

Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement

C. Ehresmann, S. Kockert, T. Schott

B. Badura et al. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2015*,
DOI 10.1007/978-3-662-47264-4_8, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Zusammenfassung *Burnout kann nicht nur die Gesundheit von Pflegekräften ernsthaft gefährden, sondern durch resultierende Fehlzeiten, eine erhöhte Fluktuation sowie eine verminderte Versorgungsqualität auch Gesundheitseinrichtungen vor Probleme stellen. Im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sollten deshalb Präventionsmaßnahmen entwickelt werden, die gezielt auf die Vermeidung von Burnout ausgerichtet sind. Mit Blick auf Pflegekräfte in der medizinischen Rehabilitation besteht diesbezüglich immer noch erheblicher Forschungsbedarf. Der vorliegende Beitrag dokumentiert anhand empirischer Daten aus 21 medizinischen Rehabilitationskliniken, dass 41 Prozent der Pflegekräfte hier in hohem Maße emotional und physisch erschöpft sind. Er vergleicht das Ausmaß in der Pflege mit anderen Professionen und untersucht die Arbeits- und Organisationsbedingungen in den Kliniken. Die Analyse weist aus, dass ein BGM mit spezifischem Fokus auf der Gruppe der Pflegekräfte nicht nur Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck und einen Mangel an Autonomie, sondern auch die Sinnhaftigkeit der Arbeit und besonders die Qualität des sozialen Systems der Kliniken (das Sozialkapital) in den Blick nehmen sollte.*

8.1 Hintergrund

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt und damit assoziierte negative Folgen für die Gesundheit von Erwerbstätigen werden aktuell in der Öffentlichkeit verstärkt unter dem Begriff Burnout diskutiert. In der Wissenschaft ist Burnout bislang nicht einheitlich definiert. Allerdings hat sich in Anlehnung an die Definition von Maslach und Jackson (1984, S. 134) hinsichtlich der drei auf den Arbeitskontext bezogenen Symptome: »emotionale (und körperliche) Erschöpfung«, »Depersonalisierung« (Empathieverlust) und »verminderte persönliche Leistungsfähigkeit« ein breiter Konsens gebildet (Schaufeli u. Salanova 2014; Weber 2014). Die Erschöpfungskomponente ist allgemein als Kernsymptom von Burnout anerkannt (z. B. Helkavaara 2013).

Burnout ist angesichts des drastischen Anstiegs der Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle aufgrund der Zusatzdiagnose »Z73«, unter der es in der ICD-10-Klassifikation gelistet ist, in den Vordergrund der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Krankenkassen gerückt. Speziell Pflegeberufe wie die Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Altenpflege fallen hier durch

hohe Fehlzeiten auf (z. B. Meyer et al. 2014, S. 368). Einer repräsentativen Studie zufolge fühlen sich 30,1 Prozent der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern von Burnout betroffen (Aiken et al. 2012). Zwar stellt Burnout keine Krankheitsdiagnose dar (Weber 2014), es kann jedoch Absentismus bedingen (Kristensen et al. 2005) und Studien machen darauf aufmerksam, dass Burnout ein Risikofaktor für psychische und physische Krankheiten sowie erhöhte Mortalität ist (Ahola et al. 2010; Hakanen u. Schaufeli 2012; Toker et al. 2012). Bei Pflegekräften hat sich bspw. ein negativer Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit gezeigt (Bao et al. 2013). Weitere Studien in der Pflege unterstreichen, dass Burnout mit einer verminderten Patientenorientierung und -sicherheit oder einer mangelnden Versorgungsqualität (Bowers et al. 2011; Van Bogaert et al. 2014) sowie einer erhöhten Fluktuationsneigung verbunden ist (z. B. Chan et al. 2013). Burnout kann demzufolge nicht nur die Gesundheit der Pflegekräfte gefährden, sondern auch den »Erfolg« der Akut-, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen, in denen die mehr als 1,5 Mio. hierzulande tätigen Pflegekräfte (Statistisches Bundesamt 2013) beschäftigt

sind. Exemplarisch kann dies für medizinische Rehabilitationskliniken wie folgt skizziert werden:

Die medizinische Rehabilitation stellt ein traditionelles Berufsfeld von Pflegekräften dar (Hotze u. Winter 2011). Pflegekräfte sind darauf spezialisiert, die Selbstständigkeit der Rehabilitanden zu fördern bzw. zu reaktivieren und ihre Lebensqualität zu verbessern, indem sie persönliche und umweltbezogene Ressourcen mobilisieren. Sie leisten hierdurch einen wesentlichen Beitrag zur Förderung des Teilhabeziels einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (§§ 1, 4, 26 SGB IX), weshalb ihnen innerhalb des Rehabilitationsteams eine herausragende Rolle zukommt (Schmidt 2012a; Wagner 2012). Pflegekräfte verbringen bis zu 92 Prozent ihrer Arbeitszeit mit dem Rehabilitanden und nehmen dadurch maßgeblichen Einfluss auf dessen Zufriedenheit, was wiederum die Neigung zur Weiterempfehlung der Klinik beeinflusst (Schmidt 2012b). Außerdem verlagern sich pflegerische Tätigkeiten im Zuge frühzeitiger Entlassungen aus Akutkrankenhäusern zunehmend in die medizinische Rehabilitation (DEGEMED 2008; Prognos 2011) und durch die Alterung der Bevölkerung fragen verstärkt multimorbide Personen Rehabilitationsleistungen nach (Prognos 2011), womit der pflegerische Bedarf in der medizinischen Rehabilitation weiter an Bedeutung gewinnen dürfte. Diesen Bedingungen stehen die Alterung des Pflegepersonals (Simon 2012) sowie der drohende Pflegefachkräftemangel gegenüber, der sich auch in Rehabilitationskliniken abzeichnet (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands 2012). Umso wichtiger ist es, die Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte zu fördern und sie an die Organisation zu binden.

8.2 Forschungsbedarf

In Anbetracht der vorherigen Ausführungen kommt dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) die Aufgabe zu, durch spezifische Maßnahmen dem »Ausbrennen« von Pflegekräften in medizinischen Rehabilitationskliniken und den damit verbundenen Konsequenzen entgegenzuwirken. Pflegekräfte in medizinischen Rehabilitationskliniken unterscheiden sich in ihrem Anforderungsprofil von Pflegekräften anderer Institutionen: Während bspw. in Akutkrankenhäusern hohe körperliche Anforderungen und die Konfrontation mit Tod und Leid vorherrschen (Buchberger et al. 2011), sind es in der Rehabilitation koordinative und beratende Aufgaben sowie die aktivierende, alltagsnahe Kompetenzförderung (DEGEMED 2008; Schmidt 2012a, b). Deshalb sollten Maßnahmen

z. B. aus dem Akutbereich nicht ohne Weiteres auf diese Population übertragen werden. Vielmehr erfordert deren besondere Situation maßgeschneiderte Präventionsprogramme, die mit Blick auf Burnout auf spezifischen Kenntnissen zu dessen Ursachen basieren sollten.

Über die Bedingungen von Burnout besteht in der Wissenschaft indes unverändert keine Einigkeit. Es stehen personenbezogene und gesellschaftliche Ursachen sowie Einflüsse aus der Arbeitsumwelt zur Diskussion (Weber 2014). In der Arbeitswelt untersucht die empirische Burnout-Forschung gemäß einer Metaanalyse von Alarcon (2011) offenbar verstärkt Zusammenhänge zwischen spezifischen Arbeitsbedingungen bzw. Tätigkeitsmerkmalen und Burnout. Die zeitliche und fachliche Arbeitsüberforderung, Rollenprobleme und ein Mangel an Kontrolle/Autonomie erweisen sich hier als signifikante Burnout-Korrelate (Alarcon 2011). Die folgende Studie berücksichtigt solche Variablen, legt das Hauptaugenmerk jedoch auf die Qualität des sozialen Systems, m. a. W. das Sozialkapital von Organisationen sowie die Sinnhaftigkeit einer Arbeit. Sie basiert auf dem Bielefelder Unternehmensmodell – einem Modell, das die Wirkketten zwischen Organisations- und Arbeitsbedingungen (Treibern) und Gesundheit sowie betriebswirtschaftlich relevanten Outcomes in Unternehmen beschreibt und seinerseits in der Sozialkapitalforschung verortet ist (Badura et al. 2013). Im BGM ist Sozialkapital definiert als ein umfassendes Konstrukt aus der Trias Führungsqualität (Verhalten direkter Vorgesetzter), Beziehungsklima (horizontale, kollegiale Netzwerke) und Organisationskultur (gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln) (Badura et al. 2010, S. 5; Badura et al. 2013). Hohes Sozialkapital bildet mit der hohen Sinnhaftigkeit einer Arbeit nach Badura und Walter (2014) die Bindungsfaktoren einer Organisation. Burnout wird als Folge einer fehlenden emotionalen Bindung an Vorgesetzte, an Kollegen und die Arbeit insgesamt erachtet. Dieser Ansatz ergänzt die nach Weber (2014) in der Burnout-Forschung verbreitete stresstheoretische Sicht und akzentuiert die Organisationsbedingungen.

