-,73	,82
NL	3.960	4,20	,58	-,80	2,25	,59-,75	,82
PL	4.138	4,01	,80	-,85	,74	,50-,60	,73
SLK	3.249	4,26	,69	-1,15	1,24	,45-,64	,70

Entwicklungsmöglichkeiten - COPSOQ

Die subjektive Einschätzung der (beruflichen) *Entwicklungsmöglichkeiten* des Pflegepersonals wurde anhand von vier Items beurteilt („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 Antworten waren auf einer fünfstufigen Skala abzutragen, wobei ein Wert von 1 „geringen Entwicklungsmöglichkeiten“ und ein Wert von 5 „großen Entwicklungsmöglichkeiten“ entsprach. Die Antwortvorgaben lauteten „in sehr geringem Maß“, „in geringem Maß“, „etwas“, „in gewissem Maß“, „in großem Maß“.

Für die Skalenkonstruktion wurde ein fehlendes Item pro Teilnehmer erlaubt.

Tab. 17.4 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Entwicklungsmöglichkeiten“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.224	3,86	,67	-,61	,22	,46-,60	,74
D	3.545	3,97	,71	-1,02	1,23	,48-,60	,75
FIN	3.957	3,95	,69	-,61	,14	,49-,69	,79
FR	5.352	3,92	,75	-,92	,76	,48-,59	,74
GB	2.565	4,21	,67	-1,16	1,65	,49-,65	,77
IT	5.514	3,43	,82	-,44	-,05	,47-,60	,74
N	2.693	4,37	,54	-1,43	3,35	,45-,60	,74
NL	4.004	3,70	,65	-,58	,27	,42-,59	,72
PL	4,169	3,64	,81	-,52	,026	,46-,64	,76
SLK	3.303	3,86	,75	-,55	-,20	,44-,59	,72

Quantitative Anforderungen - COPSOQ

Die für die NEXT-Studie entwickelte Skala *Quantitative Anforderungen* besteht aus fünf Items, von denen vier aus der Skala *Quantitative Anforderungen* des COPSOQ abgeleitet wurden („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, sodass sich Dinge anhäufen?“). Das fünfte Item („Haben Sie genug Zeit, um mit den Patienten zu reden?“) wurde von der NEXT-Studiengruppe auf der Basis von Validitäts- und Reliabilitätsüberprüfungen hinzugefügt. Ziel war es dabei, eine Skala zu konstruieren, die auf die besonderen Anforderungen des Pflegeberufs zugeschnitten ist.

Die Antworten erfolgten auf einer fünfstufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten „nie/fast nie“ bis „immer“. Ein fehlendes Item wurde für die Berechnung der Skala zugelassen.

Tab. 17.5 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Quantitative Anforderungen“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.033	3,31	,60	-,23	,14	,32-,59	,71
D	3.449	3,43	,65	-,38	-,12	,38-,57	,71
FIN	3.911	3,32	,56	-,27	,27	,41-,54	,71
FR	5.090	3,18	,67	-,18	-,16	,39-,57	,75
GB	2.478	3,26	,64	-,07	-,17	,43-,56	,72
IT	5.100	3,29	,66	-,10	-,09	,33-,58	,68
N	2.588	3,12	,53	-,23	,31	,34-,47	,66
NL	3.921	2,99	,55	,00	-,08	,28-,55	,70
PL	4.241	3,38	,65	-,17	-,21	,37-,54	,69
SLK	3.164	3,36	,56	-,13	-,07	,31-,44	,62

Entscheidungsspielraum

Die aus vier Items bestehende Skala *Entscheidungsspielraum* (original: Influence at work) basiert auf der schwedischen Version des Demand-Control-Fragebogens (Theorell et al., 1988), wurde aber inhaltlich von der Next-Studiengruppe leicht modifiziert („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 Befragten wurden gebeten, den Grad ihrer Zustimmung zu diesen Aussagen auf einer Skala von 1 bis 5 anzugeben, wobei 1 einem „geringen“ und 5 einem „hohen“ Entscheidungsspielraum entspricht. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „völlig unzutreffend“, „nicht so zutreffend“, „teilweise zutreffend“, „ziemlich zutreffend“ bis „völlig zutreffend“. Ein fehlendes Item pro Teilnehmenden war für die Skalenkonstruktion erlaubt.

Tab. 17.6 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Entscheidungsspielraum“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.213	3,12	,76	-,16	-,18	,45-,62	,76
D	3.532	3,02	,86	,12	-,32	,48-,67	,80
FIN	3.939	2,79	,77	,13	-,24	,60-,70	,82
FR	5.326	3,16	,89	-,11	-,32	,56-,70	,81
GB	2.547	3,21	,88	-,07	-,42	,60-,70	,84
IT	5.498	3,08	,93	-,11	-,51	,64-,73	,84
N	2.676	3,48	,82	-,47	-,18	,55-,64	,79
NL	4.006	3,19	,66	-,17	-,19	,41-,55	,71
PL	4.218	2,97	,95	,07	-,49	,59-,72	,83
SLK	3.097	2,87	,97	,28	-,45	,58-,68	,82

Emotionale Anforderungen

Die *emotionalen Anforderungen* im Pflegeberuf wurden mithilfe einer Vier-Item-Skala untersucht, die speziell für Arbeitnehmer in Pflegeberufen von de Jonge et al. (1999) entwickelt wurde. Die Teilnehmer wurden gebeten, auf einer fünfstufigen Skala anzugeben, wie oft sie mit „Tod“, „Krankheit, oder anderen menschlichen Leiden“, „aggressiven Patienten“ und „unfreundlichen Patienten“ konfrontiert werden. Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1 „nie“ bis 5 „immer“.

