

*Für Magdalena & Michaela, Anna-Maria & Thomas, Konstantin, & Ida*

**Erstgutachter:** Herr Univ.- Prof. Dr. Hartmut Schröder

**Zweitgutachterin:** Frau Prof. Dr. Sandra Müller

**Disputation:** 22.07.2016

Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)

Kulturwissenschaftliche Fakultät

Lehrstuhl für Sprachgebrauch und Therapeutische Kommunikation

**Burnout am Arbeitsplatz von Krankenschwestern  
und Krankenpflegern in Bayern – Eine empirische  
Untersuchung**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der

Philosophie (Dr. phil.) an der Europa-Universität

Viadrina Frankfurt (Oder)

vorgelegt von Tobias J. T. Schramm M.A., B.A. Wirtschaftspsychologe

Frankfurt/Oder 2016

## Zusammenfassung

Dieses Forschungsprojekt beschäftigte sich mit Burnout bei bayerischen Krankenschwestern und Krankenpflegern. **Ziel:** In dieser Studie wurden drei Forschungsfragen untersucht. Die erste Forschungsfrage befasste sich mit der Burnout-Prävalenz bayerischer Pflegekräfte. Die zweite Forschungsfrage beäugte Zusammenhänge zwischen gesundheitsförderlichen Ressourcen (Arbeitsumgebung und Organisationsklima) und Burnout. In der dritten Forschungsfrage wurde die Intention verfolgt, mangelnde Ressourcen der Arbeitsumgebung (AU) und des Organisationsklimas (OK) zu identifizieren. **Methodik:** Um Burnout zu messen, wurde der Maslach Burnout Inventory (MBI) nach Maslach und Jackson (1981) verwendet. Das Konstrukt Organisationsklima wurde mittels des Organizational Climate Measure (OCM) nach Patterson et al. (2005) quantifiziert. Die Arbeitsumgebung wurde durch Verwendung des Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) nach Lake (2002) erhoben. An dieser Forschungsarbeit beteiligten sich (n = 561) bayerische Pflegekräfte. **Ergebnisse:** Um die Burnout-Prävalenz feststellen zu können, wurde auf die „Drei-Stufen-Technik“ nach Büssing und Glaser (1999) zurückgegriffen. 60 Pflegekräfte befanden sich in Stufe I, einem beginnenden Burnout-Prozess, der ausschließlich von emotionaler Erschöpfung geprägt ist. Sechs Pfleger waren der Stufe II zuzuordnen, ebenfalls einem beginnenden Burnout-Prozess, der alleinig von Depersonalisation gekennzeichnet ist. 15 Krankenschwestern und Krankenpfleger erlebten einen fortgeschrittenen Burnout-Prozess (Stufe III), da sie sowohl emotional erschöpft, als auch depersonalisiert waren. Insgesamt befanden sich 81 der 561 Pflegekräfte in einem beginnenden oder fortgeschrittenen Burnout-Prozess. Weiterhin konnte im Rahmen der ersten Forschungsfrage herausgestellt werden, dass sich die Burnout-Prävalenz der Pflegekräfte signifikant innerhalb verschiedener Krankenhausabteilungen unterscheidet. Die Resultate der zweiten Forschungsfrage ergaben, dass alle in die Untersuchung eingeflossenen Dimensionen der Arbeitsumgebung und des Organisationsklimas mit zumindest einer Burnout-Dimension (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Leistungsfähigkeit) in Zusammenhang stehen. Hervorzuheben ist das Ergebnis, dass die Kontrollvariable *Resilienz* das Risiko für emotionale Erschöpfung reduziert und die Chance für eine verbesserte persönliche Leistungsfähigkeit erhöht. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass männliche Pflegekräfte eine höhere Vulnerabilität für Depersonalisation besitzen als weibliche Pfleger. Im Rahmen der dritten Forschungsfrage konnte ermittelt werden, welche Dimensionen der Arbeitsumgebung und des Organisationsklimas momentan mangelhaft oder grenzfällig vertreten sind. Als mangelhafte

Ressourcen kristallisierten sich die Faktoren *Personaldecke* (AU), *Partizipation* (AU), *Effizienz* (OK), *Mitarbeiterfürsorge* (OK), *Klarheit der Organisationsziele* (OK) und *Leistungsdruck* (OK) heraus. Grenzfällige Ressourcen stellten die Dimensionen *Führung* (AU), *Tradition* (OK), *Innovation und Flexibilität* (OK), *Mitarbeiterbeteiligung* (OK) und *Integration* (OK) dar. **Schlussfolgerung:** Das emotionale Erschöpfungssyndrom Burnout stellt für bayerische Pflegekräfte eine Bedrohung am Arbeitsplatz dar. Gesundheitsförderliche Ressourcen der Arbeitsumgebung und des Organisationsklimas zeigen auf, dass sie Burnout entgegenwirken können. Die Förderung jener gesundheitsförderlichen Ressourcen, insbesondere der mangelhaften und grenzfälligen Faktoren, obliegt den krankenhausverantwortlichen Entscheidungsträgern.

## Abstract

This study engaged in burnout among Bavarian nurses. **Objective:** Three research questions were investigated in this study. The first research question dealt with the burnout prevalence of Bavarian nurses. The second research question examined relations between health-promoting resources (work environment and organizational climate) and burnout. The third research question pursued to identify insufficient resources of the work environment (WE) and the organizational climate (OC). **Method:** To measure burnout, the Maslach Burnout Inventory (MBI) by Maslach and Jackson (1981) was applied. Organizational climate was measured by the use of the Organizational Climate Measure (OCM) by Patterson et al. (2005). The work environment was surveyed by the use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) by Lake (2002). 561 Bavarian nurses participated in this survey. **Results:** To determine the burnout prevalence, a “three stage method“ by Büssing and Glaser (1999) was utilised. 60 nurses were assigned to stage I, a beginning burnout process, which is exclusively affected by emotional exhaustion. Six nurses were in stage II, also a beginning burnout process, which is exclusively affected by depersonalisation. 15 nurses were in stage III, an advanced burnout process, because they experience both, emotional exhaustion and depersonalisation. Overall 81 of 561 nurses were in a beginning or an advanced burnout process. Furthermore in the course of research question one, it could be indicated, that the burnout prevalence of nurses differed significantly between the hospital units. The results of the second research question showed, that all dimensions of work environment and organizational climate, which were used in this investigation, were associated with at least one burnout dimension (emotional exhaustion, depersonalisation and personal accomplishment). To highlight is the finding, that the control variable *resilience* reduces the risk of emotional exhaustion and increases the chance for a better personal accomplishment. Moreover the results showed that male nurses possess a higher vulnerability for depersonalisation than female nurses. In the context of the third research question, dimensions of work environment and organizational climate were identified, which are currently poor or borderline. Poor resources were: *staffing adequacy* (WE), *nurse participation* (WE), *efficiency* (OC), *welfare* (OC), *clarity of organizational goals* (OC) and *pressure to produce* (OC). Borderline resources were: *nursing leadership* (WE), *tradition* (OC), *innovation and flexibility* (OC), *involvement* (OC) and *integration* (OC). **Conclusion:** Burnout symbolizes a workplace-related danger for Bavarian nurses. Work environment and organizational climate as health-promoting resources demonstrate, that they can counteract burnout. These health-

promoting resources, particularly the poor and borderline ones, should be promoted by decision-makers of hospitals.

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	
Zusammenfassung	I
Abstract	III
Inhaltsverzeichnis	V
Anhangsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis	XII
<b>I Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>II Theoretischer Teil</b>	<b>6</b>
<b>1 Burnout – Eine Begriffsklärung</b>	<b>6</b>
1.1 Begriffsgeschichtliche Entwicklung von Burnout	6
1.2 Burnout-Definitionsproblematik	10
1.3 Burnout-Definitionsversuche	11
1.3.1 Gemeinsamkeiten der Burnout-Definitionsversuche	16
1.3.2 Unterschiede der Burnout-Definitionsversuche	19
1.4 Burnout-Symptomatik	20
1.5 Differentialdiagnostik von Burnout	25
<b>2 Burnout-Ätiologie</b>	<b>32</b>
2.1 Burnout-Erklärungsansätze aus angrenzenden Forschungsdisziplinen	32
2.2 Burnout-Ursachen-Modelle	38
2.3 Ergebnis	50
<b>3 Burnout-Folgen</b>	<b>52</b>
3.1 für betroffene Persönlichkeiten	52
3.2 für Organisationen	56
3.3 für die Gesellschaft	60
3.4 Ausblick	61



<b>4 Krankenschwestern und Krankenpfleger – eine exponierte Berufsgruppe</b>	<b>62</b>
4.1 Burnout-betroffene Berufe	62
4.2 Krankenschwestern und Krankenpfleger	64
4.2.1 Gesellschaftliche und betriebliche Ursachen des Wandels der Belastung bei der Pflegearbeit	65
4.2.2 Konsequenzen der Wandlungsprozesse	68
4.3 Tätigkeitsprofil	69
4.4 Belastungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern	73
4.4.1 Physische Belastungen	73
4.4.2 Psychische Belastungen	75
4.4.3 Soziale Belastungen	83
4.5 Studien und Forschungsergebnisse zu Burnout bei Krankenschwestern und Krankenpflegern	85
4.6 Zusammenfassung und Zielsetzung	90
<b>5 Ressourcen einer Organisation: Organisationsklima und Arbeitsumgebung – Stärkung als Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung</b>	<b>95</b>
5.1 Betriebliche Gesundheitsförderung	96
5.2 Ressourcen	97
<b>6 Forschungsfragen und Hypothesen</b>	<b>100</b>
6.1 Forschungsfrage 1: Aktuelle Burnout-Prävalenz des Pflegepersonals in bayerischen Krankenhäusern	101
6.2 Forschungsfrage 2: Zusammenhänge zwischen gesundheitsförderlichen Ressourcen und Burnout	102
6.2.1 Organisationsklima	103
6.2.1.1 Definition und Beschreibung	103
6.2.1.2 Einflüsse des Organisationsklimas auf Unternehmen und und deren Mitarbeitende	104
6.2.1.3 Dimensionen des Organisationsklimas und Hypothesenbildung	105

6.2.2 Arbeitsumgebung	125
6.2.2.1 Arbeitsumgebung professionell arbeitender Pflegekräfte	125
6.2.2.2 Dimensionen der Arbeitsumgebung von Pflegekräften und Hypothesenbildung	128
6.3 Forschungsfrage 3: Präsenz gesundheitsförderlicher Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern?	133
6.4 Forschungsfragen und Hypothesen im Überblick	134
<b>III Methodik</b>	<b>137</b>
<b>1 Durchführung</b>	<b>137</b>
<b>2 Teilnehmer</b>	<b>140</b>
<b>3 Erhebungsinstrumente</b>	<b>141</b>
<b>IV Ergebnisse</b>	<b>154</b>
<b>1 Erstellung und Codierung des Datenblattes</b>	<b>154</b>
<b>2 Überprüfung der Datenqualität</b>	<b>155</b>
2.1 Reliabilitätsanalyse	155
2.2 Überprüfung der Faktorvalidität	158
2.3 Überprüfung auf Normalverteilung	162
<b>3 Deskriptive Befunde</b>	<b>163</b>
3.1 Häufigkeiten der Kontrollvariablen	164
3.2 Häufigkeiten bzgl. Arbeitsumgebung und Organisationsklima	168
3.3 Häufigkeiten bzgl. Burnout	170
<b>4 Bivariate Analysen</b>	<b>176</b>
4.1 Bivariate Zusammenhänge zwischen Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout	176
4.2 Bivariate Zusammenhänge zwischen Kontrollvariablen und Burnout	180
<b>5 Multivariate Analysen</b>	<b>183</b>
5.1 Analysis of Variance (ANOVA)	183
5.2 Binäre logistische Regression	189
5.2.1 Auswahl des multivariaten Verfahrens	189
5.2.2 Binäre logistische Regression: Erläuterung und Ergebnisse	190

<b>6 Hypothesenprüfung zur Forschungsfrage 2 und Auflösung der Forschungsfrage 3</b>	<b>200</b>
6.1 Hypothesenprüfung zur Forschungsfrage 2	200
6.2 Auflösung der Forschungsfrage 3: Inwieweit sind gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden?	207
<b>V Diskussion</b>	<b>210</b>
<b>1 Zusammenfassung</b>	<b>210</b>
<b>2 Vergleich der Ergebnisse</b>	<b>217</b>
<b>3 Implikationen für Praxis und Forschung</b>	<b>224</b>
<b>4 Kritik an der eigenen Untersuchung</b>	<b>227</b>
<b>5 Zukünftige Forschung</b>	<b>229</b>
<b>VI Ausblick</b>	<b>231</b>
Anhang	238
Literaturverzeichnis	422
Ehrenwörtliche Erklärung	439
Danksagung	440

## **Anhangsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Reliabilitätsanalyse</b>	<b>238</b>
1.1	Arbeitsumgebung	238
1.2	Organisationsklima	243
1.3	Burnout	257
<b>2</b>	<b>Konfirmatorische Faktorenanalyse</b>	<b>261</b>
2.1	Organisationsklima	261
2.2	Burnout (MBI)	267
<b>3</b>	<b>Überprüfung auf Normalverteilung</b>	<b>268</b>
<b>4</b>	<b>Deskriptive Befunde</b>	<b>270</b>
4.1	Häufigkeiten der Kontrollvariablen	270
4.2	Häufigkeiten bzgl. Arbeitsumgebung und Organisationsklima	275
4.3	Häufigkeiten bzgl. Burnout	280
4.4	Burnout-Stufen	281
4.5	Burnout-Häufigkeiten und -Stufen in den Abteilungen	282
<b>5</b>	<b>Bivariate Analysen</b>	<b>294</b>
5.1	Bivariate Zusammenhänge zwischen Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout	294
5.2	Bivariate Zusammenhänge zwischen Kontrollvariablen und Burnout	295
<b>6</b>	<b>Multivariate Analysen</b>	<b>317</b>
6.1	ANOVA	317
6.1.1	EE-, DP- und PA-Mittelwerte in den Abteilungen	339
6.2	Binäre logistische Regression	342
6.2.1	Überprüfung der Voraussetzungen für multiple Regression	342
6.2.2	Binäre logistische Regression	346
6.2.2.1	Emotionale Erschöpfung (EE)	346
6.2.2.2	Depersonalisation (DP)	369
6.2.2.3	Persönliche Leistungsfähigkeit (DP)	391
<b>7</b>	<b>Fragebogen</b>	<b>412</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.4 (II):	Belastungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern	84
Tabelle 6.2.1 a (II):	Korrelationstabelle: Vertrauen und Burnout	108
Tabelle 6.2.1 b (II):	Korrelationstabelle: Beziehung zu Kollegen, soziale Unterstützung von Kollegen, Beziehung zwischen Abteilungen und Burnout	109
Tabelle 6.2.1 c (II):	Korrelationstabelle: Selbstwirksamkeitserwartung und Burnout	112
Tabelle 6.2.1 d (II):	Korrelationstabelle: Engagement und Burnout	122
Tabelle 2.1 a (IV):	Reliabilitätskennzahlen zu „Arbeitsumgebung“	155
Tabelle 2.1 b (IV):	Reliabilitätskennzahlen zu „Organisationsklima“	156
Tabelle 2.1 c (IV):	Reliabilitätskennzahlen zu „Burnout“	156
Tabelle 2.1 d (IV):	Veränderung der Reliabilitätskennwerte nach Itementfernung	157
Tabelle 2.2 (IV):	Faktorvalidität zu „Arbeitsumgebung“	158
Tabelle 2.3 (IV):	Deskriptive Kennwerte zur Normalverteilung	162
Tabelle 3.1 a (IV):	Häufigkeiten zu „Resilienz“	164
Tabelle 3.1 b (IV):	Häufigkeiten zu „Burnout-Betroffenheit“, „Stresspräventionstraining“ und „Entspannungsübungen“	164
3.1 c (IV):	Histogramm zu „Alter“	165
Tabelle 3.1 d (IV):	Häufigkeiten zu „Geschlecht“	165
3.1 e (IV):	Histogramm zu „Familienstand“	165
Tabelle 3.1 f (IV):	Häufigkeiten zu „Krankenhausabteilungen“	166
3.1 g (IV):	Histogramm zu „Anzahl Patienten“	166
3.1 h (IV):	Histogramm zu „Berufstätigkeit in Jahren“	167
3.1 i (IV):	Histogramm zu „Berufstätigkeit in der aktueller Abteilung in Jahren“	167
3.1 k (IV):	Histogramm zu „Arbeitszufriedenheit“	168
3.1 l (IV):	Häufigkeiten zu „Angestelltenverhältnis“	168
3.1 m (IV):	Häufigkeiten zu „krankenpflegerische Qualifizierung“	168
Tabelle 3.2 a (IV):	Häufigkeiten zu „Arbeitsumgebung“	169
Tabelle 3.2 b (IV):	Häufigkeiten zu „Organisationsklima“	169
Tabelle 3.3 a (IV):	Burnout-Normwerte für Nordamerika	170
Tabelle 3.3 b (IV):	Antwortskalen des MBI und MBI-D	173
Tabelle 3.3 c (IV):	Häufigkeiten zu „Burnout“	173

Tabelle 3.3 d (IV):	Häufigkeiten zu den Burnout-Stufen	173
Tabelle 3.3 e (IV):	Häufigkeiten zu Burnout und den Burnout-Stufen in den jeweiligen Krankenhausabteilungen	174
Tabelle 4.1 a (IV):	Signifikanzeinteilung der Irrtumswahrscheinlichkeiten	177
Tabelle 4.1 b (IV):	Korrelationstabelle zu „Arbeitsumgebung“ und „Burnout“	177
Tabelle 4.1 c (IV):	Korrelationstabelle zu „Organisationsklima“ und „Burnout“	178
Tabelle 5.1 a (IV):	Ergebnisse der ANOVA	187
Tabelle 5.1 b (IV):	Burnout-Mittelwerte der Krankenhausabteilungen	188
5.2 a (IV):	Graphik zur Veranschaulichung der Odds-Ratio-Interpretation	193
Tabelle 5.2 b (IV):	Logistische Regression zu „Führung“ und EE	194
Tabelle 5.2 c (IV):	Odds-Ratios zu „Arbeitsumgebung“ und EE (klassiert und rekodiert)	195
Tabelle 5.2 d (IV):	Odds-Ratios zu „Arbeitsumgebung“ und DP (klassiert und rekodiert)	195
Tabelle 5.2 e (IV):	Odds-Ratios zu „Arbeitsumgebung“ und PA (klassiert und nicht rekodiert)	196
Tabelle 5.2 f (IV):	Odds-Ratios zu „Organisationsklima“ und EE	197
Tabelle 5.2 g (IV):	Odds-Ratios zu „Organisationsklima“ und DP	198
Tabelle 5.2 h (IV):	Odds-Ratios zu „Organisationsklima“ und PA	199
Tabelle 6.1 a (IV):	Ergebnisse der Hypothesenprüfung zu „Organisationsklima“	206
Tabelle 6.1 b (IV):	Ergebnisse der Hypothesenprüfung zu „Arbeitsumgebung“	207
Tabelle 6.2 a (IV):	Vorhandene Ressourcen	208
Tabelle 6.2 b (IV):	Mangelnde Ressourcen	208
Tabelle 6.2 c (IV):	Grenzfällige Ressourcen	209
Tabelle 1 a (V):	Ergebnisse der binären logistischen Regression zu „Arbeitsumgebung“	213
Tabelle 1 b (V):	Ergebnisse der binären logistischen Regression zu „Organisationsklima“	213
Tabelle 2 a (V):	Vergleich der Ergebnisse zu „Arbeitsumgebung“	220
Tabelle 2 b (V):	Vergleich der Ergebnisse zu „Organisationsklima“	221

## Abkürzungsverzeichnis

AU	: Arbeitsumgebung
AV	: Abhängige Variable
BGF	: Betriebliche Gesundheitsförderung
BO	: Burnout
DP	: Depersonalisation
DBfK	: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGUV	: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EDV	: Elektronische Datenverarbeitung
EE	: Emotionale Erschöpfung
ICN	: International Council of Nurses
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MBI	: Maslach Burnout Inventory
OC	: organizational climate
OCM	: Organizational Climate Measure
OK	: Organisationsklima
PA	: Persönliche Leistungsfähigkeit
PES-NWI	: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index
%	: Prozent
UV	: Unabhängige Variable
WE	: work environment
Partizipation	→ : Partizipationsmöglichkeit v. Pflegekr. in Krankenhaus-Ang.
Pflegemodell	→ : Voraussetzungen zur Leistung einer qual. hochw. Pflege
Führung	→ : Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters
Personaldecke	→ : Ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen
Pflegekraft-Arzt-Beziehung	→ : Kollegiale Krankenpfleger-Arzt Beziehungen

## Abkürzungen bzgl. des Anhangs

FÜ_	: Führung (siehe Seite 128)
PD_	: Personaldecke (siehe Seite 128)

PAB_	: Pflegekraft-Arzt-Beziehung (siehe Seite 128)
Pfleg_	: Pflegemodell (siehe Seite 128)
AU_Part_	: Partizipation (siehe Seite 128)
Qual_	: Qualität
Leist_feed_	: Leistungsfeedback
Effi_	: Effizienz
Inno_Flex_	: Innovation und Flexibilität
Unterst_Vor_	: Unterstützung durch den Vorgesetzten
Integration_	: Integration
Mitfür_	: Mitarbeiterfürsorge
Schulungen_	: Schulungen
Trad_	: Tradition
Ausr_Auss_	: Ausrichtung nach Außen
Reflex_	: Reflexivität
Leist_dr_	: Leistungsdruck
Formal_	: Formalisierung
Auto_	: Autonomie
Mitbet_	: Mitarbeiterbeteiligung
Klar_Ziel_	: Klarheit der Organisationsziele
Arb_bem_	: Arbeitsbemühungen
Res_	: Resilienz
AZ_	: Arbeitszufriedenheit
BO_betroffen	: Burnout-Betroffenheit
Berufstätig	: Berufstätigkeit in Jahren
Jahre_Abteilung	: Tätigkeit in Jahren in der aktuellen Abteilung
R_	: rekodierte Variable
_alle	: Dimension wurde nur gebildet, wenn der Teilnehmer alle zugehörigen Items beantwortet hat.
.neu	: Items wurden entfernt und Dimension wurde neu berechnet.
_alle.klassiert	: klassierte Variable



# I Einleitung

Burnout, ein passender Terminus, der das hektische Zeitgeschehen sowie die Attribute der scheinbar perfekten Hochleistungsgesellschaft im 21. Jahrhundert skizziert. Die Nachrichten im Print- und Zeitschriftenwesen sowie Fernsehen berichten in regelmäßigen Zyklen, wenn bspw. ein erfolgreicher Sternekoch, ein Dramaturg oder Sänger eine individuelle Sinnkrise erlebt, die einem Burnout gleichgestellt wird. Der Begriff Burnout befindet sich in aller Munde und fungiert in der Populärpsychologie als Kassenschlager in Bezug auf standardisierte Ratgeberliteratur. Abseits der „Main-Stream-Thematisierung“ muss konstatiert werden, dass Burnout wahrhaftig eine ernstzunehmende, aktuelle Problematik repräsentiert. Neben individuellen physischen und psychischen Gefahren birgt Burnout auch für Unternehmen und Volkswirtschaften zahlreiche negativ konnotierte Auswirkungen.

Die Relevanz von Burnout wird deutlich mit Blick auf die Prävalenzrate. Die Bundespsychotherapeutenkammer stellte fest, dass die Burnout-Häufigkeit seit dem Jahr 2004 um 700 Prozent gestiegen ist. Die Anzahl der betrieblichen Fehltag nahm im Betrachtungszeitraum um 1.400 Prozent zu. Deutschen Krankenkassen zufolge waren im Jahr 2011 0,4 Krankschreibungen und 9,1 Krankheitstage pro 100 versicherter Personen auf Burnout zurückzuführen. Im Jahr 2004 konnten hingegen nur 0,05 Krankschreibungen und 0,67 Krankheitstage pro 100 Versicherte auf Burnout konkludiert werden (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer-Studie 2012, S.3). In helfenden, pädagogischen, dienstleistenden, managementorientierten, sowie kreativen Berufen wird das Phänomen Burnout häufig beschrieben. Burisch (2010) expliziert in seiner Publikation „Das Burnout-Syndrom“, dass Burnout keinesfalls nur in diesen fünf Berufskategorien vorherrschend ist, sondern eine berufsunabhängige Größe konstatiert. Burnout, so Burisch, kann an jedem Arbeitsplatz, im Privatleben, ja sogar in der Erwerbslosigkeit auftreten und besitzt, je nach Erscheinung, situationsspezifische Ausprägungen und auslösende Prämissen (vgl. Burisch 2010, S.XI).

Im Zuge der Globalisierung nehmen Hektik, Termin-, Leistungs- und Wettbewerbsdruck kontinuierlich zu und führen folglich zu erhöhtem Distresserleben bei Beschäftigten. Das psychische und physische Belastungs- und Beanspruchungsniveau wird in maladaptiver Weise strapaziert und kann in ein Burnout münden. „Das Burnout von heute stammt überwiegend von dem Druck, die eskalierenden Ansprüche Anderer zu erfüllen, oder

von der intensiven Konkurrenz, besser als andere in der derselben Organisation oder Firma zu sein, oder von dem Antrieb, immer mehr Geld zu machen, oder von dem Gefühl, es werde einem etwas vorenthalten, was man offensichtlich verdient“ (Farber 2000a, S.592).

Burnout besitzt demnach eine relevante Thematik, die sich ruinös auf Individuen und deren privates und berufliches Umfeld auswirken kann. Dadurch, dass sich die Folgeschäden von Burnout sowohl in psychisch/physische, als auch in betriebswirtschaftliche einteilen lassen, beschäftigen sich verschiedene akademische Disziplinen in jeweils unterschiedlichen Vorgehensweisen mit der Erforschung dieses Konstrukts. Neben physiologischen, humanmedizinischen Ansätzen und klinisch-psychologischen Forschungsgebaren wenden sich auch arbeits- und organisationspsychologische Ergründungsbemühungen Burnout zu. Im Konnex der Burnout-Forschung erweist es sich als hinderlich, dass (so viel sei in der Einleitung erwähnt) keine objektiven, allgemeingültigen Definitionen existieren. Die sich mit der Causa Burnout beschäftigenden Forscher präferieren gemäß ihrer individuellen Paradigmen unterschiedliche ätiologische Burnout-Entstehungsmuster. Die Heterogenität der Burnout-Erklärungsansätze, sowie fehlende, globale Definitionen stellen eine herausfordernde Angelegenheit dar, die sich in Summe nicht positiv auf die Burnout-Prävalenz und – Reduktion auswirken.

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit Burnout bei Krankenschwestern und Krankenpflegern. Arbeitnehmer aus diesem Berufsfeld sehen sich tagtäglich mit hohem Leid und zehrenden Arbeitsinhalten konfrontiert. Folglich besitzt diese Tätigkeit per se eine gewisse Belastungs- und Beanspruchungsherausforderung, die diese berufliche Aufgabe nun mal mit sich bringt. Da diese Berufsgattung ein überdurchschnittlich hohes Belastungs- und Beanspruchungsniveau aufweist, liegt der Schluss nahe, dass die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen und Burnout in dieser Profession eine erhöhte Tendenz aufweist.

Die Ursachen für die vermehrte Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen liegen zum einen in der steigenden Anzahl der Patienten, sowie in der allgemeinen Leistungsverdichtung. Die Arbeitsmehrbelastung kann auch auf den Sachverhalt zurückgeführt werden, dass Krankenhäuser in immer kürzer werdenden Behandlungs- und Liegezeiten immer mehr Patienten zu versorgen haben. Der daraus resultierende Zeitdruck repräsentiert eine weitere stressbehaftete Anforderung und somit eine psychische Belastung (vgl. Iseringhausen 2010, S.117). Die psychische Gesundheit von Beschäftigten im Krankenhaus wird neben der Arbeitsverdichtung aber auch durch die Organisationskultur, bestehend aus Kommunikationsstruktur, Organisationsklima und Führungsverhalten, beeinträchtigt (vgl. Badura et al. 2008, Pfaff et al. 2005, Sackmann 2009).

Iseringhausen (2010) erklärt, dass sich im Zuge der veränderten Umweltbedingungen von Krankenhäusern ein Wandel im Bereich der Organisationskultur vollzogen hat. War einst ein stark an medizinischen Werten orientiertes Paradigma in Krankenhäusern vorherrschend, so ist nun zu konstatieren, dass betriebswirtschaftlich- und managementorientierte Leitlinien im Fokus von Kliniken stehen. Das Erreichen von ökonomischen Zielen gilt als Priorität, und nicht der medizinische Service. Der Verlust an traditionellen Werten führt beim Krankenhauspersonal zu Unsicherheiten und Belastungssituationen, da die professionellen Praktiker ihre medizinische Agens mit ökonomischen Kriterien und Vorgaben in Einklang bringen müssen (vgl. Iseringhausen 2010, S.117f.).

Krankenschwestern und Krankenpfleger sind in Bezug auf psychische Belastungen exponiert und damit Burnout-anfällig. Ist eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger von Burnout betroffen, so hat dies nicht nur für das Individuum selbst, sondern auch für die Patienten und das Krankenhaus negative Konsequenzen, welche im Folgenden kurz skizziert werden.