Gerade in Rehabilitationskliniken herrschen aufgrund des bio-psycho-sozialen Behandlungskonzeptes verstärkt interdisziplinäre Abstimmungs- und Kooperationserfordernisse vor (Körner 2009, 2011). Ausgerechnet der Pflege kommt innerhalb des Rehabilitationsteams bei der alltäglichen Umsetzung des bio-psycho-sozialen Konzepts eine Schlüsselrolle als Vermittler zwischen den Professionen zu, weshalb sie verstärkt gefordert ist, interdisziplinär zu kommunizieren und zu kooperieren (DEGEMED 2008; Hotze u. Winter 2011). Die sozialen Beziehungen können spe-

ziell durch die spürbar steigende Arbeitsdichte (Körner 2011) und generell durch die ausgeprägte Differenzierung der Disziplinen und ihre berufsspezifische Sozialisation auf vielfältige Weise konfliktbehaftet sein (Fitzgerald 2010) und somit besonders Pflegekräfte in medizinischen Rehabilitationskliniken vor große Herausforderungen stellen. Es ist absehbar, dass die Gesundheit der Pflegekräfte und auch die erlebte Sinnhaftigkeit hier aufgrund mangelnden Sozialkapitals besonders leiden – obwohl gerade die Sinnhaftigkeit zu den wichtigsten Ressourcen der Pflegeberufe zählt (BAuA 2012).

Nach Kowalski et al. (2010) ist das Sozialkapitalkonzept innerhalb der Burnout-Forschung insgesamt noch entwicklungsfähig. Mit der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, der Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem Burnout-Ausmaß speziell bei Pflegekräften in medizinischen Rehabilitationskliniken betritt die vorliegende Studie Neuland. Generell ist über den Gesundheitsstatus und psychische Belastungen beim Personal in medizinischen Rehabilitationskliniken kaum etwas bekannt (Zimmermann u. Körner 2014); hier besteht also noch erheblicher Forschungsbedarf.

■ Konkrete Zielsetzung der vorliegenden Studie

Die vorliegende Analyse ermittelt das Burnout-Ausmaß bei Pflegekräften in medizinischen Rehabilitationskliniken und untersucht die Ausprägungen der potenziellen Burnout-»Treiber«: der Organisations- und Arbeitsbedingungen. Durch einen Vergleich mit anderen Professionen ist die Situation der Pflege zunächst zu spezifizieren. In Anbetracht der vorherigen Ausführungen wird zudem mit Blick auf die Pflege postuliert, dass erstens zwischen Sozialkapital, der Sinnhaftigkeit und dem Burnout-Ausmaß ein negativer Zusammenhang besteht (zentrale Hypothese), zweitens die Arbeitsbedingungen – Zeitdruck, fachliche Arbeitsüberforderung, mangelnde Rollenklarheit und Autonomie – mit Burnout assoziiert sind und drittens Sozialkapital über seine sinnstiftende Funktion (Badura u. Walter 2014) und seinen Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen (z. B. Rixgens et al. 2013, S. 124) auch indirekt mit Burnout korreliert. Mit dem Bielefelder Sozialkapital-Index (Rixgens 2010) kommt ein Messinstrument zum Einsatz, das Sozialkapital auf umfassende Art und Weise operationalisiert.

8.3 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einer Sekundäranalyse von Daten einer Studie, die im Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissen-

schaften an der Universität Bielefeld mit 21 medizinischen Rehabilitationskliniken von September 2012 bis Mai 2013 durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Studie stand ein Organisationssurvey, im Zuge dessen die Mitarbeiter zum Gesundheitszustand sowie zu Arbeits- und Organisationsbedingungen befragt wurden (vgl. hierzu ausführlich Kockert u. Schott 2014)¹.

8.3.1 Stichprobenbeschreibung

Von den 3.621 angeschriebenen Mitarbeitern beteiligten sich 1.980 an der Befragung. Der Rücklauf pro Klinik lag im Mittel bei 54,7 Prozent. 69,9 Prozent der Kliniken unterliegen privater und 30,1 Prozent öffentlicher Trägerschaft. Die Bettenanzahl variiert zwischen 140 und 547. Die Rehabilitationskliniken decken ein großes Spektrum somatischer Indikationen ab, wobei orthopädische und kardiologische Indikationsbereiche dominieren. 1.949 Befragte gaben Auskunft über ihre Berufsgruppenzugehörigkeit, darunter 387 Pflegekräfte, deren beruflicher Hintergrund nicht näher spezifiziert ist (unter die Pflegeberufe subsumieren sich generell Pflegefachkräfte, die eine dreijährige Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger, Kindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpfleger, Hebammen oder Entbindungspfleger durchlaufen haben sowie pflegerische Hilfskräfte [Simon 2012]). 88,6 Prozent der befragten Pflegekräfte sind weiblich, 11,4 Prozent männlich. 12,4 Prozent der Pflegekräfte sind jünger als 30 Jahre, 46,0 Prozent sind zwischen 30 und 49 Jahre alt und 41,6 Prozent sind über 50 Jahre alt. 20,7 Prozent der Pflegekräfte befinden sich in einer Führungsposition. Die Gesamtstichprobe enthält darüber hinaus Daten von 167 Ärzten, 56 Psychologen und 34 Sozialarbeitern (die hier zu einer Funktionseinheit zusammengefasst werden), 495 Therapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) und 134 medizinischen Hilfskräften sowie 346 Mitarbeitern aus dem Bereich Verwaltung/Management, die der Pflege im ersten Teil der Studie gegenübergestellt werden².

1 Die Studie lief unter dem Akronym LORE und wurde unter der Leitung von Dr. Thomas Schott durchgeführt.

2 323 Mitarbeiter aus sonstigen Bereichen (z. B. Küche, Technik, Raumpflege, Verkauf) bleiben aufgrund der zu großen Heterogenität der hierunter subsumierten Berufe bzw. der zu kleinen Stichprobengröße einzelner Gruppen unberücksichtigt; Praktikanten, Studentische Hilfskräfte und 400-Euro-Kräfte (7 Personen) und 31 Befragte, die keine Berufsgruppenzugehörigkeit angegeben haben, sind ebenfalls nicht Teil der vorliegenden Studie.

Tab. 8.1 Verwendete Items sowie Skalen und deren Reliabilität nach Cronbachs alpha bei den Pflegekräften

Merkmal	Quelle	Fragebogen	Item(s)	Stufen	Wertebereich	α
Burnout	Nübling et al. 2005 ^a	COPSOQ ^b	6	5	0–100	0.932
Sozialkapital	Rixgens 2010; Badura et al. 2013	BISI ^c /ProSoB ^d	30	4	0–90	0.964
Sinnhaftigkeit der Arbeit	Badura et al. 2008	ProSoB	3	4	0–9	0.746
Rollenklarheit	Nübling et al. 2005	COPSOQ	4	4	0–100	0.787
Zeitliche Überforderung	Kockert 2014	LORE	1	4	0–3	–
Fachliche Überforderung	Kockert 2014	LORE	1	4	0–3	–
Autonomie	Kockert 2014	LORE	1	4	0–3	–

α = Cronbachs Alpha

Anmerkungen:

^a Hierbei handelt es sich um die deutsche Übersetzung der Personal Burnout Skala von Kristensen et al. (2005)

^b Steht für Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Nübling et al. 2005).