Tab. 17.7 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Emotionale Anforderungen“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.225	3,54	,56	-,42	1,55	,30-,53	,64
D	3.527	3,62	,60	-,30	1,04	,30-,58	,64
FIN	3.945	3,47	,69	-,12	-,20	,42-,68	,74
FR	5.305	3,62	,67	-,69	1,17	,34-,58	,69
GB	2.544	3,33	,73	-,28	,20	,43-,59	,72
IT	5.302	3,11	,74	-,25	,20	,37-,49	,64
N	2.682	2,99	,65	-,34	,10	,25-,57	,67
NL	3.969	3,45	,54	-,65	,89	,40-,47	,65
PL	3.855	3,50	,76	-,48	,17	,48-,66	,76
SLK	3.145	3,41	,79	-,60	,30	,51-,69	,78

Führungsqualität - COPSOQ

Die *Führungsqualität* von den Vorgesetzten der Teilnehmer wurden mittels vier Items erfasst (*Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr direkter Vorgesetzter (z. B. Stationsleitung „... sicherstellt, dass jedes einzelne Teammitglied gute Entwicklungsmöglichkeiten hat“, „... hohen Wert auf Arbeitszufriedenheit legt“, „... die Arbeit gut planen kann“, „... Konflikte gut lösen kann“*). Diese Skala wurde ebenfalls dem COPSOQ entnommen. Der Skalenumfang reichte von 1 (*schlechte Führungsqualität*) bis 5 (*hohe Führungsqualität*). Die Antwortkategorien waren *„in sehr geringem Maß“*, *„in geringem Maß“*, *„etwas“*, *„in gewissem Maß“* und *„in großem Maß“*. Für die Konstruktion der Skala war ein fehlendes Item erlaubt.

Tab. 17.8 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Führungsqualität“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.101	3,57	,99	-,60	-,23	,77-,81	,90
D	3.484	3,52	1,06	-,62	-,46	,77-,82	,91
FIN	3.909	3,12	,92	-,30	-,49	,73-,82	,90
FR	5.269	3,06	1,10	-,12	-,96	,75-,81	,90
GB	2.521	3,67	,99	-,69	-,12	,74-,83	,91
IT	5.168	3,04	1,18	-,19	-1,04	,79-,83	,92
N							
NL	3.886	3,06	,79	-,35	,02	,65-,78	,87
PL	4.082	2,87	1,11	,04	-,86	,76-,84	,92
SLK	3.177	3,52	1,10	-,59	-,61	,68-,82	,89

Interpersonale Beziehungen

Die Qualität der *interpersonalen Beziehungen* zwischen den Pflegenden und relevanten Gruppen in ihrem Arbeitsumfeld (hier: *„Pflegedienstleitung“*, *„Stationsleitung“*, *„Kollegen“*, *„Ärzten“* und *„Verwaltung“*) wurde mithilfe einer fünfstufigen Skala mit den Endpunkten 1 (*„feindselig und gespannt“*) bis 5 (*„freundlich und entspannt“*) eingeschätzt. Für die Skalenkonstruktion wurde kein fehlendes Items toleriert.

Tab. 17.9 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Interpersonale Beziehungen“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	3.925	3,73	,62	-,14	-,08	,38-,49	,69
D	3.208	3,63	,63	-,05	-,15	,43-,45	,69
FIN	3.767	3,50	,60	,06	,04	,36-,55	,71
FR	4.891	3,32	,66	-,12	,12	,29-,51	,68
GB	2.411	3,80	,67	-,16	-,29	,51-,58	,77
IT	4.837	3,25	,71	,09	,03	,43-,53	,73
N	1.856	4,26	,58	-,58	-,18	,47-,56	,76
NL	3.463	3,70	,55	,16	,06	,40-,51	,69
PL	3.951	3,44	,73	,09	-,13	,42-,60	,76
SLK	2.863	3,69	,76	-,14	-,30	,46-,59	,76

Soziale Unterstützung

Der Grad der sozialen Unterstützung, die das Pflegepersonal durch Vorgesetzte und Kollegen erhält, wurde mit Hilfe von zwei von van der Heijden (1998, 2002) entwickelten Skalen erfasst.

Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten

Die *soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten* wurde mittels vier Items durch fünfstufige Intervallskalen eingeschätzt („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?“ und „Im Großen und Ganzen: Ist Ihr direkter Vorgesetzter bereit, Sie bei der Ausführung Ihrer Aufgaben zu unterstützen?“). Die Antwortmöglichkeiten für die ersten drei Fragen lagen auf einer Skala von 1 („gar nicht“) bis 5 („sehr“). Für die letzte Frage reichten sie von 1 („Nach meiner Meinung zeigt er/sie wenig Bereitschaft, mir zu helfen“) bis 5 („Nach meiner Meinung ist er/sie sehr bereit, mir zu helfen“). Pro Teilnehmer wurde für die Konstruktion der Skala ein fehlendes Item akzeptiert.

Tab. 17.10 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.197	3,40	,88	-,37	-,20	,54-,74	,81
D	3.523	3,26	,96	-,28	-,59	,62-,75	,86
FIN	3.920	3,13	,90	-,18	-,48	,65-,81	,87
FR	5.319	3,07	1,02	-,05	-,82	,54-,75	,82
GB	2.551	3,46	,99	-,40	-,50	,66-,83	,88
IT	5.465	2,95	1,08	,05	-,85	,58-,79	,85
N							
NL	3.962	3,07	,85	-,23	-,43	,60-,75	,83
PL	4.081	3,07	1,08	,04	-,84	,51-,76	,82
SLK	3.245	3,21	,98	-,14	-,60	,51-,72	,81

Soziale Unterstützung durch Kollegen

Um die *soziale Unterstützung durch die Kollegen* zu messen, wurden die gleichen Fragen wie im Fragenkomplex „*soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten*“ verwendet, wobei jedoch der Begriff „*Vorgesetzter*“ durch das Wort „*Kollegen*“ ausgetauscht wurde. Die Antwortmöglichkeiten und die Vorgehensweise bei der Skalenkonstruktion waren ebenfalls gleich.