Aus Sicht des Patienten lässt sich sagen, dass nicht nur die Behandlung allein strapaziös und anstrengend sein kann, sondern auch der Krankenhausaufenthalt an sich. Ein empathisches und zugewandtes Krankenhauspersonal würde diesen Stressoren entgegenwirken. Burnout-betroffene Krankenpfleger legen jedoch an Stelle einer vertrauensvollen, gesundheitsförderlichen Klientenbeziehung einen depersonalisierten und zynischen Habitus an den Tag, der nicht nur den Stress des Patienten erhöht, sondern sich schließlich auch maladaptiv auf den Genesungsprozess der Patienten auswirken kann. Pflege-theoretiker verweisen darauf, dass der Pfleger-Patientenbeziehung eine tragende Rolle zu Teil wird (vgl. z.B. Travelbee 1971, Peplau 1995, Orlando 1996). Die zwischenmenschliche Beziehung beeinflusst im subjektiven Erleben des Patienten in hohem Maße die Qualität der pflegerischen Handlung. Eine positive Pfleger-Patientenbeziehung setzt innere und äußere Ressourcen des zu Pflegenden frei (vgl. Pohlmann 2006, S.157). Auch Benner (1994) vertritt die These, dass oftmals nicht ausschließlich technisch-medizinische Gründe für eine Patientengenesung ursächlich sind, sondern auch heilende Faktoren der Beziehung in der Pflege (vgl. Benner 1994).

Ist das Pflegepersonal Burnout-betroffen, so führt dies zu Fehlzeiten durch Krankschreibungen und auch zu Fluktuation, wenn das Personal der anstrengenden Tätigkeit im Krankenhaus nicht gewachsen ist. Also sollte es auch im Interesse des Krankenhauses sein, über ein psychisch gesundes Pflegepersonal zu verfügen. Denn dies ist die Basis dafür, dass zum einen eine vertrauensvolle, qualitativ-hochwertige Patientenpflege entwickelt

werden kann, und zum anderen Fehlzeiten und Fluktuation reduziert werden können, welche letztendlich wirtschaftliche Einbußen für das Krankenhaus zur Folge hätten.

Schließlich ist es aus der Perspektive von Krankenschwestern und -pflegern sinnbehaftet, sich dem Thema „Burnout“ zu widmen, denn Burnout führt bei Individuen zu negativen Folgeerscheinungen. Negative Burnout-Folgen können u.a. bedeuten, dass Betroffene gesundheitliche Probleme, familiäre Schwierigkeiten, finanzielle Belastungen sowie persönlichkeitspezifische Hindernisse erleben und zu bewältigen haben.

Aus den Erläuterungen kann geschlussfolgert werden, dass das Burnout-Syndrom bei Pflegekräften ein ernstzunehmendes Problem darstellt. Daher ist es Ziel dieser Arbeit, jene Thematik zu untersuchen. Im Fokus sollen dabei jedoch nicht Einflussfaktoren stehen, die das Burnout-Syndrom verstärken, sondern eher verhindern oder abschwächen. Aus den nachfolgenden Ausführungen geht hervor, dass sowohl eine gute *Arbeitsumgebung* als auch ein gutes *Organisationsklima* als gesundheitsförderliche und damit Burnout-reduzierende Ressourcen fungieren könnten. Infolgedessen sollen jene beiden Ressourcen im Hinblick auf Burnout genauer beleuchtet werden. Mittels einer quantitativen Untersuchung soll drei Forschungsfragen nachgegangen werden. Zum einen ist von Interesse, wie hoch die Burnout-Prävalenz in der Stichprobe ist, um die Dringlichkeit jenes Problems beurteilen zu können. Als zweites soll erarbeitet werden, inwieweit die beiden oben genannten Ressourcen mit dem Burnout-Syndrom in Zusammenhang stehen. Schließlich soll geklärt werden, wie gut, bzw. wie schlecht, jene Ressourcen in den teilnehmenden Krankenhäusern, laut Pflegekräfte, vorhanden sind, um dementsprechend Handlungsempfehlungen darlegen zu können.

Die Struktur der Dissertation gliedert sich folgendermaßen: Zunächst werden im Theorieteil einige Hauptaspekte zum Thema Burnout besprochen. Beginnend mit der Begriffsklärung von Burnout werden in den beiden darauffolgenden Gliederungspunkten die Burnout-Ätiologie sowie die Burnout-Folgen eingehend betrachtet. Das vierte Kapitel des Theorieteils befasst sich mit Pflegekräften und unterstreicht anhand der Belastungsarten und Forschungsergebnissen, dass jene Burnout-gefährdet sind. In Abschnitt fünf der theoretischen Ausführungen wird erklärt, dass Organisationsklima und Arbeitsumgebung organisationale Ressourcen verkörpern, deren Stärkung Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung ist. Jene Überlegungen führen dann zu den Forschungsfragen und Hypothesen im sechsten Kapitel. Im nächsten Hauptgliederungspunkt Methodik wird dargelegt, wie die Untersuchung vonstattenging, und welche Erhebungsinstrumente verwendet wurden. Daraufhin wird im Ergebnisteil das Vorgehen bei der Auswertung geschildert, deren Resultate präsentiert und anhand derer die im Theorieteil aufgestellten Hypothesen überprüft. Im Anschluss folgen die

Diskussion mit der Zusammenfassung und dem Vergleich der Ergebnisse, Implikationen für Praxis und Forschung, Kritik an der eigenen Untersuchung sowie Vorschläge für zukünftige Forschungen. Im Ausblick werden Implikationen für Krankenhäuser besprochen.

## II Theoretischer Teil

Der Theorieteil der vorliegenden Dissertation startet zunächst mit einer Begriffsklärung der Burnout-Thematik. Alsdann werden unterschiedliche Burnout-Erklärungs-Ansätze vorgestellt. Ferner werden abträgliche Burnout-Folgen für differente Merkmalsträger thematisiert. Ergo wird exemplifiziert, weshalb es sich bei Krankenschwestern und –pflegern um eine Burnout-bedrohte Berufsgruppe handelt. Schließlich werden die beiden Konstrukte *Arbeitsumgebung* und *Organisationsklima* eingeführt. Zum Abschluss der theoretischen Ausführungen werden die Forschungsfragen und Hypothesen formuliert.

### 1 Burnout - Eine Begriffsklärung

Dieses Kapitel beschäftigt sich anfangs mit der begriffsgeschichtlichen Entstehung von Burnout. Infolgedessen wird darauf eingegangen, weshalb es nicht einfach ist, die Bezeichnung Burnout zu präzisieren. Im Anschluss daran werden divergierende, wissenschaftliche Burnout-Definitionsversuche betrachtet. Dadurch, dass die Burnout-Definitionsversuche diametrale Kausalitäten implizieren, ist es relevant die Analogien und Disproportionalitäten der Burnout-Begriffsbestimmungen zu artikulieren. Bevor Burnout gegenüber ähnlichen Störungsbildern abgrenzt wird, werden Burnout-typische Symptome herausgearbeitet.

#### 1.1 Begriffsgeschichtliche Entwicklung von Burnout

Widmet man sich der historischen Entstehung der Bezeichnung Burnout, so ist festzustellen, dass selbige weit älter ist, als zunächst angenommen. Im 17. und 18. Jahrhundert existierte bereits ein Vorläuferkrankheitsbild von Burnout, das die Folgen von Überengagement am Arbeitsplatz thematisierte, aber keine psychiatrische Relevanz besaß. Im Zuge der Ausweitung von Handel und Gewerbe entwickelte sich zu jener Zeit eine sogenannte berufliche Grundnervosität, die vor allem Bürger und Adelige betraf. Dieses Störungsbild wurde zur damaligen Zeit auch als englische Krankheit titulierte. In der Mitte des 19.

Jahrhunderts wurde das Krankheitsbild mit dem Ausdruck „Neurasthenie“ versehen. Unter den Neurasthenie-betroffenen Persönlichkeiten waren beinahe ausschließlich Angehörige der Mittel- und Oberschicht zu finden. Eine Neurasthenie-Disposition repräsentierte damals ein auszeichnendes, positiv konnotiertes Syndrom, galt doch die Doktrin, dass jenes Krankheitsbild Ausdruck überdurchschnittlicher Leistungen sei (vgl. Brühlmann 2007, S.901). Burnout stellt so gesehen keine Diagnose der Moderne dar, da circa 100 Jahre vorher unter dem Krankheitsbild „Neurasthenie“ bereits ähnliche Symptome beschrieben wurden. Das Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation führt folgende diagnostische Kriterien für Neurasthenie auf:

- geistige Ermüdung und Erschöpfung,
- Schlafstörungen,
- sowie Nicht-Abschalten können.

Wie man anhand der Kriterien sehen kann, besitzen Neurasthenie und Burnout deutliche Parallelen, und Zweitgenanntes fungiert folglich als kein absolutes Novum. Neu ist jedoch der deutliche Anstieg der Burnout-Prävalenz in den vergangenen 30 Jahren (vgl. Hedderich 2012, S.13).

Zwar tauchte das Burnout-ähnliche Krankheitsbild „Neurasthenie“ erst im 17. Jahrhundert auf, jedoch weisen Beobachtungen und Beschreibungen aus noch früheren Zeiten auf das Syndrom Burnout hin.

Zum Beispiel berichtet Mieth (1969), dass der deutsche Mystiker Meister Eckhardt (1260-1327) bereits feststellte, dass es Menschen gibt, die entweder bei den Dingen, oder in denen die Dinge sind. Die Kategorie Mensch, in dem die Dinge sind, also der innerlich von Dingen quasi okkupiert ist, erlebt jene Aspekte in einer sorgenvollen und hinderlichen Manier (vgl. Mieth 1969, S.202). Wie man also sehen kann, existiert das heute bekannte Burnout länger als man vielleicht vermutet hätte. Die wirkliche Entdeckung und ausführliche Erforschung dieses Syndroms erfolgte hingegen erst in jüngster Zeit. Zunächst, so beschreibt es Burisch (2010) in seinem umfassenden Werk „Das Burnout-Syndrom“, wurde zu Beginn der wissenschaftlichen Burnout-Beschäftigungsversuche ein unerklärbarer Motivationsverlust bei helfenden- und sozialen Berufsgruppen festgestellt (vgl. Burisch 2010, S.5). Die Tatsache, dass sich Angehörige helfender Berufsgattungen diesbezüglich in einer exponierten Rolle befinden, wird von Schmidbauer (2002) unterstrichen (vgl. Schmidbauer 2002). Bäuerle (1969) fand im Rahmen seiner Forschungsbemühungen heraus, dass die psychische Belastbarkeit bereits bei Persönlichkeiten im mittleren Berufsalter nachließ. Darüber hinaus konnte der Forscher ergründen, dass diese betroffenen Personen ein Resignations- und

Ohnmachtserleben auf Grund einer menschlichen Überforderung empfinden. Als Konsequenz dieser berufsbezogenen Enttäuschung adaptieren diese Arbeitnehmer autoritäre Charakterzüge und begegnen ihrem Umfeld mit herrischen, repressiven Reaktionen (vgl. Bäuerle 1969, S.23).

„Über den „Praxisschock“ junger Lehrer (Müller-Fohrbrodt et al. 1978), der sich mutatis mutandis wohl auch bei Sozialarbeitern, Krankenschwestern und Therapeuten einstellt, wird seit ähnlich kurzer Zeit gesprochen“ (Burisch 2010, S.6). Hohe Popularität wurde dem Begriff Burnout durch den Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger (1974) zuteil. Dieser bezeichnete Burnout als die psychische und physische Degression ehrenamtlicher Mitarbeiter aus helfenden Organisationen (vgl. Freudenberger 1974, Ginsburg 1974). Golembiewski (1982) postuliert, dass Burnout Ende der 1960er Jahre noch als Flame-Out betitelt wurde und im Bereich der amerikanischen Organisationsberatung anzutreffen war (vgl. Golembiewski 1982). Ab 1900 ist Burnout mit der Übersetzung „Überarbeitung und früher Tod“ in den englischen Sprachgebrauch eingegangen (Kleiber, Enzmann 1990, S.18). Die Burnout-Publikationen „A burnt-out case“ (Greene 1961) sowie „Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung“ (Aronson et al. 1983) trugen vor allem in Deutschland zur Ausweitung der Burnout-Begriffsbedeutung bei (vgl. Burisch 2010, S.6). Cherniss (1980) rechnete damit, dass sich Burnout auf Grund seiner enormen Popularität abnützen, und entsprechend aus dem amerikanischen Sprachgebrauch verschwinden würde (vgl. Cherniss 1980b, S.9). Diese Prognose hat sich nicht bewahrheitet (vgl. Burisch 2010, S.7). Durch die Aufnahme in ein bekanntes psychologisches Handbuch (vgl. Schönplflug 1987) repräsentiert Burnout nun eine akzeptierte, wissenschaftlich-interessant zu erforschende Thematik (vgl. Büssing, Perrar 1988). Burisch weist daraufhin, dass Burnout im Konnex von Durch- oder Ausbrennen übersetzt, nicht wirklich eine allzutreffende Metapher charakterisiert. Dies exemplifiziert er am Beispiel einer technischen Begebenheit, dass Sicherungen bzw. Stromleitungen nach dem Durchbrennen augenblicklich in einen Stillstand verfallen, während Burnout-Betroffene nicht sofort den Ausbrenner-Zustand“ abschließen, sondern hierfür längere Zeit benötigen. Burnout im psychologisch-methodischen Nexus gesehen, beschreibt den längerfristig anhaltenden Prozess einer zu hohen Energieabgabe bei dürftigem Erfolg und unzulänglicher Energiezufuhr (vgl. Burisch 2010, S.7).

Maslach, Schaufeli und Leiter (2001) konnten feststellen, dass sich die Geschichte der Burnout-Forschung aus zwei aufeinander folgenden Phasen zusammensetzt. Diese lauten Pionier- und empirischer Zeitabschnitt. Die Burnout-Pionierepoche war in den Mitt-1970er Jahren in den Vereinten Nationen von Amerika anzutreffen. Zu dieser Zeit erschienen die



ersten wissenschaftlichen Artikel, die das Phänomen Burnout beschrieben, ihm einen Namen gaben und aufzeigten, dass es sich hierbei nicht um eine außergewöhnliche Reaktion handle. Die ersten Ergründungsversuche basierten auf den Erfahrungswerten von Arbeitnehmern aus helfenden Berufsgruppen, deren Aufgabe es war professionelle Hilfe zu leisten. Als Folge der belastenden Arbeit erleben professionelle Helfer emotionale und zwischenmenschliche Stressoren. Die klinische Psychologie konzentrierte sich zunächst auf die Burnout-Symptome sowie auf die Probleme der mentalen Gesundheit, während im sozialpädagogischen Bereich der Fokus auf den Beziehungsaspekt zwischen Helfer und dem zu Helfendem, und auf situative Arbeitsplatzmerkmale gerichtet war. Mittels Feldforschungen konnten berufsbezogene Faktoren erkannt werden, die bereits in früheren Interviews beschrieben wurden, die sich förderlich auf die Burnout-Entstehung auswirken. Diese nennen sich Klientenüberschuss, Ressourcenmangel sowie negatives Klienten-Feedback. In den 1980er Jahren begann das empirische Burnout-Zeitalter. Diese Arbeitsweise unterlag einem quantitativen Paradigma, verwendete Fragebögen und methodisch-valide Messverfahren und befasste sich mit einer größeren Untersuchungspopulation. Der Wechsel hin zur Empiriegestützter Burnout-Forschung wurde durch theoretische und methodologische Beiträge aus der wissenschaftlichen Fachrichtung der Arbeits- und Organisationspsychologie begleitet. Burnout wurde als eine Form von Arbeitsstress betrachtet, und steht mit Konzepten der Arbeitszufriedenheit, organisationaler Bindung und Fluktuation in Verbindung. Die arbeits- und organisationspsychologische Forschung entwickelte eine größere Vielzahl an Burnout-Perspektiven und stärkte die wissenschaftliche Basis mit dem Gebrauch von standardisierten Fragebögen und Forschungsdesigns. In den 1990er Jahren wurde das Burnout-Konzept auch auf nicht helfende Berufe übertragen. Die Beziehungen zwischen organisationsbezogenen Faktoren und Burnout führte zu der Entwicklung von strukturierten Burnout-Entstehungsmodellen. Darüber hinaus beschäftigten sich Langzeitstudien mit den Wechselwirkungen zwischen aktueller Arbeitsumgebung und den individuellen Gedanken und Gefühlen, die Arbeitnehmer zu einem späteren Zeitpunkt erleben (vgl. Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

## 1.2 Burnout-Definitionsproblematik

Der Begriff Burnout ist gegenüber angrenzenden Nachbarkonzepten, wie bspw. Stress, Arbeitszufriedenheit, Depression oder Bewältigung nicht klar genug abgegrenzt (vgl. Rook 1998, S.99). „Diese begriffliche Ungenauigkeit führt bis in die heutige Zeit zu einer immensen Definitions- und Abgrenzungsproblematik und zieht sich wie ein roter Faden durch die wissenschaftliche Auseinandersetzung“ (Röhring, Reiners-Kröncke 2003, S.11).

Maslach (1982b) gibt an, dass die größte Schwierigkeit für eine effektive Erforschung des Burnout-Syndroms darin liegt, dass keine allgemeingültige und verbindliche Definition vorherrscht (vgl. Maslach 1982b). Burisch (2010) verweist darauf, dass alle bis dato vorhandenen wissenschaftlichen Burnout-Definitionen „bis heute entweder zu umfassend oder zu spezifisch“ (Burisch 2010, S.14) sind. Des Weiteren stellt sich der Hamburger Psychologieprofessor die Frage, wie es denn überhaupt möglich war, unter diesen Begleitumständen Burnout hinreichend zu untersuchen. Anhand von Fall- und Interview-Ausschnitten, sowie Symptomlisten, konzipierte wohl jeder Burnout-Forscher seinen impliziten Definitionsansatz, den er in expliziter Form äußerte (vgl. Burisch 2010, S.14).

Die wissenschaftliche Akzeptanz von Burnout wies lange Zeit Vorbehalte gegenüber jenem Konstrukt auf (vgl. Hedderich 2012, S.10). Maslach und Jackson (1984) geben an, dass einst ihre Manuskripte zum Thema Burnout ungelesen und mit der Bemerkung zurückgesandt wurden, dass ihre Ausführungen in den Bereich der Populär-Psychologie anzusiedeln seien (vgl. Maslach, Jackson 1984, S.139). Die anfängliche wissenschaftliche Burnout-Aversion liegt nach Kleiber und Enzmann (1990) darin begründet, dass Burnout zu Beginn der Ergründungsversuche nicht von Wissenschaftlern, sondern von Anwendern verwendet wurde, die Problematiken psychosozialer, helfender Berufsgattungen veranschaulichten (vgl. Kleiber, Enzmann 1990). Der eingangs vorherrschende akademische Burnout-Vorbehalt resultiert daher, da öffentliche, populärwissenschaftliche Medien die Vokabel Burnout flächendeckend benutzten. Diese Veröffentlichungen waren nicht an wissenschaftlicher Erforschung interessiert, sondern strebten danach, Burnout auf möglichst dramatische Art und Weise absatzförderlich darzustellen und zu vermarkten (vgl. Cherniss 1980b, Kleiber, Enzmann 1990, Gamsjäger 1994).

Burisch (2010) erörtert, dass die weit gestreuten Burnout-Definitionen zu randunscharfen Mengen führen. So existieren diesbezüglich Burnout-Fälle, die einerseits prototypische Elemente aufweisen, und andererseits Einzelfälle, die periphere Charakteristika enthalten. Ein Kritikpunkt ist die Tatsache, dass es mit den vorhandenen Definitionen

schwierig sein kann, ein Burnout von einer gewöhnlichen Depression oder einer Überarbeitung abzugrenzen. Eine weitere Problematik bildet die Faktizität, dass die Burnout-Symptome randunscharfe Dimensionen beschreiben. Implizit einigte sich die wissenschaftliche Meinung darauf, als Burnout-Kernsymptome emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit anzuerkennen. Arbeitsüberdruß wird gelegentlich als viertes Symptom hinzugezogen. Ein weiteres willkürliches Element kommt bei den Burnout-Fragebögen ins Spiel, insbesondere wenn die Frage geklärt werden soll, ab wann sich eine Persönlichkeit in einem Burnout-Prozess befindet (vgl. Burisch 2010, S.15f.). Das quantitative Burnout-Messverfahren namens Tedium Measure gibt an, dass sich eine Person auf einer siebenstufigen Skala ab einem Punktwert von vier in einem ausbrennenden, überdrüssigen Zustand befindet (vgl. Pines et al. 1981, S.38, Pines, Aronson 1988, S.218). In der deutschen Ausgabe des Tedium Measure beginnt der Burnout-Betroffenheits-Index bereits bei Stufe drei (vgl. Aronson et al. 1983, S.49). Burisch (2010) artikuliert, dass sowohl die Burnout-Betroffenheits-Trennwerte von Stufe drei als auch von Stufe vier eine Willkür vergegenwärtigen, die in etwa der Fragestellung ähnelt, ab welcher Körpergröße ein Mensch als groß gilt (vgl. Burisch 2010, S.16). Eine weitere problembehaftete Gegebenheit besteht darin, dass über die Burnout-Ursachen, -Folgen und -Symptome die unterschiedlichsten Ansichten vertreten werden (vgl. Koch, Kühn 2008, S.11).

Burnout repräsentiert folglich ein herausforderndes, weil unscharf definiertes, Konstrukt, das interdisziplinären Charakter besitzt. Da Burnout ein berufsbezogenes Politikum darstellt, beschäftigt sich neben der klinischen Psychologie auch die Arbeits- und Organisationspsychologie mit jener Thematik. Diese Nuancierung macht sich auch in den Definitionsversuchen bemerkbar, die im nachfolgenden vorgestellt werden.

### **1.3 Burnout Definitionsversuche**

Burnout stellt keine psychische Erkrankung dar, sondern ein Syndrom. Ein Syndrom besteht aus einer Gruppe von physischen oder psychischen Krankheitsmerkmalen (Symptome), die bei einer bestimmten Störung kollektiv in Erscheinung treten und entsprechend das typische klinische Erscheinungsbild der Störung reflektieren (vgl. Butcher, Mineka, Hooley 2009, S.822).

Im Unterschied zu psychisch eindeutigen Krankheitsbildern, wie bspw. der Depression oder der generalisierten Angststörung, repräsentiert Burnout „kein spezifisches

Krankheitsbild mit eindeutig definierten Kriterien“ (von Känel 2008, S.478). Folglich existieren für das emotionale Erschöpfungssyndrom Burnout weder klinisch allgemeingültige Krankheitssymptome noch eine universal verbindliche Definition der Pathogenese (vgl. von Känel 2008, S.478). Beispielsweise wird in der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* Burnout ausschließlich der Zusatzziffer *Probleme bei der Lebensbewältigung* zugeordnet. Separiert wird dabei zwischen den Zuständen des Ausgebranntseins und der totalen Erschöpfung. Im zweiten globalen Klassifikationssystem psychischer Krankheiten, dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*, wird Burnout der Rubrik Berufsprobleme beigelegt. Darin ist zu lesen, dass es sich bei Burnout um eine beobachtbare, aber nicht zu behandelnde Anomalie handelt (vgl. Weimer, Pöll 2012, S.16).

Auf der Suche nach der Antwort auf die Frage, wieso es weder klinisch allgemeingültige Krankheitssymptome noch eine universal verbindliche Definition der Pathogenese gibt, stößt Burisch (2010) auf eine Unterteilung des Begriffs Burnout in fünf verschiedene Bedeutungen nach Paine (1982). Burisch vermutet, dass die bisherige Missachtung der Unterteilung des Begriffs Burnout in fünf verschiedene Bedeutungen zu dem fehlenden Konsens führte (vgl. Burisch 2010, S.20). Paine (1982) agitiert fünf Burnout-Bedeutungen gegeneinander abzugrenzen. Jene Kerngedanken lauten:

- „Das Burnout-Stresssyndrom als Cluster emotional-verhaltensmäßiger Symptome,
- Burnout als mentale Störung - den Endzustand eines Burnout-Prozesses,
- Burnout als Prozess mit regelhaften Phasen,
- Burnout-Faktoren, d.h. alles was zu Burnout beiträgt,
- Burnout als Folgewirkung auf der Organisationsebene“ (Paine 1982b).

Unterschiedliche Forscher postulieren im Zuge ihrer Ergründungsversuche des Burnout-Syndroms individuelle, inkongruente Definitionen. Dabei wurden differente kausale Faktoren herausgestellt, die einen Burnout-Prozess bedingen. Im Folgenden werden dem Leser einzelne Burnout-Definitionen illustrativ vorgestellt. Die dargestellten Begriffsbestimmungen stellen nur einen Auszug aus dem Kanon der Burnout-Exegese dar. Eine vollständige Auflistung der Burnout-Definitionen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Dies offenbart, wie weitläufig und heterogen die Burnout-Auffassung und Forschungsversuche angelegt sind.

## Burnout-Definitionen:

Burnout bezeichnet „ein Syndrom unangemessener Einstellungen gegenüber Klienten und sich selbst, oft in Verbindung mit unangenehmen physischen und emotionalen Symptomen“ (Kahn 1978).

„Burnout ruft gewisse Reaktionsweisen bei Individuen hervor, wie auch andere Formen von Stress sie verursachen. Wir haben eine sehr spezifische und abgegrenzte Art emotionaler Erschöpfung entdeckt, und zwar den Verlust positiver Empfindungen, den Verlust von Sympathie oder Achtung für Klienten oder Patienten beim professionellen Helfer“ (Maslach 1978, S.56).

Des Weiteren definiert Maslach (1982) Burnout als ein Syndrom, das neben emotionaler Erschöpfung und Entfremdung auch mit individuellen Leistungsverringerungen einhergeht. Als exponierte Berufsgruppe gelten professionelle Helfer, die mittels Burnout auf die chronische emotionale Belastung, permanent mit notleidenden oder problembehafteten Persönlichkeiten arbeiten zu müssen, reagieren (vgl. Maslach 1982a).

Die Burnout-Konkretisierungsbemühungen präzisieren den Begriff als „ein(en) Zustand der Ermüdung oder Frustration, herbeigeführt durch eine Sache, einen Lebensstil oder eine Beziehung, die nicht die erwartete Belohnung mit sich brachte“ (Freudenberger, Richelson 1980).

Edelwich und Brodsky (1980) beschreiben Burnout als einen Prozess, der durch eine fortschreitende Degression von Idealismus, Energie, Beharrungsvermögen und Empathie, als Ergebnis der Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet ist (vgl. Edelwich, Brodsky 1980).

Cherniss (1980) erschließt Burnout prozessbezogen, in welchem sich ein vormalig euphorisch idealistisch orientierter Arbeitnehmer von seiner Arbeitsaufgabe in regressiver Manier abwendet, als Konsequenz auf arbeitsplatzbezogene Beanspruchungs- und Belastungssituationen (vgl. Cherniss 1980a).

Brill (1984) thematisiert Burnout als einen über die individuellen Erwartungen entstandenen, arbeitsbezogenen, dysfunktionalen Zustand einer normalen, nicht psychopathologisch-

beeinträchtigt Persönlichkeit, die schon über eine bestimmte Zeitspanne hinweg Burnout-spezifische Symptome und Reaktionen an den Tag legt und nicht in der Lage ist, diesen Zustand ohne fremde Hilfe zu verlassen (vgl. Brill 1984).

Pines und Aronson (1988) determinieren Burnout als „ein(en) Zustand physischer, emotionaler und mentaler Erschöpfung aufgrund langanhaltender Einbindung in emotional belastende Situationen“ (Pines, Aronson 1988).

Rudow (1994) betrachtet Burnout als ein Syndrom, in welchem die beiden Faktoren emotionale Erschöpfung und Entfremdung eine tragende Rolle spielen. Ferner ist es für Burnout kennzeichnend, dass die betroffene Persönlichkeit ein Leistungsdefizit sowie ein Leistungsvermögen erlebt. Diese beiden negativen Folgeerscheinungen sind nach Rudow (1994) als Nachwirkung des Erschöpfungs-Erlebens zu betrachten (vgl. Rudow 1994, S.125).

Eine philosophische, spirituelle Burnout-Definition favorisieren Maslach und Leiter (1997). Diese Begriffsbestimmung – so Burisch (2010) – besitzt metaphorischen Charakter und lässt eine Trennschärfe gegenüber anderen Störungsbildern vermissen (vgl. Burisch 2010, S.20). Selbige besagt: Burnout verursacht eine Erosion der menschlichen Werte, der Würde, des Geistes, des Willens und der Seele. Burnout bewirkt einen Leidensprozess, der sich etappenweise und persistent ausweitet und die Betroffenen in einen gefährlichen Teufelskreis zieht, aus welchem man nur schwerlich zu entkommen vermag (vgl. Maslach, Leiter 1997).

Richter und Hacker (1998) explizieren Burnout als einen „Zustand physischer und psychischer, kognitiver und emotionaler Erschöpfung in Tätigkeiten der Humandienstleistungen“ (Richter, Hacker 1998, S.144).

Als Quintessenz vieler Definitionsversuche kann die Burnout-Präzisierung nach Schaufeli und Enzmann (1998) betrachtet werden (vgl. Burisch 2010, S.19):

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung disfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und

Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht“ (Schaufeli, Enzmann 1998, S.36).

Losgelöst von äußeren Faktoren und psychologischen Determinanten ist die medizinische Definition von Burnout. Diese basiert auf physiologischen Gegebenheiten: „Laut medizinischer Definition ist das Burn-out-Syndrom eine prozesshafte Erkrankung. Sie bezeichnet eine Systemerregung aus einer anhaltenden, sich allmählich aufschaukelnden Hyperstressreaktion. Diese leitet einen Auflösungsprozess der psychophysischen Selbstregulation ein (die alle willensunabhängigen Regulationsvorgänge steuert, u.a. das vegetative Nervensystem) und mündet meistens in eine manifeste schwere Depression“ (Nelting 2010, S.30).

Am Ende der Definitionsaufzählung wird die Burnout-Konkretisierung nach Maslach und Jackson (1986) aufgeführt. Diese Begriffsbestimmung ist deshalb wichtig zu veranschaulichen, da sie die drei Burnout-Komponenten des Maslach Burnout Inventory Fragebogens enthält, die sich als *emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisation* und *reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit* beziffern lassen.

„Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do „people work“ of some kind. A key aspect of the burnout syndrome is increased feelings of emotional exhaustion; as emotional resources are depleted, workers feel they are no longer able to give of themselves at a psychological level. Another aspect is the development of depersonalization – i.e., negative, cynical attitudes and feelings about one’s clients. This callous or even dehumanized perception of others can lead staff members to view their clients as somehow deserving of their troubles (...). A third aspect of the burnout syndrome, reduced personal accomplishments, refers to the tendency to evaluate oneself negatively, particularly with regard to one’s work with clients. Workers may feel unhappy about themselves and dissatisfied with their accomplishments on the job“ (Maslach, Jackson 1986, S.1).

Es existieren also zahlreiche Burnout-Definitionen, die sowohl untereinander teilweise Gemeinsamkeiten, als auch Unterschiede aufweisen. Diese sollen nun in den nachstehenden Gliederungspunkten (1.3.1 und 1.3.2) beleuchtet werden.

### 1.3.1 Gemeinsamkeiten der Burnout-Definitionsversuche

In diesem Abschnitt werden Analogien zwischen den Burnout-Definitionen behandelt. Anhand von acht Lemmata werden Übereinstimmungen zwischen den oben genannten Begriffsbestimmungen ermittelt. Jene acht Schlagwörter tragen den Namen:

- Syndrom,
- Symptome (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte Leistungsfähigkeit),
- Helfer-Klienten/Patientenbeziehung,
- Dysfunktionale Erwartungshaltung/Idealismus/Fehlanpassung,
- Belastende Aspekte der Arbeitsplatzumgebung,
- Teufelskreis,
- Prozess
- und „normale Individuen“.

*Syndrom.* In sechs Definitionen verweisen die Autoren explizit in ihrer Formulierung daraufhin, dass es sich bei Burnout um ein Syndrom handelt. Mit der Verwendung der Vokabel „Syndrom“ machen die Forscher Kahn (1978), Maslach (1982a), Rudow (1994), Schaufeli und Enzmann (1998), Nelting (2010) und Maslach und Jackson (1986) ostentativ darauf aufmerksam, dass Burnout eine klinische Relevanz besitzt und damit ernst zu nehmen ist.

*Symptome (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte Leistungsfähigkeit).* Zwölf Burnout-Begriffsbestimmungen enthalten die Gemeinsamkeit, dass sie auf Burnout-typische Symptome hindeuten. Es ist zu beobachten, dass vermehrt die Symptome der emotionalen Erschöpfung, der Entfremdung sowie der reduzierten Leistungsfähigkeit im Fokus der Forscher stehen. Kahn (1978) erkennt unangenehme physische und emotionale Symptome. Maslach (1978) beschreibt emotionale Erschöpfung und Sympathieverlust (eine Form der Entfremdung). In der Publikation von 1982a verweist Maslach zudem darauf, dass Burnout auch mit individueller Leistungsverringerung einhergeht. Freudenberger und Richelson (1980) geben an, dass Burnout einem Ermüdungszustand (emotionale Erschöpfung) gleichkommt. Edelwich und Brodsky (1980) sprechen in ihrem Präzisionsversuch den Empathieverlust (ein Zeichen für Depersonalisation) als Burnout-typischen Aspekt an. Den Entfremdungsaspekt sieht auch Cherniss (1980a) als kausales



Phänomen an, als er einen Arbeitnehmer beschreibt, der sich in regressiver Manier von seiner Aufgabe abwendet. Brill (1984) setzt den Leser darüber in Kenntnis, dass eine Burnout-betroffene Persönlichkeit längere Zeit spezifische Symptome zeigt. Vermutlich will Brill (1984) mit dem Wort „spezifisch“ ausdrücken, dass damit die Symptome emotionale Erschöpfung, Entfremdung und verringerte Leistungsfähigkeit gemeint sind. Pines und Aronson (1988), Rudow (1994), Richter und Hacker (1998) sowie Schaufeli und Enzmann (1998) erwähnen emotionale Erschöpfung als Burnout-charakteristisch. Rudow (1994) analysiert darüber hinaus die Burnout-Symptome Entfremdung und Leistungsunvermögen. Den Aspekt der verringerten Effektivität (Leistungsunvermögen) thematisieren auch Schaufeli und Enzmann (1998). Maslach und Jackson (1986) befassen sich in ihrem Definitionsversuch ebenfalls mit den drei Burnout-Symptomen.

*Helfer-Klienten/Patientenbeziehung.* Fünf Definitionsversuche konkretisieren die Helfer-Klientenbeziehung als Burnout-verursachend. Kahn (1978) verdeutlicht, dass Burnout eine dysfunktionale Klientenbeziehung beschreibt, die von unangemessenen Einstellungen geprägt ist. Maslach (1978, 1982a) veranschaulicht, dass Burnout professionelle Helfer ereilt, die ihren Patienten bzw. Klienten keine positive Empfindung und Achtung entgegenbringen. Die Tätigkeiten im Berufsfeld der Humandienstleistungen nehmen für Richter und Hacker (1998) eine tragende Rolle ein. Maslach und Jackson (1986) exponieren, dass Depersonalisation negative und zynische Gefühle gegenüber Klienten bewirken kann. Die daraus resultierende gefühllose Wahrnehmung kann dazu führen, dass Klienten für persönliche Versäumnisse und Fehler verantwortlich gemacht werden.

*Dysfunktionale Erwartungshaltung/ Idealismus/ Fehlanpassung.* In fünf defintitorischen Abgrenzungen wird darauf hingewiesen, dass eine maladaptive individuelle Erwartungshaltung, bzw. ein überhöhter Idealismus, eine Burnout-Entstehung begünstigt. Freudenberg und Richelson (1980) unterstreichen in diesem Zusammenhang den Aspekt der erwarteten Belohnung, den eine Persönlichkeit in einer konkreten Situation wider Erwarten nicht erlebt. Die daraus entstandene Frustration wirkt Burnout-förderlich. Eine fortschreitende Degression von Idealismus identifizieren auch Edelwich und Brodsky (1980) sowie Cherniss (1980a). Brill (1984) erklärt, dass die individuelle Erwartungshaltung Auswirkungen auf die Burnout-Entstehung besitzt. Schaufeli und Enzmann (1998) legen in ihrem Definitionsversuch dar, dass die psychische Verfassung von Burnout-Betroffenen aus einer Fehlanpassung zwischen Zielvorstellung und Realität hervorgeht.

*Belastende Aspekte der Arbeitsplatzumgebung.* Vier Autoren weisen in ihren Definitionen daraufhin, dass belastende Faktoren der Arbeitsplatzumgebung ein Burnout bedingen. Maslach (1982a) beschreibt diesbezüglich das chronisch emotionale Belastungsmoment, das Arbeitnehmer erleben, die häufig mit problembehafteten Persönlichkeiten arbeiten. Edelwich und Brodsky (1980) verdeutlichen, dass die Ursache für reduzierten Idealismus und Empathie in den Arbeitsplatzbedingungen begründet ist. Arbeitsplatzbezogene Beanspruchungs- und Belastungssituationen sind auch nach Meinung von Cherniss (1980a) kausal in Bezug auf eine Burnout-Entwicklung. Pines und Aronson (1988) stellen fest, dass emotional belastende Situationen ein Burnout hervorrufen. Der Terminus „emotional belastende Situationen“ kann in mehreren Lebensbereichen in Gang gesetzt werden. Neben der Arbeitswelt können auch im privaten Metier psychische Belastungen erlebt werden und ein Burnout evozieren.

*Teufelskreis.* Vier Explikationen weisen übereinstimmend daraufhin, dass Burnout eine ausweglose Situation bewirken kann. Brill (1984) setzt Burnout mit einer Art Teufelskreis gleich. Seiner Meinung nach ist es kennzeichnend, dass Ausbrenner nicht in der Lage sind, ihren destruktiven Zustand ohne fremde Hilfe verlassen zu können. Maslach und Leiter (1997) verwenden in ihrem Definitionsversuch direkt den Ausdruck „Teufelskreis“. Aus dieser verzweifelten Lage ist ein Entkommen ihrer Auffassung nach nur schwerlich zu realisieren. Schaufeli und Enzmann (1998) frönen der Hypothese, dass sich Burnout aufgrund ungünstiger Coping-Strategien oft selbst aufrechterhält. Setzt man die Vokabel Teufelskreis mit Depression gleich, so ist es möglich den Definitionsversuch von Nelting (2010) zu Rate zu ziehen. Seiner Überzeugung nach mündet Burnout meistens in eine manifeste schwere Depression.

*Prozess.* In fünf Erläuterungen geben die Forscher an, dass es sich bei Burnout um ein Störungsbild handelt, das sich prozesshaft intensiviert. Edelwich und Brodsky (1980) sowie Cherniss (1980a) und Nelting (2010) beschreiben Burnout nicht als einen statischen Zustand, sondern als einen sich entwickelnden Prozess. Maslach und Leiter (1997) machen deutlich, dass Burnout einen Leidensprozess auslöst. Schaufeli und Enzmann (1998) legen dar, dass sich die psychische Verfassung von Burnout-Betroffenen nach und nach entwickelt und vielen Persönlichkeiten lange unbemerkt bleibt.

„*Normale Individuen*“. Zwei Definitionen besitzen die Konformität, Burnout explizit als ein Syndrom zu beziffern, das nicht-psychopathologisch beeinträchtigte Persönlichkeiten (normale Individuen) ereilen kann. Brill (1984) zuzüglich Schaufeli und Enzmann (1998) legen diese Trennschärfe in ihrer Illustrierung bewusst fest, um zu verbalisieren, dass Burnout keinen pathologischen Charakter besitzt.

### **1.3.2 Unterschiede der Burnout-Definitionsversuche**

Die Burnout-Definitionen differenzieren sich hinsichtlich ihrer Kausalität. Die einzelnen Begriffsbestimmungen thematisieren verschiedene Burnout-Erklärungsansätze. Der Antagonismus ist durch drei Attribute gekennzeichnet. Selbige heißen:

- Helfer-Klienten/Patientenbeziehung,
- Dysfunktionale Erwartungshaltung/Idealismus/Fehlanpassung und
- Belastende Aspekte der Arbeitsplatzumgebung.

*Helfer-Klienten/Patientenbeziehung.* Die Helfer-Klienten/Patientenbeziehung wird von den Autoren Kahn (1978), Maslach (1978 und 1982a), Richter und Hacker (1998) sowie Maslach und Jackson (1986) im Zuge einer Burnout-Entstehung genannt.

*Dysfunktionale Erwartungshaltung/Idealismus/Fehlanpassung.* Eine falsche Erwartungshaltung an eine Situation, Rolle oder Ereignis wird von den Forschern Freudemberger und Richelson (1980), Brill (1984) sowie Schaufeli und Enzmann (1998) in Bezug auf Burnout thematisiert.

*Belastende Aspekte der Arbeitsplatzumgebung.* Die Arbeitsplatzumgebung nimmt für Edelwich und Brodsky (1980), Cherniss (1980a), Pines und Aronson (1988) und Rudow (1994) im Konnex der Burnout-Entstehung eine Schlüsselrolle ein.

Die Antinomie in den Definitionsvorschlägen kann darauf zurückgeführt werden, dass Burnout kein definiertes Krankheitsbild mit klar umrissenen Ausprägungsmerkmalen verkörpert. Die Definitions-Varianz führt dazu, dass Burnout gemäß des jeweiligen individuellen Begriffsverständnisses eines Autors, mehr oder weniger eine Prämisse verfolgt und in selbiger Erklärungsansätze eruiert. Aus Sicht des Verfassers ist es relevant, Burnout aus allen drei Blickwinkeln zu betrachten und sich nicht separierend auf ein Kriterium zu

stützen. Da sich die drei Merkmale gegenseitig nicht ausschließen, kann davon ausgegangen werden, dass sie alle zur Erklärung der Burnout-Entstehung herangezogen werden können.

## **1.4 Burnout-Symptomatik**

Im folgenden Passus werden die Symptome des emotionalen Erschöpfungssyndroms Burnout thematisiert. Dabei werden die Merkmale genannt, die unterschiedliche Forscher in ihren Publikationen im Kontext der Burnout-Erklärungsversuche erörterten. Burisch (2010) verweist an dieser Stelle darauf, dass die Symptome von Burnout in einigen Studien sehr unterschiedlich dargestellt werden. In anderen Untersuchungen hingegen werden sie außergewöhnlich kongruent artikuliert.

Burisch (2010) gliedert die Burnout-Symptome in sieben Oberkategorien, die sich teilweise auch noch aus Subkategorien zusammensetzen (vgl. Burisch 2010, S.24). Das Burnout-Symptomatik-Klassement nach Burisch (2010) wird wie folgt skizziert.

### **1. Warnsymptome der Anfangsphase**

#### a) Überhöhter Energieeinsatz

- Hyperaktivität
- Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
- Gefühl der Unentbehrlichkeit
- Gefühl, nie Zeit zu haben
- Verleugnung eigener Bedürfnisse
- Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
- Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten

#### b) Erschöpfung

- Nicht Abschalten können
- Energiemangel
- Unausgeglichenheit
- Erhöhte Unfallgefahr

### **2. Reduziertes Engagement**

#### a) Für Klienten, Patienten etc.

- Desillusionierung
- Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten
- Größere Distanz zu Klienten
- Meidung von Kontakt mit Klienten und/ oder Kollegen
- Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten
- Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung
- Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
- Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern

- Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
- Betonung von Fachjargon
- Dehumanisierung

b) Für andere allgemein

- Unfähigkeit zu geben
- Kälte
- Verlust von Empathie
- Schwierigkeiten, andern zuzuhören
- Zynismus

c) Für die Arbeit

- Verlust von Idealismus
- Desillusionierung
- Negative Einstellung zur Arbeit
- Widerwillen und Überdruß
- Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen
- Ständiges Auf-die-Uhr-sehen
- Fluchtphantasien
- Tagträumen
- Überziehen von Arbeitspausen
- Verspäteter Arbeitsbeginn
- Vorverlegter Arbeitsschluss
- Fehlzeiten
- Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende
- Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

d) Erhöhte Ansprüche

- Konzentration auf die eigenen Ansprüche
- Gefühl mangelnder Anerkennung

- Gefühl, ausgebeutet zu werden
- Eifersucht
- Familienprobleme
- Konflikte mit den eigenen Kindern

### 3. Emotionale Reaktionen;

#### Schuldzuweisungen

a) Depression

- Schuldgefühle
- Reduzierte Selbstachtung
- Insuffizienzgefühle
- Gedankenverlorenheit
- Selbstmitleid
- Humorlosigkeit
- Unbestimmte Angst und Nervosität
- Abrupte Stimmungsschwankungen
- Verringerte emotionale Belastbarkeit
- Bitterkeit
- Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere
- Schwächegefühl
- Neigung zum Weinen
- Ruhelosigkeit
- Gefühl des Festgefahreenseins
- Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle
- Pessimismus, Fatalismus
- Apathie
- Selbstmordgedanken

b) Aggression

- Schuldzuweisung an andere oder „das System“
- Vorwürfe an andere
- Verleugnung der Eigenbeteiligung

- Ungeduld
- Launenhaftigkeit
- Intoleranz
- Kompromissunfähigkeit
- Nörgeleien
- Negativismus
- Reizbarkeit
- Ärger und Ressentiments
- Defensive/paranoide Einstellungen
- Misstrauen
- Häufige Konflikte mit anderen

#### **4. Abbau**

##### a) der kognitiven Leistungsfähigkeit

- Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
- Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
- Ungenauigkeit
- Desorganisation
- Entscheidungsunfähigkeit
- Unfähigkeit zu klaren Anweisungen

##### b) der Motivation

- Verringerte Initiative
- Verringerte Produktivität
- Dienst nach Vorschrift

##### c) der Kreativität

- Verringerte Phantasie
- Verringerte Flexibilität

##### d) Entdifferenzierung

- Rigides Schwarzweißdenken
- Widerstand gegen Veränderungen aller Art

#### **5. Verflachung**

##### a) des emotionalen Lebens

- Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen
- Gleichgültigkeit

##### b) des sozialen Lebens

- Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne
- Meidung informeller Kontakte
- Suche nach interessanteren Kontakten
- Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
- Eigenbröteleien
- Mit sich selbst beschäftigt sein
- Einsamkeit

##### c) des geistigen Lebens

- Aufgeben von Hobbys
- Desinteresse
- Langeweile

#### **6. Psychosomatische Reaktionen**

- Schwächung der Immunreaktion
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Sexuelle Probleme
- Gerötetes Gesicht
- Herzklopfen
- Engegefühl in der Brust
- Atembeschwerden
- Beschleunigter Puls
- Muskelverspannungen
- Kopfschmerzen
- erhöhter Blutdruck

- Rückenschmerzen
- Nervöse Tics
- Verdauungsstörungen
- Übelkeit
- Magen-Darm-Geschwüre
- Gewichtsveränderungen
- Veränderte Essgewohnheiten
- Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen

## 7. Verzweiflung

- Negative Einstellung zum Leben
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstmordabsichten
- Existentielle Verzweiflung

(vgl. Burisch 2010, S.25f.)

Freudenberger und North (1992) schlagen ein 12-stufiges Burnout-Symptomatik-Konzept vor. Die Burnout-Stufen lauten:

- Stufe 1.* Persönlicher Zwang sich zu beweisen  
 Persönlicher Zwang hohen Anforderungen Genüge zu leisten  
 Wunsch sich zu verwirklichen  
 Zu hohes Engagement und Zielstrebigkeit  
 Übermäßiges Streben nach Erfolg
- Stufe 2.* Erhöhter Einsatz
- Stufe 3.* Individuelle Bedürfnisse werden hinten angestellt
- Stufe 4.* Konflikte werden negiert und verdrängt
- Stufe 5.* Werte werden umgedeutet und verändert
- Stufe 6.* Probleme werden ignoriert
- Stufe 7.* Sozialer Rückzug findet statt
- Stufe 8.* Änderungen im Verhalten können beobachtet werden
- Stufe 9.* Entfremdung findet statt
- Stufe 10.* Der/Die Betroffene erlebt eine innere Leere
- Stufe 11.* Depression entsteht
- Stufe 12.* Völlige Erschöpfung tritt ein (vgl. Freudenberger, North 1992, S.12)

Cherniss (1980a) präferiert ein dreistufiges Symptomatik-Modell.

*Phase 1.* Überforderung

Zeitmangel

*Phase 2.* Anspannung

Müdigkeit

Erschöpfung

*Phase 3.* Zynismus

Pessimismus

Hoffnungslosigkeit (Cherniss 1980a, S.12)

Schaufeli und Enzmann (1998) teilen die Burnout-Symptome in affektive, kognitive, physische, verhaltensspezifische sowie motivationale Kategorien ein. Jede Gruppe wird auf den Ebenen des Individuums, der Zwischenmenschlichkeit sowie der Organisation unterschieden (vgl. Schaufeli, Enzmann 1998).

Pines, Aronson und Kafry teilen dem emotionalen Erschöpfungssyndrom Burnout drei Symptom-Faktoren zu. Die Forscher verweisen darauf, dass die drei Kategorien als Abfolge, einzeln oder parallel zum Vorschein kommen können. Die drei Kategorien lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

### **Physische Erschöpfung**

- Mangel an Energie
- Chronische Müdigkeit
- Anzeichen von Schwäche
- Kopfschmerzen
- Übelkeit
- Rückenschmerzen
- Schmerzen im Hals- und Nackenbereich
- Erhöhte Anfälligkeit für Grippe und Erkältungen
- Veränderung des Körpergewichts



### **Emotionale Niedergeschlagenheit**

- Gefühl der Hilflosigkeit
- Gefühl der Vereinsamung
- Verlust positiver Gefühle
- Zunahme von Reizbarkeit und Nervosität
- Innere Leere
- Gesteigerte Unzufriedenheit im Beruf
- Resignation

### **Mentale/Kognitive Erschöpfung**

- Negative, dichotome Einstellung zu sich und dem Leben
- Entmenschlichung
- Ohnmachtserleben
- Reduzierte Konzentrationsfähigkeit
- Ruhe- und Rastlosigkeit
- Kollegen- und Kundenkonflikte
- Zynismus
- Aggressivität
- Reduzierte Anpassungsfähigkeit (vgl. Pines, Aronson, Kafry 2006, S.27-31)

## **1.5 Differentialdiagnostik von Burnout**

Die Differentialdiagnostik stellt ein diagnostisches Verfahren dar, das darauf abzielt, eine Krankheit von symptomatisch ähnlichen Krankheitsbildern abzugrenzen (vgl. Korczak, Kister, Huber 2010, S.23). Burnout stellt, wie schon bereits erwähnt, keine Krankheit, sondern ein Störungsbild dar. Dennoch und vor allem deshalb ist es wichtig, das emotionale Erschöpfungssyndrom gegenüber symptom-ähnlichen Krankheitskategorien zu differenzieren. Einen emotionalen Erschöpfungszustand können zahlreiche Ursachen bedingen, da sowohl Müdigkeit als auch Erschöpfung ein unspezifisches Symptom vieler Erkrankungen darstellen. Zunächst empfiehlt es sich umfangreiche körperliche und laborchemische Untersuchungen durchzuführen, damit verifiziert werden kann, dass keine physischen Gründe die Pathogenese von Burnout bewirken. Aus psychosomatisch/psychiatrischer Perspektive existieren im

differentialdiagnostischen Bezugsrahmen folgende Krankheitsbilder, die dem Burnout-Syndrom gleichen.

- Chronic-Fatigue-Syndrom
- Dyssomnien
- Neurasthenie
- Somatoforme Störungen
- Depressive Störungen
- Generalisierte Angststörung
- Posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Korczak, Kister, Huber 2010, S.23)

Im Folgenden werden die acht Burnout-ähnlichen Krankheits- und Störungsbilder vorgestellt. Als dann werden anhand der Symptome Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den verwandten Konstrukten und Burnout aufgezeigt.

*Chronic-Fatigue-Syndrom.* Das Chronic-Fatigue-Syndrom stellt eine relativ neue Erkrankung dar, die vor circa 20 Jahren in medizinischen Lehrbüchern Erwähnung fand. Dieses Syndrom verursacht einen Zustand permanenter Erschöpfung, Niedergeschlagenheit sowie Müdigkeit. Die betroffenen Persönlichkeiten erleben dadurch eine erhebliche Lebensbeeinträchtigung, die nicht selten eine sofortige Berentung bedeutet (vgl. Riemann 2007, S.203).

„Im Vordergrund der Beschwerdeschilderung steht die ausgeprägte Müdigkeit und erhöhtes Erschöpftsein. Die Erschöpfung ist in der Regel chronisch und dauert mehr als sechs Monate an, wobei kein relevanter medizinischer Krankheitsfaktor nachweisbar ist. Manchmal treten auch nächtliche Schlafstörungen auf, häufig schlafen die Patienten aber nachts dem eigenen Gefühl nach gut und haben eine verlängerte Schlafphase, ohne sich jedoch am Morgen erholt zu fühlen“ (Riemann 2007, S.204). Auf Grund der Müdigkeit und Erschöpfung können gewöhnliche Arbeiten wie Lesen oder Computertätigkeiten nur noch begrenzt bzw. gar nicht mehr verrichtet werden. Weitere typische Symptome des Chronic-Fatigue-Syndroms sind Gedächtnisprobleme, Konzentrationsschwierigkeiten, Muskel-, Hals- oder Kopfschmerzen, nicht-erholsamer Schlaf sowie auffallend hohe Erschöpfung nach vergleichsweise geringer Anstrengung (vgl. Riemann 2007, S.205).

Das Burnout- und Chronic-Fatigue-Syndrom weisen folgende Parallelen auf.

- Energiemangel und permanente Erschöpfung
- Chronische Müdigkeit
- Anzeichen von Schwäche und Lebensbeeinträchtigungen

- Schlafstörungen
- Konzentrations- und Gedächtnisprobleme
- Muskel- und Kopfschmerzen
- Hohe Erschöpfung auch bei niedrigen Anforderungen

Burnout unterscheidet sich von Chronic-Fatigue hinsichtlich der Pathogenese. Für ein Chronic-Fatigue werden physiologische Erklärungsansätze verwendet. Riemann (2007) erklärt, dass Infektionen wie Borreliose oder Störungen des Immunsystems diesbezüglich als ursächliches Momentum fungieren können, wenngleich die Pathophysiologie des Chronic-Fatigue bislang nicht geklärt ist (vgl. Riemann 2007, S.204). Burnout besitzt einen stärker psychologisch konnotierten Erklärungsansatz. Neben einer falschen Erwartungshaltung sowie Konfrontation mit leidvollen und problembehafteten Klienten können auch arbeitsplatzbezogene Belastungs- und Beanspruchungssituationen ein Burnout bewirken.

*Dyssomnien.* Dyssomnien, auch Schlafstörungen genannt, lassen sich in drei Hauptkategorien einteilen.

1. Intrinsische Dyssomnien (u.a. Schlafwahrnehmungsstörung, Narkolepsie)
  2. Extrinsische Dyssomnien (u.a. Schlafmangelsyndrom, Psychoreaktive Schlafstörung)
  3. Störungen des zirkadianen Schlafrhythmus (u.a. Schichtarbeit und Zeitzonewechsel)
- (vgl. Clarenbach 2013, S.87f.)

Schlafstörungen können eine psychosomatische Reaktion bei Burnout darstellen. Dyssomnien repräsentieren demnach ein psychosomatisches Burnout-Symptom. Dyssomnien sind in umfangreiche, pathologische Krankheitsbilder untergliedert, können jedoch bei Burnout auftreten.

*Neurasthenie.* Ende des 19. Jahrhunderts stellt Neurasthenie wohl die häufigste psychische Diagnose dar. Dieses Krankheitsbild wurde als nervöse Erschöpfung im Zuge der Industrialisierung und Urbanisierung betrachtet. Die Reizüberflutung des Nervensystems auf Grund der zunehmend hektischer werdenden Industriegesellschaft wurde als verursachender Faktor für die Entstehung von Neurasthenie beschrieben.

Damit Neurasthenie eindeutig diagnostiziert werden kann, müssen folgende Symptome vorliegen:

- Längerfristiges oder leidvolles Klagen über erhöhte Ermüdbarkeit nach Verrichtung geistiger Anstrengungen oder physische Niedergeschlagenheit und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen.
- Zwei weitere Symptome müssen zutreffen
  1. Muskelschmerzen
  2. Schwindel
  3. Kopfschmerzen
  4. Schlafstörungen
  5. Nicht-Abschalten-Können
  6. Verdauungsprobleme
  7. Erhöhte Reizbarkeit
  8. Angst-und Depressionsgefühle (vgl. Jaggi 2008, S.12)

Die Symptome der Neurasthenie stimmen allesamt mit jenen des Burnouts überein. Neurasthenie und Burnout sind eng miteinander verwoben. Allerdings wird in der heutigen Zeit Burnout als nachfolgende Modeerkrankung weit häufiger diagnostiziert als Neurasthenie.

*Somatoforme Störungen.* „Soma bedeutet „Körper“, und somatoforme Störungen beinhalten dementsprechend Symptommuster, bei denen die Betroffenen über körperliche Symptome oder Defekte klagen, die das Vorliegen medizinischer Krankheitsformen nahelegen; wobei jedoch keine organische Ursache gefunden wird, die beispielsweise eine Lähmung oder Schmerzen zufriedenstellend erklären würde. Die Personen sind meist vorwiegend mit ihrer Gesundheit und zahlreichen angenommenen Funktionsstörungen oder Erkrankungen diverser Organe beschäftigt. Das entscheidende Kriterium zur Definition dieser Störungen ist, dass diese Patienten keine Kontrolle über ihre Symptome haben. Sie täuschen auch nicht absichtlich Symptome vor oder versuchen, andere Menschen zu täuschen. Im Wesentlichen glauben die Betroffenen ernsthaft, dass irgendetwas mit ihrem Körper absolut nicht in Ordnung ist“ (Butcher, Mineka, Hooley 2009, S.338).

Somatoforme Störungen und Burnout gleichen sich dahingehend, weil Burnout-Betroffene psychosomatische Reaktionsmuster an den Tag legen. Konkret können Ausbrenner bspw. erhöhtes Herzklopfen, Immunschwäche, Schlafstörungen, Atembeschwerden, Pulsunregelmäßigkeiten, Muskelschmerzen, Rückenprobleme, Kopfschmerzen und Verdauungsprobleme erleben, ohne jedoch eine ernsthafte physische Erkrankung zu besitzen. Burnout-Betroffene erfahren diese psychosomatischen Symptome angesichts des

Krankheitsbildes und nicht deshalb, weil sie mit ihrer Gesundheit und angenommenen Funktionsstörungen beschäftigt sind (ein Kennzeichen der somatoformen Störung).

*Depressive Störungen.* Die Kriterien für eine Major-Depressions-Episode werden im nachfolgenden aufgelistet. Mindestens fünf oder mehr Symptome müssen während einer zweiwöchigen Periode bestehen und eine spürbare Veränderung beschreiben. Ein Symptom muss entweder „depressive Verstimmung“ oder „Freudverlust oder Interessensverlust“ lauten.

1. Die betroffene Person legt für den größten Teil des Tages (bzw. an fast allen Tagen) eine depressive Verstimmung an den Tag. Die Person berichtet selbst über die depressive Verstimmung, oder aber andere Personen beobachten dies.
2. Die Persönlichkeit erlebt für den Großteil eines Tages (bzw. an fast allen Tagen) Freud- oder Interessensverlust an fast allen Aktivitäten.
3. Ein deutlicher Gewichtsverlust ist zu verzeichnen, ohne dass die Person eine Diät betreibt.
4. Die Person erlebt beinahe täglich Schlaflosigkeit.
5. Psychomotorische Agitiertheit oder Retardation an beinahe allen Tagen.
6. Müdigkeit, Erschöpfung oder Antriebslosigkeit an beinahe allen Tagen.
7. Die Persönlichkeit erlebt sich beinahe täglich als wertlos oder hadert mit unangebrachten Schuldgefühlen.
8. Verminderte Denkfähigkeit oder reduzierte Konzentrationskompetenz oder Entscheidungsunfähigkeit begleiten die betroffene Person fast täglich.
9. Wiederkehrende suizidale Gedanken begleiten die Person

Weitere wesentliche Kennzeichen sind, dass die Symptome Leid oder Beeinträchtigung erfüllen, nicht auf physiologische Effekte zurückgehen, nicht durch Trauer erklärt werden können und länger als zwei Monate andauern (vgl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000; zit. nach Butcher, Mineka, Hooley 2009, S.279).

