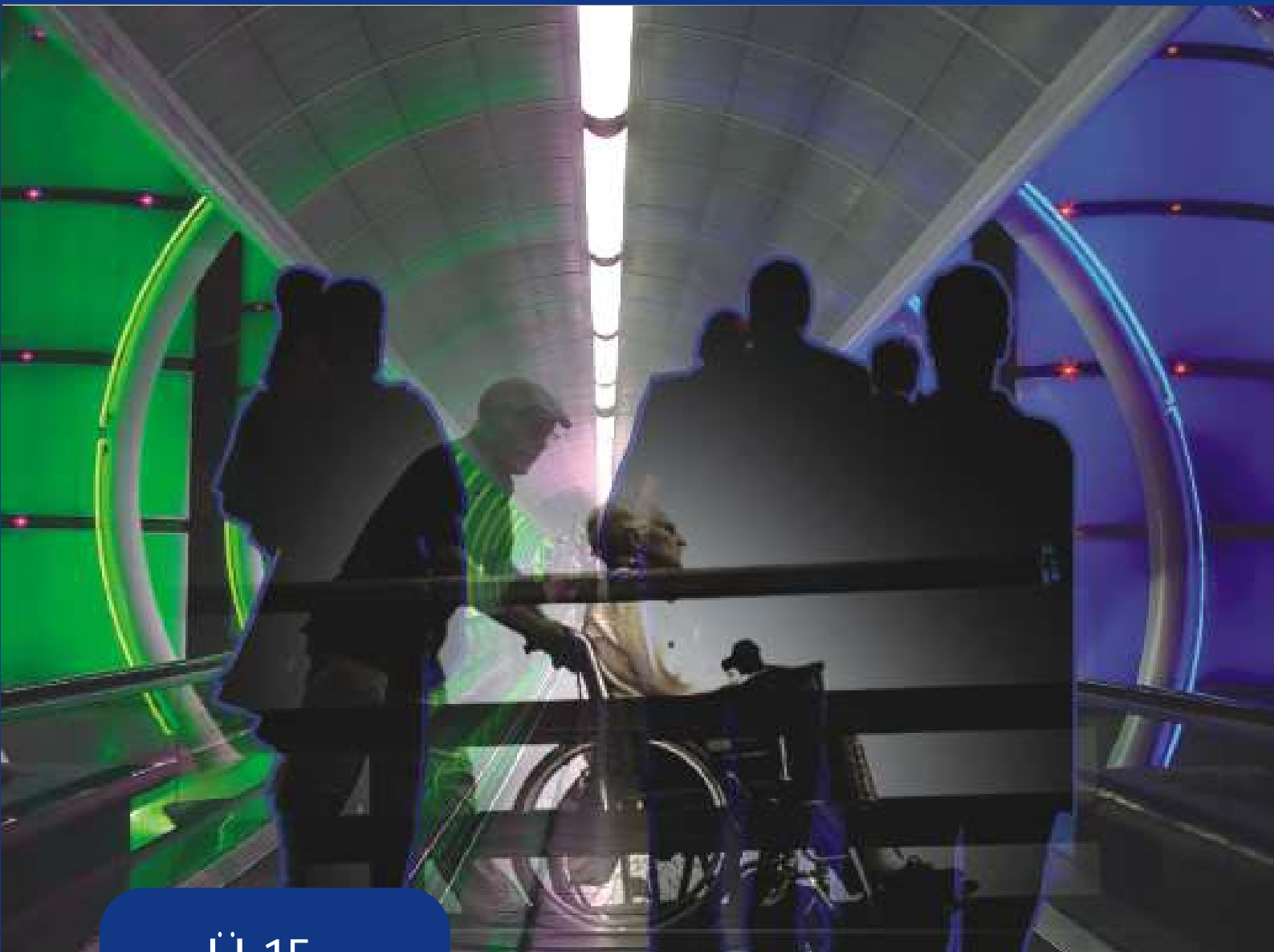


Berufsausstieg bei Pflegepersonal



Ü 15

Schriftenreihe der
Bundesanstalt für
Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin

baa:

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 Fotografie: 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@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.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 auszugswweisen Nachdrucks vorbehalten.