^c Bielefelder Sozialkapitalindex, eine Kurzfassung des im ProSoB-Fragebogens operationalisierten Sozialkapitals

^d ProSoB Fragebogen: steht für Produktivität von Sozialkapital in Betrieben (Badura et al. 2013)

Fehlzeiten-Report 2015

8.3.2 Instrumente der Datenerhebung

Tab. 8.1 skizziert die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Skalen und Items sowie ihre Herkunft und Reliabilität. *Burnout* wird über die deutsche Fassung der Skala »Personal Burnout« aus dem »Copenhagen Burnout Inventory« (Kristensen et al. 2005) erfasst. Sie misst das Ausmaß an psychischer und physischer Erschöpfung. Die Items lauten: »Wie oft fühlen Sie sich 1. müde, 2. körperlich erschöpft, 3. emotional erschöpft, 4. ausgelaugt, 5. schwach und krankheitsanfällig« und 6. »Wie oft denken Sie, ich kann nicht mehr« (Nübling et al. 2005). Ein Cut-off-Wert definiert ein hohes Burnout-Ausmaß ab ≥ 50 Punkten (Borritz u. Kristensen 2004; Kristensen et al. 2005). Die Operationalisierung von *Sozialkapital* erfolgt mit dem Bielefelder Sozialkapital-Index (BISI) durch die drei Subskalen – Führungsqualität ($\alpha = 0.960$), Beziehungsklima ($\alpha = 0.942$) sowie Organisationskultur ($\alpha = 0.931$) – mit jeweils zehn Items, die zu einem Index kumuliert werden können (Rixgens 2010). Nähere Angaben zum Instrument finden sich bei Rixgens (2010) bzw. Badura et al. (2013). Die *Sinnhaftigkeit der Arbeit* wird über die »Wichtigkeit der Arbeit«, das Ausmaß an »Persönlicher Bereicherung« und »das Ausmaß, in dem zum Reha-Erfolg beigetragen wird« erfasst; die Skala ist dem ProSoB-Fragebogen (Produktivität von Sozialkapital in Betrieben) entnommen.

Die Skala *Rollenklarheit* besteht aus vier Items. Ein Beispielimitem ist: »Ich weiß immer genau, wie weit meine Befugnisse reichen« (Nübling et al. 2005). Überdies wurden folgende Globalitems verwendet: »Um meine Arbeit ordentlich erledigen zu können, habe ich

(keine) ausreichende(n) a) zeitliche(n) Ressourcen (zeitliche Überforderung bzw. Zeitdruck), b) fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten (fachliche Überforderung). Autonomie wurde wie folgt operationalisiert: »Wie zufrieden sind Sie mit der Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz«. Die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht sowie Position (Führungsverantwortung ja/nein) wurden ebenfalls durch Einzelitems abgefragt. Alle Items wurden positiv codiert: je höher die Werte, desto höher also das Ausmaß des Merkmals.

8.3.3 Statistische Analyse

Die statistische Datenanalyse erfolgte durch die Verwendung der Software SPSS 19 (uni- und bivariate Analysen) sowie Mplus 7.2 (multivariate Analysen). Das Signifikanzniveau wurde a priori auf 5 Prozent festgelegt. Beim multiplen Test wurde nach Bonferroni-Holm korrigiert. Es wurden Mann-Whitney-U-Tests bzw. Kruskal-Wallis-Tests, Spearman-Korrelationsanalysen sowie ein multivariates Pfadmodell unter Einsatz des Maximum-Likelihood-Schätzers mit robusten Standardfehlern (MLR) berechnet. Das Pfadmodell orientierte sich an den Untersuchungshypothesen (► Abschn. 8.2), ist für Alter, Geschlecht und Position kontrolliert und berücksichtigt Abhängigkeiten zwischen den Merkmalen der Arbeitsbedingungen sowie zwischen der Autonomie und der Sinnhaftigkeit der Arbeit, die auf sachlogischen Überlegungen beruhen. Zur Bewertung der Modellgüte werden die Fit-Werte RMSEA, CFI, SRMR sowie χ^2/df ausgegeben, deren

Interpretation sich an den Empfehlungen von Weiber und Mühlhaus (2014, S. 222) orientiert. Der Anteil der erklärten Varianz wird anhand des R^2 berichtet.

Das Ausmaß an fehlenden Werten bei den Pflegekräften überschreitet einen Anteil von 5 Prozent nicht, was als vertretbar erachtet wird. Allerdings wurde bei den Sozialkapitalfaktoren aufgrund eines etwas höheren Ausfalls von ca. 7 Prozent je ein Item mit dem fallweisen Mittelwert ersetzt – ein Vorgehen, das bei Eindimensionalität und hoher Skalenreliabilität empfohlen wird (Graham 2013). Die Anzahl der »Missings« ist bei den übrigen Berufsgruppen vergleichbar. Die Daten weisen eine hierarchische Struktur auf, der mit einer Mehrebenenanalyse (MEA) zur Vermeidung von inflationären p-Werten begegnet werden kann. Empfohlen wird dies in der einschlägigen Literatur jedoch erst ab einer Clusterzahl von 30 (z. B. Hox 2010). Diese Bedingung erfüllt die vorliegende Studie nicht; somit wurde von der MEA abgesehen. Dieses Vorgehen erscheint auch vertretbar, weil der Intraklassenkorrelationskoeffizient von Burnout mit 0.057 relativ gering ist und ein Vergleich zwischen der MEA und dem konventionellen Pfadmodell (■ Abb. 8.3) keine Nachteile im Sinne geringerer p-Werte zeigte.

8.4 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung gliedert sich in zwei Abschnitte: Im ersten quasi-explorativen Teil sind das Burnout-Ausmaß sowie die Arbeits- und Organisationsbedingungen zu beleuchten; hier wird ein Abgleich mit anderen Professionen vorgenommen, um den spezifischen Status der Pflege zu bestimmen. Im zweiten, konfirmatorischen Hauptteil sollen spezifische Ansatzpunkte für das BGM in der Pflege mit Blick auf Burnout identifiziert werden, weshalb hier die Zusammenhänge zwischen den Treibern und Burnout ausschließlich in der Pflege zu betrachten sind.

8.4.1 Burnout-Ausmaß sowie Ausprägungen der Burnout-»Treiber«

Bei 40,7 Prozent der befragten Pflegekräfte ist ein hohes Burnout-Ausmaß festzustellen (Cut-off ≥ 50). Bei 11,0 Prozent der befragten Pflegepopulation lässt sich ein besonders hohes Burnout-Ausmaß beobachten (Cut-off ≥ 75). Der Mittelwert (M) über alle Pflegekräfte beträgt 44,04 Skalenpunkte (Standardabweichung [SD] 21,20). Das Burnout-Ausmaß variiert in der Pflege nicht nach Alter ($p = 0.654$) oder Geschlecht

($p = 0.228$), wohl aber nach Position: Führungskräfte in der Pflege weisen ein niedrigeres Burnout-Ausmaß auf ($M = 39,61$) als Pflegekräfte ohne Führungsstatus ($M = 45,21$) ($p = 0.025$).

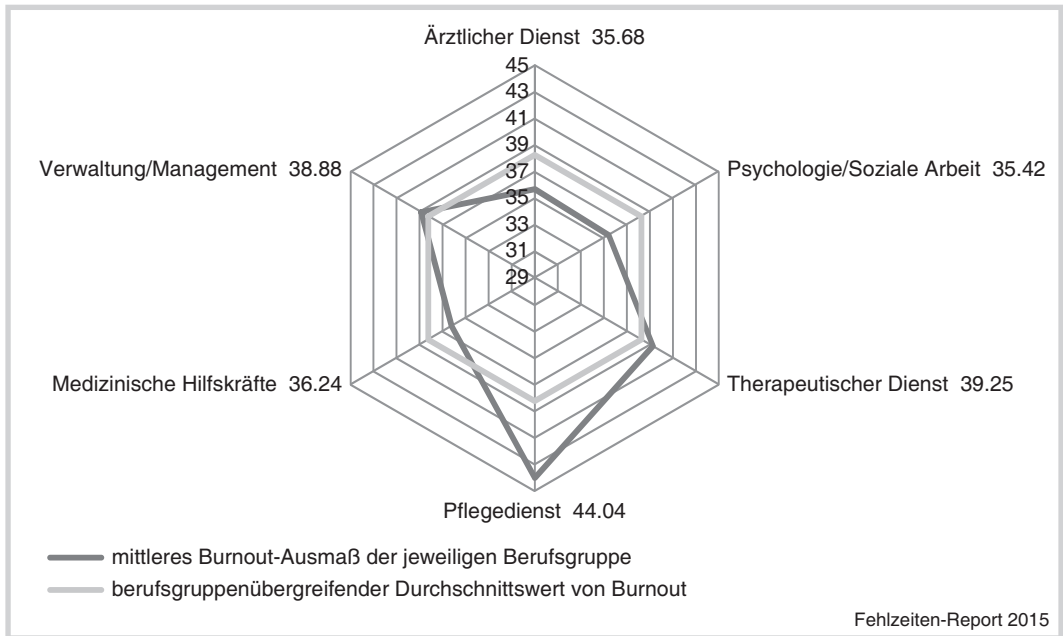
Pflegekräfte unterscheiden sich in ihrem Burnout-Ausmaß merklich von den übrigen Berufsgruppen. ■ Abb. 8.1 stellt das mittlere Burnout-Ausmaß der verschiedenen Berufsgruppen in den medizinischen Rehabilitationskliniken gegenüber. Die schwarze Linie kennzeichnet hierbei das jeweilige berufsspezifische Burnout-Ausmaß, die hellgraue Linie repräsentiert den berufsgruppenübergreifenden Durchschnittswert. Der Abbildung ist zu entnehmen, dass die Pflege die Berufsgruppe mit dem höchsten Burnout-Ausmaß ist und dass sie sich deutlich vom berufsgruppenübergreifenden Durchschnittswert absetzt. Demgegenüber weist bspw. der ärztliche Dienst mit 35,68 Skalenpunkten im Mittel ein unterdurchschnittliches und zudem deutlich geringeres Burnout-Ausmaß auf als die Pflegekräfte. Diese unterscheiden sich signifikant von allen anderen Professionen (p -Werte ≤ 0.002).