Die Symptomatik der Major Depression deckt sich mit den Burnout-Symptomen. Die oben dargestellten Symptomlisten zeigen, dass Burnout in eine Depression münden kann, bzw. Faktoren der Depression enthält.

Wenn eine Burnout-betroffene Person depressive Schemata erlebt, dann erst im Verlauf des Ausbrennens und nicht schon in der Anfangsphase. Eine Depression repräsentiert also oftmals eine Burnout-Folgeerkrankung.

*Generalisierte Angststörung.* Die generalisierte Angststörung stellt eine häufige psychische Störung dar. Betroffene Persönlichkeiten leiden unter chronischen, persistenten Angstzuständen, die von häufigen Sorgen und ängstlichen Zukunftserwartungen geprägt sind. Dabei können jene Persönlichkeiten ihre Angstzustände ungenügend oder gar nicht kontrollieren. Persönliche Angelegenheiten, arbeitsplatzbezogene Aspekte sowie finanzielle Angelegenheiten können im Fokus einer Persönlichkeit stehen, die eine generalisierte Angststörung erlebt. Typisch ist auch die Tatsache, dass Betroffene ihre individuellen, angsterfüllenden Sorgen nicht realistisch einordnen, sondern stark übertrieben bewerten. Die generalisierte Angststörung wird auch als leisere Störung bezeichnet, da sie langsam beginnt, sich aber chronisch entwickelt (vgl. Becker, Hoyer 2005, S.2). Eine generalisierte Angststörung besitzt folgende Kriterien:

- „Übermäßige Angst und Besorgnis bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die während mindestens sechs Monaten an der Mehrzahl der Tage auftreten.
- Die Person hat Schwierigkeiten, die Besorgnis zu kontrollieren.
- Angst und Besorgnis stehen an der Mehrzahl der Tage mit mindestens drei der folgenden Symptome in Zusammenhang:
  1. Ruhelosigkeit oder ständige Anspannung
  2. leichte Ermüdbarkeit
  3. Konzentrationsstörungen
  4. Reizbarkeit
  5. Muskelverspannungen
  6. Schlafstörungen.
- Angst und Besorgnis sind nicht auf Merkmale einer anderen Störung auf Achse I<sup>1</sup> beschränkt.
- Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamem Ausmaß Leiden oder Beeinträchtigungen der Funktionalität“ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000).

Burnout und generalisierte Angststörung weisen fast identische Symptome auf. Burnout-Betroffene erleben Angst und Besorgnis nicht gleich zu Beginn des Ausbrennens, aber spätestens in der Phase der emotionalen Reaktion. Die sechs Folgesymptome der generalisierten Angststörung können auch als Burnout-Symptome verwendet werden. Die beiden Störungsbilder unterscheiden sich pathogenetisch. Während für Burnout die Ursachen

---

<sup>1</sup> Achse I des DSM-IV erfasst alle psychischen Störungen außer Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung, die auf Achse II aufgeführt sind (vgl. Suppinger, Schneider 2009, S. 118).

Desillusionierung, Arbeitsplatzbelastung oder Helfer-Klientenbeziehung typisch sind, so ist es für die generalisierte Angststörung kennzeichnend, dass die Betroffenen stark übertriebene Ängste bzgl. mehrerer Ereignisse erleben.

*Posttraumatische Belastungsstörung.* Eine posttraumatische Belastungsstörung tritt gewöhnlich nach schweren Unfällen, Gewalterfahrungen oder Umweltkatastrophen auf. Betroffene Menschen erleben diesbezüglich schwerwiegende psychische und physische Symptome. Selbige firmieren wie folgt:

1. Das traumatische Ereignis wird von dem Betroffenen in wiederkehrenden Gedanken oder Träumen immer wieder neu durchlebt.
2. Die Person nimmt eine vermeidende Haltung ein, indem sie versucht Dingen auszuweichen, die mit dem Trauma in engem Kontakt stehen.
3. Chronische Anspannung, erhöhte Reizbarkeit und Schlaflosigkeit sind die Folge.
4. Konzentrations- und Gedächtnisfähigkeit werden in Mitleidenschaft gezogen.
5. Der Betroffene erlebt starke Ängste (vgl. Butcher, Mineka, Hooley 2009, S.196).

Selbstredend wird die Posttraumatische Belastungsstörung durch andere Ursachen hervorgerufen als ein Burnout. Vergleicht man jedoch die Symptome, so kann festgestellt werden, dass sich beide Störungsbilder durchaus ähnlich sind. Auch Burnout-Betroffene erleben Alpträume und ein Gefühl des „Nicht-Abschalten-Könnens“. Ferner legen Ausbrenner auch reaktive, vermeidende Verhaltensweisen an den Tag. Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, innere Anspannung, Konzentrations- und Gedächtnisdefizite sowie Ängste sind ebenfalls Burnout-Kennzeichen.

## 2 Burnout-Ätiologie

In diesem Kapitel wird das Augenmerk auf die Burnout-Ätiologie gelegt. Zunächst werden aus der Perspektive benachbarter Forschungsgebiete Burnout-Erklärungsansätze erörtert. Daraufgehend werden unterschiedliche Burnout-Ätiologie-Modelle thematisiert. Kapitel zwei schließt mit einem zusammenfassenden Ergebnis ab.

### 2.1 Burnout-Erklärungsansätze aus angrenzenden Forschungsdisziplinen

*Physiologische Stressforschung.* Stellt man die Burnout-Symptome den Resultaten der physiologischen Stressforschung gegenüber, so fällt auf, dass die physischen Anzeichen des Burnout-Syndroms dem aus der physiologischen Stressforschung entstandenen „Allgemeinen Anpassungssyndrom“ (Selye 1976) stark gleichen. Das Allgemeine Anpassungssyndrom unterscheidet die drei Phasen Alarm, Widerstand und Erschöpfung (vgl. Burisch 2010, S.81). In der Alarmphase aktiviert der Hypothalamus die Nebennierenrinde und das Nebennierenmark. Adrenalin und Noradrenalin werden freigesetzt und erhöhen den Blutdruck und beschleunigen den Pulsschlag. Das vegetative Gleichgewicht wird in Richtung Sympathikus verlagert. Der Körper bedient sich der Zucker- und Fettreserven, damit die Muskulatur versorgt werden kann. Neben einer Schwächung der Sexual- und Verdauungsfunktionen, erfährt auch die Immunabwehr eine Beeinträchtigung. Die kognitive Leistungsfähigkeit wird in dieser Phase stark beschränkt und vermindert. Erweist sich der Stimulus nicht als kurzzeitiger Stressor, und tritt keine Entwarnung ein, bzw. neue Warnzeichen verdichten die erste Alarmreaktion, so erlebt der menschliche Organismus die zweite Phase des Allgemeinen Anpassungssyndroms, die Resistenzphase. In diesem Stadium kann die Alarmreaktion schneller evoziert werden, als aus der Ruhelage heraus. Typisch für eine solche Phase ist eine Schwächung des Immunsystems (vgl. Burisch 2010, S.82). Eine weitere körperliche Gefahr der Resistenzphase ist die Schrumpfung der Thymusdrüse, die für die Steuerung des Immunsystems zuständig ist (vgl. Selye 1979, Riley 1981). Darüber hinaus erhöht anhaltender Stress in der Widerstandsphase die Vulnerabilität für folgende Krankheiten: Arteriosklerose wird durch nicht abgebaute Fettsäuren im Blut verstärkt, Thrombosenerkrankung wird durch die erhöhte Blutgerinnung hervorgerufen, Kreislauferkrankungen sowie Herzinfarkttrisiko nehmen zu, Darmerkrankungen und kognitive Beeinträchtigungen werden gefördert (vgl. Vester 1978, Huber 1983). Burisch (2010) erklärt,



dass es von den physisch-konstitutionellen Faktoren eines Individuums abhängt, an welchen Organen die Schädigungen am frühesten und massivsten auftreten. Eine physisch-stabile Persönlichkeit kann mehrere Widerstandsphasen gesund überstehen, vorausgesetzt ausreichende Erholungsphasen werden eingehalten und die Belastung ist nicht zu schwer. Wenn die belastende Stresssituation hingegen kontinuierlich anhält, so wird eine chronische Erschöpfungsphase eingeleitet. Jenes Stadium ist dadurch gekennzeichnet, dass die Symptome der Alarmphase in irreversibler Art und Weise ein zweites Mal zu Tage treten (vgl. Burisch 2010, S.82). Beim Menschen kann dies eine Todesursache bedeuten, ohne dass ein organisches Versagen vorliegt (vgl. Seligman 1979).

Die somatischen Symptome des Burnout-Syndroms lassen sich also in nahezu identischer Manier in dem Allgemeinen Anpassungssyndrom wiederfinden (vgl. Burisch 2010, S.83).

*Psychologische Stressforschung.* Lazarus (1966) erklärt, dass Individuen im Rahmen einer ersten Lageeinschätzung (Primary Appraisal) entscheiden, ob eine Situation für sie neutrale, positive oder stressbehaftete Attribute beinhaltet. Stressbehaftete Situationen beinhalten schädliche/verlustreiche, bedrohliche und/oder herausfordernde Aspekte. Eine primäre Situationseinschätzung erfolgt in Sekundenbruchteilen. Anschließend stellt sich eine sekundäre Einschätzung der Lage (Secondary Appraisal) ein. In dieser Phase prüft ein Individuum, welche verfügbaren Handlungsmöglichkeiten ihm zur Verfügung stehen. Alsdann wird eine Variante ausgewählt. In dieser Sequenz findet zum ersten Mal eine Situationsbewältigung (Coping) statt. Unter Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und materieller Faktoren wird eine Form der Bewältigung auserkoren. Nach Auffassung von Lazarus (1966) existieren drei Situationskonstellationen, die eine primäre Lageeinschätzung bedrohen.

1. Eine Überzahl von bedrohenden Kräften,
2. hohe zeitliche und räumliche Nähe zu den bedrohlichen Kräften,
3. Uneindeutigkeit oder Unkontrollierbarkeit der Situation (vgl. Lazarus 1966; zit.nach Burisch 2010, S.85f.).

Burnout-betroffene Persönlichkeiten neigen vermehrt dazu, Situationen als stressrelevant zu bewerten. Sozusagen sehen sie die Situation als bedrohlich oder schädlich/verlustreich. Ein Distress-Erleben zeigt den Betroffenen auf, dass sie mit ihren Ressourcen die Situation nicht bewältigen können. Folglich werden passive, reaktive Handlungsmöglichkeiten eruiert, die Burnout verstärken.

*Zwei-Faktoren-Theorie der Motivation nach Herzberg.* Herzberg et al. (1959) entwickelte die Zwei-Faktoren-Theorie der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation. Grundsätzlich besagt dieser Ansatz, dass die erlebte Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten durch zwei Konstrukte determiniert wird.

1. Hygienefaktoren (Dissatisfiers) erlangen dann an Bedeutung, wenn sie in einer Organisation nicht vorhanden sind. Die Abstinenz dieser Faktoren führt zu Unzufriedenheit, eine Verbesserung jener Aspekte kann jedoch niemals eine gänzliche Zufriedenheit schaffen.
2. Motivationsfaktoren (Satisfiers) führen bei einem Nicht-Vorhandensein zu einer Nichtzufriedenheit, können jedoch bei einem Vorhandensein eine Zufriedenheit bei den Arbeitnehmern bewirken (vgl. Herzberg et al. 1959; zit. nach Burisch 2010, S.131).

Herzberg (1966) artikuliert folgende Hygiene- und Motivationsfaktoren.

Hygienefaktoren:

- Führungsstil,
- Unternehmenspolitische Entscheidungen,
- Bedingungen am Arbeitsplatz,
- Beziehungen zu Kollegen, Mitarbeitern und Vorgesetzten,
- Status,
- extrinsische Belohnung,
- Arbeitssicherheit
- und persönliche berufliche Lebensbedingungen.

Motivatoren:

- Arbeitsleistung,
- Anerkennung und Lob der individuellen Arbeitsleistung,
- Beschaffenheit der Arbeitsaufgabe,
- Verantwortung,
- innerbetriebliche Karriereperspektiven
- und Möglichkeiten zum Wachstum (vgl. Herzberg 1966; zit. nach von Rosenstiel, Nerdinger 2011, S.88f.).

Damit ein Beschäftigter die Phase der Unzufriedenheit verlassen kann, ist es von Seiten der Organisation zunächst wichtig, die Hygienefaktoren zu verbessern. Nichtunzufriedenheit kann schließlich im zweiten Schritt hergestellt werden. Aus diesem Grund ist es aus

Organisationsperspektive sinnvoll, die motivationalen Aspekte zu kultivieren. Die Zwei-Faktoren-Theorie beinhaltet eine wesentliche Erklärung in Bezug auf eine Burnout-Entstehung. Vor allem auf sozial-helfende Berufsgruppen kann diese Theorie übertragen werden. Burisch (2010) verdeutlicht, dass Angehörige der sozialen Berufsgruppen in aller Regel ein hohes Augenmerk auf den Aspekt des Idealismus richten. Äußerliche Arbeitsbedingungen (Hygienefaktoren) erscheinen ihnen zunächst sekundär, während der eigentlichen Arbeit in dichotomisierter Manier alles untergeordnet wird. Erleben diese Persönlichkeiten allerdings Probleme bei den Motivationsfaktoren, sei es, dass Erfolge ausbleiben oder dass ihnen wenig eigener Handlungsspielraum und Anerkennung entgegengebracht werden, findet eine Priorisierungsverschiebung hin zu den Hygienefaktoren statt. Wenn dann auch noch die Hygienefaktoren dysfunktional gestaltet sind (unregelmäßige Arbeit, geringe extrinsische Entlohnung, wenig Aufstiegsmöglichkeiten), kann eine chronische Unzufriedenheit zu Tage treten, die ein Burnout bewirkt (vgl. Burisch 2010, S.131).

*Person-Environment-Fit-Konzept.* Dieses Modell gibt an, dass eine übereinstimmende Balance zwischen dem Arbeitnehmer und der Arbeitsplatzumgebung vorhanden sein muss.

Dieses Gleichgewicht muss sich zusammensetzen

- aus den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Arbeitnehmers und den an ihn gerichteten Arbeitsplatzanforderungen sowie
- aus seinen intraindividuellen Bedürfnissen und den jeweiligen Befriedigungsmöglichkeiten in der Arbeit (vgl. Edwards, Caplan, van Harrison 2001; zit. nach von Rosenstiel, Nerdinger 2011, S.100f.).

Divergieren die Anforderungen und die Fähigkeiten (subjektive Über- oder Unterforderung), bzw. werden die individuellen Bedürfnisse nicht ausreichend befriedigt, kann psychisches Stresserleben die Folge sein. Ein Person-Environment-Misfit gleicht nach Burisch (2010) einem schlechtsitzenden Kleidungsstück, das zum einen spannt und zum anderen sensible Körperpartien nicht bedeckt. Wie lange ein derart ungemütlicher Zustand erduldet werden kann, und ob eine Burnout-Entstehung die Folge ist, hängt von den jeweiligen, individuellen Auswahlmöglichkeiten des Arbeitsmarktes ab (vgl. Burisch 2010, S.101).

„Person-Environment-Fit eignet sich vorzüglich als relativ umfassendes Denkmodell, sowohl für Stress- als auch für Burnout-Prozesse. Eine Umwelt, die ein Individuum zu häufig oder zu intensiv vor subjektiv bedrohliche Situationen stellt, oder ihm zu häufig oder zu nachhaltig wichtige Bedürfnisbefriedigungen vorenthält, sorgt für Stress, u.U. Dauerstress. Scheitern die

Bewältigungsversuche oder sorgen sie für nunmehr „hausgemachte“ Bedrohungen/Frustrationen, dann ist der Weg für einen Burnout-Prozess bereitet“ (Burisch 2010, S.103).

*Theorie der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman.* Ein Individuum erlebt interne Kontrolle, wenn es die Überzeugung besitzt, dass seine Ergebnisse von seinen Fähigkeiten und/oder seinem Verhalten abhängen. Eine Persönlichkeit verspürt externe Kontrolle (Unkontrollierbarkeit), wenn sie den Denkansatz vertritt, dass ihre Ergebnisse nicht von ihren individuellen Fähigkeiten abhängen, sondern von externen, unkontrollierbaren Variablen (vgl. Rotter 1954, 1966). „Die große Bedeutung von Kontrolle wurde u.a. von Seligman in seinen Untersuchungen über Unkontrollierbarkeit und Hilflosigkeit gezeigt“ (Herkner 2008, S.101).

Seligman (1975) beschreibt erlernte Hilflosigkeit wie folgt: Wenn die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis auf ein gewisses Verhalten folgt, gleich der Wahrscheinlichkeit ist, dass das Ereignis auch ohne das Verhalten eintritt, dann gilt, dass das Ereignis unabhängig ist von dem Verhalten. Wenn das Ereignis von allen Verhaltensweisen unabhängig ist, liegt eine Unkontrollierbarkeit vor. Ein unkontrollierbares Ereignis führt bei einem Organismus dazu, dass er Hilflosigkeitsgefühle erlebt. Die Wahrnehmung, dass die Situation nicht beeinflussbar ist, nennt Seligman „gelernte Hilflosigkeit“. Folglich konditioniert ein Individuum, dass es keine Situationskontrollierbarkeit besitzt und projiziert diese Kognition auch auf zukünftige Situationen, die aber eventuell kontrollierbar wären.

Die erlernte Hilflosigkeit nach Seligman (1975) weist drei Folgen auf.

1. Die Motivation wird nachhaltig negativ beeinflusst. Eine erlernte Hilflosigkeit fördert passive Verhaltensweisen, denn wenn eine Persönlichkeit erkennt, dass ihre Handlung keinen Einfluss auf Ereignisse hat, schwindet die Motivation für Arbeitsleistung.
2. Lernprozesse werden ebenfalls gestört. Dadurch, dass eine Person nicht lernt, dass eine Korrelation zwischen Verhalten und Ereignis besteht, ist es für sie später schwer einen derartigen Zusammenhang zu erkennen.
3. Die Gefühlswelt einer Persönlichkeit wird in Mitleidenschaft gezogen. Erlernte Hilflosigkeit bedingt Traurigkeit ebenso wie depressive Verhaltensmuster, da ein Charakter erkennt, nichts ändern zu können und der Welt passiv ausgeliefert zu sein (vgl. Seligman 1975; zit. nach Herkner 2008, S.101f.).

In welchem Zusammenhang stehen nun erlernte Hilflosigkeit und Burnout? Das nachfolgende, selbstgewählte Exempel dient zum Verständnis dieses Zusammenhangs.

Eine Krankenschwester verspürt externe Kontrolle, weil sie erkennt, dass sie nicht selbst über die Qualität und Zeit ihrer pflegerischen Tätigkeit bestimmen darf, sondern externe, bürokratische Vorgaben erfüllen muss (wenig Zeit für Patienten, damit Kosten reduziert werden können). Hinzu kommt der Aspekt, dass sie für ihre aufopferungsvolle pflegerische Tätigkeit kein Vorgesetzten-Lob und keinen Patienten-Dank erhält. Ihre idealistische, patientenzentrierte Arbeit ist unabhängig von Lob und Anerkennung. Die externe Unkontrollierbarkeit fördert Hilflosigkeit und erlernte, globale, stabile und interne Hilflosigkeit. Die Situationsunkontrollierbarkeit kann ein Burnout bewirken, da die Krankenschwester Sinnlosigkeit und Leere empfindet.

*Subjektives Wohlbefinden.* Ein Glückszustand wird erreicht, indem eine Persönlichkeit positive Erwartungen an den Tag legt und ihr Ziel realisiert bzw. übertrifft. Solange die Zielrealisierung gegeben ist, steht dem Glückserleben nichts im Wege. Wird die Zielerreichung allerdings fraglich, da Schwierigkeiten oder erste Misserfolge auftreten, wird das subjektive Glückserleben in Mitleidenschaft gezogen. Erkennt eine Persönlichkeit, dass sie ein Ziel endgültig nicht erreicht hat, stellen sich Frustrationsfolgen ein (vgl. Burisch 2010, S.143). Wesentliche Reaktionen auf frustrierende Ereignisse sind

- Aggression,
- Regression,
- Fixierung und
- erhöhtes bzw. verringertes Reaktionsvermögen (vgl. Yates 1971).

„Wenn wir bereit sind, bei Menschen in Burnout-Prozessen gehäuft unerwartete Frustrationserlebnisse zu vermuten, dann eröffnet die Imaginationsforschung einen Blick auf das Innenleben des Ausbrenners. Seine Gedanken kreisen überwiegend um all das, was wieder nicht geklappt hat, was wahrscheinlich wieder nicht klappen wird, was alles er nicht erreichen kann, bis schließlich Freude allenfalls noch beim Denken an die Freizeit entsteht - oder nicht einmal dort: Dann wird alles grau. Der Begriff „Überdruß“ (Tedium) sagt im Grunde ja nichts anderes aus“ (Burisch 2010, S.143). Überdruß-Erleben, als Folge eines verzweifelten Versuchs der Zielerreichung und als Konsequenz dysfunktionaler Erwartungen. Burnout-Betroffene können Denkmuster der negativen kognitiven Triade nach Beck entwickeln:

1. Negative Gedanken über das Selbst (Ich bin wertlos; ich bin ein Versager)
2. Negative Gedanken über die eigenen Erlebnisse und die Welt (Niemand liebt mich; andere Personen behandeln mich wie Dreck)
3. Negative Zukunftsgedanken (Ich bin hoffnungslos, da stets alles so bleiben wird wie jetzt) (vgl. Clark, Beck, Alford 1999)

Die Verbindung aus Nicht-Glück-Erleben, Überdruß und negativen kognitiven Denkmustern löst einen Teufelskreis aus, der für Burnout-Betroffene einen gefährlichen Stressor repräsentiert und folglich ein hohes psychisches und somatoformes Gesundheitsrisiko darstellt.

## **2.2 Burnout-Ursachen-Modelle**

Im nachfolgenden werden Ätiologie-Modelle unterschiedlicher Burnout-Forscher thematisiert.

*Schmidbauer.* Schmidbauer (1977, 1997) erklärt, dass Arbeitnehmer aus sozial-helfenden Berufen einer hohen Gefährdung in Bezug auf eine Erkrankung am Helfersyndrom unterliegen. Eine Persönlichkeit, die dem Helfersyndrom verfallen ist, versucht in allen Beziehungen mit ihren Mitmenschen eine stark unterstützende, sorgende und helfende Haltung einzunehmen. Des Weiteren postuliert Schmidbauer, dass Helfersyndrom-Betroffene nahezu danach lechzen, stets eine einseitige, gebende Beziehung zu anderen Personen aufrechtzuerhalten. Der Grund für diese übertriebene altruistische und empathische Einstellung ist nach Schmidbauer darin begründet, dass Betroffene die scheinbare Hypothese vertreten, dass sie persönlich wertlos seien und entsprechend immer ein einseitiges Geben praktizieren müssen. Während die Sorgen, Nöte und Probleme der Klienten und Mitmenschen in hohem Maße erkannt und im Rahmen einer selbstlosen Hilfe bearbeitet werden, wird mit den eigenen Angelegenheiten und Bedürfnissen stiefmütterlich verfahren, indem diese verleugnet oder übergangen werden. Helfersyndrom-Betroffene haben den stabilen, internalen Glaubenssatz konditioniert, stets mehr leisten zu müssen als die um sie herum versammelten Hilfsbedürftigen. Nach Ansicht Schmidbauers entwickelt eine Helfersyndrom-Persönlichkeit jene Verhaltensmuster als Konsequenz auf eine zu stark erlebte Nicht-Beachtung in der Kindheit. Folglich wird nun in Persona eines Helfers mittels aufopferungsvoller Hingabe versucht, die damals empfundene Nicht-Beachtung zu verdrängen und stattdessen

Anerkennung und Bewunderung zu verspüren. Im Zuge dieses Anerkennungsstrebens durch Helfen, dichotomisieren jene Charaktere diese Agens und messen ihr höchste Priorität bei. Wird dabei Misserfolg, Nicht-Anerkennung oder sonstiges negative Feedback von Seiten der zu Helfenden entgegengebracht, so kann dies nach Schmidbauer dazu führen, dass die Helfer diese Probleme in absoluter Weise personifizieren und ihre komplette Persönlichkeit in Frage stellen. Entsprechend stellt das Helfersyndrom nach Schmidbauer eine Ursache für eine Burnout-Entstehung dar (vgl. Schmidbauer 1977, 1997). Oral-progressive Persönlichkeiten (Betroffene des Helfersyndroms) haben eine aktive Abwehr aufgebaut, indem sie sich mit dem altruistisch formierten Über-Ich identifizieren. Sie haben auf diese Weise einen Weg gefunden, um ihr ursprünglich defizitäres Selbstwertgefühl durch Aufopferung an eine große Aufgabe zu stabilisieren (vgl. Schmidbauer 1977, S.121).

Burisch (2010) artikuliert drei Gründe, weshalb die durch Schmidbauer beschriebene Helfersyndrom-Persönlichkeit Burnout-exponiert ist.

1. Das Streben nach Anerkennung und Zuwendung ist so immens, dass ein Sättigungsgefühl kaum eintreten kann. Dies kann dadurch erklärt werden, dass bei einem Erwachsenen das eigentliche Bedürfnis, nämlich bedingungslos angenommen und geliebt zu werden wie ein Kleinkind, niemals befriedigt werden kann.
2. Erweist sich die Hilfe des Helfenden beim Hilfsbedürftigen als erfolgreich, so wird der Hilfsbedürftige weniger hilfsbedürftig. Es besteht dann die Gefahr, dass der ursprünglich Hilfsbedürftige dem Helfer keine Anerkennung und Zuwendung mehr entgegenbringt, welche jedoch der Helfer bedarf. Burisch (2010) betitelt diesen Sachverhalt als „ein unauflösliches Dilemma“.
3. Ein Helfersyndrom-Betroffener stillt leidenschaftlich gerne die Bedürfnisse bei anderen, die er eigentlich selbst hat. Dies leugnet er jedoch. Er fürchtet an sich selbst nichts so stark, als diejenigen Bedürfnisse, die er versucht durch „Hilfe-Geben“ bei seinen Mitmenschen zu reduzieren (vgl. Burisch 2010, S.207).

*Lauderdale.* Nach Lauderdale (1981) entwickelt sich ein Burnout, wenn Rollenerwartungen eines Menschen mit den tatsächlich erlebten Rollenerfahrungen divergieren. Werden einzelne oder alle Rollenerwartungen enttäuscht, ist die Grundvoraussetzung für eine Burnout-Entstehung gegeben. Arbeitsunzufriedenheit, Entfremdung und Stress können nach Lauderdale (1981) Burnout-Prozesse intensivieren, jedoch nicht verursachen. Als Beispiel fügt er Galeerensklaven im alten Rom, mittelalterliche Lehensmänner und Industriearbeiter

um 1900 an. Sie alle erduldeten Stress und entfremdete Arbeit, erlebten jedoch kein Burnout, da ihre Erwartungshaltung an ihre Lebensrolle realistischer Natur war.

Gesellschaftliche Veränderungsprozesse sorgen heutzutage dafür, dass die Rollenerwartungen unvorhersehbar werden. Nach Lauderdale (1981) wird die Burnout-Wahrscheinlichkeit durch jene drei Aspekte erhöht.

- Hoffnungen und Träume können eine unrealistische Erwartungshaltung auslösen.
- Politische, technologische und ökologische Veränderungen können dazu führen, dass eine individuelle Zielerreichung unmöglich zu realisieren ist.
- Im Zuge des raschen Wertewandels laufen Rollen Gefahr, entwertet zu werden (z.B. Mutterrolle) (vgl. Lauderdale 1981; zit. nach Burisch 2010, S.45f.).

*Fischer.* Der Psychoanalytiker Fischer (1983) geht in seiner Ursachen-Theorie ausschließlich davon aus, dass narzisstisch gestörte Persönlichkeiten in ein Burnout geraten. Das narzisstische Hochgefühl, etwas Besonderes und Außergewöhnliches zu sein, hindert jene Persönlichkeiten daran, die Idealisierung bzw. ihren Beruf zu beenden, wenn sie in diesem Ärgernisse und Frustrationen erleben. Spüren Narzissten erste Anzeichen einer derartigen Bedrohung, unternehmen sie alle nur denkbaren Anstrengungen (auch hin bis zur physischen Selbstvernichtung), nur um das endgültige Versagen zu verhindern. Fischer (1983) beschreibt einen echten Ausbrenner als eine Persönlichkeit, die sich zäh an ihre hohe Selbstachtung klammert und den internalen Glaubenssatz verinnerlicht hat, dass Aufgeben verboten ist. Folglich investiert dieser die doppelte Anstrengung, um die Illusion der eigenen Omnipotenz aufrechterhalten zu können (vgl. Fischer 1983; zit. nach Burisch 2010, S. 54f.).