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

5. Burnout im Pflegeberuf in Europa

Esther van der Schoot, Halszka Ogińska, Madeleine Estryń-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 Pflegenden (Arzt, Lehrer, Sozialarbeiter usw.) nicht in der Lage ist, mit der Arbeitsbelastung, den Erfahrungen von Niederlagen und dem Ausbleiben von beruflichem Erfolg umzugehen (Şek 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 (Estryń-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>		<i>38.802</i>	<i>37.798</i>

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.

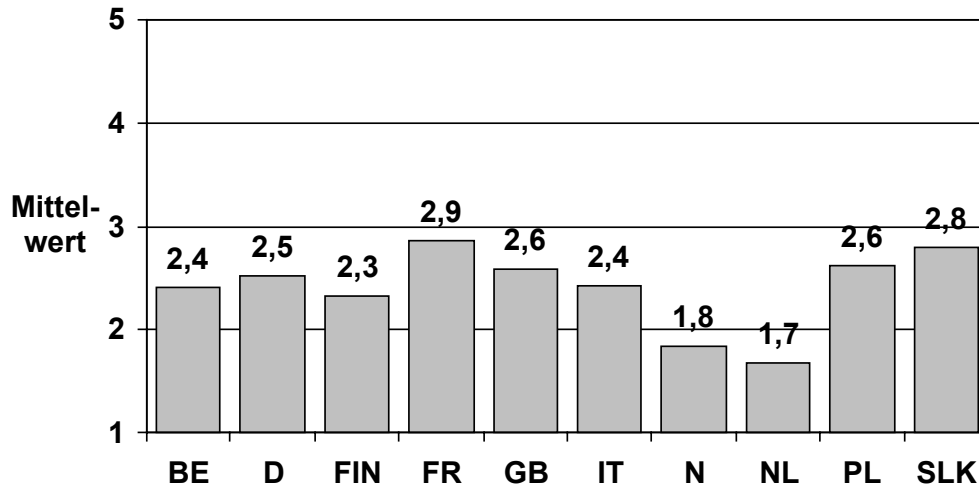


Abb. 5.1 Mittelwerte für persönliches Burnout nach Ländern

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 ($p < 0,0001$).