Tab. 17.11 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Soziale Unterstützung durch Kollegen“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.196	3,54	,71	-,34	,24	,42-,67	,72
D	3.521	3,49	,74	-,29	-,09	,52-,65	,79
FIN	3.922	3,56	,64	-,26	,11	,49-,68	,76
FR	5.321	3,57	,80	-,43	-,10	,42-,69	,73
GB	2.544	3,69	,75	-,42	,08	,53-,71	,79
IT	5.445	3,33	,84	-,18	-,23	,37-,67	,73
N							
NL	3.964	3,69	,62	-,58	,83	,46-,67	,76
PL	4.077	3,55	,86	-,31	-,29	,38-,63	,73
SLK	3.224	3,45	,80	-,20	-,20	,38-,64	,73

Unsicherheit bezüglich der Behandlung von Patienten

Zur Messung der subjektiven *Unsicherheit bezüglich der Behandlung* von Patienten wurde die entsprechende, gleichnamige Subskala aus der Nursing-Stress-Scale (NSS, Gray-Toft und Anderson, 1981) verwendet. Dieses Instrument besteht aus fünf Items („Ein Arzt informiert unzureichend über den Krankheitszustand eines Patienten“, „Eine ärztliche Anordnung zur Behandlung eines Patienten scheint mir als unpassend“, „Ein Arzt ist in Notfällen abwesend“, „Es besteht Unkenntnis darüber, was einem Patienten oder seinen Angehörigen über den Krankheitszustand und die Behandlung mitgeteilt werden kann“, „Es besteht Unsicherheit über die Bedienung und Funktionsweise spezieller Geräte“). Vier Antwortmöglichkeiten waren gegeben: „nie“, „manchmal“, „häufig“, und „sehr häufig“. Ein fehlendes Item pro Teilnehmer wurde bei der Skalenkonstruktion erlaubt.

Tab. 17.12 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Unsicherheit bezüglich der Behandlung“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	3.946	2,10	,51	,62	,78	,35-,54	,72
D	3.185	2,19	,51	,42	,26	,21-,52	,67
FIN	3.502	1,99	,47	,62	1,54	,35-,60	,73
FR	4.407	2,03	,52	,52	,47	,34-,52	,69
GB	2.184	1,92	,52	,67	,76	,37-,56	,73
IT	4.922	2,07	,59	,52	,23	,38-,57	,74
N	2.411	1,83	,37	,29	1,38	,29-,49	,63
NL	3.762	1,85	,42	,43	1,50	,30-,54	,72
PL	3.396	2,11	,62	,49	,09	,48-,68	,81
SLK	2.755	1,85	,52	,74	1,16	,43-,63	,76

Heben und Beugen

Die Skala zum Ermitteln der Hebe- und Beugebelastungen wurde von der NEXT-Studiengruppe auf der Basis eigener validierter Messungen und einer Reihe von Pretests entwickelt. Ziel war es, die spezifischen physiologischen Anforderungen im

Pflegeberuf zu quantifizieren. Die Skala besteht aus acht Items: („*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 waren „*0-1 Mal täglich*“, „*2-5 Mal täglich*“, „*6-10 Mal täglich*“ und „*mehr als 10 Mal täglich*“. Für die Skalenbildung wurde ein gewichteter Summenscore entwickelt (Gewichtung der Kategorien 1-5: 0, 3.5, 8, 15). Dabei wurde der Skalenumfang von 0 bis 100 gesetzt. Es wurden keine fehlenden Items zur Skalenbildung zugelassen.

Tab. 17.13 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Heben und Beugen“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.197	29,87	19,98	,85	,38	,18-,67	,79
D	3.486	28,78	20,35	,85	,35	,42-,70	,87
FIN	3.904	25,53	25,63	,95	-,07	,53-,84	,93
FR	5.179	25,53	23,39	1,11	,58	,55-,72	,88
GB	2.518	23,61	23,20	1,07	,46	,51-,76	,89
IT	4.993	22,18	21,70	1,28	1,28	,50-,76	,90
N							
NL	3.945	26,13	20,55	,85	,20	,45-,72	,86
PL	3.633	26,86	23,32	1,08	,63	,56-,75	,90
SLK	2.983	24,25	22,24	1,18	1,04	,62-,76	,91

Arbeit/Familie-Konflikt

Das Problem eines möglichen Arbeit/Familie-Konflikts wurde mithilfe zweier von Netemeyer, Boles und McMurrian (1996) entwickelter Skalen untersucht.

Skala: Arbeit/Familie-Konflikt (AFK)

Die Skala Arbeit/Familie-Konflikt operationalisiert, inwieweit die Arbeit der Befragten mit dem Familienleben konfligiert. Die sog. AFK-Skala (original: Work-Family-Conflict, WFC) besteht aus fünf Items („*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*“). Die Befragten sind angehalten, auf einer fünfstufigen Skala anzugeben, wie genau diese Aussagen auf ihre persönliche berufliche Situation zutrifft (wobei 1 „*stimme nicht zu*“ und 5 „*stimme völlig zu*“ bedeutet). Bei der Skalenbildung wurde ein fehlender Wert pro Teilnehmer erlaubt.