*Freudenberger und Richelson.* Die Forscher beschreiben in ihrem Werk „Ausgebrannt – Die Krise der Erfolgreichen“ (1980), dass Burnout ursprünglich gute Absichten zu Grunde liegen. Betroffene Persönlichkeiten sind in aller Regel achtbare Individuen, die stets viel in ihre jeweilige Zielerreichung investiert haben. Ausbrenner arbeiten ehrgeizig und versuchen ihre aufgetragenen Pflichten mehr als zu erfüllen. Individuelle Grenzen werden nicht akzeptiert sondern übergangen. Folglich brennen jene Individuen dadurch aus, weil sie sich zu lange übermäßig verausgabt haben, und sich weigerten auf diesem Weg Kompromisse zu machen. Freudenberger und Richelson (1980) erwähnen, niemals auch nur einem Burnout-Betroffenen begegnet zu sein, der keine idealistischen Attribute verkörperte. Die Burnout-Ursachen haben meistens in diesem Metier ihre Entstehungswurzeln, von dem sich ein Individuum am meisten versprach. Idealisten entschließen sich oftmals für soziale Berufsgruppen, um denjenigen



Menschen helfen zu können, die ein leidvolles Schicksal zu ertragen haben. In Puncto Burnout stellen diese Berufe eine erhöhte Gefahr dar, da die Konfrontation mit Leid und Hoffnungslosigkeit nicht spurlos an Helfern vorübergehen kann. Helfer erkennen, dass ihre Arbeit vergebens ist und beginnen nun ihre Pflichten ausschließlich mechanisch und unbeteiligt zu verrichten. Sie funktionieren nicht mehr in der aufopferungsvollen Art, mit der sie zu Beginn ihres Helfens zu Werke gingen. Freudenberger und Richelson (1980) beschreiben dies als einen langsamen und quälenden Prozess (vgl. Freudenberger, Richelson 1980, S.32ff.). „Ein Ausbrenner ist „ein Mensch im Zustand der Ermüdung, der Frustration; sie wird hervorgerufen, wenn sich der Betroffene auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Beziehung einläßt, die den erwarteten Lohn nicht bringt“. Oder, anders ausgedrückt: *Wann immer bei einem Menschen die Höhe seiner Erwartung drastisch der Wirklichkeit entgegensteht, dieser Mensch aber weiterhin darauf besteht, diese Erwartungen zu erfüllen, ist Gefahr im Verzuge.* Tief im Inneren werden Spannungen aufgebaut, die unvermeidlich dazu führen, daß einer seiner Reserven erschöpft, seine Vitalität und seine Energie einbüßt und auch die Fähigkeiten zu funktionieren“ (Freudenberger, Richelson 1980, S.34).

*Meier.* Das Burnout-Modell nach Meier (1983) definiert Burnout als einen Zustand, der auf Grund wiederholter Arbeitserfahrungen resultiert, in welchem ein Individuum folgende Aspekte erlebt:

1. Geringe Erwartung bzgl. der Anwesenheit positiver Verstärker sowie eine hohe Erwartung bezüglich der Anwesenheit von Bestrafung in der Arbeitsumgebung.
2. Geringe Erwartungshaltung bezüglich der Kontrolle der Verstärker.
3. Geringe Erwartungen an die eigenen Verhaltenskompetenzen, die notwendig sind, um Verstärker kontrollieren zu können (vgl. Meier 1983, S.900f.).

Persönlichkeiten, die derart geringe Erwartungen besitzen, werden oftmals unerfreuliche Gefühle, wie z.B. Angst und Furcht, erleben (vgl. Bandura, Adams 1977) und sich unproduktiv verhalten, indem sie z.B. Arbeiten vermeiden und wenig ausdauernd sind (vgl. Bandura 1977, Seligman 1975, Dawis, Lofquist 1978). Jene negativen Erwartungshaltungen sieht Meier (1983) in der sog. kontextbezogenen Verarbeitung begründet. Diese ist definiert als kontextbezogene, menschliche Informationsverarbeitung und legt fest, wie gewisse Erwartungshaltungen erlernt und verändert werden können. Der Name „kontextbezogene Verarbeitung“ wurde deshalb ausgewählt, um zu betonen, dass die Verarbeitung von Umweltereignissen sowohl durch individuelle (z.B. kognitive Verarbeitung), als auch durch

organisational (z.B. Gruppennormen) Kräfte beeinflusst werden kann (vgl. Meier 1983, S. 901).

Das vorliegende Burnout-Modell versucht die momentane Lücke in der Theorie zu füllen und schlägt einen Lösungsversuch für die vorherrschende Uneinstimmigkeit vor, ob Burnout-Ursachen organisational oder individuell bedingt sind (vgl. Meier 1983, S.901). Das Modell berücksichtigt sowohl internale als auch externale Burnout-Variablen und versucht die Kausalität dahingehend zu lösen, indem eine interaktionistische Position eingenommen wird (vgl. Endler, Magnusson 1976). Eine interaktionistische Haltung bedeutet, dass die Ursachen von Burnout nicht nur ausschließlich bei dem Individuum oder in der Umwelt zu finden sind. Vielmehr geht man davon aus, dass Burnout ein Konstrukt repräsentiert, das sowohl individuelle als auch umweltbezogene Einflussfaktoren vereint. Dieser Ansatz unterscheidet sich von dem momentanen Trend in der Burnout-Forschung, der eher dazu tendiert die Schuld der Organisation zuzuschreiben (vgl. Maslach 1981). Wenn man jedoch die Schuld eher der Organisation zuschreibt, so hat dies zur Folge, dass Individuen keine Burnout-Prävention betreiben könnten, da sie an Vorgaben und Verhältnissen der Organisation nichts ändern könnten. Meier (1983) sieht jedoch angelernte Eigenschaften des Individuums als Mitauslöser. Diese negativen, angelernten Eigenschaften des Individuums können durch Burnout-Präventionsmaßnahmen entschärft werden. Schließlich ist festzustellen, dass das Modell nach Meier (1983) sowohl kognitive als auch behaviorale Burnout-Aspekte hervorhebt und somit den affektiven Schwerpunkt betont, der bereits auch in den Arbeiten von Freudenberg (1974) und Maslach (1981) erläutert wurde (vgl. Meier 1983, S.901).

*Edelwich und Brodsky.* Die beiden Forscher erklären, dass Betroffene im Zuge der Burnout-Entwicklung einen Idealismus- sowie einen Energieverlust erleben (vgl. Edelwich, Brodsky 1984, S.12). Die Ursache für die Entstehung des Burnout-Syndroms liegt darin begründet, dass eine vormals idealistisch-orientierte Helfer-Persönlichkeit eine unrealistische und dysfunktionale Erwartungshaltung aufweist und später (während der Arbeitsausführung) erkennen muss, dass sie ihr vorab anvisiertes Ziel verfehlt hat. Diese Zielverfehlung repräsentiert für Edelwich und Brodsky (1984) ein Burnout-auslösendes Phänomen. Selbige artikulieren fünf Phasen, in denen sich ein Burnout-Verlauf entwickeln kann. Diese heißen:

1. Idealistische Erwartungshaltung,
2. Stagnation,
3. Frustration,
4. Apathie und

## 5. Intervention (vgl. Edelwich, Brodsky 1984, S.14).

Neben arbeitsplatzbezogenen Merkmalen, mangelhafter monetärer Entlohnung und Klienten-Undankbarkeit erörtert das Forscherduo den aus ihrer Sicht wichtigsten Burnout-Verursacher: die individuelle Motivation im Beruf (vgl. Edelwich, Brodsky 1984).

*Burisch.* Das Burnout-Modell nach Burisch (2010) kann als integrierender Ätiologie-Erklärungsansatz angesehen werden. Neben individuellen Faktoren fließen stresstheoretische Betrachtungsweisen in dieses Design mit ein. Das umfassende Burnout-Gerüst nach Burisch (2010) zeigt den Weg bis zum Start eines Burnout-Prozesses. Unbewältigter Stress wird in dem Burnout-Modell als Ursache für den Beginn eines Burnout-Prozesses betrachtet. Wie es zum unbewältigten Stress kommen kann, wird nun vorgestellt.

Burisch (2010) erklärt, dass ein jedes Individuum ein Weltbild besitzt, welches es zu erfüllen bzw. zu erreichen versucht. Aus dem Weltbild heraus konzipiert das Individuum ein persönliches Motivprofil. Ein Motiv kann sein: eine „perfekte Mutter von lieben Kindern“ oder „Gutes oft und gut zu tun“. Ergibt sich nun eine Situation, die dem Individuum die Gelegenheit verschafft, ein bestimmtes Motiv zu erfüllen bzw. zu sättigen, so schmiedet es Handlungspläne. Gleichzeitig bilden sich Erwartungen verschiedener Art (Niveau des Ziels, erforderlicher Zeit- und Energieaufwand, Erfolgswahrscheinlichkeit, Chancen und Risiken verschiedener Nebenwirkungen, Wahrscheinlichkeit, dass die Zielerreichung Belohnungen nach sich ziehen wird, emotionale Konsequenzen). Nach dem Konzipieren der Handlungspläne folgt die Handlungsausführung (vgl. Burisch 2010, S.166). Dabei können mehrere Störungen auftreten:

1. Zielvereitelung
2. Zielerschwerung
3. Ausbleiben der Belohnung
4. Negative Nebenwirkungen (vgl. Burisch 2010, S.162)

Im Nachfolgenden wird auf die einzelnen Störungen eingegangen, und deren Konsequenzen für das Individuum werden aufgezeigt.

*Zielvereitelung.* Bei der Handlungsausführung tritt ein Hindernis ein, welches nicht überwunden werden kann. Das Individuum erkennt, dass es nun sein Ziel nicht mehr erreichen kann. Dies erzeugt bei ihm Stress 1. Ordnung (= psychischer Stress, der unmittelbar durch Bedrohung oder Herausforderung verursacht wird. Bedrohung: die Erreichung von angestrebten Zielzuständen wird in Frage gestellt, oder aversive Ereignisse werden angekündigt. Herausforderung: Man wird von außen zu einem nicht selbstgewählten

Zeitpunkt zu einer Kontrollanstrengung veranlasst, mit der bedrohlichen Möglichkeit des Misserfolgs (vgl. Burisch 2010, S.153)). Der neue, unausweichbare Handlungsentwurf heißt nun „Aufgeben“ und hat zur Folge, dass die ursprünglich erhoffte Belohnung ausbleibt. Die rückblickende Bewertung des Ergebnisses wird als unbefriedigend eingestuft. Das Motiv des Individuums, welches durch die erfolgreiche Handlungsausführung gesättigt werden sollte, bleibt ungesättigt. Eine weitere Konsequenz ist, dass das nicht-erreichte Ziel nun subjektiv wertvoller erscheint (vgl. Burisch 2010, S.162 f.).

*Zielerschwerung.* Ähnlich wie bei der Zielvereitelung tritt bei der Handlungsausführung ein Hindernis auf, welches jedoch überwunden werden kann. Auch hier erlebt das Individuum Stress 1. Ordnung, da es vor eine Herausforderung gestellt wird. Neue Handlungsentwürfe sollen nun dabei helfen das Ziel zu erreichen. Ist die neue Handlungsausführung erfolgreich, so tritt Belohnung ein. Jedoch kann das Ergebnis rückblickend als unbefriedigend eingestuft werden, falls der zusätzliche Aufwand im groben Missverhältnis zum Ertrag steht. Zwar ist das Motiv gesättigt, doch kann es sein, dass das Individuum in Zukunft jene Zielerreichung eher meiden wird (vgl. Burisch 2010, S.163).

*Ausbleiben der Belohnung.* In diesem Fall wird zwar das Ziel gemäß vorher gesetzter Maßstäbe erreicht, jedoch bleibt die erhoffte Belohnung entweder ganz aus oder fällt wesentlich geringer aus als erwartet. Ein Beispiel wäre, dass ein Kunde bei einer Maschinenbaufirma ein Angebot für eine Maschine anfordert, der Mitarbeiter der Firma unter großem Arbeitsaufwand ein Angebot erstellt, der Kunde dieses Angebot jedoch nicht annimmt. Da nun das Erreichen des Ziels (Kunde nimmt das Angebot an) in Frage gestellt werden muss, erlebt der Mitarbeiter Stress 1. Ordnung. Das Ergebnis ist unbefriedigend, und das Motiv („Wir bereiten unseren Kunden unwiderstehliche Angebote“) bleibt ungesättigt. Doch könnte dieser Vorfall das Motiv verstärken, indem der Mitarbeiter sich künftig noch mehr Mühe gibt, ein gutes Angebot zu erstellen (vgl. Burisch 2010, S.163 f.).

*Unvorhergesehene negative Nebenwirkungen.* Hier tritt weder bei der Handlungsausführung noch bei der Zielerreichung ein Hindernis auf. Das Individuum bringt also sein Vorhaben erfolgreich zu Ende und erhält auch den erhofften Lohn. Doch die Zielerreichung führt zu einer unvorhergesehenen negativen Nebenwirkung. Beispiel: Ein Mitarbeiter erledigte einen schwierigen Auftrag zur vollsten Zufriedenheit seines Chefs. Dies hatte aber zur Folge, dass seine Kollegen ihn nun zum engeren Kreis des Chefs zählten und als innerbetrieblichen Rivalen bekämpften. Das stellt für den Mitarbeiter eine neue Herausforderung dar und löst somit einen Stress 1. Ordnung aus. Die rückblickende Bewertung der Zielerreichung wird nun negativ ausfallen. Schließlich wird das Ziel

„Zufriedenstellen des Chefs“ mit dem Ziel „Harmonisierende Gemeinschaft mit den Kollegen“ konkurrieren (vgl. Burisch 2010, S.164).

In allen vier Störungsfällen ist entweder das Motiv ungesättigt, oder das Individuum wird zwischen den Optionen „Zielerreichung meiden“ oder „Zielerreichung nicht meiden“ wählen müssen (Kokurrierendes Meidungsmotiv). Beide Fälle führen zu unangenehmen Konsequenzen, die da lauten: Partieller Autonomieverlust, emotionale Reaktionen wie Ärger und/oder Depressionen, Erschütterung des Weltbildes (vgl. Burisch 2010, S.167). Burisch erklärt, dass Individuen ein Bedürfnis nach Autonomie besitzen, also das Bedürfnis, ihre Welt (zumindest subjektiv) kontrollieren zu können. Tritt nun ein äußerer Störfall auf, so gerät die Situation außer Kontrolle, und das Individuum verspürt einen partiellen Autonomieverlust (vgl. Burisch 2010, S.151-152). Das Weltbild des Individuums wird erschüttert, wenn das Motiv nicht gesättigt werden kann, oder wenn nun plötzlich ursprünglich im Vordergrund stehende Ziele mit anderen Zielen konkurrieren müssen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sich eine Mutter vornimmt eine „perfekte Mutter von lieben Kindern“ zu sein, sie aber merkt, dass sie, aufgrund einer Nichtzielerreichung, nicht so perfekt ist, wie sie sich das vorgestellt hat (vgl. Burisch 2010, S.154). Die drei oben genannten negativen Konsequenzen für das Individuum müssen bewältigt werden. Schafft es das Individuum, diese zu bewältigen, dann erholt es sich und kehrt in den Ruhestand zurück. Gelingt es ihm jedoch nicht, so erlebt das Individuum Stress 2. Ordnung (vgl. Burisch 2010, S.167). Dieser Stress stellt sich ein, wenn Versuche zur Bewältigung des Stresses 1. Ordnung erfolglos bleiben (vgl. Burisch 2010, S.154). Bleibende Beunruhigung ist die Folge. An dieser Stelle versuchen die Individuen manchmal auch die fehlende Bewältigung durch Meidung, Ersatzbefriedigung, Alkohol, Drogen etc. zu kompensieren. Eine bleibende fehlende Bewältigung kann dann schließlich den Beginn eines Burnout-Prozesses bedeuten (vgl. Burisch 2010, S.167).

*Cherniss.* Nach Cherniss (1980a) existieren acht Burnout-verursachende Aspekte der Arbeitsplatzumgebung. Diese Faktoren werden genannt und anschließend näher erläutert.

- Qualität des Einführungsprozesses,
- quantitative Arbeitsbelastung,
- intellektuelle Anregung,
- Einseitigkeit des Klientenkontakts,
- Ausmaß an bürokratischer Kontrolle,
- Eindeutigkeit der Arbeitsziele,
- Qualität der Führung,

- Kollegenverhältnis (vgl. Cherniss 1980a, S.208).

Anhand seiner Interviewpartner konnte Cherniss (1980a) feststellen, dass der *Einführungsprozess* in den Beruf in Bezug auf eine mögliche Burnout-Entstehung eine Schlüsselrolle besitzt. Die Interviewprobanden beurteilten die Berufseinführung als gut, wenn die Berufsanforderungen allmählich anstiegen, oder wenn der Berufsanfänger bereits während seiner Ausbildungszeit in der Institution arbeitete. Die Einführungsphase wurde entsprechend als schlecht beschrieben, wenn der Berufsneuling abrupt eine Fülle an Aufgaben und Anforderungen bewerkstelligen musste. Burisch (2010) erwähnt, dass es für Berufsanfänger nicht untypisch sei, Misserfolgserfahrungen zu machen, die entsprechend bewältigt werden müssen. Erhalten sie jedoch keine nachhaltige Unterstützung von Seiten des Unternehmens, erleben sie Hilflosigkeit und negativen Stress zweiter Ordnung (vgl. Burisch 2010, S.67).

Cherniss (1980a) fand mittels der Interviewmethode heraus, dass auch die *quantitative Arbeitsbelastung* (Anzahl der Klienten pro Tag) in engem Bezug zu Burnout steht. Aber auch *qualitative Arbeitsplatzfaktoren* (Art der Klienten, konfliktbehaftete Rollen, Unmöglichkeit Kunden selbst auszusuchen) spielen bezüglich einer Burnout-Entwicklung ebenfalls eine tragende Rolle (vgl. Burisch 2010, S.67).

*Intellektuelle Anregung* fungiert nach Cherniss (1980a) als drittes eng mit Burnout in Verbindung stehendes Kriterium. Erlebt eine Persönlichkeit in ihrer Arbeit geringe intellektuelle Anregung und muss stattdessen häufig Routineaufgaben durchführen, wird das Selbstwertgefühl geschwächt. Qualitativ unterforderte Arbeitnehmer können Routinetätigkeiten als demütigende Unterschätzung ihrer wahren Fähigkeiten erachten (vgl. Burisch 2010, S.68).

Sieht eine Person ihre Klienten ausschließlich als Problemträger und beschäftigt sie sich nur mit negativen, defizitären Aspekten, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Burnout-Entstehung höher als wenn der *Klientenkontakt* vielschichtiger und differenzierter ist (vgl. Burisch 2010, S.68).

Das *Ausmaß an bürokratischer Kontrolle* korrelierte in Cherniss (1980a) durchgeführten Interviews mit Burnout. In den Befragungen konnte herausgefunden werden, dass bürokratische Vorschriften meist in großen Organisationen vorhanden waren, in denen Berufsanfänger die Erwartungen verschiedener Parteien erfüllen mussten und mit der Verrichtung von Routinetätigkeiten beschäftigt waren. Cherniss (1980a) stellte fest, dass sieben der acht Personen, die von starkem Burnout betroffen waren, unter solchen Bedingungen arbeiteten. (vgl. Burisch 2010, S.68f.).

„Ein ähnliches Bild ergab sich für den verwandten Faktor *Eindeutigkeit und Verbindlichkeit der Arbeitsziele*. Fünf der sechs „stabilen“ Fälle arbeiteten in Organisationen mit eindeutig definierten, wenig konflikträchtigen Zielen, die von allen Kollegen geteilt wurden. Alle 8 Burnout-Fälle dagegen erlebten die gegenteiligen Bedingungen“ (Burisch 2010, S.69).

Cherniss (1980a) identifizierte, dass *Führungs- und Supervisionsqualität* stark mit Burnout zusammenhängen (vgl. Burisch 2010, S.69).

Auch das *Kollegenverhältnis* repräsentiert für Cherniss (1980a) einen Burnout-Ätiologie-Faktor. Im positiven Fall können Kollegen emotionalen und strategischen Halt bieten, Informationen weiterleiten, sowie Rat und Feedback geben. Im negativen Fall stellt das Kollegenverhältnis eine Burnout-Quelle dar. Ferner stellte Cherniss fest, dass auch das Organisationsklima Burnout verursachende Wirkung aufweisen kann, beispielsweise dann, wenn generationstypische Konflikte vorhanden waren, oder verfeindete Kollegenlager (vgl. Burisch 2010, S.70).

Cherniss (1980a) entwickelte ausgehend von den acht Burnout-Entstehungsfaktoren der Arbeitsumgebung ein Burnout-Modell. Dieses besagt folgendes:

Erlebt eine karriereorientierte Person am Arbeitsplatz eine der acht Belastungsfaktoren, so entsteht für sie eine Stress-Quelle, die aus fünf Faktoren besteht:

- Zweifel an der eigenen Kompetenz,
- Klienten-Probleme,
- Bürokratische Probleme,
- Mangel an Anregung und Erfüllung,
- Fehlende Kollegialität.

Bewältigungsbemühungen werden ausgelöst, die im Falle einer aktiven Problemlösung dazu führen, dass die Persönlichkeit das für sie relevante Problem ganzheitlich bewerkstelligen kann. Misslingt der aktive Bewältigungsversuch (passives Coping) oder wird erst gar nicht in Erwägung gezogen, erlebt die Person Burnout-Symptome. Einstellungsänderungen werden an den Tag gelegt. Diese Veränderungen sind gekennzeichnet durch.

- Verringerung der Arbeitsziele,
- Reduzierung des Verantwortungsbewusstseins,
- Emotionale Abkopplung,
- Entfremdung von der Arbeit,
- Eigene Interessen werden forciert.

Die Einstellungsänderungen bewirken Unzufriedenheit und führen dazu, dass die Stress-Quellen intensiviert werden. Ein negativer Teufelskreis startet, der bei wiederholtem passiven Coping die Burnout-Symptome negativ verstärkt und weitere destruktive Einstellungsänderungen bewirkt (vgl. Cherniss 1980a, S.208).

*Harrison.* Harrison (1983) betont in Anlehnung an Kahns Rollentheorie die Bedeutung von Rollenkonflikten und Rollenambiguität für die Entstehung von Burnout. In seinem sozialen Kompetenz-Modell berücksichtigt er auch die Funktion von Attributionsmustern. Im Mittelpunkt seines Modells steht die wahrgenommene Kompetenz und Effektivität eines Helfers. Burnout stellt sich nach Harrison (1983) ein, wenn eine Persönlichkeit ihre eigene Arbeit zwar hoch bewertet, diese aber jedoch nicht hinreichend effektiv beurteilt, d.h. wenn sie ihr vorab anvisiertes Ziel nicht erreicht. Als Konsequenz der vergeblichen Bemühungen um effektive Hilfeleistung verliert der Helfer seine Arbeitsmotivation und seine Selbstwirksamkeitserwartung. Attributionsprozessen kommt dabei hohe Bedeutung zu. Attribuiert ein Helfer therapeutische Erfolge seiner Klienten auf sich selbst, so wirkt dies motivations- und selbstwirksamkeitsförderlich. Schreibt er sich jedoch ausschließlich Misserfolge der Klienten zu und übersieht die Erfolge, begünstigt dies eine Burnout-Entwicklung (vgl. Harrison 1983; zit. nach Schiepek 1991, S.174).

*Aronson, Pines und Kafry.* Burnout kann nach Aronson, Pines und Kafry (1983) in allen Lebensbereichen auftreten und sowohl aus beruflichen, als auch aus familiären Ursachen entstehen. Alsdann kann Burnout in negativer Manier auf weitere Lebensbereiche übergreifen. Bspw. verhalten sich Burnout-Betroffene zunächst nur in ihrer Arbeit dehumanisiert, später hingegen werden sie auch gegenüber ihren Familienangehörigen ein entsprechendes Verhalten an den Tag legen. Burnout entsteht nach Aronson et al. (1983) meistens in sozial-helfenden Berufen, in welchen die Beschäftigten einen selbstlosen, idealistischen Anspruch verfolgen. Intrinsisch motivierte Arbeitnehmer sind in besonderem Maße gefährdet, da diese der Sinnhaftigkeit ihres beruflichen Schaffens alles unterordnen. Burnout-Symptome teilen Aronson et al. (1983) in drei Kategorien, körperliche Erschöpfung, emotionale Erschöpfung und geistige Erschöpfung ein. Die Forscher sehen Burnout-Ursachen nicht in den individuellen Persönlichkeitsfaktoren begründet, sondern im beruflichen Belastungsniveau. Die Autoren erklären, dass es sich bei Burnout nicht um ein zu vernachlässigendes Randphänomen handelt, das nur wenige Personen ereilt, sondern um eine



ernsthafte Problematik, mit der sich nahezu alle Arbeitnehmer aus den sozial-helfenden Berufsgruppen konfrontiert sehen (vgl. Aronson et al. 1983; zit. nach Reime 2000, S.152f.).

*Maslach und Jackson.* 1981 entwickelten Maslach und Jackson den „Maslach Burnout Inventory-Fragebogen“, der heute in beinahe 90 Prozent der Burnout-Forschungsarbeiten Verwendung findet. Die beiden Forscherinnen konzipierten ein dreistufiges Phasenmodell, das sich auf professionelle Helfer bezieht. Das Modell drückt sich wie folgt aus: Im Umgang mit ihren Klienten müssen Helfer in hohem Maße belastende Erfahrungen ertragen, in denen sie stets in der gebenden Rolle sind. Dazu kommen ausbleibende Erfolgserlebnisse, Klienten-Undank sowie bürokratische Hindernisse. Das erste Burnout-Kernsymptom namens *emotionale Erschöpfung* wird ausgelöst. Der Leitsatz „Ich kann nicht mehr“ ist für dieses Stadium typisch. Eine sekundäre Folgereaktion wird ausgelöst, die als Schutz- und Distanzierungshaltung fungiert. Klienten werden abgewertet, die Schuld für ihre eigenen Probleme wird ihnen zugeschrieben. Ein Leitsatz für die *Depersonalisations-Phase* heißt „Ich will niemanden mehr sehen“. Sobald die entfremdete Klienteneinstellung des Helfers die Verhaltensebene erreicht, nimmt die Wahrscheinlichkeit für ein „erfolgreiches Helfen“ ab, und das dritte Kernsymptom (*Leistungsunzufriedenheit*) stellt sich ein (vgl. Maslach, Jackson 1981; zit. nach Burisch 2010, S.51f.).

Maslach und Leiter korrigierten ihr Paradigma (Burnout trete nur bei helfenden Berufen auf) und beschreiben 1997, dass die Burnout-Ursache in dysfunktionalen, organisationalen Aspekten und Prozessen zu finden ist. Burnout stellt demnach eine schwere, innerorganisationale Funktionsstörung dar, die mehr über die Arbeitsumstände aussagt, als über die Mitarbeiter (vgl. Maslach, Leiter 1997; zit. nach Burisch 2010, S.52).

„Burnout wird von 6 Faktoren verursacht:

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Ungenügende Belohnungen
- Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls
- Mangelnde Gerechtigkeit (*fairness*)
- Wertekonflikte“ (Maslach, Leiter 1997, S.38).

## 2.3 Ergebnis

Betrachtet man die vorgestellten Burnout-Ursachen-Modelle genauer, so stellt man fest, dass man sie in individuelle, organisationale und interaktionistische Erklärungsansätze unterteilen kann. Folgende Überpunkte lassen sich finden.

### *Individuelle Burnout-Ursachen:*

- Idealismus und falsche Erwartungshaltung,
- Einseitig gebende Helfer-Klienten-Beziehung,
- Narzissmus,
- Individuelle, stresstheoretische Aspekte,

### *Organisationale Burnout-Erklärungsansätze:*

- Faktoren der Arbeitsplatzumgebung

### *Interaktionistische Burnout-Ursache:*

- Individuelle und umweltbezogene Einflussfaktoren

*Individuelle Burnout-Ursache: Idealismus und falsche Erwartungshaltung.* Vier Autoren sehen Idealismus oder eine zu hohe individuelle Erwartungshaltung für eine Burnout-Entstehung verantwortlich. *Lauderdales* Schema thematisiert die individuelle Erwartungshaltung als Burnout-ursächliches Phänomen. Divergieren Erwartungshaltung und Erfahrung, so kann sich ein Burnout entwickeln. *Freudenberger und Richelson* weisen ähnlich wie *Lauderdale* auf ein Auseinanderklaffen zwischen Erwartung und Wirklichkeit hin. *Edelwich und Brodsky* präferieren ebenfalls eine persönlichkeitspezifische Burnout-Entstehung, die Helfer ereilt, die eine falsche Erwartungshaltung an den Tag legen. Dieses Modell gleicht den Ansätzen von *Lauderdale* sowie *Freudenberger* und *Richelson*, auch wenn die beiden letztgenannten sich nicht nur auf Helfer beschränken. *Harrison* artikuliert eine individuelle Ätiologie, die entsteht, wenn eine Person ihre Arbeit hoch bewertet, selbige jedoch als nicht effektiv beurteilt. Auch das Konstrukt *Subjektives Wohlbefinden* scheint in diesem Zusammenhang relevant. Dieses ist gefährdet, wenn die Zielerreichung fraglich erscheint. In diesem Fall wirkt es sich maladaptiv auf die Entstehung von Burnout aus.

*Individuelle Burnout-Ursache: Einseitig gebende Helfer-Klienten-Beziehung.* *Maslach und Jackson* entwickelten ein Phasenmodell, das sich auf professionelle Helfer bezieht. Sie erläutern, dass diese in der Regel immer nur geben. Wenn sie dann anstatt Anerkennung

Undank ernten, so sind sie Burnout-gefährdet. *Schmidbauers* Burnout-Ansatz weist darauf hin, dass Arbeitende in sozial-helfenden Berufsgruppen gefährdet sind, am Helfersyndrom zu erkranken. Misserfolg, Nicht-Anerkennung oder negatives Feedback führen dazu, dass die vom Helfersyndrom Erkrankten ihre komplette Persönlichkeit in Frage stellen. Dies stellt nach Schmidbauer eine Ursache für eine Burnout-Entstehung dar.

*Individuelle Burnout-Ursache: Narzissmus.* *Fischer* postuliert einen persönlichkeitsbezogenen Erklärungsansatz, der sich komplett auf die narzisstische Persönlichkeit fokussiert.