Um sich der Frage nach den Zusammenhängen zwischen Arbeits- und Organisationsbedingungen und Burnout bei Pflegekräften in einem weiteren Schritt zu nähern, werden im Folgenden die potenziellen Burnout-Treiber genauer beleuchtet. ■ Tab. 8.2 weist zunächst die Ergebnisse zu den Arbeitsbedingungen im Berufsgruppenvergleich aus.

Die zweite Spalte bezieht sich ausschließlich auf die Pflegekräfte: Hier ist zu erkennen, dass die zeitliche Überforderung mit 1,42 von maximal 3 Punkten im mittleren Bereich liegt, die fachliche Überforderung ist mit 0,47 von 3 Punkten gering ausgeprägt, das Ausmaß an Autonomie ist mit 2,03 von 3 Punkten, ebenso wie die Rollenklarheit mit 78,77 von 100 Punkten, relativ stark ausgeprägt.

Den globalen p-Werten ist ungeachtet dessen zu entnehmen, dass bei den Faktoren Zeitdruck, Autonomie und Rollenklarheit ein Unterschied im Ausmaß zwischen den Berufsgruppen vorliegt, während dies für die »fachliche« Überforderung nicht zutrifft. Die Pflege weist mit einem Mittelwert von 1,42 den stärksten Zeitdruck auf. Sie unterscheidet sich in Bezug auf dieses Merkmal signifikant von allen anderen Berufsgruppen (p -Werte < 0.001). Sie weist außerdem ein signifikant geringeres Ausmaß an Autonomie auf als die Ärzte, die Psychologen/Sozialarbeiter sowie die Verwaltungsmitarbeiter (p -Werte < 0.001). Bei der Rollenklarheit unterscheidet sie sich lediglich von der Verwaltung signifikant ($p = 0.019$).

Im Folgenden sollen nun ergänzend die Organisationsbedingungen – das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit – in den Vordergrund rücken.



Fehlzeiten-Report 2015

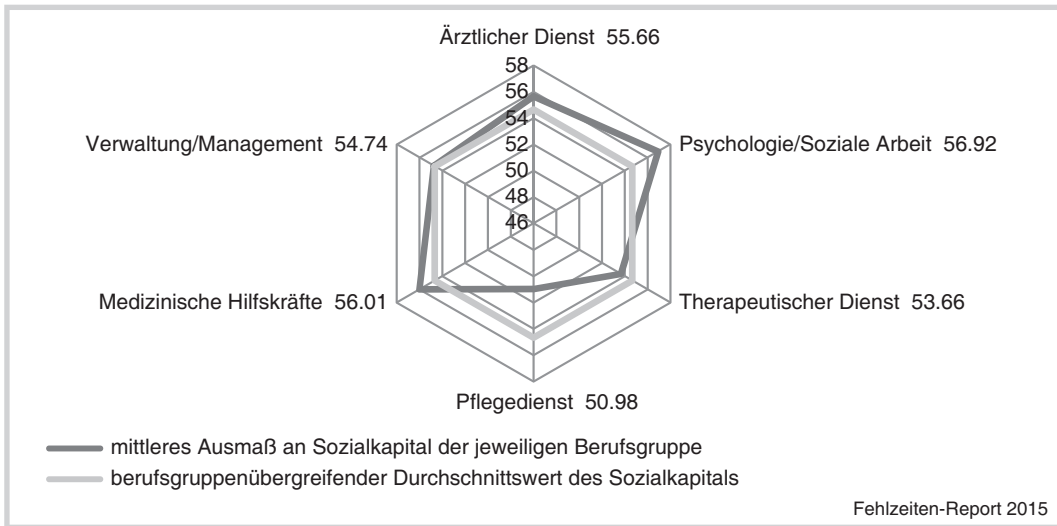
■ Abb. 8.1 Burnout-Mittelwerte im Professionsvergleich

■ Tab. 8.2 Arbeitsbedingungen in der Pflege und bei anderen Berufsgruppen

Merkmal	Pflege	Ärzte	Therapeuten	Psych. SA	MHD	Verwaltung
Zeitliche Überforderung	Globaler p-Wert < 0.001					
M	1,42	1,15	1,11	1,07	0,92	1,08
SD	0,72	0,86	0,75	0,83	0,72	0,81
Fachliche Überforderung	Globaler p-Wert = 0.389					
M	0,47	0,42	0,41	0,37	0,46	0,43
SD	0,52	0,55	0,5	0,51	0,57	0,55
Autonomie	Globaler p-Wert = 0.000					
M	2,03	2,32	2,15	2,63	2,17	2,31
SD	0,86	0,73	0,84	0,57	0,74	0,78
Rollenklarheit	Globaler p-Wert = 0.005					
M	78,77	80,12	80,25	74,19	81,84	81,2
SD	17,23	16,72	16,14	17,95	16,22	17,95

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = einbezogene Fälle, Psych = Psychologen, SA = Soziale Arbeit, MHD = Medizinischer Hilfsdienst, Wertebereich der ersten drei Skalen 0–3 (3 = höchstes Ausmaß), Skala Rollenklarheit 0–100 (100 höchstes Ausmaß)

Fehlzeiten-Report 2015



Fehlzeiten-Report 2015

■ Abb. 8.2 Sozialkapital Mittelwerte aus Sicht der verschiedenen Professionen

■ Tab. 8.3 Sozialkapital und Sinnhaftigkeit in der Pflege

Merkmal	M	SD	N	Wertebereich
Sozialkapital	50,98	16,46	368	0–90
— Führung	17,53	7,64	378	0–30
— Team	19,49	5,88	380	0–30
— Kultur	13,88	5,85	381	0–30
Sinnhaftigkeit der Arbeit	6,01	1,8	377	0–9

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = einbezogene Fälle

Fehlzeiten-Report 2015

■ Tab. 8.3 gibt einen Überblick über die Ausprägungen der jeweiligen Faktoren. Augenfällig ist, dass das Sozialkapital mit einem Mittelwert von 50,98 Punkten nicht das volle Ausmaß von 90 Punkten erreicht, sondern eher im mittleren Bereich anzusiedeln ist. Insbesondere die Kultur weicht mit 13,88 Punkten stark vom maximalen Wertebereich der 30 Skalenpunkte ab. Sie präsentiert sich also deutlich schwächer als die Führungsqualität oder das Beziehungsklima. Die Sinnhaftigkeit der Arbeit ist dagegen mit 6,02 von 9 Punkten relativ hoch ausgeprägt.

■ Abb. 8.2 zeigt die Mittelwerte des Sozialkapitals im Berufsgruppenvergleich. Die schwarze Linie kennzeichnet auch hier das jeweilige berufsspezifische Ausmaß des Sozialkapitals, die hellgraue Linie repräsentiert den berufsgruppenübergreifenden Durch-

schnittswert des Sozialkapitals. Bemerkenswert ist auch hier die Abweichung der Pflegekräfte von den übrigen Professionen. Sie berichten im Vergleich das niedrigste Sozialkapital und liegen deutlich unter dem Berufsgruppendurchschnitt von 54,66 Skalenpunkten. Die Pflege unterscheidet sich signifikant von allen anderen Professionen im Sozialkapitalausmaß (p -Werte < 0.010). Insbesondere die Psychologen/Sozialarbeiter, aber auch die Ärzte zeichnen sich gegenüber der Pflege durch ein höheres Sozialkapital aus (■ Abb. 8.2).