Tab. 17.14 Psychometrische Eigenschaften der „Arbeit/Familie-Konflikt Skala“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.192	2,77	,95	,12	-,52	,61-,78	,87
D	3.514	2,76	1,01	,15	-,72	,61-,80	,89
FIN	3.908	2,56	1,03	,22	-,84	,67-,78	,90
FR	5.284	2,83	1,02	,07	-,74	,60-,76	,86
GB							
IT	5.367	3,13	1,00	-,11	-,59	,61-,75	,86
N	2.627	2,20	,94	,60	-,26	,63-,79	,89
NL	3.978	2,09	,81	,46	-,44	,58-,73	,85
PL	4.089	2,29	1,04	,60	,04	,66-,80	,89
SLK	3.185	2,74	1,06	,22	-,72	,61-,77	,87

Skala: Familie/Arbeit-Konflikt

Die zweite Skala untersucht die entgegengesetzte Richtung des Konflikts, nämlich, inwieweit die Anforderungen der Familie konflikthaft zur Arbeitsbelastung wahrgenommen werden. Auch diese Skala besteht aus fünf Items (*„Die Anforderungen durch meine Familie oder Partner/in behindern meine Arbeitsaktivitäten“, „Ich muss Arbeitsaufgaben aufschieben wegen der zeitlichen Beanspruchung zu Hause“, „Dinge, die ich bei der Arbeit tun möchte, werden wegen der Beanspruchung durch meine Familie / Partner/in nicht erledigt“, „Mein Privatleben behindert meine Verpflichtungen bei der Arbeit, wie z. B. pünktlich anzufangen, die täglichen Aufgaben zu erledigen oder Überstunden zu machen“, „Familiäre Belastungen behindern meine Fähigkeit, meine Arbeitsaufgaben zu erledigen“*). Die vorgegebenen Antwortkategorien sowie die Skalenbildung entsprechen den für den Arbeit/Familie-Konflikt beschriebenen.

Tab. 17.15 Psychometrische Eigenschaften der „Familie/Arbeit-Konflikt Skala“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.128	2,22	,93	,32	-1,10	,05-,75	,73
D	3.517	1,41	,57	1,86	4,11	,54-,68	,81
FIN	3.878	1,41	,58	2,09	5,75	,46-,67	,78
FR	5.253	1,66	,66	1,33	2,19	,41-,65	,74
GB							
IT	5.282	1,92	,82	1,06	1,02	,41-,63	,77
N	2.606	1,58	,70	1,45	2,13	,58-,65	,82
NL	3.960	1,52	,64	1,53	3,08	,60-,75	,87
PL	4.065	1,62	,80	1,76	3,32	,58-,71	,85
SLK	3.144	2,08	,86	,97	,92	,32-,59	,73

Zufriedenheit mit der Bezahlung

Um die Zufriedenheit des Pflegepersonals mit der Bezahlung zu untersuchen, wurde von der NEXT-Studiengruppe eine neue Skala mit drei Items 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 von 1 („gar nicht“) bis 5 („sehr“). Für die Skalenkonstruktion wurde ein fehlendes Item pro Befragten erlaubt.

Tab. 17.16 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Zufriedenheit mit Bezahlung“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	3.951	2,63	,81	,17	-,08	,58-,63	,76
D	3.326	2,62	,78	,29	,09	,51-,54	,70
FIN	3.816	1,94	,78	,71	,30	,53-,56	,72
FR	5.114	2,79	1,00	,07	-,60	,57-,66	,78
GB	2.495	2,31	,90	,48	-,12	,63-,67	,80
IT	5.100	2,02	,86	,71	,13	,61-,64	,78
N	2.590	2,34	,86	,35	-,25	,60-,65	,78
NL	3.887	2,66	,79	,22	-,08	,52-,61	,75
PL	4.163	1,72	,80	1,4	2,12	,64-72	,82
SLK	3.100	1,86	,86	,83	,03	,67-,76	,84

Effort Reward Imbalance Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* des Medizinsoziologen Siegrist wird auf Englisch *Effort Reward Imbalance Model* genannt. Letzteres verdeutlicht, worum es geht: um die Diskrepanz zwischen dem eigenen geleisteten *Aufwand* (*effort*) bei der Arbeit einerseits und der dabei erhaltenen *Belohnung* (*reward*) andererseits. *Belohnung* steht hier nicht nur für finanzielle Anreize, sondern auch für *Ansehen*, *Karrieremöglichkeiten* und die *Sicherheit des Arbeitsplatzes*. Die Modellhypothese ist, dass ein Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Belohnung zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führt (Siegrist, 1996) (vgl. Kapitel 14).

Eine weitere Annahme lautet, dass Personen mit hoher emotionaler Bindung an ihre Arbeit und einem hohen Bedürfnis nach *Anerkennung* (*overcommitment*) ein *Effort-Reward-Ungleichgewicht* verstärkt wahrnehmen und ein besonders hohes Risiko negativer gesundheitlicher Folgen haben (Siegrist, 1996b).

Das ERI-Modell wird mittels dreier Skalen (effort, reward und overcommitment) operationalisiert. In der NEXT-Studie wurden zur Erfassung des ERI-Modells ausschließlich die in jüngerer Zeit entwickelten Kurzskalen verwendet (Siegrist et al., in Druck).

Aufwand/Effort (ERI)

Die Kurzskala Aufwand/Effort besteht aus sechs Items: „Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck“, „Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört“, „Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen“, „Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen“, „Meine Arbeit ist körperlich anstrengend“, „Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.“ Die Teilnehmenden beurteilen auf einer vierstufigen Antwortskala, inwieweit

sie die beschriebenen Situationen als belastend empfinden (Antwortkategorien: „gar nicht“, „mäßig“, „stark“ und „sehr stark“). Für die Skalenkonstruktion war ein fehlendes Item pro Teilnehmer erlaubt.

Tab. 17.17 Psychometrische Eigenschaften Skala „Aufwand/Effort“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.172	14,32	4,38	,46	-,13	,39-,62	,74
D	3.525	17,69	4,54	,04	-,22	,42-,63	,76
FIN	3.862	15,73	4,38	,29	-,38	,22-,55	,67
FR	5.346	15,32	4,36	,17	-,35	,28-,57	,69
GB							
IT	5.394	15,72	4,97	,29	-,38	,41-,63	,77
N	1.514	14,12	4,65	,34	-,31	,46-,55	,73
NL	3.991	11,28	3,01	,88	,87	,26-,51	,68
PL	4.354	15,32	5,02	,26	-,60	,28-,63	,77
SLK	3.283	14,98	4,17	,20	-,40	,31-,52	,69

Hinweis: Das Item „Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört“ wurde in Norwegen nicht erfasst.