*Individuelle Burnout-Ursache: individuelle, stresstheoretische Aspekte.* Die Situationsbewertung in der *psychologischen Stressforschung* kann als Indiz für eine individuelle Burnout-Ursache figurieren, da eine Persönlichkeit zwischen neutralen, positiven oder stressbehafteten Bewertungsmustern wählen kann. Das Modell nach *Burisch* stellt einen integrierenden Ansatz dar, der neben individuellen Faktoren auch stresstheoretische Aspekte vereint.

*Organisationaler Burnout-Erklärungsansatz: Faktoren der Arbeitsplatzumgebung.* Sechs Autoren betrachten ungünstige Merkmale der Arbeitsplatzumgebung als Burnout-auslösend. Die *Zwei-Faktoren-Theorie der Motivation nach Herzberg* ist ein organisationaler Burnout-Entstehungsansatz, da die aufgeführten Motivatoren und Hygienefaktoren, die bei Mangel zu einem Burnout führen können, arbeitsplatzbezogen sind. Das *Person-Environment-Fit-Konzept* repräsentiert ebenfalls eine mögliche arbeitsbezogene Burnout-Ursache. Ist keine Balance zwischen einem Beschäftigten und der Arbeitsplatzumgebung vorhanden, ist eine Burnout-Entwicklung denkbar. *Cherniss* explizierte acht Burnout-verursachende Aspekte der Arbeitsplatzumgebung. *Aronson, Pines und Kafry* sehen die Burnout-Ursachen in dem beruflichen Belastungsniveau begründet, also ebenfalls in organisationalen Faktoren. *Maslach und Leiter* veränderten den ursprünglichen Ansatz von Maslach und Jackson, indem sie erklärten, dass organisationale Faktoren in weit höherem Maße für die Burnout-Entwicklung verantwortlich sind als ursprünglich angenommen. Die Ursache für die Konditionierung einer *erlernten Hilflosigkeit nach Seligman* liegt ebenfalls in arbeitsplatzbezogenen Mustern. Die externe Unkontrollierbarkeit einer Situation bewirkt erlernte Hilflosigkeit und fördert Burnout, da Sinnlosigkeit der eigenen Handlungen erlebt wird.

*Interaktionistische Burnout-Ursache: Individuelle und umweltbezogene Einflussfaktoren.* Zwei Modelle thematisieren sowohl individuelle als auch umweltbezogene Einflussfaktoren

als potentielle Burnout-Auslöser. Die *physiologische Stressforschung* weist daraufhin, dass die physischen Symptome von Burnout dem allgemeinen Anpassungssyndrom gleichen. Diesem Erklärungsansatz liegt deshalb eine interaktionistische Burnout-Ursache zu Grunde, da der Stressor externaler Natur ist, jedoch intrinsisch verarbeitet werden muss. Auch *Meiers* interaktionistisches Burnout-Ätiologie-Modell fokussiert sowohl auf individuelle, als auch auf umweltbezogene Einflussfaktoren.

Wie aus den beschriebenen Burnout-Erklärungsansätzen ersichtlich, weisen die einzelnen Modelle unterschiedliche ätiologische Aspekte auf, die entweder einen individuellen, einen organisationalen oder einen interaktionistischen Schwerpunkt aufweisen. Die verschiedenen Ursachenmodelle sind für das Verständnis und den weiteren Verlauf der Arbeit wichtig, da sie dem Leser ein fundiertes ganzheitliches Bild erlauben und Burnout aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten.

### **3 Burnout-Folgen**

In Kapitel drei werden die destruktiven Burnout-Folgen behandelt. Die Burnout-Konsequenzen werden in individuelle, organisationale und gesellschaftliche Dimensionen unterteilt. Ein Ausblick rundet Kapitel drei ab.

#### **3.1 für betroffene Persönlichkeiten**

Burnout bewirkt bei Betroffenen negative gesundheitliche Folgen, die durch physische oder psychische Erkrankungen geprägt sind. Oftmals werden die Beschwerden auch von einer depressiven Symptomatik begleitet. Selbstredend leiden nicht nur die Ausbrenner persönlich unter den Burnout-Auswirkungen, sondern auch deren gesamtes familiäres bzw. soziales Umfeld (vgl. Albrecht 2008, S.48ff.). Burnout verändert folglich das Leben der Leidtragenden sowie der Angehörigen. Albrecht (2008) expliziert, dass die Konsequenzen von Burnout verflochten und nur schwer kalkulierbar sind. Infolgedessen impliziert Burnout oftmals eine vollständige Lebensveränderung. Ausbrenner neigen dazu, die Burnout-Symptome lange Zeit zu negieren, bevor sie sich eingestehen, tatsächlich unter Burnout zu leiden und Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Albrecht 2008, S.50f.).

Abati (2007) exemplifiziert jene individuellen Burnout-Folgen, die eine weittragende Rolle spielen:

- Physische oder psychosomatische Erkrankungen,
- Verminderung des Selbstvertrauens und des Selbstwerts,
- Verringerung der Leistungsfähigkeit,
- Drogen- und Alkoholkonsum,
- sozialer Rückzug,
- familiäre Konflikte,
- finanzieller Ruin,
- Minderung des sozialen Status
- und Stigmatisierung (vgl. Abati 2007, S.26f.).

Jene individuellen Burnout-Folgen werden nun einzeln thematisiert.

*Physische oder psychosomatische Erkrankungen.* Betroffene erleben im Burnout-Prozess und als Burnout-Folge physische und/oder psychisch-somatische Beschwerden. Burisch (2010) erörtert eine Reihe von psychosomatischen und depressiven Burnout-Reaktionen, die einem Ausbrenner widerfahren können (vgl. Burisch 2010, S.25f.). Im Gliederungspunkt 1.4 wurde diese Symptomatik bereits ausführlich skizziert. Entsprechend kann der Leser erkennen, welche gesundheitlichen Burnout-Folgen einen Ausbrenner in dysfunktionaler Manier ereilen können.

*Verminderung des Selbstvertrauens und des Selbstwerts.* Wenn ein Ausbrenner die drei Burnout-Kernsymptome (emotionale Erschöpfung, Entfremdung und reduzierte Leistungsfähigkeit) erlebt, entsteht Unzufriedenheit, weil erkannt wird, dass die individuelle Arbeit bzw. die Arbeitsfolgen nicht bewältigt und damit aktiv geschlossen werden können. Die Gestaltpsychologie spricht an dieser Stelle von offenen, nicht geschlossenen Gestalten, die Energie binden und die Bildung neuer relevanter Gestalten blockieren (vgl. Kiel 2013, S.64). In Bezug auf Burnout-Betroffene repräsentiert die offene Gestalt der unbewältigten Arbeitsfolgen einen intrapersonellen Stressor. Vor allem Unzufriedenheit bzgl. der Wahrnehmung der eigenen reduzierten Leistungsfähigkeit führt dazu, dass ein Betroffener ein verringertes Selbstwertgefühl sowie einen Mangel an Selbstvertrauen erlebt. Diese Burnout-Folgen sind deshalb für einen Betroffenen hinreichend kompliziert und unvorteilhaft, da sie einerseits den Teufelskreis verstärken und andererseits dazu führen, dass dieser seine

fachliche Arbeit nicht mehr in dem Umfang bewerkstelligen kann, wie ursprünglich angedacht. Selbstvertrauen fungiert als Prädiktor für individuellen Erfolg und im negativen Umkehrschluss als Misserfolgsverstärker.

*Verringerung der Leistungsfähigkeit.* Die reduzierte Leistungsfähigkeit stellt wie eben thematisiert sowohl ein Symptom als auch eine individuelle Konsequenz von Burnout dar. Ein Mangel an Selbstwert und Selbstvertrauen erhöht die Vulnerabilität für eine Abnahme der persönlichen Leistungsfähigkeit und führt schließlich zu einer weiteren Selbstwertregression. Reduzierte Leistungsfähigkeit könnte für Burnout-Charaktere eventuell noch folgende weitere Gefahrenfolgen beinhalten:

- Fehlerwahrscheinlichkeit bei der Arbeitsausführung nimmt zu,
- Kollegen-Vorgesetzten-Probleme werden intensiviert,
- Arbeitsausführung dauert länger,
- Disstresserleben wird intensiviert,
- kann als Kündigungsgrund verwendet werden.

*Drogen- und Alkoholkonsum.* Diese beiden Faktoren repräsentieren Folgen, die auf den Aspekt eines vergeblichen Burnout-Bewältigungsversuchs zurückzuführen sind. Auf die Gefahren jener beiden Aspekte soll an dieser Stelle nicht weiter hingewiesen werden, da selbige bekannt sind. Grundsätzlich ist bekannt, dass Drogen- und/ oder Alkoholkonsum keine Problemlöser, sondern allenfalls Problemverstärker sind, die letztendlich bis zu einer vollständigen Berufsunfähigkeit führen können. Burnout-Betroffene, denen es – aus welchen Gründen auch immer – versagt ist, einen aktiven Problembewältigungsversuch zu wählen, greifen auf den indirekten und passiven Coping-Versuch des Drogen- und Alkoholkonsums zurück, da er zumindest kurzfristig die Probleme vergessen lässt und subjektiv manchmal als einziger Weg empfunden wird.

*Sozialer Rückzug.* Die Burnout-Auswirkung des sozialen Rückzugs stellt eine individuelle Gefahr dar, da der Ausbrenner sich dadurch aktiv in eine Rolle begibt, in welcher er wenig Möglichkeiten besitzt, um sich mit seinen Mitmenschen über die Probleme auszutauschen. Sozialer Rückzug bedeutet Isolation und damit eine Erhöhung der individuellen Probleme, da der Burnout-Betroffene selber die Thematik immer wieder neu gedanklich umkreist. Kognitive Verzerrungen können ein Produkt eines sozialen Rückzugs sein. Die mit dem

sozialen Rückzug einhergehende Vereinsamung spielt im Kontext von Burnout eine weitere Schlüsselrolle, die, ähnlich wie Drogen- und Alkoholkonsum, im schlimmsten Falle zur Erwerbslosigkeit führen könnte.

*Familiäre Konflikte.* Familienbezogene Konflikte als Reaktion auf ein Burnout eines Familienmitglieds stellen ebenfalls ein individuelles Gefahrenpotential dar. Eine Ursache für einen familiären Konflikt könnte bspw. die Tatsache sein, dass ein Familienmitglied, das Burnout-typische Verhaltensweisen im Beruf erworben hat, nun auch im privaten Sektor ein verändertes Erlebens- und Verhaltensrepertoire an den Tag legt, welches zu konfliktbehafteten Situationen führen kann. Diese Burnout-Folge beinhaltet eine Relevanz, da eine funktionierende Familie für Ausbrenner als unterstützende Hilfe fungieren und einen Therapieprozess begünstigen kann. Im Gegenzug bedeutet dies, dass familiäre Konflikte Burnout bei dem Betroffenen unzweckmäßig erhöhen. Familiäre Konflikte aufgrund eines Burnouts könnten dahingehend reduziert werden, indem dem Betroffenen von Seiten der Familie Akzeptanz, Verständnis, Hilfe sowie Zeit zur Neuorientierung entgegengebracht werden. Die familiäre Unterstützung, eingebettet in therapeutische Konzepte, könnte als Erfolgsrezept dienen.

*Finanzieller Ruin.* Diese individuelle Burnout-Folge tritt dann zu Tage, wenn einem Betroffenen entweder von Unternehmensseite gekündigt wurde, oder er sich selbst zum Job-Austritt entschließt und daraufhin in finanzielle Nöte gelangt. Auch eine Arbeitsunfähigkeit, hervorgerufen durch Burnout, kann ein Abgleiten in die Erwerbslosigkeit bewirken. Unter Umständen hängt die Familie von dem Gehalt des Burnout-betroffenen Familienvaters ab, und muss diesen Ausfall kompensieren. Dass diese Kompensation mit Konflikten und Existenzängsten verbunden ist, muss nicht näher beschrieben werden.

*Minderung des sozialen Status.* Kehrt ein Betroffener seinem Arbeitsplatz den Rücken, weil er sich bspw. den arbeitsplatzbezogenen Belastungsfaktoren entziehen will, so kann der Arbeitsplatzverlust mit einer Reduzierung seines sozialen Status einhergehen. Die Wahrung des sozialen Status und damit auch von Burnout, stellt für Betroffene eine Schlüsselrolle dar, da sie aufgrund ungünstiger Bewältigungsstrategien die Symptomatik selbst aufrechterhalten (vgl. Schaufeli, Enzmann 1998, S.36), sich an eine hohe Selbstachtung klammern und weigern aufzugeben (vgl. Fischer 1983; zit. nach Burisch 2010, S.55).

*Stigmatisierung.* Hierbei wird Burnout mit Gesichtsverlust bzw. mit globalem Scheitern in Verbindung gebracht. Die Angst von Burnout-Betroffenen diesem Stigma zugeteilt zu werden, könnte u.U. ein Ausharren in der Rolle erklären. Damit ein Betroffener nicht in diese negativ attribuierte Etikettierung gelangt, ist es notwendig, dass ein Unternehmen das Sujet Burnout nicht als personenbezogene, eigenverschuldete Thematik begreift, sondern als mehrdimensionales Konstrukt, das Ausdruck der heutigen Leistungsgesellschaft ist. Die Unternehmenskultur nimmt in diesem Konnex eine Hauptrolle ein, da sie je nach Ausrichtung (mechanistisch oder humanistisch) darüber entscheidet, ob, bzw. inwieweit Burnout-Betroffene einem Stigma zugeordnet werden.

### **3.2 für Organisationen**

Auch für wirtschaftende Organisationen stellen die Burnout-Folgen von Beschäftigten eine ernstzunehmende Gefahrenquelle dar, die eine eingehende Beschäftigung verdient. Der betriebswirtschaftliche Schaden von Burnout lässt sich nach Abati (2007) in folgende Subkategorien einteilen:

- Produktionsverlust,
- Ausfallkosten,
- Mehrbelastung der übrigen Beschäftigten,
- Unruhe und Unsicherheit bei anderen Mitarbeitern,
- Negative Konsequenzen für die Unternehmenskultur,
- Abnahme der Identifikation mit dem Unternehmen,
- Steigerung des Misstrauens,
- Know-How-Verlust
- und Imageverlust (vgl. Abati 2007, S.26f.).

Die organisationalen Burnout-Konsequenzen werden nachfolgend skizziert.

*Produktionsverlust.* Wenn Burnout-Betroffene aufgrund ihres Störungsbildes in die Arbeitsunfähigkeit gelangen, kann ein Unternehmen folgerichtig mitunter das betriebswirtschaftliche Defizit eines Produktionsverlustes erleben. Das Ausmaß des möglichen Produktionsverlustes hängt dabei von der Unternehmensgröße und der Anzahl der Beschäftigten ab. Ein Produktionsverlust bedeutet für ein Unternehmen finanzielle



Unsicherheit, da die externen Stakeholder diesen Umstand meist nur in begrenztem Ausmaß tolerieren. Im Extremfall kann der Burnout-Ausfall eines Spezialisten eines kleinen Unternehmens dazu führen, dass die Unternehmensexistenz bedroht ist, da der Produktionsausfall nicht kompensiert werden kann.

*Ausfallkosten.* Die Ausfallkosten, die ein Unternehmen angesichts eines Burnouts an externe Stakeholder oder an den jeweiligen Betroffenen aufwenden muss, stellen eine weitere finanzielle Post-Burnout-Konklusion dar. Fällt ein Mitarbeiter bezüglich eines Burnouts längerfristig aus, muss die Organisation diese Fehlzeiten kompensieren. Die Personalauswahl und –Einarbeitung verursacht zudem einen weiteren finanziellen und zeitlichen Mehraufwand.

*Mehrbelastung der übrigen Beschäftigten.* Der Verlust eines Mitarbeiters als Folge eines Burnout-Prozesses kann implizieren, dass andere Beschäftigte den Ausfall kompensieren müssen und arbeitsplatzbezogene Mehrbelastungen zu verrichten haben. In Unternehmen, in denen ohnehin ein enormes Belastungsniveau existiert, wird dies dadurch noch mehr verstärkt. Die Konsequenz daraus könnte sein, dass die Mehrarbeit infolge eines individuellen Burnout-Ausfalls bei Nicht-Veränderung der organisationalen Arbeitsbedingungen gleich zum nächsten Burnout-Fall führt.

*Unruhe und Unsicherheit bei anderen Mitarbeitern.* Diese beiden Burnout-Konsequenzen stellen für Unternehmen einen Risikofaktor dar. Das nachfolgende Beispiel macht deutlich, welche Folgen Burnout-Ausfälle für Kollegen darstellen können. Erkennen Beschäftigte, dass der Burnout-Ausfall ihres Kollegen zu Fehlzeiten und Absentismus führt, kann zunächst eine Betroffenheit entstehen, die in Unruhe und Unsicherheit mündet. Die Neuorganisation der Aufgabenbereiche und die mögliche Mehrarbeit könnte Angsterleben fördern. Mitarbeiter könnten Unruhe und Unsicherheit auch vor dem Hintergrund einer eigenen möglichen Burnout-Betroffenheit erleben. Werden diese beiden Stressoren nicht aktiv seitens des Unternehmens angesprochen und wird nicht versucht durch vertrauensvolle Maßnahmen, wie bspw. Coaching oder Resilienz-Trainings, die Stressoren zu reduzieren, kann eine stabile betriebsinterne Arbeitsunzufriedenheit entstehen, die individuelles Frustrationserleben und damit neue Burnout-Fälle fördert. Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass unbewältigte Unruhe und Unsicherheit sich nicht unbedingt leistungs- und motivationsförderlich auf die übrigen Beschäftigten auswirken.

*Negative Konsequenzen für die Unternehmenskultur.* Laut Abati (2007) hat Burnout negative Konsequenzen für die Unternehmenskultur zur Folge. Es ist jedoch nicht klar, welche Konsequenzen genau gemeint sind. Eine Betrachtung des Begriffs „Unternehmenskultur“ soll näherbringen, welche Bereiche von negativen Konsequenzen betroffen sein könnten: Nach Pieper (1992) beschreibt die Unternehmenskultur „die innerhalb eines Unternehmens von den Mitarbeitern akzeptierten und geteilten Denkvorstellungen, Werte und Verhaltensnormen, die in ihrer Gesamtheit das Unternehmen als System sozialer Beziehungen von anderen sozialen Gruppen unterscheiden“ (Pieper 1992, S.382; zit. nach Otrebski 2013, S.641). Demnach würde sich Burnout nachteilig auf die von den Mitarbeitern *akzeptierten* und *geteilten* Denkvorstellungen, Werte und Verhaltensnormen auswirken. Grund hierfür könnte sein, dass durch das Auftreten des Burnout-Syndroms innerhalb eines Unternehmens die Mitarbeiter beginnen, die interne Unternehmenskultur, also die geteilten Denkvorstellungen, Werte und Verhaltensnormen, in Frage zu stellen, da diese der Mitschuld für die Entstehung von Burnout verdächtigt wird. Die Mitarbeiter könnten folglich beginnen, die interne Unternehmenskultur nicht mehr zu akzeptieren und mit den anderen im Unternehmen zu teilen. Diese auftretende Uneinigkeit könnte dem Zusammenhalt des Unternehmens und somit auch seiner Produktivität schaden.

*Abnahme der Identifikation mit dem Unternehmen.* Die Identifikation eines Mitarbeiters mit dem Unternehmen ist von großer Bedeutung, da Arbeiter gerne Unternehmen bzw. Organisationen bevorzugen, die ihnen selbst ähnlich sind (vgl. O'Reilly et al. 1991), und da sie in diesen Unternehmen auch erfolgreicher arbeiten (vgl. Tom 1971). Man spricht hier von dem sog. „Person-Organization-Fit“. Dieser beschreibt die Kompatibilität zwischen Person und Organisation (vgl. Sekiguchi 2004). Verfallen nun manche Mitarbeiter eines Unternehmens dem Burnout-Syndrom, so könnte es sein, dass diese Burnout-Entstehung einem Fehlverhalten des Unternehmens zugeschrieben wird. Dies könnte zur Folge haben, dass Mitarbeiter eine Abneigung entwickeln, sich mit dem Unternehmen zu identifizieren.

*Steigerung des Misstrauens.* Misstrauen könnte sich bei Beschäftigten einstellen, wenn die Unternehmensleitung nicht adäquat auf die Burnout-Betroffenheit eines Mitarbeiters reagiert. Inadäquate betriebliche Reaktionsmuster wären bspw. die Kündigung des Burnout-Betroffenen, eine Eigenattribuierung der Schuld des Burnout-Betroffenen oder auch eine Bagatellisierung des Burnout-Syndroms. Die Mitarbeiter könnten die Befürchtung hegen,

selbst durch berufliche Überbelastung in ein Burnout gedrängt zu werden und keine Unterstützung seitens des Unternehmens zu erhalten.

*Know-How-Verlust.* Diese wirtschaftliche Burnout-Auswirkung tritt dann ein, wenn der Burnout-Ausfall eines Mitarbeiters dazu führt, dass das Unternehmen bestehende Arbeitsschritte nicht mehr in dem gewohnten Umfang ausführen kann, weil die Kompetenz, bzw. die Fähigkeit des Mitarbeiters nicht mehr vorhanden ist. Ein Produktionsverlust als direktes Resultat eines Know-How-Verlusts ist denkbar. Da die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern zudem eine wirtschaftliche Mehrbelastung repräsentiert, ist Wissens- und Kompetenzverlust im Zuge eines Burnout-Ausfalls für Unternehmen eine ernstzunehmende Angelegenheit.

*Imageverlust.* Burnout-Ausfälle können das Image eines Unternehmens in der öffentlichen Wahrnehmung schmälern und schädigen. Ein negatives Image in Bezug auf Burnout könnte unter anderem sein, dass dem Betrieb vorgeworfen wird,

- über dehumanisierende Arbeitsbedingungen zu verfügen.
- die psychischen und physischen Belastungen der Beschäftigten zu ignorieren.
- autoritäre Führungsmethoden zu praktizieren.
- die Mitarbeiter als Werkzeuge im Sinne eines mechanistischen Menschenbildes zu verwenden.
- keine Burnout-Präventionsmaßnahmen zu gebrauchen.
- kein Interesse zu besitzen, Burnout-Betroffene wiederenzugliedern.

Die organisationale Burnout-Konsequenz „Imageverlust“ ist schwer zu ändern, wenn dieser erstmal negativ konnotiert ist. Die direkte Gefahr eines Imageverlusts besteht, wenn bspw. Kunden und Lieferanten dieses Unternehmen künftig meiden, da sie nicht in Kontakt mit einem „Ausbrenner-Unternehmen“ stehen wollen. Auch die Personalakquise kann sich für ein Unternehmen mit negativem Image als schwerlich erweisen, da potentielle Mitarbeiter im Zweifel ein Angebot der Konkurrenz bevorzugen könnten, die in puncto Burnout nicht vorbelastet sind. Grundsätzlich lässt sich konstatieren, dass ein negatives Unternehmensimage eine finanzielle Disbalance auslösen kann, die sich u. U. als existenzbedrohlich erweisen kann.

### 3.3 für die Gesellschaft

Die individuellen und organisationalen Burnout-Folgen wirken sich negativ auf die Gesellschaft aus. In einer österreichischen Studie ermittelten Schneider und Dreer (2013) die Gesamtkosten von Burnout. Dabei untersuchten sie, welche Gesamtkosten Burnout in verschiedenen Diagnosestadien verursacht. Die Diagnosephasen lauten:

1. Früherkennungsstadium
2. Mittlere-zeitverzögerte Phase
3. Spätes Stadium

In dieser Erfassung wurden sowohl direkte, als auch indirekte Kosten bewertet. Direkte Kosten sind z.B. Therapiekosten für Medikamente und Arztbesuche, während indirekte Kosten volkswirtschaftliche Kosten sind, die bspw. durch Krankentage aufgrund der Burnout-Symptome anfallen. Anzumerken ist, dass sich die Gesamtkosten dieser Untersuchung auf den gesamten Behandlungsverlauf und nicht auf jährliche Werte beziehen. Diese Gesamtkosten konnten dabei herausgestellt werden.

- Im Früherkennungsstadium verursacht ein Burnout-Betroffener Gesamtkosten in Höhe von circa 1.500 bis 2.300 Euro.
- In der mittleren-zeitverzögerten Phase entstehen bei einem Ausbrenner Gesamtkosten von circa 12.400 bis 17.700 Euro.
- In einem späten Diagnose-Stadium beziffern sich die Gesamtkosten eines Burnout-Betroffenen auf circa 94.000 bis 131.000 Euro pro Fall.

Anschließend rechneten die beiden Autoren die individuellen Gesamtkosten von Burnout auf eine geschätzte Anzahl von 500.000 Betroffenen hoch. Zwei Szenarien wurden angenommen.

*Szenario 1.* 80 Prozent Früherkennung, 15 Prozent mittlere-zeitverzögerte Phase, 5 Prozent späte Diagnose.

*Szenario 2.* 60 Prozent Früherkennung, 30 Prozent mittlere-zeitverzögerte Phase, 10 Prozent späte Diagnose.

In Szenario eins fallen in dieser Hochrechnung 3,9 bis circa 5,5 Milliarden Euro an. Im zweiten Szenario lassen sich Gesamtkosten von 7,0 bis 9,9 Milliarden Euro ausmachen.

Schneider und Dreer (2013) erklären, dass eine frühzeitige Burnout-Diagnose die volkswirtschaftlichen Kosten drastisch reduzieren kann (vgl. Schneider, Dreer 2013, S.41ff.).

### 3.4 Ausblick

Die individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Folgen von Burnout repräsentieren in dreifacher Hinsicht unterschiedlichste, weitreichendste Konsequenzen, die sich destruktiv auf alle Beteiligten auswirken. Ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement kann in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle einnehmen und einen Beitrag zur ganzheitlichen Burnout-Prävention leisten.

Ein professionell durchgeführtes betriebliches Gesundheitsmanagement dient in erster Linie dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Beschäftigten. Ebenso wirkt es sich positiv auf das Betriebsergebnis, die Wettbewerbsfähigkeit sowie auf die Zukunftsfähigkeit einer Organisation aus. Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen die individuelle Motivation, Leistungsfähigkeit und folgerichtig auch die Qualität und Produktivität eines Unternehmens (vgl. Badura 2002, S.104).

Neben einem betrieblichen Gesundheitsmanagement, das quasi als organisationale Burnout-Prävention fungieren kann, ist es relevant, dass ein Individuum im Rahmen eines eigenverantwortlichen Handelns selbst versucht aktiv Burnout-Vorbeugung zu betreiben, um die individuellen-gesundheitlichen Burnout-Auswirkungen zu vermeiden. Aktive Burnout-Prophylaxe könnte unter anderem jene Faktoren beinhalten:

- Realitätsakzeptanz an den Tag legen,
- Individuelle Ressourcen gegen Burnout sammeln,
- Persönlichkeit und Einstellungen überprüfen,
- Zeitsouveränität erlangen,
- Eigenverantwortlich agieren,
- Zufriedenheit an den Tag legen,
- Stressbalance durch Freude, Optimismus und Ausgeglichenheit anstreben,
- Dyadenkompetenz aufbauen,
- Situationstoleranz erlernen,
- Rollensicherheit adaptieren,
- Zielerkenntnis begreifen
- und Sinnannäherung erleben (vgl. Bergner 2010).

Individuelle und organisationale Burnout-Vorbeugungsmaßnahmen können eine frühzeitige Sensibilisierung mit dieser Thematik bewirken und somit schwerwiegende Burnout-

Konsequenzen verhindern. Damit erleben sowohl Beschäftigte als auch deren Unternehmen einen Vorteil in Form von Salutogenese und Sicherung der Wirtschaftlichkeit.

#### **4 Krankenschwestern und Krankenpfleger – eine exponierte Berufsgruppe**

Im vierten Kapitel wird der Fokus zuerst auf Berufe gelegt, in denen ein Burnout festgestellt werden konnte. Alsdann wird der Berufsstand der Krankenschwestern und Krankenpfleger fokussiert und erklärt, weshalb jene Berufsgruppe in dieser Untersuchung herangezogen wird. In 4.3 wird das Tätigkeitsprofil von Pflegenden vorgestellt. Anschließend wird aufgezeigt, welchen Belastungsarten Krankenschwestern und –pfleger ausgesetzt sind. Dies soll zu verstehen geben, weshalb diese Berufsgruppe Burnout-gefährdet ist. Daraufhin werden bisherige Forschungsergebnisse zu Burnout bei Krankenhauspflegepersonal artikuliert, um einen Einblick darüber zu erhalten, welche Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom stehen. Schließlich werden die Ergebnisse des vierten Kapitels zusammengefasst und Überlegungen für die eigene Forschungsarbeit herausgearbeitet.

##### **4.1 Burnout-betroffene Berufe**

Im Folgenden werden Berufsoberkategorien sowie Berufe vorgestellt, in denen das emotionale Erschöpfungssyndrom Burnout diagnostiziert werden konnte. Kleiber und Enzmann (1990, zitiert nach Burisch 2010) stellten diese Burnout-Berufsübersicht auf:

###### *Beratungsberufe*

- Anwälte, die vorwiegend in der öffentlichen Rechtsberatung beschäftigt sind
- Berater von Organisationen sowie Trainer,
- Beschäftigte von Beratungsstellen,
- Schulpsychologen,
- Studentenberater.

###### *Dienstleistungsberufe*

- Apotheker,
- Bestatter,
- Bibliothekare,
- Hauswirtschaftsleiterinnen,
- Krankenhaus-Apotheker,
- Stewardessen.

### *Hoheitsdienste*

- Fluglotsen,
- Gefängnispersonal,
- Polizisten,
- Richter.

### *Medienberufe*

- Journalisten,
- Reporter.

### *Medizinische Versorgung*

- Ärzte und Zahnärzte,
- Hebammen,
- medizinisch-technische Assistentinnen,
- Zahnarthelferinnen.