Mit Blick auf die Subskalen des Sozialkapitals (Kultur, Führung, Beziehungsklima) finden sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Professionen. Die Pflege unterscheidet sich in der Kultur systematisch von allen anderen Berufsgruppen ($p < 0.009$) abgesehen von den Psychologen/Sozialarbeitern ($p = 0.047$), in der Führungsqualität von den Ärzten ($p < 0.001$) und in der Qualität des Beziehungsklimas von den Psychologen/Sozialarbeitern, den Therapeuten und den medizinischen Hilfskräften (p -Werte < 0.012). Die Pflege berichtet hier im Vergleich zu den jeweils übrigen Berufsgruppen niedrigere Ausmaße. Die Kultur ist ungeachtet dessen bei *allen* Professionen das am niedrigsten ausgeprägte Merkmal. Im Mittel liegt sie bei 15,26, die Führungsqualität bei 19,04 und das Beziehungsklima bei 20,44.

■ Tab. 8.4 vergleicht die Sinnhaftigkeit der Arbeit zwischen den Berufsgruppen. Die Pflege weist neben den medizinischen Hilfskräften das niedrigste Ausmaß auf. Sie unterscheidet sich signifikant von den Ärzten sowie den Therapeuten (p -Werte je 0.004) (■ Tab. 8.4).

Tab. 8.4 Sinnhaftigkeit der Arbeit im Professionsvergleich

Sinnhaftigkeit der Arbeit	Pflege	Ärzte	Therapeuten	Psych./SA	MHD	Verwaltung
M	6,01	6,43	6,34	6,44	5,92	6,12
SD	1,8	1,74	1,71	1,74	1,89	1,95
N	377	163	485	89	131	342

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Fälle, Psych. = Psychologen, SA = Soziale Arbeit, MHD = Medizinischer Hilfsdienst

Fehlzeiten-Report 2015

Tab. 8.5 Korrelationen zwischen den Organisations- und Arbeitsbedingungen und Burnout in der Pflege

	Burnout
Sozialkapital	-0.422*
■ Führung	-0.358*
■ Beziehungsklima	-0.269*
■ Organisationskultur	-0.427*
Sinnhaftigkeit der Arbeit	-0.285*
Zeitliche Überforderung	0.454*
Fachliche Überforderung	0.097
Autonomie	-0.387*
Rollenklarheit	-0.252*

* die Spearman-Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 zweiseitig signifikant

Fehlzeiten-Report 2015

8.4.2 Zusammenhänge zwischen Treibern und dem Burnout-Ausmaß in der Pflege

Im vorherigen Abschnitt wurde das Burnout-Ausmaß der Pflegekräfte aufgezeigt und mit den anderen Professionen verglichen. Zudem wurden die Arbeits- und Organisationsbedingungen näher beleuchtet. In diesem Kapitel soll überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen diesen Treibern und dem Burnout-Ausmaß bei den Pflegekräften besteht. Können diese einen Beitrag zur Erklärung von Burnout in der Pflege leisten?

Tab. 8.5 dokumentiert die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zum Zusammenhang zwischen den Arbeits- und Organisationsbedingungen und dem Burnout-Ausmaß in der Pflege. Bis auf die »fachliche Überforderung« ist für alle Merkmale ein signifikanter Zusammenhang mit Burnout zu konstatieren.

Unter den Bindungsfaktoren weisen das Sozialkapital sowie die Subskala Kultur den stärksten Korrelationskoeffizienten auf; bei den Arbeitsbedingungen ist es der Faktor Zeitdruck. Burnout ist folglich mit den Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte sowie mit den Organisationsbedingungen assoziiert.

Tab. 8.6 zeigt die Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Burnout auf Ebene der Items. Damit lässt sich identifizieren, welche Sozialkapitalmerkmale im Kontext von Burnout von besonderer Bedeutung sind. Hervorzuheben sind die jeweils stärksten Korrelationskoeffizienten: Bei der Führung ist dies die »faire und gerechte Behandlung der Mitarbeiter«, beim Beziehungsklima ist es das »Wohlfühlen im Kollegium« und bei der Kultur ist es die »Verlässlichkeit der Klinikleitung«. Letztgenanntes Merkmal ist besonders beachtenswert, da es im Vergleich zu den anderen Sozialkapitalfaktoren insgesamt die stärkste Korrelation mit Burnout aufweist.

In einem weiteren, etwas komplexeren, Modell (Abb. 8.3) sollen nun alle Variablen und auch indirekte Zusammenhänge Berücksichtigung finden. Das sogenannte multivariate Pfadmodell zeigt die Zusammenhänge zwischen den Treibern und Burnout. Angegeben sind standardisierte Regressionskoeffizienten, die die Stärke des Zusammenhangs zwischen den jeweiligen Merkmalen aufzeigen. Je höher der Koeffizient, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Negative Vorzeichen signalisieren einen inversen Zusammenhang. Alle dargestellten Koeffizienten sind signifikant. Da die fachliche Überforderung nicht signifikant mit Burnout korreliert, ist dieses Merkmal nicht in der folgenden Abbildung dargestellt.

Mit Blick auf Burnout kristallisiert sich die zeitliche Überforderung als der Faktor mit dem höchsten Regressionskoeffizienten (Beta = 0.290) heraus. Das Sozialkapital weist mit einem Koeffizienten von -0.216 den zweitstärksten Zusammenhang mit Burnout auf. Je höher das Sozialkapital ausgeprägt ist, desto niedriger ist das Burnout-Ausmaß der Pflegekräfte. Autonomie (Beta = -0.143) und Sinnhaftigkeit der Arbeit (Beta = -0.106) korrelieren ebenfalls mit Burnout. Kein signifikanter Zusammenhang ließ sich neben der fachlichen Überforderung zwischen der Rollenklarheit und Burnout feststellen.

Der Vorteil von Pfadmodellen besteht in der Möglichkeit, neben direkten auch indirekte Zusammenhänge darzulegen. So ist den Pfeilen des Modells zu

■ **Tab. 8.6** Korrelationen* zwischen Burnout und den Sozialkapitalitems

	Burnout
Führungsqualität: Unser direkter Vorgesetzter...	
... steht zu dem, was er sagt.	-0.307
... informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge schnell und zuverlässig.	-0.261
... hat immer ein offenes Ohr.	-0.322
... ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.	-0.313
... achtet darauf, dass seine Mitarbeiter sich beruflich weiterentwickeln können.	-0.306
... behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.	-0.369
... ist für seine Mitarbeiter ein echtes Vorbild.	-0.303
... wird von allen seinen Mitarbeitern als Chef akzeptiert und anerkannt.	-0.282
... erkennt die Leistungen seiner Mitarbeiter an.	-0.356
... versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern.	-0.311
Beziehungsklima: In unserer Abteilung...	Burnout
... ist der Umgangston zwischen Kollegen meistens gut.	-0.239
... sind die Kollegen in hohem Maße bereit, sich füreinander einzusetzen.	-0.208
... passen die Kollegen menschlich zusammen.	-0.208
... gehen wir zusammen durch dick und dünn.	-0.174
... kann man sich, wenn nötig, auf die Kollegen verlassen.	-0.252
... halten alle ganz gut zusammen.	-0.192
... hilft und unterstützt man sich gegenseitig.	-0.247
... steht keiner außerhalb.	-0.231
... ist das Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden.	-0.140
In meinem Kollegenkreis fühle ich mich insgesamt sehr wohl.	-0.304
Organisationskultur: In unserer Reha-Einrichtung...	Burnout
... setzen sich fast alle mit Engagement für die Ziele der Einrichtung ein.	-0.263
... kann man sich als Beschäftigter voll und ganz auf die Einrichtungsleitung verlassen.	-0.394
... gibt es gemeinsame Visionen bzw. Vorstellungen über die Weiterentwicklung der Klinik.	-0.299
... gibt es einen sehr großen Teamgeist.	-0.295
... ist die Wertschätzung eines jeden einzelnen Mitarbeiters sehr hoch.	-0.326
... orientieren sich Vorgesetzte und Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit sehr stark an gemeinsamen Werten und Regeln.	-0.322
... werden Konflikte und Meinungsverschiedenheiten sachlich und vernünftig ausgetragen.	-0.352
... werden alle Beschäftigten gleich behandelt.	-0.371
... habe ich insgesamt den Eindruck, dass es fair und gerecht zugeht.	-0.382
Unsere Einrichtung kann man mit einer großen Familie vergleichen.	-0.298
* Alle hier dargestellten Spearman-Korrelationen sind zum Niveau von 0.05 zweiseitig signifikant.	