Belohnung/Reward (ERI)

Die wahrgenommene *Belohnung/Reward* wurde mit elf Items gemessen. Dabei war die Erhebungsprozedur identisch mit derjenigen der Skala „Aufwand“. Dabei war die Erhebungsprozedur identisch mit derjenigen der Skala „Aufwand“. Die Items lauteten „Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene“, „Ich erhalte von meinen Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene“, „Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung“, „Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt“, „Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht“, „Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation“, „Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet“, „Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen“, „Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen“, „Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen“, „Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen“. Für die Skalenbildung wurden zwei fehlende Items je Teilnehmer akzeptiert.

Tab. 17.18 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Belohnung“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.104	48,54	6,29	-1,43	2,22	,31-,65	,80
D	3.484	43,32	7,46	-,67	,26	,18-,63	,79
FIN							
FR	5.344	46,43	6,97	-1,06	,98	,21-,61	,77
GB							
IT	5.354	42,65	8,41	-,73	-,01	,20-,65	,80
N							
NL	3.980	50,21	4,74	-1,68	4,10	,27-,59	,74
PL	4.162	40,05	8,71	-,62	-,08	,38-,79	,90
SLK	3.191	42,96	7,87	-,59	-,15	,33-,62	,81

Overcommitment (ERI)

Das Ausmaß des *Overcommitment* wurde mit sechs Zustimmungs-Items erfasst: „*Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke*“, „*Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht*“ (dieses Item wurde vor der Skalenbildung umgepolt), „*Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf*“, „*Die Arbeit lässt mich selten los, sie geht mir abends noch im Kopf rum*“, „*Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen*“. Vier Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben. „*stimme gar nicht zu*“, „*stimme eher nicht zu*“, „*stimme eher zu*“ und „*stimme voll zu*“. Für die Berechnung der Skala war ein fehlendes Item erlaubt.

Tab. 17.19 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Overcommitment“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.166	13,96	3,24	,16	,02	,40-,67	,77
D	3.526	14,38	3,86	,18	-,44	,43-,74	,81
FIN	3.929	12,73	3,33	,32	-,04	,43-,66	,82
FR	5.298	13,99	3,74	,15	-,39	,36-,71	,78
GB							
IT	5.350	14,10	3,40	,14	-,20	,33-,65	,73
N	2.665	12,33	2,84	,23	,39	,42-,63	,76
NL	3.993	11,89	2,65	,16	,56	,41-,60	,76
PL	4.149	14,33	3,27	,26	-,11	,33-,62	,74
SLK	3.189	14,99	2,89	-,06	,17	,32-,61	,70

Arbeitszufriedenheit - COPSOQ

Die Skala zur Erfassung der *Arbeitszufriedenheit* der Befragten stammt aus dem COPSOQ und beinhaltet vier Items („*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*“. Für die Ermittlung der Skala war ein fehlendes Item pro Teilnehmenden erlaubt.

Tab. 17.20 Psychometrische Eigenschaften der „Arbeitszufriedenheitsskala“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.188	2,81	,45	-,75	1,90	,49-,63	,76
D	3.525	2,51	,52	-,28	-,02	,45-,54	,71
FIN	3.935	2,70	,47	-,54	,69	,43-,62	,73
FR	5.299	2,54	,53	-,34	,05	,50-,63	,76
GB	2.559	2,73	,57	-,54	,65	,54-,73	,82
IT	5.418	2,42	,59	-,31	-,10	,54-,69	,80
N	2.633	2,96	,43	-,48	2,23	,35-,61	,69
NL	3.964	2,84	,37	-,84	2,64	,35-,58	,70
PL	3.907	2,61	,54	,32	-,09	,55-,66	,78
SLK	3.246	2,45	,51	-,39	,03	,52-,59	,75

Positive und negative Affektivität

Positive und *negative Affektivität* wurden mit der von Watson, Clark und Tellegen (1998) entwickelten sog. PANAS-Skala erfasst. Diese besteht aus zwei Adjektivlisten von jeweils 10 Items, mittels derer die Befragten ihre „Stimmung im Allgemeinen“ beschreiben sollen.

Für die *positive Affektivität-Skala* (PAS) waren folgende Antworten vorgegeben: „*interessiert*“, „*begeistert*“, „*stark*“, „*inspiriert*“, „*stolz*“, „*wach*“, „*angeregt*“, „*entschlossen*“, „*aufmerksam*“ und „*aktiv*“, die auf einer fünfstufigen Antwortskala mit den Kategorien „*kaum / gar nicht*“, „*ein wenig*“, „*mittel*“, „*ziemlich*“ bis „*sehr viel*“ beantwortet werden mussten. Für die Konstruktion der PAS wurden zwei fehlende Items pro Teilnehmenden toleriert.

Tab. 17.21 Psychometrische Eigenschaften der „positiven Affektivität-Skala“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	1.923	3,57	,51	-,30	,73	,09-,65	,83
D	3.523	3,56	,58	-,26	,16	,48-,67	,85
FIN	3.946	3,25	,56	-,21	,17	-,26-,75	,84
FR							
GB							
IT	5.343	3,07	,69	,16	,00	,55-,71	,89
N	2.514	3,56	,53	-,23	,61	,49-,69	,86
NL	3.973	3,61	,45	-,52	1,48	,12-,63	,81
PL	3.620	3,26	,53	-,17	,47	,28-,57	,79
SLK	3.166	3,33	,56	-,37	,34	-,07-,53	,73

Hinweis: die geringe Trennschärfe in Belgien, Finnland, den Niederlanden und der Slowakei sind dem Item „*excited*“ geschuldet. Dieser Begriff besitzt zwei unterschiedliche Bedeutungen: Auf der einen Seite kann er mit „Angeregtheit“ übersetzt werden, auf der anderen Seite mit „Gereiztheit“. Die NEXT-Studiengruppe hat sich trotz dieser Zweideutigkeit dafür entschieden, dieses Item nicht aus der Skalenbildung zu eliminieren, sondern in der Skalenbildung den Anweisungen der Autoren zu folgen.