### *Nichtmedizinische Therapie*

- Beschäftigungstherapeuten,
- Psychoanalytiker,
- Psychotherapeuten,
- Sprach- und Stimmtherapeuten.

### *Pflege*

- Altenpflegerinnen,
- Eltern und Therapeuten autistischer Kinder,
- Gemeindeschwestern,
- Krankenschwestern
- Oberschwester
- Pflegepersonal geistig behinderter Erwachsener

### *Privatleben*

- (Ehe-) Partner,
- Eltern.

### *Rettungspersonal*

- Feuerwehrleute,
- Sanitäter.

### *Seelsorge*

- Missionare,
- Pfarrer und Priester,
- Rabbis.

### *Sozialarbeit im weiteren Sinne*

- Bewährungshelfer,
- Drogenberater,
- Fürsorger,
- „Hauseltern“ in Kinderdörfern,
- Jugendfürsorger,
- Sozialarbeiter.

### *Unterricht und Lehre*

- Erwachsenenbildner,
- Erzieher,
- Hochschullehrer,
- Lehrer,
- Sporttrainer

### *Verwaltung*

- Leiter von Schulen, Hochschulen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen,
- Verwaltungsbeamte.

### *Wirtschaft*

- Kreditsachbearbeiter,
- Kundendienstmitarbeiter,
- Manager,
- Sekretärinnen,
- Versicherungspersonal.

### *Sonstiges*

- Arbeitslose,
- Ingenieure,
- Musikstudenten,
- Sozialforscher,
- Studenten.

Anhand der dargestellten Berufsgruppen kann man erkennen, dass die meisten Berufe helfende Berufe sind. Diese enthalten dabei nicht nur fachliche, sondern auch emotionale Zuwendung, wie bspw. Versorgen, Beraten, Anleiten, Heilen und Schützen. Weiterhin ist zu bemerken, dass sich die meisten Arbeiten mit den Berufen „Lehrer“ und „Krankenschwestern“ beschäftigen (vgl. Burisch 2010, S.24). Dies deutet bereits schon an, dass das Thema Burnout bei Lehrern und Krankenschwestern von Bedeutung ist. Die vorliegende Arbeit wird sich auf eines dieser beiden stark exponierten Berufsgruppen konzentrieren, nämlich auf Burnout bei Krankenschwestern und –pflegern. Im Folgenden wird die Relevanz dieser Thematik beleuchtet.

## **4.2 Krankenschwestern und Krankenpfleger**

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, dass sozial helfende Berufe in Bezug auf eine Burnout-Entstehung eine hohe Vulnerabilität besitzen. Die Burnout-Erklärungsansätze postulieren – wie oben bereits beschrieben – sehr diverse Ursachen-Modelle. Unter anderem wird die Helfer-Klienten-Beziehung als kausal betrachtet. Zweifellos spielt diese bei Krankenschwestern und –pflegern in der hektischen, verantwortungsvollen und stressbehafteten Krankenhauskultur eine besonders tragende Rolle, denn Schröck (1988) beschreibt Pflege als „intimste Dienstleistung sowohl im physischen wie im emotionalen Sinn, die ein Erwachsener von einem anderen Menschen annehmen kann“ (Schröck 1988, S.87). Die Gestaltung der Patienten-Beziehung stellt also für Pflegenden eine besondere Herausforderung dar (vgl. Pohlmann 2006, S.157).



#### **4.2.1 Gesellschaftliche und betriebliche Ursachen des Wandels der Belastung bei der Pflegearbeit**

Ist die Helfer-Klienten-Beziehung dysfunktional, so kann dies zu Burnout führen. Viele Faktoren können dabei die Helfer-Klienten-Beziehung stören und erschweren. Mergner (1990) erläutert in seiner Arbeit, dass gesellschaftliche und betriebliche Wandlungsprozesse die Belastungen von Krankenschwestern und –pflegern stark erhöhten. Zugleich wurde wenig unternommen, um diese Mehrbelastungen so abzufangen, dass Krankenschwestern und –pfleger nicht überfordert werden. Im Folgenden werden die vielfältigen gesellschaftlichen und betrieblichen Änderungen vorgestellt, um die zunehmende Gefährdung der Arbeitenden im Pflegesektor und damit die Brisanz des Themas „Burnout bei Krankenschwestern und –pflegern“ zu verdeutlichen.

Zunächst stellte Mergner (1990) fünf verschiedene *gesellschaftliche Wandlungsprozesse* fest, die die Aufgabenstruktur und die Möglichkeiten der Aufgabenerfüllung des Krankenhauses und damit auch der Pflegenden beeinflussen:

1. *Demographische Entwicklungen.* Der ältere Anteil der Bevölkerung ist gestiegen. Dementsprechend hat sich die Anzahl an multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen und damit auch der Umfang an notwendigen Pflegeleistungen erhöht. Zugleich ging die Geburtenrate zurück, sodass nicht ausreichend neue Rekrutierungen unternommen werden können (vgl. Bäcker 1987, S.5ff.).
2. *Veränderungen der Familien- und Erwerbsstruktur.* Durch die Zunahme von Einpersonenhaushalten und die Trennung von Familienzusammenhängen durch die regionale berufliche Mobilität werden die ehemals stärkeren „privaten sozialen Netzwerke“ aufgelockert, und die Pflege von Familienangehörigen verstärkt auf das Krankenhaus ausverlagert. Dies stellt eine weitere Ursache für die Erhöhung des Pflegebedarfs in Krankenhäusern dar (vgl. Bäcker 1987, S.6).
3. *Veränderungen des Krankheitspanoramas und des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit.* Die Anzahl der chronisch-degenerativen Erkrankungen nahm zu. Außerdem entwickelten sich neue infektiöse Erkrankungen. Aufgrund neuer Techniken und Methoden gibt es sowohl mehr Rehabilitationsmöglichkeiten und –bemühungen, als auch mehr Möglichkeiten in der Notfallmedizin. Das Nutzen neuer Möglichkeiten muss ebenfalls von Krankenschwestern und –pflegern geschultert werden. Weiterhin geht der Trend dahin, dass Sterben nicht mehr zu Hause erfolgt, sondern verstärkt ins Krankenhaus verlegt wird.

4. *Veränderungen im medizinischen System der Bewältigung von Krankheiten.* Die Entwicklung der diagnostischen Technik und die Verbesserung der medizinischen Heil- und Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medizintechnik, Hochleistungs- und Intensivmedizin) ließen ebenfalls die Anforderungen an das Pflegepersonal steigen. Bei der Bewältigung der Krankheiten haben außerdem die Verwaltung der Patienten und die grundpflegerischen und diagnosebezogenen Tätigkeiten an Bedeutung gewonnen, die sich ebenfalls in einer Belastungssteigerung bemerkbar machen (vgl. Bruckenberger 1989, S.49).
5. *Strukturwandel der Krankenhäuser.* Bruckenbergers (1989) Zahlen zeigen, dass die Größe der Krankenhäuser zugenommen hat (z.B. durch Erhöhung der Bettenanzahl je Krankenhaus). Mergner (1990) sieht darin als Konsequenz, dass sich der „durchschnittliche“ arbeitsrechtliche Status dadurch verschlechtert. Durch die Arbeitsteilung sind auch neue Berufe entstanden (z.B. Krankengymnast/in) mit den entsprechenden unterschiedlichen Belastungsarten. Stationspfleger sind z.B. durch ihren spezifischen Beruf besonderen Belastungen ausgesetzt (hohe körperliche Belastung, hohe Intensität und Variabilität der Arbeitsanforderungen, Schichtarbeit).

Als nächstes sind die *ökonomischen Rahmenbedingungen* zu erläutern. Diese werden fast ausschließlich im Zeichen der „Kostenexplosion“ diskutiert (vgl. Kühn 1988). Hierbei tritt ein verstärktes Kostenbewusstsein in den Vordergrund, welches Kostendämpfungs- und Rationalisierungsmaßnahmen zur Folge hat. Da Personalkosten die größten Kosten darstellen, konzentriert man sich darauf, an ihnen zu sparen. Krankenschwestern und -pfleger bekommen dies als „schwächste Glieder“ dementsprechend am stärksten zu spüren (vgl. Bäcker 1987, S.19). Konsequenz der Rationalisierungsmaßnahmen ist Personalmangel mit der damit verbundenen Verdichtung der Anforderungen (vgl. Peretzki-Leid 1986).

Ferner gab es *Veränderungen in der betrieblichen Organisation und in der Ausgestaltung der Pflegetätigkeit*. Wie in vielen Organisationen hat der *technologische Fortschritt* auch in Krankenhäusern Einzug gefunden. Die Technologisierung hat jedoch nicht die Belastungen der Arbeitenden verringert, wie es in weiten Bereichen der Industrie als Reduktion körperlicher Schwerarbeit der Fall war, sondern eher verstärkt. Als Beispiel nennt Mergner (1990) die verlängerten Transportwege, die auf die räumliche Separierung der Diagnosetechnik zurückzuführen sind, und die technischen Kontroll- und Überwachungsfunktionen, die zusätzlich von den Krankenschwestern und -pflegern bedient werden müssen. Hinzu kommt der Einsatz *elektronischer Datenverarbeitung* als

Organisationstechnologie (EDV) (vgl. Bäcker 1987). Stahl (1988) hat bei dem Einsatz von EDV zweierlei Bedenken. Zum einen entstehen für die Pflegenden neue Anforderungen. Zum anderen, und darin sieht Stahl das schwerwiegendere Problem, erzwingt der Einsatz von EDV eine Standardisierung der Pflege. Dies wiederum hätte einen Trend zur Funktionspflege, eine Verstärkung des rein naturwissenschaftlich-technischen Krankheitsverständnisses und eine Beeinträchtigung der Kommunikation der Pflegenden mit den Patienten zur Folge. Ersteres steht jedoch im Widerspruch zu Travelbee's (1971) Ansicht, dass Krankenpflege eine „Mensch-zu-Mensch-Beziehung“ ist, die verdeutlicht, dass diese Profession keine standardisierte Arbeitstätigkeit ist. Der Patient und auch der Pflegende sind beide Individuen, die sich gegenseitig beeinflussen und sich gegenseitig zu verstehen suchen. Dies kann jedoch nur funktionieren, wenn sich der Pflegende nicht hinter der Rolle einer Schwester oder eines Pflegers versteckt (vgl. Winkler 1996), sondern sich als Mensch in die Beziehung einbringt. Letzteres, nämlich die beeinträchtigte Kommunikation, stört die Helfer-Klienten-Beziehung, kann die Salutogenese des Patienten behindern und ein Unzufriedenheitserleben seitens eines altruistisch-orientierten Helfers hervorrufen.

Weiterhin vollzog sich ein *Wandel in den sozialen Ansprüchen und Wertvorstellungen* sowohl der Patienten als auch der Pflegenden.

*Patienten* haben ihre Ansprüche an den stationären Aufenthalt, die Behandlung und Pflege erhöht (vgl. Gerhards 1988). Zudem scheinen die Patienten gegenüber Ärzten und medizinischem Handeln kritischer zu werden. Diese zunehmende kritische Haltung könnte sich auch gegenüber der Pflege auswirken und sozial-emotionale Belastungen zur Folge haben. Außerdem haben sich die Erwartungen bezüglich des Komforts im Krankenhaus und des Behandlungsergebnisses erhöht, welche den Druck auf die Pflegenden erhöhen. Da Ein- und Zweibettzimmer die Drei- und Vierbettzimmer stark verdrängt haben, vergrößern sich die zurückzulegenden Wege, erschweren sich die Überwachungsbedingungen und vermindern sich die gegenseitigen Hilfeleistungen der Patienten letztendlich auf Kosten der Pflegenden. Und dies alles ohne Schuld der Pflegekräfte, die jedoch dadurch erhöhte Unzufriedenheit erleben müssen.

Bedeutend sind ferner die veränderten Ansprüche *der Pflegenden* an ihre Arbeit. Pflege wird gerne mit „selbstlosem Dienen“ assoziiert (vgl. Mergner 1990). Besonders von Frauen wird erwartet, dass sie erstens ein sorgetragendes und pflegendes Individuum verkörpern, zweitens professionell agieren und drittens einen untergeordneten Part in der organisationalen Struktur einnehmen (vgl. Chambliss 1996, S.62). Jedoch nimmt die Bereitschaft zur „Selbstlosigkeit“ bei der Pflege ab. Mergner (1990) sieht hierfür mehrere

Gründe als ursächlich an: Zum einen die abnehmende Bedeutung von Pflegeorden und Schwesternorden, welche von religiösen Motiven (z.B. „Dienst am Nächsten“) getrieben wurden; zum anderen die Emanzipationsbewegung, welche anprangert, dass eine Krankenschwester aufopferungsvoll, emphatisch und mütterlich zu Werke gehen solle, nur weil man diesen Beruf mit klassischen Fraueneigenschaften assoziiert und daher „frauliche“ Handlungsweisen von diesem Beruf verlangt werden (vgl. Ostner, Beck-Gernsheim 1979); schließlich änderten sich die Zumutbarkeitsnormen, also die Vorstellung davon, was an Belastung als sozial zumutbar gilt (vgl. Albrecht, Engelke 1980). Die „besondere Zuwendung“ bleibt zwar Merkmal des Pflegeberufes, „Aufopferung“ und „Selbstlosigkeit“, also Belastungen, die noch vor Jahren als normal hingenommen wurden, gelten jedoch mittlerweile nicht mehr als sozial zumutbar. Schließlich ist noch zu betonen, dass sich die Pflegenden mehr Selbst- und Mitbestimmung in der Arbeit wünschen (vgl. Gerhards 1988). Da die steigenden Anforderungen an den pflegenden Beruf dem Wunsch nach Selbst- und Mitbestimmung in der Arbeit entgegenwirken, wird die Unzufriedenheit der Pflegenden weiter verschärft.

#### **4.2.2 Konsequenzen der Wandlungsprozesse**

4.2.1 behandelte den Wandel der Belastungen des Pflegeberufs. Anhand der Ausführungen konnte man erkennen, dass neue Belastungen nicht die alten Belastungen ersetzen, sondern dass zu den „alten Belastungen“ neue Belastungen hinzukamen. Die Wandlungsprozesse seitens der Krankenhausstruktur, der Patienten und schließlich der Pflegenden sind sehr vielfältig und ergeben zusammen eine enorme, zusätzliche Steigerung der Belastungen der Krankenschwestern und –pfleger. Im Folgenden wird nach Mergner (1990) kurz erklärt, in welche weitere Überforderungen die Wandlungsprozesse münden.

- Neuentstehung *körperlicher Überforderung* z.B. durch vermehrtes Heben und Tragen (gestiegene Anzahl der Krankenhausbesucher) und durch größer zurückzulegende Wege.
- *Kognitive Überforderung*, z.B. durch neuartige und verstärkte Kontroll- und Überwachungsaufgaben, durch das oft gleichzeitige Erfüllen verschiedener, oft anspruchsvoller und verantwortungsvoller Aufgaben in sehr kurzer Zeit.
- *Emotionale Überforderung*, z.B. durch erhöht zu leistende Gefühlsarbeit aufgrund der gestiegenen Patientenanzahl. Nicht nur der Kontakt zu den Patienten muss emotional verarbeitet werden, sondern auch alle Aspekte der Arbeits- und

Beschäftigungsbedingungen (z.B. Kooperations- und Kommunikationsbeziehungen zu Ärzten und Kollegen, arbeitsvertragliche Regelungen und Interessensvertretung). Dies wird durch den erhöhten Arbeitsdruck ebenfalls erschwert.

- *Soziale Überforderung*, z.B. wenn Arbeitszeit- und Pausenregelungen oder Weiterbildungsmöglichkeiten nicht mit den sozialen Ansprüchen an Beruf, Familie und Freizeit in Einklang gebracht werden können.

Die obigen Ausführungen zeigen, dass aufgrund der verschiedenen Wandlungsprozesse der Pflegeberuf in körperlicher, kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht deutlich herausfordernder geworden ist. Zugleich wurde jedoch – wie schon erwähnt – wenig unternommen, den Mehrbelastungen entgegenzuwirken. Wird weiterhin der Ernst dieser Problematik zu wenig beachtet, so könnte eine erhöhte Burnout-Rate unter den Pflegenden die Folge sein. Dies würde wiederum zu Personalmangel aufgrund krankheitsbedingten Personalausfalls und damit auch zu einer Unterversorgung der Patienten im Krankenhaus führen. Eine Konsequenz, die letztendlich nicht zu verantworten wäre und daher verhindert werden sollte.

Wie dem entgegengewirkt werden kann, soll in dieser Arbeit herauskristallisiert werden. Um die Burnout-förderlichen Probleme aufzudecken, damit dann gezielte Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können, ist ein möglichst genaues Bild der *konkreten* Belastungsfaktoren der Pflegenden zu erstellen. Bevor darauf eingegangen wird, werden im Folgenden die Begriffe „Pflege“ und „Krankenschwester“ bzw. „Krankenpfleger“ definiert, sowie ein allgemeines Tätigkeitsprofil eines Pflegenden aufgezeigt, um sich ein Bild dieses Berufs machen zu können, der in dieser Arbeit bzgl. Burnout untersucht werden soll. Die Definitionen und das allgemeine Tätigkeitsprofil geben auch bereits einen groben Einblick in die berufsbezogenen Belastungen von Pflegenden.

### **4.3 Tätigkeitsprofil**

Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat in Anlehnung an den „International Council of Nurses (ICN)“ die Begrifflichkeit *Pflege* wie folgt definiert:

„Die professionelle Pflege durch einen Krankenpfleger umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder

Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Darüber hinaus schließt Pflege die Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung sowie die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen mit ein. Als weitere pflegerische Schlüsselaufgaben zählen Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Partizipation in der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswesens“ (vgl. DBfK; zit. nach ICN).

Der Begriff *Krankenschwester/ Krankenpfleger* lässt sich folgendermaßen skizzieren: Nach dem Krankenpflegegesetz ist unter der Berufsbezeichnung Krankenschwester eine gelernte Pflegefachkraft zu verstehen, die eine geregelte und abgeschlossene dreijährige Ausbildung absolviert hat. Das männliche Pendant zur Krankenschwester lautet Krankenpfleger. Zu den Aufgabenbereichen einer Krankenschwester/ eines Krankenpflegers gehören die sach- und fachkundige Patientenpflege, die Durchführung und Überwachung ärztlicher Verordnungen, die Assistenz und Nachbereitung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die Einleitung lebensnotwendiger Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes, das Anleiten zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sowie die Erledigung von Verwaltungsaufgaben, die im Zusammenhang mit der Patientenpflege stehen. Krankenschwestern und Krankenpfleger können nach ihrer dreijährigen Ausbildung eine Spezialisierung in einem bestimmten Fachgebiet im Rahmen einer Weiterbildung erlangen (z.B. Fachkrankenschwester für Anästhesie, Intensivpflege oder psychiatrische Pflege) (vgl. Medizin-Lexikon).

Das Deutsche Krankenhausinstitut ermittelte das allgemeine Tätigkeitsprofil eines Pflegenden und unterteilte die Aufgaben in folgende fünf bzw. sechs Kategorien: *Behandlungspflege, Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung und Lagerung und weitere Tätigkeiten* (vgl. Offermanns, Bergmann 2010, S.21).

*Behandlungspflege.* Das Pflegepersonal ist verpflichtet, den ärztlich angeordneten Maßnahmen der Diagnostik und Therapie Folge zu leisten. Solche Anordnungen werden schriftlich erteilt und beinhalten Aufgaben wie Blutentnahmen, Stellen und Verabreichen von Infusionen und von Medikamenten oder Injektionen, Wechseln von Verbänden und andere medizinische Vorgänge. Zudem müssen Krankenschwestern und -pfleger überprüfen, ob durch die Wirkung der Medikamente und Infusionen das zusätzliche Tätigwerden des Arztes notwendig ist (vgl. Dettmeyer 2001, S.453; zit. nach Steinhöfel 2014).

*Körperpflege.* „Unter der Körperpflege werden sämtliche Handlungen verstanden, die sich mit der Pflege der Haut, der Hautanhangsgebilde (Haare und Nägel) sowie der Mund-

und Zahnpflege befassen. Das Ziel ist durch die hygienischen Maßnahmen Krankheiten zu vermeiden und die Gesundheit und das Wohlbefinden des Patienten zu steigern“ (Steinhöfel 2014, S.17). Zu den Tätigkeiten der Pflege zählen: Vor- und Nachbereiten der Utensilien zur Körperpflege, Unterstützung des Patienten bei Ganzkörperwaschung im Bett, Hilfe bei Körperwaschung am Waschbecken, Waschschüssel/Pflegeutensilien an das Bett stellen, Fuß/Arm- oder Fingerband, Haarpflege, Gesichtsrasur und Mundhygiene/Prothesenpflege (vgl. Offermanns, Bergmann 2010, S.27ff.).

*Ernährung.* Das Pflegepersonal hat bei der Ernährung die Aufgabe dem Patienten Nahrung und Flüssigkeit nach Wunsch und Bedarf zuzuführen. Dazu gehören folgende Tätigkeiten: Speise- und Getränkeangebot aufzeigen, Erfassen der Essenwünsche des Patienten, Erfassen von Spezialkosten und Diät, Essen austeilen, Patientenplatz zum Essen vorbereiten, Geschirr abräumen, Getränke verteilen, Verabreichung von Getränken, Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme bereitstellen, Essen „mundgerecht“ verabreichen“, Unterstützung beim Trinken, Informationsweitergabe über Essen- und Trinkverhalten (vgl. Offermanns, Bergmann 2010, S.33ff.). Zudem hat das Pflegepersonal die Aufgabe, die Patienten in eine Position zu bringen, in der eine gute Nahrungsaufnahme möglich ist. Ziel ist außerdem, den Patienten soweit wie möglich zur selbständigen Nahrungsaufnahme zu aktivieren (vgl. Steinhöfel 2014, S.17).

*Ausscheidung.* „Als Ausscheidung wird, medizinisch und biologisch, die Abgabe von Stoffen vom Körperinneren an die Körperoberfläche definiert. Diese sind diverse Vorgänge des Stoffwechsels, auch Exkretion genannt, mit dabei entstehenden Produkten wie Kot und Urin“ (Steinhöfel 2014, S.18). Kann ein Patient seine Ausscheidungen nicht kontrollieren, oder ist er nicht in der Lage seine Ausscheidungen kontrolliert zu entsorgen (z.B. durch Toilettengang), so bedarf es an Hilfe durch das Pflegepersonal. Aufgrund dieser Fälle müssen die Pflegenden folgende Aufgaben erledigen: Bereitstellung/Anreichen/Entsorgung/Entleeren der Ausscheidungsutensilien, Hilfestellung bei Anwendung der Utensilien, Wechsel von Inkontinenz-Hilfsmitteln, Begleitung zur Toilette bei mobilen Patienten, Patientenreinigung, Unterstützung der Ausscheidungen, Aktivieren zur Ausscheidung, Pflegen und Nachbereiten bei Ausscheidungen (vgl. Offermanns, Bergmann 2010, S.41ff.)

*Bewegung und Lagerung.* „Die Lagerung bedeutet in der Krankenpflege, einen zumeist immobilen Patienten in eine bestimmte Lage zu bringen, um Folgeschäden von Bettlägerigkeit und Immobilität, wie z.B. Dekubitus, zu vermeiden“ (Steinhöfel 2014, S.18). Aufgaben hierzu lauten: Einweisung des Patienten im Umgang mit Patientenbetten, Bettenmachen, Mobilisationshilfe ohne Bewegungseinschränkung, Unterstützung des

Patienten beim Verlassen des Betts, Unterstützung des Patienten beim An- und Auskleiden ohne Bewegungseinschränkung, Aktivieren zum Ankleiden (vgl. Offermanns, Bergmann 2010, S.45ff.).

*Weitere Tätigkeiten.* Schließlich gibt es noch einige weitere Tätigkeiten, die sich nicht den vorherigen Kategorien zuteilen lassen, aber ebenfalls Bestandteil der Pfl egetätigkeit sind: Ab- und Aufrüsten der Patientenplätze, Pflegewagen aufrüsten und reinigen, Beschriftung der Patientenzimmer, Erfassung der Personalien des Patienten bei der Aufnahme, Austeilen von Fragebögen, Vorstellung des Patientenzimmers, Erklären der Klingel/Rufanlage, Telefon, Information des Patienten über Stationsablauf, Hilfestellung beim Koffer aus-/einpacken, Mitbetreuung von Begleitpersonen, Entsorgung des pflegerischen Sachbedarfs aus dem Umfeld des Patientenplatzes, Weiterleitung von Telefonanrufen, Aufräumen/Aufrüsten von Stationsküche, Schmutzraum, Patientenbad, Patientenakte abheften, Instrumentenaufbereitung, Botengänge (vgl. Offermanns, Bergmann 2010, S.48-56).

In der vorliegenden Untersuchung werden ausschließlich Krankenschwestern und Krankenpfleger befragt, die in bayerischen Krankenhäusern ihrer pflegerischen Profession nachgehen. Demnach werden also Krankenschwestern und -pfleger, die z.B. in niedergelassenen Arztpraxen oder in Altenheimen agieren, in dieser Erhebung nicht berücksichtigt. Denn allein die Fokussierung auf Krankenhäuser bringt bereits eine gewisse Komplexität mit sich, da es in Kliniken viele unterschiedliche Fachabteilungen gibt, in welchen das Burnout-Betroffenheitsniveau durchaus variieren kann. Folgende Übersicht illustriert, welche unterschiedlichen Fachabteilungen in einem Krankenhaus vorhanden sein können.

- Akutgeriatrie/Remobilisation,
- Anästhesiologie und Intensivmedizin,
- Augenheilkunde,
- Chirurgie,
- Dermatologie,
- Gynäkologie und Geburtshilfe,
- Innere Medizin,
- Hals-,Nasen-und Ohrenheilkunde,
- Kinder-und Jugendchirurgie,
- Kinder-und Jugendheilkunde,



- Kinder-und Jugendpsychiatrie,
- Mund-,Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Neurochirurgie,
- Neurologie,
- Nuklearmedizin,
- Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
- Palliativmedizin,
- Plastische Chirurgie,
- Psychosomatik,
- Psychiatrie,
- Pneumologie,
- Strahlentherapie-Radioonkologie,
- Unfallchirurgie,
- Urologie,
- Zahn-,Mund-und Kieferheilkunde (vgl. Krankenhausabteilungen).

#### **4.4 Belastungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern**

Im obigen allgemeinen Tätigkeitsprofil sind einige Aufgaben enthalten, die erahnen lassen, welchen Belastungen das Pflegepersonal ausgesetzt ist. Das allgemeine Tätigkeitsprofil lässt hauptsächlich nur Vermutung auf physische Belastungen zu. Neben den physischen Belastungen gibt es aber noch psychische und soziale Belastungen, die ebenfalls nicht zu vernachlässigen sind. Nachfolgend werden die physischen, psychischen und sozialen Belastungen von Krankenschwestern und –pflegern aufgezeigt, da sie, wenn sie starke Beanspruchungen hervorrufen, auch zu Burnout führen können.

##### **4.4.1 Physische Belastungen**

Physische Belastungen stellen eine Gefahrenquelle dar, da sie sowohl negative physische als auch psychische Beanspruchungen nach sich ziehen können (vgl. Steinhöfel 2014, S.25, Killmer 1999, S.94). Aus diesem Grund werden im Folgenden physische Belastungen betrachtet, denen Pfleger im Krankenhaus ausgesetzt sind. Betrachtet man die Belastungen von Pflegern, die in der Literatur beschrieben werden, so kann man feststellen, dass sie sich in

Belastungen durch *körperliches Arbeiten*, durch die *Arbeitsumgebung*, durch *Verletzungen und Infektionen* und *unzureichende Pausen und Schichtdienst* unterteilen lassen.

*Belastungen durch körperliches Arbeiten.* Wie der Name „Pfleger“ bereits andeutet, geht es beim Beruf „Krankenschwester“ bzw. „Krankenpfleger“ darum, kranke Menschen zu pflegen. Körperlich belastend bei dieser Aufgabe sind dabei die Körperpflege und die Mobilisation des Patienten, denn dabei kommen Arbeitsbewegungen wie z.B. Heben, Tragen, Umlagern und Waschen zum Einsatz. Oft ist der Patient schwerer als der Pflegenden selbst, und zudem müssen diese Arbeiten in gebückter und/oder auch kniender Haltung ausgeführt werden. Auch müssen die Pflegenden viel stehen und weite Wege zurücklegen um zu den verschiedenen Patientenzimmern gelangen zu können. Weitere mühsame Tätigkeiten sind das Bettenbeziehen und der Transport von schweren Arbeitsmitteln wie Spezialmatratzen oder Lagerungshilfsmittel. (vgl. Schatz 2010, S.13f.). Durch die Pflegetätigkeit kann es bei Krankenschwestern und -pflegern zu physischen Folgeschäden kommen. Die „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV) listet drei der wichtigsten Folgeschäden auf, die das Pflegepersonal ereilen können:

1. Rücken-, Knie- oder Schulterbeschwerden durch das Lagern und Betten oder bei der Unterstützung beim Aufstehen, Hinsetzen oder Hinlegen des Pflegebedürftigen.
2. Hautschädigungen durch die Arbeit im feuchten Milieu, z.B. beim Waschen des Pflegebedürftigen, bei Reinigungsarbeiten oder Desinfektionsmaßnahmen.
3. Infektionsgefahren durch ansteckende Erkrankungen, an denen Patienten leiden, wie z.B. MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus), Tuberkulose, Durchfallerkrankungen und Hepatitis B, wodurch auch u.U. Todesfälle eintreten können (zit. nach Glaser, Höge 2005, S.69).