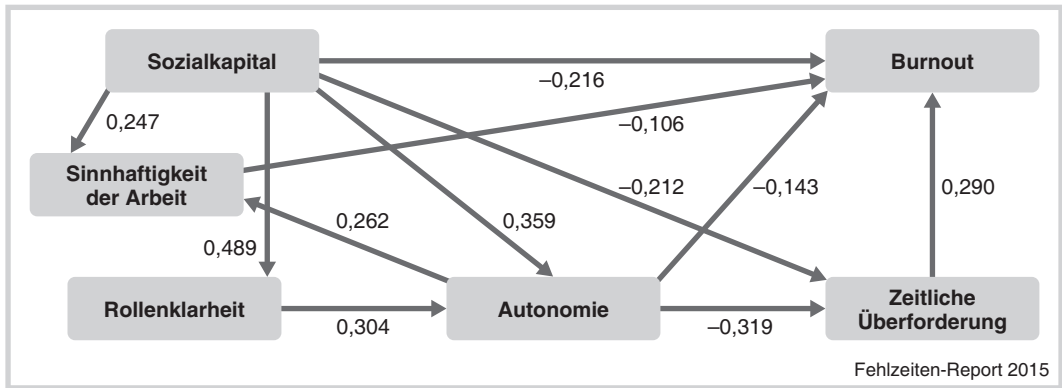
Fehlzeiten-Report 2015

entnehmen, dass z. B. zwischen Sozialkapital und Burnout auch ein *indirekter* Zusammenhang besteht, weil Sozialkapital bspw. über das Ausmaß an Autonomie indirekt mit Burnout zusammenhängt. ■ Tab. 8.7 weist die direkten und indirekten Pfadkoeffizienten mit Blick auf Burnout separat aus. Sie enthält zudem den totalen Koeffizienten, der sich aus der Summe des direkten und indirekten Koeffizienten berechnet.

Von allen Merkmalen präsentiert sich das Sozialkapital unter Berücksichtigung der indirekten Beziehungen mit einem totalen Koeffizienten von -0.426 schlussendlich als stärkster Burnout-»Prädiktor«, weil

es über die Autonomie und den Zeitdruck signifikante indirekte Zusammenhänge mit Burnout aufweist. Bei der Autonomie ist darüber hinaus vergleichsweise ein deutlicher indirekter Zusammenhang (Beta = -0.120) mit Burnout festzustellen, der aus der Verbindung mit Zeitdruck resultiert. Bei der Rollenklarheit ist kein signifikanter totaler Koeffizient vorhanden, da der direkte Zusammenhang mit Burnout nicht signifikant ist, allerdings liegen signifikante indirekte Pfade über die Autonomie und den Zeitdruck vor.

Das Modell weist eine zufriedenstellende Güte auf, wie die Modell Fit-Werte – RMSEA: 0.069, CFI:



■ **Abb. 8.3** Pfadmodell: Arbeits- und Organisationsbedingungen und Burnout in der Pflege. N = 365, adjustiert nach Alter, Geschlecht, Position (keine signifikante Korrelation mit Burnout)

■ **Tab. 8.7** Zusammenhänge zwischen Arbeits- und Organisationsbedingungen und Burnout in der Pflege

Outcome: Burnout	Direkter Koeffizient*	p-Wert	Indirekter Koeffizient*	p-Wert	Totaler Koeffizient*	p-Wert
Sozialkapital	-0.216	< 0.001	-0.210	< 0.001	-0.426	< 0.001
Sinnhaftigkeit der Arbeit	-0.106	0.044	-	-	-0.106	0.044
Zeitliche Überforderung	0.290	< 0.001	-	-	0.290	< 0.001
Fachliche Überforderung	-0.035	0.436	-	-	-0.035	0.436
Autonomie	-0.143	0.014	-0.120	<0.001	-0.263	< 0.001
Rollenklarheit	0.023	0.664	-0.080	0.001	-0.057	0.309

*dargestellt sind jeweils die standardisierten Regressionskoeffizienten

Fehlzeiten-Report 2015

0.925, SRMR: 0.046, χ^2/df : 2.71 – zu erkennen geben. Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit erklärten allein bereits 21,0 Prozent der Varianz von Burnout. Nachdem die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und Position in das Modell aufgenommen wurden, änderte sich dies marginal ($R^2 = 21,5$ Prozent). Nach Hinzufügen der Arbeitsbedingungen erhöhte sich der Anteil der erklärten Varianz von Burnout auf 31,8 Prozent.

In einer weiteren Feinanalyse wurde das Merkmal Sozialkapital des obigen Pfadmodells durch die einzelnen Sozialkapitalfaktoren ersetzt, um Aufschluss über deren Gewichtung zu gewinnen. Hierbei zeigt die Führungsqualität einen direkten Zusammenhang mit Burnout ($-0.168, p = 0.013$). Für die Kultur sind über die Verbindungen mit Autonomie und Zeitdruck indirekte Zusammenhänge mit Burnout zu konstatieren ($-0.173, p < 0.001$). Der totale Effekt beträgt $Beta = -0.274 (p < 0.001)$, wobei der direkte Koeffizient mit $Beta = -0.101$ keine Signifikanz erreichte ($p = 0.165$). Der Koeffizient zwischen dem

Beziehungsklima und Burnout zeigte keine Signifikanz (totaler Effekt $Beta = -0.011; p = 0.954$). Die Modellfitwerte sind ebenfalls zufriedenstellend (RMSEA: 0.069, CFI: 0.924, SRMR: 0.040, χ^2/df : 2.76, $R^2 = 32,7$ Prozent).

8.5 Diskussion

Die Ergebnisse der Studie signalisieren bei den Pflegekräften in den befragten Rehabilitationskliniken Handlungsbedarf: Mit einem Anteil von 40,7 Prozent zeigt sich hier eine ernstzunehmende Verbreitung von Burnout. **Keine Berufsgruppe fühlt sich emotional und physisch so erschöpft wie sie.** Das Ergebnis steht in Übereinstimmung mit einer anderen Studie, die mit 32,1 Prozent ein ähnliches Burnout-Ausmaß bei Pflegekräften in Rehabilitationskliniken dokumentiert. Auch dort zählt die Pflege mit zu den am stärksten betroffenen Berufsgruppen (Zimmermann u. Körner 2014).

Die Treiber sind zwischen den Berufsgruppen ungleich verteilt: Pflegekräfte sind in Bezug auf Zeitdruck und Sozialkapital gegenüber allen – hinsichtlich der Autonomie gegenüber fast allen – Professionen in den Rehabilitationskliniken »benachteiligt«. Selbst die Sinnhaftigkeit der Arbeit schätzen andere Berufsgruppen, wie beispielsweise die Ärzte, noch höher ein. **Diese Ergebnisse entsprechen Studien, die überdurchschnittlich hohe Arbeitsanforderungen bei Pflegekräften dokumentieren** (z. B. BAuA 2012). Insbesondere die Qualität der Organisationskultur bewerten die Pflegekräfte so gering wie fast keine andere Profession. Sie ist insgesamt stark entwicklungsbedürftig, was der niedrige Mittelwert über alle Professionen zum Ausdruck bringt.

Die Analyse bestätigt, dass vor allem Zeitdruck, aber auch ein mangelndes Ausmaß an Autonomie mit Burnout zusammenhängen. Insbesondere Zeitdruck steht in einem relativ starken Zusammenhang mit Burnout und ist aufgrund dessen besonders hervorzuheben. Je geringer also die zeitlichen Ressourcen der Pflegekräfte sind, desto höher ist ihr Burnout-Ausmaß. Die Ergebnisse fügen sich in die Resultate anderer Studien aus Akutkrankenhäusern ein (z. B. Cho et al. 2006; Kowalski et al. 2010). Signifikante Zusammenhänge zwischen Burnout und mangelnder Rollenklarheit sowie fachlicher Überforderung können indes für die Population der Pflegekräfte in medizinischen Rehabilitationskliniken nicht bestätigt werden.