Die zehn Items der *negativen Affektivität-Skala (NAS)* lauten „gestresst“, „ärgerlich“, „schuldig“, „ängstlich“, „feindselig“, „gereizt“, „beschämt“, „nervös“, „unruhig“ und „besorgt“. Die Antwortmöglichkeiten und die Skalenbildungsprozedur entsprechen derjenigen von PAS.

Tab. 17.22 Psychometrische Eigenschaften der „negativen Affektivität-Skala“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	1.917	1,68	,54	1,29	2,38	,34-,65	,86
D	3.521	2,06	,59	,67	,40	,39-,65	,83
FIN	3.945	1,60	,47	1,53	3,30	,41-,66	,84
FR							
GB							
IT	5.346	1,57	,47	1,52	3,61	,43-,60	,81
N	2.507	1,52	,46	1,35	2,29	,45-,65	,85
NL	3.973	1,50	,45	1,47	3,01	,39-,66	,85
PL	3.682	2,24	,69	,42	-,24	,49-,68	,88
SLK	3.178	2,07	,59	,64	,45	,35-,60	,79

Commitment

Das *Commitment* oder die *Bindung* wurde auf der Basis der Arbeiten von Allen und Meyer (1996) ermittelt. Für die NEXT-Studie wurden die Skalen *Bindung an die Institution* und *Bindung an den Beruf* erfasst.

Bindung an die Institution

Die Skala *Bindung an die Institution* umfasst vier Items. Dabei wurde jedoch ihre Originalformulierung geringfügig modifiziert („*Ich fühle mich dieser Einrichtung sehr zugehörig*“, „*Diese Einrichtung hat eine große persönliche Bedeutung für mich*“, „*Ich bin stolz, dieser Einrichtung anzugehören*“, „*Ich fühle mich nicht als ein Teil dieser Einrichtung*“; dieses Item wurde für die Skalenbildung umgepolt). Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten reichten von 1 („*nein, völlig unzutreffend*“) bis 5 („*ja, völlig zutreffend*“). Ein fehlendes Item pro Teilnehmer wurde zur Skalenbildung akzeptiert.

Tab. 17.23 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Bindung an die Institution“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.185	3,57	,74	-,32	,19	,37-,70	,79
D	3.476	3,35	,91	-,09	-,53	,36-,74	,80
FIN	3.926	3,83	,84	-,49	-,31	,48-,77	,84
FR	5.260	3,44	,88	-,31	-,19	,46-,71	,80
GB	2.529	3,33	,85	,00	-,41	,27-,71	,78
ES	5.369	3,03	,91	-,02	-,38	,19-,66	,73
N	2.557	3,27	,89	-,06	,45	,12-,72	,74
NL	3.986	3,21	,66	-,17	,30	,30-,68	,76
PL	3.903	3,43	,86	-,15	-,23	,23-,67	,75
SLK	2.884	3,48	,96	,02	-,97	,09-,76	,75

Bindung an den Beruf

Mit vier Items wurde die *Bindung an den Beruf* erfasst (Allen und Meyer, 1996). Auch in diesem Fall wurde der Wortlaut der Items im Hinblick auf die besonderen Anforderungen der Studie über Pflegeberufe angepasst: („*Ich fühle mich dem Pflegeberuf sehr verbunden*“, „*Der Pflegeberuf hat eine große persönliche Bedeutung für mich*“, „*Ich bin stolz, dem Pflegeberuf anzugehören*“, „*Ich fühle mich nicht als ein Teil der Pflegeberufsgruppe*“; dieses Item wurde für die Skalenbildung umgepolt). Umfang und Wortlaut der Antwortkategorien entsprachen der Skala *Bindung an die Institution*.

Tab. 17.24 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Bindung an den Beruf“

Land	N	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	Alpha
BE	4.181	4,08	,64	-,53	,30	,35-,65	,75
D	3.479	3,94	,85	-,60	-,21	,29-,78	,80
FIN	3.927	4,19	,77	-,90	,42	,56-,83	,88
FR	5.251	4,32	,70	-1,25	1,83	,42-,68	,77
GB	2.518	3,85	,86	-,50	-,28	,48-,76	,85
IT	5.318	3,99	,82	-,69	,07	,25-,70	,73
N	2.571	4,30	,69	-1,02	,83	,33-,66	,74
NL	3.980	3,95	,60	-,30	,40	,33-,65	,75
PL	3960	4,07	,87	-,78	,09	,25-,76	,79
SLK	2.890	4,23	,90	-1,17	,71	,30-,81	,83

Arbeitsfähigkeitsindex - work ability index, WAI

Der *Arbeitsfähigkeitsindex* (work ability index, WAI) wurde von Tuomi und Kollegen (Tuomi et al., 1991) entwickelt. Mit diesem Instrument ist es möglich, die Übereinstimmung der Fähigkeiten eines Arbeitnehmers mit den Anforderungen an seinem Arbeitsplatz zu erfassen. Der Arbeitsfähigkeitsindex umfasst sieben Dimensionen: (1) „*Gegenwärtige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur individuellen Bestleistung*“, (2) „*Vergleich der derzeitigen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen ein Jahr zuvor*“, (3) „*Anzahl der diagnostizierten Krankheiten*“, (4) „*Subjektive Einschätzung der Beeinträchtigung der eigenen Arbeitsleistung aufgrund von Krankheiten*“, (5) „*Anzahl der krankheitsbedingten Abwesenheitstage im letzten Jahr*“, (6) „*Eigene Prognose der Arbeitsleistung in zwei Jahren*“ und (7) „*Mentale Ressourcen*“. Diese Dimensionen wurden aus 26 Items gebildet, die im Rahmen dieses Kapitels nicht weiter ausgeführt werden können (vgl. Kapitel 11 für weitere Details).