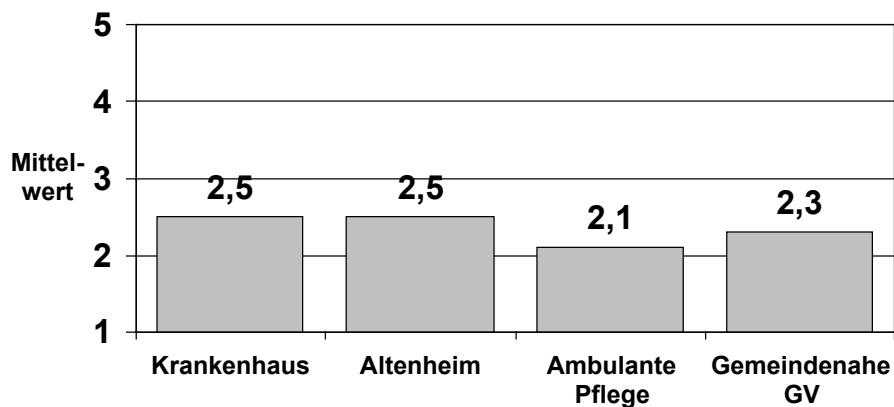


Abb. 5.2 Mittelwerte für persönliches Burnout nach Einrichtungstyp

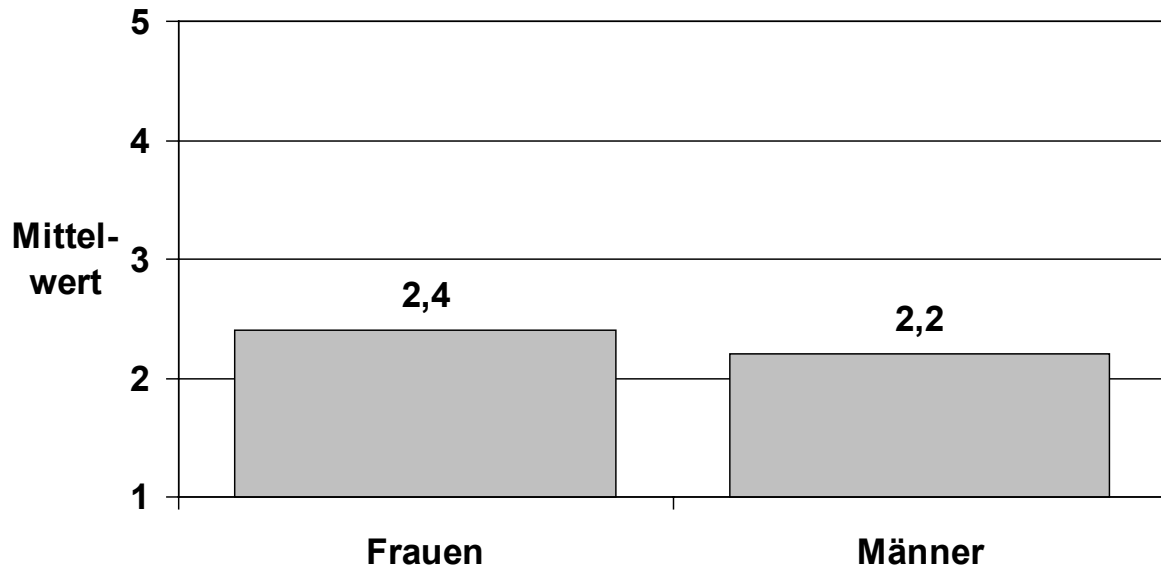


Abb. 5.3 Mittelwerte für persönlichen Burnout nach Geschlecht

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

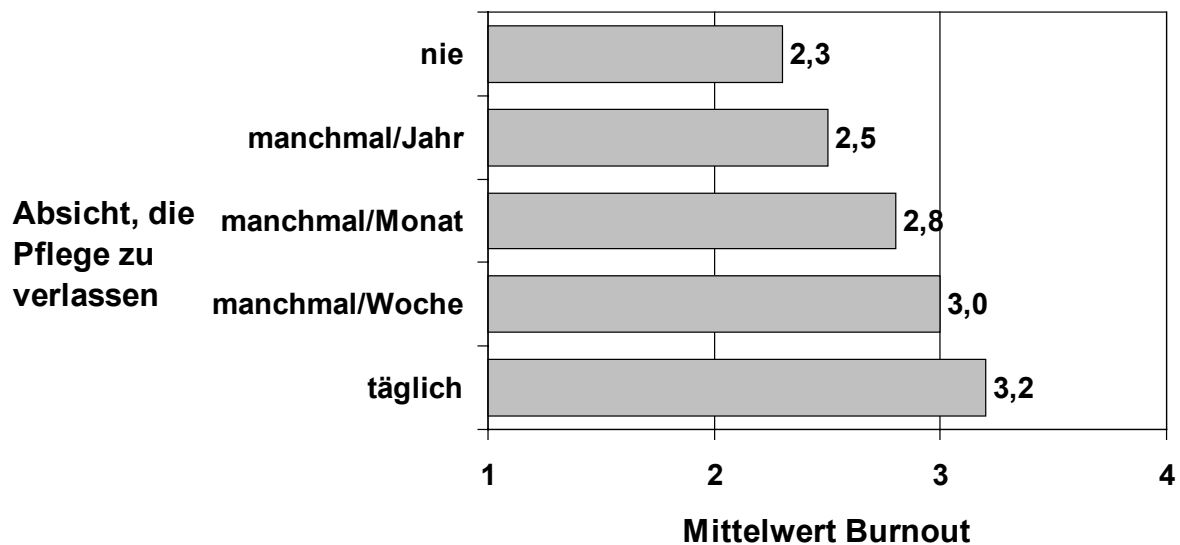


Abb. 5.4 Mittelwerte für persönliches Burnout und die Absicht, den Beruf zu verlassen

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 Pflegenden 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 Unter- stützung	32.202	2.152	41,5
Unzufrieden mit den Möglichkeiten, Pati- enten 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