Die Studie unterstreicht derweil, dass nicht nur stressassoziierte Faktoren wie Zeitdruck, sondern auch Bindungsfaktoren wie Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit mit Blick auf Burnout Beachtung finden müssen. Die Merkmale leisten mit einem R^2 von 21,0 Prozent einen substanziellen Beitrag zur Erklärung von Burnout. **Je höher das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit ausgeprägt sind, desto geringer ist das Burnout-Ausmaß der Pflegekräfte.** Insbesondere dem Sozialkapital ist ein hoher Stellenwert beizumessen, da es neben dem Faktor Zeitdruck den zweitstärksten Zusammenhang mit Burnout aufweist. Die Studie liefert noch weitere Erkenntnisse: Unter Berücksichtigung indirekter Zusammenhänge bildet Sozialkapital den wichtigsten Treiber im Kontext von Burnout. Der totale Koeffizient von -0.426 übersteigt den Koeffizienten zwischen Zeitdruck und Burnout merklich. Das heißt, dass dem Sozialkapital durch seine indirekten Zusammenhänge mit Burnout letztlich eine noch stärkere Bedeutung zukommt. Hierbei spielen die positiven Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, Autonomie und den zeitlichen Ressourcen eine Rolle. Sie könnten z. B. dadurch erklärt werden, dass verbindliche Standards und Vertrauen (als Bei-

spiele von Sozialkapitalmerkmalen) autonomes Handeln fördern (Cherniss u. Krantz 1983) und dass hohes Sozialkapital a) die Selbstorganisation verbessert und dadurch eine effiziente Arbeitsweise ermöglicht und b) dazu beiträgt, die Energien nicht in soziale Konflikte, sondern in die Kernprozesse fließen zu lassen (Badura u. Walter 2014). Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass ein Mehr an Autonomie das Auskommen mit den zeitlichen Ressourcen verbessert. Unter den Sozialkapitalfaktoren dominieren die Führungsqualität und die Kultur als Burnout-Prädiktoren. Das Beziehungsklima erweist sich im multivariaten Modell hingegen nicht als signifikanter Prädiktor. Studien legen nahe, dass die drei Sozialkapitalmerkmale Führung, Kultur und Beziehungsklima interdependent sind (z. B. Ehresmann 2014, S. 167) und die hohe Reliabilität der Sozialkapitalskala weist auf eine starke Überschneidung der Konstrukte hin. Es könnte also sein, dass hier Wechselwirkungen vorliegen. So sollte in weiteren Studien nochmals untersucht werden, ob der Zusammenhang zwischen Beziehungsklima und Burnout durch die Faktoren Führung und Kultur vermittelt wird.

■ Methodische Limitationen

Die Ergebnisse besitzen Geltung für die befragten Rehabilitationskliniken, es ist jedoch anzunehmen, dass sie sich auch auf andere Rehabilitationskliniken mit vergleichbaren Strukturmerkmalen übertragen lassen. Es lassen sich jedoch keine Aussagen zur Situation der Pflegekräfte in Akutkliniken, in Pflegeheimen oder in der ambulanten Pflege treffen, da hier andere Rahmenbedingungen vorherrschen. Die Generalisierbarkeit ist zudem durch die Rücklaufquote von 50,4 Prozent limitiert. Darüber hinaus musste zur Erfassung einiger Merkmale auf Globalitems zurückgegriffen werden, deren Validität möglicherweise etwas eingeschränkt ist. Es empfiehlt sich deshalb, die Items der Merkmale Autonomie sowie der zeitlichen und fachlichen Überforderung in zukünftigen Studien durch etablierte Skalen zu substituieren. Überdies wird die Festlegung des Cut-off-Werts der Burnout-Skala bei ≥ 50 Punkten von ihren Entwicklern nicht näher erläutert und scheint milde gesetzt. Eine Überschätzung der berichteten Burnout-»Prävalenz« ist somit nicht auszuschließen. Im Zentrum des vorliegenden Beitrags stehen gleichwohl nicht medizinisch-diagnostische, sondern verhältnisbezogene, wissenschaftlich-präventive Gesichtspunkte und vielmehr relative als absolute Ausmaße. Weitere Studien mit anderen Messinstrumenten können zudem das Ergebnis untermauern; exemplarisch sei auf die Studie von Zimmermann und Körner (2014) verwiesen. Nicht zuletzt ist bei der Interpreta-

tion der Ergebnisse das Querschnittsdesign der Studie zu berücksichtigen, das keine Kausalaussagen erlaubt. Wenn in diesem Beitrag Begriffe oder Wortgruppen verwendet werden, die Wirkzusammenhänge implizieren, dann spiegelt dies lediglich die postulierten, nicht aber faktische bzw. empirisch belegte Wirkrichtungen wider. Die unterstellten Wirkketten sollten in weiteren Studien mit Längsschnittsdesign beleuchtet werden.

8.6 Schlussfolgerungen

BGM-Maßnahmen für Pflegekräfte sollten an einer Verbesserung der zeitlichen Ressourcen und dem Ausmaß an Autonomie ansetzen, sie sollten aber auch weitere Gesundheitsquellen erschließen: die emotionalen Bindungskräfte sozialer Systeme. Die Ergebnisse legen nahe: Je besser die Qualität des Sozialkapitals und je höher die Sinnhaftigkeit, desto geringer ist das Burnout-Ausmaß. Ein auf die Pflege zugeschnittenes BGM versteht Sozialkapital als zentralen Treiber von Gesundheit, weil es nicht nur direkt, sondern auch indirekt über die Arbeitsbedingungen mit Burnout in einem negativen Zusammenhang steht. BGM-Maßnahmen, die darauf abzielen, Pflegekräfte vor der »totalen« Erschöpfung zu bewahren, sollten sich deshalb keineswegs auf die Risikogruppe der Pflegekräfte beschränken. Vielmehr ist das gesamte soziale System – die Kultur der Organisation, die Qualität der Menschenführung und die kollegialen Beziehungen – in den Blick zu nehmen und positiv zu verändern: durch einen strategisch verankerten Organisationsentwicklungsprozess, der auf die Überbrückung von Diversität, von unvermeidbaren Subkulturen und auf Sinnstiftung ausgerichtet ist.

Innerhalb des Sozialkapitals hat sich die Kultur als das Merkmal mit dem stärksten Entwicklungspotenzial herauskristallisiert. In erster Linie ist somit ein von der Klinikleitung zu initiiender Kulturwandel anzustreben. Wie Defizite hier konkret zu beheben sind, ist unter Beteiligung der Pflegekräfte und der anderen Professionen auszuarbeiten, z. B. in Fokusgruppen. Die konkreten Vorschläge sollte ein Steuerkreis aus Multiplikatoren systematisch bearbeiten und vorantreiben (vgl. hierzu und zu weiteren Standards im BGM Walter 2010). Zur Überbrückung von Differenzen könnten berufsgruppenübergreifende Ziele, Regeln und Überzeugungen formuliert, deren Umsetzungsmöglichkeiten diskutiert und verbindlich festgeschrieben werden, um das »Wir-Gefühl« zu stärken. Die berufsgruppenübergreifende Kooperation könnte durch professionelles Konfliktmanagement verbessert

werden. Interdisziplinäre Projekte könnten die gegenseitige Wertschätzung befruchten.

Die Ergebnisse verweisen überdies auf den Stellenwert der Führungskräfte. Im Verhalten der direkten Vorgesetzten spiegelt sich die Kultur wider: Verhält der Vorgesetzte sich z. B. fair und gerecht? Die Grundlagen einer mitarbeiterorientierten Führung sind in kontinuierlichen Führungskräftebildungen zu vermitteln und zu festigen; sie müssen ihrerseits aber auch von der obersten Führung gegenüber dem mittleren Management beherzigt werden. Fairness und Gerechtigkeit sowie die Anerkennung von Leistungen sind die Führungsmerkmale, die in der Pflege am stärksten mit Burnout korrelieren. Das Verhalten diesbezüglich zu fördern setzt seitens der Führung ein entsprechendes Bewusstsein und die Bereitschaft zur Veränderung voraus.