Tab. 17.25 Psychometrische Eigenschaften des „Arbeitsfähigkeitsindex“ (WAI)

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe*	alpha*
BE	3.859	39,75	4,96	-,86	1,09		
D	3.373	37,88	6,30	-,93	1,01		
FIN	3.750	39,89	5,77	-1,16	1,83		
FR	4.306	37,84	5,70	-,93	1,32		
GB	2.318	39,70	5,72	-1,01	1,63		
IT	4.073	39,64	5,33	-,94	1,25		
N	2.262	42,00	5,34	-1,43	2,84		
NL	3.927	41,41	4,94	-1,58	3,77		
PL	4.113	37,35	6,02	-,47	-,06		
SLK	3.093	39,38	4,80	-,56	,34		

*Aufgrund der Beschaffenheit des Indexes ist die Berechnung der internen Konsistenzen und des Trennschärfekoeffizienten nicht möglich.

Burnout - CBI

Die Messung des persönlichen *Burnout* wurde mittels sechs Items aus dem *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI, Borritz und Kristensen, 2001) vorgenommen. Die Befragten wurden gebeten, auf einer fünfstufigen Skala anzugeben, „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 waren „nie/fast nie“, „einmal oder ein paar Mal pro Monat“, „ein- oder zweimal pro Woche“, „drei- bis fünfmal pro Woche“, „(fast) jeden Tag“. Ein fehlendes Item wurde für die Konstruktion der Skala erlaubt.

Tab. 17.26 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Burnout“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.195	2,40	,84	,34	-,58	,66-,82	,91
D	3.520	2,52	,93	,77	,02	,64-,81	,91
FIN	3.926	2,33	,83	,99	,70	,64-,77	,89
FR	5.330	2,86	,68	,15	-,13	,59-,79	,87
GB	2.537	2,58	,92	,66	-,23	,61-,78	,89
IT	5.351	2,43	1,00	,82	-,08	,58-,79	,89
N	2.659	1,85	,71	1,57	3,04	,57-,72	,86
NL	3.985	1,68	,60	1,82	4,65	,53-,73	,84
PL	3.930	2,60	,98	,78	,04	,67-,83	,91
SLK	3.187	2,80	,84	,40	-,33	,56-,67	,84

Allgemeine Gesundheit

Die *allgemeine Gesundheit* der Teilnehmer wurde mit einer Skala gemessen, die im COPSOQ verwendet wird und die mit der *general health scale* des SF-36 identisch ist (Ware & Sherbourne, 1992).

Die auf einer fünfstufigen Skala zu beantwortenden Items lauteten: „*Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?*“ (Antwortmöglichkeiten: „schlecht“, „weniger gut“, „gut“, „sehr gut“, „ausgezeichnet“) „*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*“ (Antwortmöglichkeiten: „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft weitgehend nicht zu“, „weiß nicht“, „trifft weitgehend zu“, „trifft ganz zu“). Für die anschließende Skalenkonstruktion wurde die ursprüngliche von 1-5 rangierende Skala nach einem Vorschlag der Autoren auf einen Umfang von 1-100 transformiert (Ware & Sherbourne, 1992). Für den Aufbau der Skala wurde ein fehlendes Item toleriert.

Tab. 17.27 Psychometrische Eigenschaften der Skala „Allgemeine Gesundheit“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe	alpha
BE	4.199	68,12	18,36	-,59	,11	,41-,68	,74
D	3.503	64,22	19,33	-,52	-,21	,43-,65	,74
FIN	3.945	67,14	18,80	-,58	-,07	,43-,71	,76
FR	5.299	63,93	20,23	-,56	,02	,41-,70	,76
GB							
IT	5.366	64,61	18,95	-,53	,00	,39-,66	,72
N							
NL	3.976	71,14	16,60	-,64	,40	,38-,67	,73
PL	4.102	55,26	19,16	-,18	-,32	,43-,68	,77
SLK	3.149	56,15	17,81	,00	-,07	,41-,61	,72

Einschränkungen infolge von Wirbelsäulenbeschwerden – von Korff disability Scale

Die von Korff disability scale zur *Einschätzung alltäglicher Einschränkung infolge von Wirbelsäulenbeschwerden* besteht aus vier Items. Die Fragen lauteten: „*Wenn Sie an das letzte halbe Jahr zurück denken:*“, - „*Wie viele Tage sind Sie von Ihren üblichen Aktivitäten (Arbeit oder Hausarbeit) abgehalten worden, weil Sie Nacken- oder Rückenschmerzen hatten?*“, - „*Wie stark haben Nacken- oder Rückenschmerzen Ihre täglichen Aktivitäten beeinflusst?*“, - „*Wie sehr haben Nacken- oder Rückenschmerzen Ihre Fähigkeit verändert, an Freizeitaktivitäten, gesellschaftlichen Veranstaltungen oder Familienaktivitäten teilzunehmen?*“, - „*Wie sehr haben Nacken- oder Rückenschmerzen Ihre Fähigkeit zu arbeiten (einschließlich der Hausarbeit) verändert?*“

Die Antworten für die letzten drei Items wurden mit einer Skala von 1 bis 10 erfasst, wobei 0 „keine Veränderung“ und 10 „sehr starke Veränderungen“ bedeutete.

Der disability score wurde nach der vom Autor (von Korff, 1992) beschriebenen Methode berechnet. Ein fehlendes Item pro Teilnehmer war erlaubt.