Eine weitere wichtige BGM-Maßnahme besteht darin, der Pflege im Behandlungsprozess ein höheres Ausmaß an Autonomie zu gewähren. Die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege bieten hierfür gegenwärtig eine Grundlage. Mit Nachdruck muss zudem darauf hingewiesen werden, dass die zeitlichen Ressourcen durch ihren starken direkten Zusammenhang mit Burnout ein ebenso zentraler Ansatzpunkt für das BGM sind. Die zeitlichen Ressourcen der Pflegekräfte in medizinischen Rehabilitationskliniken dürften sich vermutlich in den kommenden Jahren durch den eingangs skizzierten steigenden Pflegebedarf in der Rehabilitation verknappen. Mit Blick auf die Implikationen, die sich hieraus im Hinblick auf Burnout ergeben, ist eine Anpassung des Personalschlüssels geboten. Dies sollte bereits jetzt forciert werden, um einem Anstieg des Burnout-Ausmaßes entgegenzuwirken.

Das hier aufgezeigte Burnout-Ausmaß bei Pflegekräften in Rehabilitationskliniken sowie seine Zusammenhänge mit den Arbeits- und Organisationsbedingungen sind im Hinblick auf die Entwicklung konkreter Maßnahmen grundsätzlich einrichtungsbezogen und auch indikationsspezifisch zu überprüfen. Sinnvoll erscheint der Einsatz standardisierter Mitarbeiterbefragungen, mit deren Hilfe auch Veränderungen im Zeitverlauf evaluiert werden können. Hierdurch kann das Gesundheitsmanagement konkret erfassen, ob das Ausmaß an Autonomie und zeitlichen Ressourcen seitens der Pflegekräfte als angemessen oder verbesserungsfähig erachtet wird. Dabei lassen sich zugleich »weiche« Organisationsmerkmale wie die Qualität der Kultur, der Menschenführung sowie das Beziehungsklima und nicht zuletzt auch das Ausmaß der Sinnhaftigkeit ermitteln. Hierdurch können spezifische Defizite und Potenziale herauskristallisiert

werden und den Ausgangspunkt für konkrete Verbesserungsmaßnahmen bilden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorgelegten Ergebnisse auf die Gewährleistung ausreichender zeitlicher Ressourcen sowie die Einbindung der gesamten Organisation als zentrale Qualitätsmerkmale verweisen. Das heißt, dass die Mensch-Mensch-Schnittstellen insgesamt sowie die ihnen inhärente Kultur und nicht nur die Pflegekräfte als solche und ihre unmittelbaren Arbeitsbedingungen ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken sollten.

Literatur

- Ahola K, Väänänen A, Koskinen A et al (2010) Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. *Journal of Psychosomatic Research* 1:51–57
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K et al (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal* 344:e1717. DOI 10.1136/bmj.e1717
- Alarcon GM (2011) A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of vocational behavior* 79:549–562
- Badura B, Walter U (2014) Führungskultur auf dem Prüfstand. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 139–161
- Badura B, Walter U, Hehlmann T (2010) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg
- Badura B, Greiner W, Rixgens P et al (2013) Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. 2. Aufl. Springer Gabler, Berlin, Heidelberg
- Bao Y, Vedina R, Moodie R, Dolan S (2013) The relationship between value incongruence and individual and organizational well-being outcomes: an exploratory study among Catalan nurses. *Journal of Advanced Nursing* 69(3):631–641
- Borritz M, Kristensen TS (2004) Copenhagen Burnout Inventory. Normative data from a representative Danish population on personal burnout. URL: [http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen Prozent20burnout Prozent20inventory Prozent20- Prozent20normative Prozent20data Prozent20from Prozent20a Prozent20representative Prozent20danish Prozent20population.pdf](http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20population.pdf). Gesehen 12 Mai 2014
- Bowers L, Nijman H, Simpson A, Jones J (2011) The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46:143–148
- Buchberger B, Heymann R, Huppertz H et al (2011) Effektivität von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonal. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd 114. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012) Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. URL: www.baua.de/dok/5479728. Gesehen 04 Jan 2014
- Chan ZCY, San Tam W, Lung MKY (2013) A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management* 21:605–613
- Cho J, Spence Laschinger HK, Wong C (2006) Workplace Empowerment, Work Engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership* 19(3):43–60
- Cherniss C, Krantz DL (1983) The Ideological Community as an Antidote to Burnout in the Human Services. In: Farber BA (ed) *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. Pergamon Press, New York, pp 198–212
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGMED) (Hrsg) (2008) Positionspapier »Pflege in der Rehabilitation«. Berlin
- Ehresmann C (2014) Mobbing im Krankenhaus: Symptom eines Organisationsversagens? In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2014*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 163–174
- Fitzgerald A (2010) Diversity und das Sozialkapital der Krankenhäuser. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern: Potenziale nutzen*. Springer, Berlin, Heidelberg
- Graham JW (2013) *Missing Data. Analysis and Design*. Springer Science, New York
- Hakanen JJ, Schaufeli WB (2012) Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction. A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders* 141:415–424
- Helkavaara M (2013) Emotional Exhaustion and Psychosocial Work Factors. In: Bährer-Kohler S (ed) *Burnout for Experts. Prevention in the Context of Living and Working*. Springer, Heidelberg, pp 159–168
- Hotze E, Winter C (2011) Pflege in der Rehabilitation. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa, Weinheim, S 549–560
- Hox J. (2010) *Multilevel Analysis. Techniques and Applications*. 2nd Ed. Routledge, New York
- Kockert S, Schott T (2014) Leistungssteigerung durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen (LORE). Universität Bielefeld: Abschlussbericht
- Körner M (2009) Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 48:160–165
- Körner M (2011) Mental strain among staff at medical rehabilitation clinics in Germany. *GMS Psycho-Social-Medicine* 8:1–12
- Kowalski C, Ommen O, Driller E et al (2010). Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing* 19:1654–1663

- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E et al (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 19(3):192–207
- Maslach C, Jackson SE (1984) Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual* 5:133–153
- Meyer M, Modde J, Glushanok I (2014) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 323–522
- Nübling M, Stößel U, Hasselhorn HM et al (2005) Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes COPSOQ. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden
- Prognos AG (Hrsg) (2011) *Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr. Argumente, die eine Anhebung des Reha-Budgets erforderlich machen*. Kurzdossier. Basel
- Rixgens P (2010) Messung von Sozialkapital im Betrieb durch den »Bielefelder Sozialkapital-Index« (BSI). In: Badura B, Macco K, Klose J et al (Hrsg), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 263–274
- Rixgens P, Behr M, Badura B (2013) Sozialkapital, Gesundheit und Betriebsergebnis. In: Badura B, Greiner W, Rixgens P et al (Hrsg) *Sozialkapital, Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. 2. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg, S 87–146
- Schaufeli WB, Salanova M (2014) Burnout, Boredom and Engagement in the Workplace. In: Peeters MCW, de Jonge J, Taris TW (eds) *An Introduction to Contemporary Work Psychology*. 1st Edition. John Wiley & Sohns, Chichester, pp 293–318
- Schmidt R (2012a) Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Mitarbeiter im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen. In: Thiele H, Leibig A (Hrsg) *Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeintervention*. Kohlhammer, Stuttgart, S 25–27
- Schmidt R (2012b) Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitationspflege. In: Thiele H, Leibig A (Hrsg) *Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeintervention*. Kohlhammer, Stuttgart, S 24–25
- Simon M (2012) *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat*. Deutscher Pflegerat, Hannover
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2013) *Gesundheit. Personal 2011. Fachserie 12, Reihe 7.3.1*, Wiesbaden
- Toker S, Melamed S, Berliner S et al (2012) Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine* 74(8):840–847
- Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM (2014) Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events – A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 51:1123–1134
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (2012) *Ärzte und Pflegekräfte fehlen – der Mangel verschärft sich*. Pressemitteilung des VKD. URL: http://www.vkd-online.de/media/file/1283.PM_VKD_AErzte_und_Pflegekraefte_fehlen_06112012.pdf. Gesehen 04 Jan 2015
- Wagner F (2012) Geleitwort: Rehabilitation und Pflege – Eine Chance für Betroffene und die Pflegeberufe. In: Thiele H, Leibig A (Hrsg) *Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeintervention*. Kohlhammer, Stuttgart, S 5–6
- Walter U (2010). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura B, Walter U, Hehlmann T (2010) *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, S 147–161
- Weber A (2014) Burnout-Syndrom. In: Triebig G, Kentner M, Schiele R (Hrsg) *Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis*. 4. Aufl. Gentner, Stuttgart, S 459–474
- Weiber R, Mühlhaus D (2014) *Strukturgleichungsmodellierung. Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von Amos, SmartPLS und SPSS*. 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg
- Zimmermann L, Körner M (2014) Emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden bei Gesundheitsfachberufen. *Public Health Forum* 22(82):30.e1-30.e3