Tab. 17.28 Psychometrische Eigenschaften der „von Korff disability scale“

Land	n	Mittel	Std.-Abw.	Schiefe	Kurtosis	Trennschärfe*	alpha*
BE	3.708	,96	1,49	1,56	1,51	,83-,88	,93
D	3.219	1,54	1,82	,88	-,48	,86-,90	,94
FIN	3.188	1,02	1,58	1,53	1,32	,85-,92	,94
FR	4.687	1,21	1,68	1,23	,34	,91-,93	,96
GB	2.404	,65	1,31	2,24	4,52	,90-,93	,96
IT	4.765	1,29	1,67	1,08	,00	,88-,90	,95
N							
NL	3.801	,47	1,11	2,83	8,14	,78-,87	,90
PL	4.124	1,49	1,61	,81	-,40	,83-,89	,94
SLK	2.751	1,78	1,75	,61	-,72	,86-,90	,94

Die Berechnung der internen Konsistenz und des Trennschärfekoeffizienten wurde nur für die drei letzten Items berechnet (das erste Item „*Wie viele Tage ...*“ wurde aufgrund seiner unterschiedlichen Skalierung ausgeschlossen).

Fazit

Insgesamt kann festgestellt werden, dass mit nur wenigen Ausnahmen (wie z. B. *Quantitative Anforderungen* für die Slowakei bzw. *Unsicherheit bezüglich der Behandlung von Patienten* in Norwegen) sich alle Skalen als äußerst reliabel erwiesen haben. Darüber hinaus sind die internen Konsistenzen und - in einem geringeren Ausmaß – die Trennschärfekoeffizienten über die Länder hinweg vergleichbar hoch. Dies deutet darauf hin, dass die Übersetzung der Items und Fragebogenerhebung sorgfältig und die erfolgreich durchgeführt wurden.

Literatur

Allen, N.J.; Meyer, J.P.: The measurement and antecedents of affective continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 63 (1990) 1-18

Borritz, M.; Kristensen, T.S.: Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout. Copenhagen: National Institute of Occupational Health 2001

de Jonge, J.; Mulder, M.J.G.P.; Nijhuis, F.J.N.: The incorporation of different demand concepts in the Job Demand-Control Model: Effects on health care professionals. *Social Science and Medicine* 48 (1999) 1149-1160

Gray-Toft, P.; Anderson, J.G.: The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *J Behav Assessment* 3 (1981) 11-23

Kristensen, T.S.: A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Copenhagen: National Institute of Health 2000

- Netemeyer, R.G.; Boles, J.S.; McMurrian, R.:** Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology* 81 (1996) 400-410
- Siegrist, J.:** Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1 (1996) 27-43
- Siegrist, J.; Starke, D.; Chandola, T.; Godin, I.; Marmot, M.; Niedhammer, I.; Peter, R.:** The measurement of effort-reward imbalance at work. European Comparison. Special Issue *Social Science & Medicine* 58 (2004) 1483-99
- Theorell, T.; Perski, A.; Åkerstedt, T.; Sigala, F.; Ahlberg-Hulten, G.; Svensson, J.; Eneroth P.:** Changes in job strain in relation to changes in physiological state. A longitudinal study. *Scand J Work Environ Health* 13 (1988) 189-96
- Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A.:** Work Ability. 2. Ausgabe. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 1998
- Van der Heijden, B.I.J.M.:** The measurement and development of professional expertise throughout the career. Dissertation, Enschede: University of Twente 1998
- Van der Heijden, B.I.J.M.:** Organizational influences upon the development of professional expertise in SME's. *Journal of Enterprising Culture*, 9 (2003) 367-406
- v. Korff, M.; Ormel, J.; Keefe, F.J.; Dworkin, S.F.:** Grading the severity of chronic pain. *Pain* 50 (1992) 133-49
- Ware, J.E.; Sherbourne, C.D.:** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30 (1992) 473-481
- Watson, D.; Clark, L.A.; Tellegen, A.:** Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 54 (1988) 1063-70

Die europäische NEXT-Studiengruppe

Autorinnen und Autoren aus der europäischen Koordination:

*Hans-Martin Hasselhorn,
Bernd Hans Müller,
Peter Tackenberg,
Angelika Kümmerling,
Michael Simon*

Bergische Universität Wuppertal,
FB D, Abt. Sicherheitstechnik,
Fachgebiet Arbeitssicherheit/Ergonomie.
Wuppertal, Deutschland.

Autorinnen und Autoren aus dem wissenschaftlichen NEXT-Team

*Sabine Stordeur,
William D'hoore*

Université Catholique de Louvain,
Ecole de Santé Publique.
Brüssel, Belgien.

*Andreas Büscher,
Stephanie Stelzig*

Universität Witten-Herdecke,
Fakultät Medizin,
Institut für Pflegewissenschaft.
Witten, Deutschland

*Marjukka Laine,
Gustav Wickström*

Turku Regional
Institute of Occupational Health.
Turku, Finnland

*Madeleine Estryn-Behar,
Jean-François Caillard,
Olivier Le Nézet*

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,
Service central de médecine du travail.
Paris, Frankreich

*Donatella Camerino,
Paul Conway,
Miriam Di Bisceglie*

University of Milan,
Department of Occupational Health.
Mailand, Italien.

*Esther van der Schoot,
Beatrice van der Heijden*

University of Twente,
Department of Technology & Management,
HRM.
Enschede, Niederlande.

*Maria Widerszal-Bazyl,
Piotr Radkiewicz*

Central Institute for Labour Protection
National Research Institute.
Warschau, Polen.

*Janusz Pokorski,
Joanna Pokorska,
Halszka Oginska*

Jagiellonian University of Krakow,
Collegium Medicum.
Krakau, Polen.

Philippe Kiss

Progecov,
Occupational Health Service.
Gent, Belgien.