*Belastungen durch die Arbeitsumgebung.* Zu den Belastungen durch die Arbeitsumgebung nach Drumm (2008) gehören Lärm, Klima, Staub, Gase, Licht bzw. Strahlungen (vgl. Drumm 2008, S.124). Krankenschwestern und -pfleger sind all diesen Belastungen ausgesetzt. Lärm erfährt man z.B. in der Gynäkologie (Geschrei der Säuglinge und der gebärenden Mütter), besonders aber auf der Intensivstation, da dort viele technische Geräte Lärm verursachen. Ein weiterer Faktor ist das Klima im Krankenhaus, welches sich durch ungünstige Lufttemperatur, Luftfeuchtigkeit und Luftbewegung belastend auswirken kann. Gesundheitsschäden können durch chemische und physikalische Stoffe in Form von Dampf, Staub, Gas und Flüssigkeiten hervorgerufen werden (vgl. Schatz 2010, S.14). Belastungen durch Strahlen erfährt man beispielsweise in der Radiologie (vgl. Glaser, Höge 2005, S.7).

*Belastungen durch Verletzungen und Infektionen.* Durch den Kontakt mit kranken Menschen besteht generell eine Infektionsgefahr für Krankenpfleger. Die Krankheitserreger der Patienten können z.B. durch die Luft oder den Körperkontakt an die Pflegenden übertragen werden. Wenn sich Krankenpfleger bei ihrer Tätigkeit Verletzungen wie z.B. Stiche und Schnitte zuziehen, können durch die Wunden ebenfalls Krankheitserreger übertragen werden (vgl. Glaser, Höge 2005, S.7).

*Belastungen durch unzureichende Pausen und Schichtdienst.* Wie später erläutert wird, haben Krankenschwestern und -pfleger bei zu hohem Arbeitsumfang nicht genug Pausen. Folglich fehlt es dann an Ruhephasen, in denen sich der Körper entspannen kann. Mangelt es an regelmäßigen Entspannungsmöglichkeiten, so fallen weitere körperliche Belastungen schwerer ins Gewicht. Auch kann es vorkommen, dass Mahlzeiten nicht eingenommen werden, da geplante Pausen nicht eingehalten werden können, oder dass Mahlzeiten sehr schnell eingenommen werden müssen. Beides kann zu Bauchschmerzen und Unwohlsein führen (vgl. Schatz 2010, S.14f.). Die meisten Pflegenden müssen auch Nachtdienste leisten. Der Wechsel zwischen Nacht- und Tagesdiensten stört die 24-Stunden-Rhythmik und führt zu Veränderungen der Schlafenszeiten. Daraus ergibt sich als physische Belastung Müdigkeit bzw. Übermüdung (vgl. Hirsch 1983, S.123; zit. nach Schatz 2010, S.9).

#### **4.4.2 Psychische Belastungen**

Psychische Belastungen werden nach der Europäischen Norm EN ISO 10075-1 („Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastungen“) als die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken, definiert. Dabei können diese sowohl positive als auch negative Einflüsse haben. Im positiven Fall fördern sie die Gesundheit und die fachliche Kompetenz, im negativen Fall hingegen beeinträchtigen sie die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Individuums. Je nachdem, wie die individuellen Ressourcen eines Menschen, das Arbeitsumfeld und die Art der Anforderungen gestaltet sind, können sie entweder gute oder schädliche Konsequenzen nach sich ziehen (vgl. Wenchel 2001; zit. nach Stoß 2010, S.21). Die Arten psychischer Belastungen im Pflegeberuf sind sehr vielfältig und werden im Folgenden aufgezeigt.

*Psychische Belastungen durch die Arbeitsstruktur und die Anforderungen durch das Tätigkeitsprofil.* Viele psychische Belastungen gehen aus der Arbeitsstruktur und aus den Anforderungen durch das Tätigkeitsprofil hervor. Lohmann-Haislah (2012) beschreibt mit

kurzen prägnanten Worten den psychischen Belastungszustand von Pflegern: „viel gleichzeitig, schnell und auf Termin, immer wieder neu, aber auch oft das Gleiche“ (vgl. Lohmann-Haislah 2012, S.34f.). Damit verdeutlicht er, dass Pflegende häufig verschiedene Arbeiten gleichzeitig und schnell ausführen müssen, da sie einem starken Termindruck ausgesetzt sind. Pflegende müssen weiterhin immer auf unerwartete Situationen vorbereitet sein, die sehr unterschiedlich, herausfordernd und auch neuartig sein können. Im Gegenzug gibt es aber auch einige monotoniefördernde Routineaufgaben. Ein weiterer Teil der Arbeit sind Überwachungstätigkeiten. Hier wechseln sich kurze, arbeitsintensive mit länger andauernden, inaktiven Phasen ab. Einerseits können die teilweise lang andauernden inaktiven Phasen als eine Unterforderung empfunden werden, die wiederum psychisch belastend sind, andererseits kann sich die überwachende Pflegekraft in einem Daueranspannungszustand befinden, da sie stets abrufbereit sein muss (vgl. Hirsch 1983, S.123; zit. nach Schatz 2010, S.8). Eine starke psychische Belastung ergibt sich außerdem durch den großen Verantwortungs- und Entscheidungsdruck, denn Pflegende müssen nicht nur immer wieder in kurzer Zeit Entscheidungen treffen, sondern sie stehen auch unter dem Druck, die richtigen Entscheidungen zu treffen, da falsche Entscheidungen weitreichende Konsequenzen für das Wohlbefinden eines Patienten bedeuten können (vgl. Schlüter 1992, S.37; zit. nach Schatz 2010, S.8).

*Psychische Belastungen durch die Arbeitszeit.* Die Arbeitszeit ist nicht nur ein eigenständiger Belastungsfaktor, sondern sie hat auch Einfluss darauf, dass sich weitere Anforderungen als belastend auswirken (vgl. Herschbach 1991b). Belastungen durch die Arbeitszeit entstehen zum einen aus dem Umfang der Gesamtarbeitszeit, zum anderen aus der Arbeitszeitregelung (vgl. Herschbach 1991a, S.53). Je höher die Gesamtarbeitszeit, desto größer die Belastung. Aus diesem Grund sind Vollzeitbeschäftigte stärker belastet als Teilzeitbeschäftigte (vgl. Schlüter 1992, S.128). Von größerer Bedeutung ist die Arbeitszeitregelung. Zum einen arbeiten Pflegende im Schichtdienst (entweder im Zweischicht- oder Dreischichtwechseldienst, wobei zweiter auch Nachtdienst enthält). Leistet eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger an dem einen Tag Spätdienst und am folgenden Tag gleich Frühdienst, so ist dies dahingehend belastend, da die Erholungsphase zwischen den beiden Schichten sehr kurz ist (vgl. Herschbach 1991a, S.54). Nicht wenig Pflegende leisten auch Nachtdienste (5-10 % ausschließlich, 50 % regelmäßig), welche mindestens acht Stunden dauern. Die Lebensqualität leidet darunter erheblich, weil Nachtdienste dem sozialen und biologischen Rhythmus entgegenstehen (vgl. Escribà-Agüir 1992). Nachtdienste können

eine Herausforderung darstellen, da nachts in der Regel nur eine Pflegeperson die Verantwortung für alle Patienten trägt. Kommt es neben den nächtlichen Routinearbeiten zu Zwischen- und Notfällen, so können sich mehrere Belastungen kumulieren (vgl. Priester 1993, Grauwinkel et al. 1996). Nicht nur in der Nacht können geplante Ruhepausen unterbrochen werden oder ganz ausfallen, sondern auch am Tag. Dies zeigt eine Untersuchung von Baumann und Zell (1992), in der 31 % (15 %) der befragten Mitarbeitervertretungen und 12 % (3 %) der befragten Pflegedienstleitungen angaben, vorgesehene Pausen nur gelegentlich (nie) nehmen zu können (vgl. Baumann, Zell 1992). Zum regulären Dienst müssen häufig auch zusätzliche Bereitschaftsdienste und Überstunden geleistet werden (vgl. Bartholomeyczik 1993). Ein weiteres Merkmal des Pflegeberufs ist die Erbringung von Wochenend- und Feiertagsdiensten. Dies stört ebenso den Routinerhythmus.

*Psychische Belastungen durch den Arbeitsumfang.* Der Arbeitsumfang von Krankenschwestern und -pflegern hat im Laufe der Zeit, aufgrund des demographischen Wandels, den gestiegenen Ansprüchen der Patienten an die Pflegenden und durch die Verknappung des Pflegepersonals stark zugenommen (vgl. Meggeneder 1991). Folgerichtig leiden Pflegenden daher unter Zeitdruck. Trotzdem unterliegen sie der Sorgfaltspflicht. Die einzige Möglichkeit der Bewältigung dieser Tatsache ist hohe Konzentration bei zügigem Arbeiten (vgl. Siegrist 1978, S.90, S.93). Auch wenn sich Pflegenden bemühen, der Sorgfaltspflicht Rechnung zu tragen, schaffen sie es nicht immer. Schlüter (1992) fand in einer Untersuchung heraus, dass 57,2 % der befragten Pflegekräfte angaben, dass die sichere Versorgung der Patienten aufgrund des Zeitdrucks ernsthaft gefährdet sei (vgl. Schlüter 1992, S.91f., S.127). Ein häufig genannter Belastungsfaktor ist für Pflegenden, dass sie zu wenig Zeit für die Patienten haben. In einer Studie von Fuchs et al. (1987) stand diese Belastungsart sogar an erster Stelle (vgl. Fuchs et al. 1987). Der Fokus muss also auf Quantität anstatt auf Qualität gerichtet werden. Ein weiteres Hindernis, sich adäquat um Patienten kümmern zu können, ist das Erledigen pflegefremder Tätigkeiten - ein Belastungsfaktor, der ebenfalls immer wieder genannt wird (vgl. Baumann, Zell 1992, Henning, Kaluza 1995, S.123). Dazu gehören beispielsweise administrative und hauswirtschaftliche sowie ärztliche Tätigkeiten, die sich außerhalb ihres eigentlichen Tätigkeitsprofils befinden (vgl. Henning, Kaluza 1995, S.125). Der Anteil berufsfremder Arbeiten beläuft sich auf mindestens ein Fünftel der Gesamtarbeitszeit (vgl. Bartholomeyczik 1993).

*Psychische Belastungen durch Unterbrechungen des Arbeitsablaufs.* Es gibt einige Faktoren, die Pflegenden bei ihrer Arbeit unterbrechen. Zum einen wird der Arbeitsablauf immer wieder

dadurch gestört, dass sich Krankenschwestern und -pfleger an die Arbeit anderer Berufsgruppen ausrichten müssen (z.B. Ärzte, Stationsleitung). Wenn bspw. ein Arzt plötzlich Assistenzhilfe benötigt, so muss der Pflegende seine Arbeit unterbrechen, um die Anweisungen des Arztes ausführen zu können. Zum anderen wird es als stark belastend empfunden, immer wieder in persönliche Gespräche mit Patienten verwickelt und dadurch aufgehalten zu werden (vgl. Killmer 1999, S.97f.). Aufgrund unvorhersehbarer Zwischenfälle und ständig wechselnder Arbeitsanforderungen sind Unterbrechungen im Arbeitsablauf normal und nur selten können Aufgaben ohne Unterbrechungen zu Ende gebracht werden (vgl. Siegrist 1978, S.70, S.90, Henning, Kaluza 1995, S.113, Linhart 1995). Schließlich müssen Arbeiten aufgrund externer Anrufe (Telefon) ebenfalls regelmäßig unterbrochen werden. Das Klingeln des Telefons galt in manchen Studien sogar als stärkster Störfaktor (vgl. Ullrich 1987, S.109, Herschbach 1991a, S.87f., Linhart 1995). Dies sind alles Unterbrechungen durch Personen. Nach Büssing und Glaser (2001) gibt es aber auch noch Unterbrechungen durch Funktionsstörungen und durch Blockierungen. Zu den Unterbrechungen durch Funktionsstörungen zählen bspw. Unterbrechungen durch veraltete technische Ausstattung, durch Mängel an Ausstattung (z.B. Küche, Sanitärbereich) und durch nicht funktionierende Geräte und Hilfsmittel. Zu den Unterbrechungen durch Blockierungen gehören ferner Unterbrechungen durch nicht verfügbare Aufzüge, Arbeitsmittel, Hilfsmittel, Geräte und durch nicht rechtzeitig reparierte Mängel an Geräten und Hilfsmitteln (vgl. Büssing, Glaser 2001; zit. nach Füreder 2005, S.31).

*Psychische Belastungen durch Unklarheit, Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit.* Wie bereits erwähnt, müssen Krankenschwestern und -pfleger Aufgaben anderer Berufsgruppen erledigen, obwohl sie eigentlich nicht Bestandteil ihres Tätigkeitsprofils sind. Grund hierfür ist, dass die Tätigkeitsbereiche nicht eindeutig bzw. unklar definiert und von anderen Bereichen abgegrenzt sind (vgl. Killmer 1999, S.97). Studien von Herschbach (1991) und Ullrich (1987) geben an, dass 79 % der befragten Pflegepersonen uneindeutige Erwartungen bzgl. der Arbeitszuständigkeiten als belastend empfunden haben (vgl. Herschbach 1991a, S.87f., Ullrich 1987, S.109). Ein weiteres Problem ist die Unvorhersehbarkeit von Zwischenfällen. Folglich kann die pflegerische Tätigkeit nicht vollständig geplant werden (vgl. Breyman, Schahn 1992, S.55). Dieser Mangel an Kontrollierbarkeit stellt ebenfalls einen Stressor dar (vgl. Rani Rout 2000).

*Psychische Belastungen durch organisationale bzw. institutionelle Faktoren.* Die Struktur eines Krankenhauses ist hierarchisch aufgebaut. Dabei nehmen Pflegende den letzten Platz

ein. Daraus resultiert mangelnde Eigenständigkeit, was bereits erwähnt wurde. Damit verbunden ist die Unmöglichkeit, Arbeiten selbst zu gestalten oder Einfluss auf arbeitsplatzbezogene und betriebliche Entscheidungen zu nehmen (vgl. Schatz 2010, S.10). Weiterhin leidet die fachliche und soziale Anerkennung der Pflegenden bei den hierarchisch höher Gestellten. Diese geringe Wertschätzung wirkt sich ebenfalls belastend auf die Pflegekräfte aus. Durch die hierarchische Struktur wird auch der Kommunikationsfluss zwischen den Stufen erschwert. Folge davon sind Unsicherheiten und Konflikte zwischen den Mitarbeitern (vgl. Badura et al. 2010, S.120f.). Ein neuer Kurs vieler Organisationen und eben auch von Krankenhäusern sind befristete Arbeitsverträge und Zeitarbeit, die den Beschäftigten eine große berufliche Unsicherheit bringen und damit die psychische Belastung erhöhen. 34 % der Beschäftigten gaben daher im Jahr 2008 an, starke bis sehr starke Ängste um ihre berufliche Zukunft zu haben (vgl. Lohmann-Haislah 2012, S.61f.). Als Schlusslichter in der Hierarchie müssen sich Pflegende stets um Restriktionen bzgl. materieller Sicherungen, wie z.B. Gehalt, Sozialleistungen und Betriebsversorgung, Sorgen machen (vgl. Schatz 2010, S.10). Der geringe Lohn von Pflegenden ist folglich ein häufiger Grund für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf (vgl. Hasselhorn, 2005). Die geringe Belohnung wird von vielen als unangemessen angesehen. Killmer (1999), die eine umfassende Analyse von Belohnungs- und Anforderungsaspekten in der Krankenpflege durchführte, kam sogar zu dem Entschluss, dass es nur, [...] wenig andere Berufe (gibt), deren vielfältige, hohe Anforderungen so unangemessen belohnt werden“ (vgl. Killmer, 1999, S.112). Schließlich besteht die Vermutung, dass persönliche und berufliche Bedürfnisse der Mitarbeitenden im Krankenhaus hinter den wirtschaftlichen Interessen eines Krankenhauses zurückstehen (vgl. Badura et al. 2010, S.120). Ebenfalls aus wirtschaftlichen Gründen wird das Gesamtpflegepersonal gerne so stark wie möglich zurückgeschraubt. Diese Maßnahme fördert schließlich die sogenannte „Funktionspflege“, bei der die Patienten ohne persönlichen und emotionalen Kontakt maschinell abgefertigt werden. Eine Person definiert diesen Begriff in einer Befragung durch Büssing (1997) folgendermaßen: „Die Fließbandarbeit am Menschen. Mehr gibt es dazu eigentlich nicht zu sagen. So wie ich an zehn Autos zehn Radmuttern andrehen kann, kann ich natürlich auch an zwölf Patienten Blutdruck messen, das Inhaliergerät stellen, Betten machen, wie eine Maschine“ (Büssing 1997, S.57).

Auch wenn manche Krankenhäuser durch ihre Struktur die Pflegekräfte daran hindern, Kontakt mit den Patienten aufzunehmen, so ist es dennoch unmöglich, diesem komplett auszuweichen, da die Interaktion mit dem Patienten notwendig ist und auch oft vom Patienten

eingefordert wird. Aber die Pflegenden müssen nicht nur mit den Patienten sprechen und interagieren, sondern auch mit deren Angehörigen, sowie den Kollegen, Pflegedienstleitungen und Ärzten. Diese vielfältigen Interaktionen werden von Krankenschwestern und -pflegern als belastend erlebt. Dies geht z.B. aus einer Befragung von Buchardi hervor (1996), bei der das Pflegepersonal schätzte, dass seine Belastung zu 60 % auf Interaktionsstress zurückgehe. Im Folgenden wird beschrieben, welche belastenden Faktoren die Interaktion mit den verschiedenen Parteien mit sich bringt.

*Psychische Belastungen durch Interaktion mit Patienten.* Merkmal eines Patienten ist, dass er in irgendeiner Form leidet (Angst, Schmerzen). Daher spielt Mitleid bei Patienten eine große Rolle. Zum einen durch das Miterleben eines Krankheitsprozesses, für das der Pflegende tatsächlich Mitleid empfindet, zum anderen durch mitleidiges Trösten, welches aufgrund Zeitmangels stark erschwert wird, denn trösten unter Zeitdruck kann schlecht seine Wirkung entfalten. Beide Formen von Mitleid sind belastend und werden auch von Pflegenden als solches empfunden (vgl. Pröll, Streich 1984, S.69). Auch die Konfrontation mit dem Sterbeprozess und dem Tod hat dieselbe negative Wirkung. Am meisten davon betroffen sind Pflegende in der Intensivstation und in der Onkologie (vgl. Klapp 1985, Ullrich 1987). Mit dem Trösten verwandt ist die Gefühlsarbeit, ein zentraler Faktor, da sie laut Nestmann (1987) mehr als 50 % der gesamten Arbeitszeit beträgt (vgl. Nestmann 1987; zit. nach Overlander 1996, S.33). Dabei muss bei der patientenbezogenen Interaktion das eigene emotionale Befinden verleugnet werden, wenn es nicht den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten entspricht (vgl. Maslach 1982b; zit. nach Killmer 1999, S.100). Pflegende können dann eigene Gefühle nicht mehr wahrnehmen und gelangen aufgrund dieses Interaktionsstresses (vgl. Badura 1990; zit. nach Overlander 1996, S.39) in einen Dauerzustand emotionaler Überlastung, wie er z.B. für das Burnout-Syndrom typisch ist (vgl. Dunkel 1988). Herschbach (1991a) untersuchte in seiner Studie einen weiteren Belastungsfaktor: unbequeme Patienten. Unbequem sind Patienten, die vorwurfsvoll oder aggressiv sind, das Personal gegeneinander ausspielen, therapeutischen Vereinbarungen zuwiderhandeln oder wegen Kleinigkeiten klingeln (vgl. Herschbach 1991a, S.87f.; zit. nach Killmer 1999). Nicht zu missachten ist der Belastungsfaktor Ekel. Sowinski (1992) untersuchte mittels Tiefeninterviews, welche Arbeiten als besonders ekelierend empfunden werden. Dabei ist nicht der Umgang mit Kot und Urin so problematisch, sondern eher der mit eitrigen Wunden größeren Ausmaßes, mit Erbrochenem und Sputum bzw. Kotessen und -erbrechen (vgl. Sowinski 1992; zit. nach



Killmer 1999, S.100). Da solche Verrichtungen i.d.R. als herabwürdigend und peinlich empfunden werden, leidet das Selbstwertgefühl darunter (vgl. Killmer 1999, S.100).

*Psychische Belastungen durch Interaktion mit Angehörigen.* Auch die Interaktion mit den Angehörigen der Patienten ist belastend. Zum einen brauchen auch sie Trost und Mitleid, wenn bspw. eine schlimme Diagnose festgestellt wurde, der Patient stark leidet, oder dieser sogar stirbt. Zum anderen richten diese an das Pflegepersonal Wünsche und Bedürfnisse, die erfüllt werden müssen (vgl. Stoß 2010, S.32), sowie Fragen, die teilweise immer wieder beantwortet werden müssen (vgl. Schlüter 1992, S.40). Ähnlich wie Patienten können Angehörige unangenehm sein. Sie können dem Pflegepersonal bspw. Misstrauen entgegenbringen. Dies wirkt sich besonders negativ auf das Befinden von Pflegekräften aus (vgl. Herschbach 1991a, S.87f.). Schließlich, sollte etwas „schief“ gelaufen sein, sei es verschuldet oder unverschuldet, wird das Pflegepersonal von den Angehörigen mit Schuldzuweisungen konfrontiert (vgl. Schlüter 1992, S.40).

*Psychische Belastungen durch Zusammenarbeit mit Ärzten.* Ärzte haben die Macht der Weisungsbefugnis gegenüber Krankenschwestern und –pflegern. Nach Riedel und Steininger (1992) ist Fremdbestimmtheit ein Belastungsfaktor, der sich aus dem Machtvorteil ergibt, den Ärzte auf Pflegende ausüben (vgl. Riedel, Steininger 1992). Dabei delegieren Ärzte teilweise Aufgaben an Pflegende, die nicht rechtlich abgesichert sind, da z.B. nur ein Arzt gewisse Aufgaben am Patienten erledigend darf (vgl. Taubert 1992, S.31). Zusätzlich ist die Rechtslage bei Verweigerung delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten nicht eindeutig geklärt (vgl. Kampmann 1996). Verweigert also eine Krankenschwester die Arbeit, so besteht für sie die Gefahr, abgemahnt und fristlos gekündigt zu werden (vgl. Killmer 1999, S.102). Ärzte, die meinen, das Pflegepersonal müsse aufgrund seiner Definitionsmacht seine Arbeitsplanung nach ihren Bedürfnissen ausrichten, zeigen wenig Kooperationsbereitschaft gegenüber dem Pflegepersonal (vgl. Robert Bosch Stiftung 1987, S.27). Folge davon ist eine schlechte Abstimmung von ärztlichen und pflegerischen Arbeitsläufen. Krankenschwestern werden also durch diese Weisungsbefugnis gezwungen, stets „bei Bedarf“ ihre eigene Arbeit zu unterbrechen, und das auch in Zeiten extremen Arbeitsanfalls, um die Anweisungen des Arztes ausführen zu können. Ärzte haben somit einen starken Einfluss auf die Arbeitsstruktur des Pflegepersonals (vgl. Linhart 1995). Zeitraubend, und damit belastend, ist ferner der Umstand, dass Krankenschwestern und –pfleger Versäumnisse der Ärzte gegenüber Patienten ausgleichen müssen (vgl. Taubert 1992, S.26; zit. nach Killmer 1999). Klären Ärzte die Patienten nicht genügend über Diagnose und Prognose auf, so stellen Patienten Fragen an das

Pflegepersonal, die eigentlich den ärztlichen Bereich betreffen. Diese Zusatzaufgabe wird von fast allen Pflegenden als überdurchschnittlich belastend angesehen (vgl. Herschbach 1991a, S.88f.).

*Psychische Belastungen durch Zusammenarbeit mit Kollegen.* Aufgrund der Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit in der Pflege gilt, dass eine gute Beziehung zwischen den Kollegen für die Pflegequalität förderlich ist. Umgekehrt würden Störungen den Arbeitsablauf negativ beeinflussen (vgl. Faltermaier 1987, S.358f.). Killmer (1999) recherchierte, wie die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonalkollegen abläuft. Aufgrund zahlreicher Studien konnte sie feststellen, dass die Zusammenarbeit mit Kollegen im Großen und Ganzen gut ist und zufriedenstellend verläuft und zu den geringsten Belastungsfaktoren zählt (vgl. Killmer 1999, S.103f.). Dieses Ergebnis ist verwunderlich, da der Arbeitsumfang in der Pflege sehr groß ist, und i.d.R. das Arbeitsklima darunter leidet (vgl. Faltermaier 1987, S. 363). Es liegen aber auch Studien vor, in der die Befragten die Zusammenarbeit mit Kollegen als belastend einstufen (vgl. z.B. Güntert et al. 1989, Robert Bosch Stiftung 1987, Faltermaier 1987, S.358ff.). Auch Widmer (1988) und Schlüter (1992) schätzen Personalkonflikte – aufgrund ihrer eigenen Praxiserfahrungen mit Pflegepersonen – belastender ein, als es in den meisten Studien getan wird und relativieren die Aussagekraft der Fragebogenergebnisse (vgl. Widmer 1988, S.162, Schlüter 1992, S.102; zit. nach Killmer 1999, S.104). Eine qualitative Studie von Faltermaier (1987) konnte tatsächlich einige belastende Faktoren bei der Zusammenarbeit zwischen Kollegen feststellen: Die Zusammenarbeit wird bspw. durch unterschiedliche Qualitätsanforderungen an die Pflege und durch Mehrarbeit, welche von Kollegen verursacht wurde, belastet. Es konnten ferner Interaktionskonflikte zwischen Kollegen festgestellt werden. Schließlich gab es auch Cliquesbildungen mit dazugehörigem Konkurrenzverhalten, wie z.B. Intrigen (vgl. Faltermaier 1987, S.360; zit. nach Killmer 1999, S.104). Auch Schatz (2010) stellte teilweise Cliquesbildungen bei Krankenschwestern und –pflegern fest, sowie mangelnde Hilfsbereitschaft und Loyalität, die das Arbeitsklima sehr negativ beeinflussten. Auch sie betonte, dass in anderen Stationen die Zusammenarbeit sehr harmonisch war (vgl. Schatz 2010, S.11f.). Fazit ist also, dass die Kooperation zwischen Kollegen im Pflegedienst sowohl gut als auch schlecht sein kann. Bei schlechter Kooperation treten Interaktionskonflikte, Cliquesbildung, Konkurrenzverhalten, geringe Loyalität und Hilfsbereitschaft auf und wirken sich sehr negativ auf das Arbeitsklima und schließlich auch auf das Arbeitsergebnis aus.

### **4.4.3 Soziale Belastungen**

Zuletzt sollen kurz die sozialen Belastungen thematisiert werden, denen Pflegende ausgesetzt sind. Die ungünstigen Arbeitszeiten von Krankenschwestern und -pflegern stellen eine besondere soziale Belastung dar. Durch die Nacht- und Wochenenddienste wird das soziale Leben von Pflegenden negativ beeinflusst. Wichtige Feiertage, wie z.B. Weihnachten oder Ostern, können teilweise nicht mitgefeiert werden. Dies ist vor allem für Mütter sehr schwierig, die i.d.R. solche Feierlichkeiten hauptsächlich organisieren. Zudem verpassen Pflegende aufgrund der unterschiedlichen Arbeitszeiten gemeinsame Mahlzeiten und Freizeitaktivitäten, und können auch teilweise an sportlichen, kulturellen und politischen Veranstaltungen nicht partizipieren. Folge davon könnte ein Gefühl von sozialer Isolierung sein. Außerdem sind besonders Nachtdienste belastend für Partnerschaften, da es vorkommen kann, dass man sich gelegentlich kaum sieht, wenn beide berufstätig sind. Möchte man den Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Nachbarn aufrechterhalten und ein gutes Familien- bzw. partnerschaftliches Leben führen, so erfordert dies logistisches Können (vgl. Waterhouse et al. 1992, S.123; zit. nach Schatz 2010, S.16). Für Menschen, die Familie, Freunde und Partner als Kraftquelle sehen, stellt diese teilweise Isolierung ebenso eine Belastung dar (vgl. Schatz 2010, S.15f.).

Tab. 4.4 (II) zeigt einen Überblick über alle aufgeführten Belastungsarten von Krankenschwestern und -pflegern.

<p><b>Physische Belastungen durch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>körperliches Arbeiten:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heben, Tragen, Umlagern, Waschen</li> <li>- Arbeiten in gebückter oder kniender Haltung</li> <li>- Stehen</li> <li>- Zurücklegen weiter Wege</li> <li>- Bettenbeziehen</li> <li>- Transport von schweren Arbeitsmitteln</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Arbeitsumgebung:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lärm, Klima, Staub, Gase, Licht bzw. Strahlungen</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Verletzungen und Infektionen</i></li> <li>➤ <i>unzureichende Pausen und Schichtdienst:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensivierung körperlicher Belastungen durch fehlende Pausen</li> <li>- Bauchschmerzen und Unwohlsein durch inadäquate Einnahme von Mahlzeiten</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Soziale Belastungen durch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Störung des sozialen Lebens aufgrund ungünstiger Arbeitszeiten (Schichtdienst, Wochenend- und Feiertagsdienste)</li> <li>➤ Verpassen gemeinsamer Mahlzeiten, Freizeitaktivitäten</li> <li>➤ Behinderung der Partizipation an sportlichen, kulturellen und politischen Veranstaltungen.</li> <li>➤ Gefühl der sozialen Isolierung</li> <li>➤ Schwierigkeit, Kontakt zu Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Partnern aufrechtzuerhalten</li> </ul> <p><b>Psychische Belastungen durch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Arbeitsstruktur und durch die Anforderungen durch das Tätigkeitsprofil:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gleichzeitiges und schnelles Ausführen von Arbeiten</li> <li>- starker Termindruck</li> <li>- Bewältigung unerwarteter, unterschiedlicher, herausfordernder und neuartiger Situationen</li> <li>- aber auch: monotone Arbeiten</li> <li>- Überwachungstätigkeiten: Wechsel zwischen kurzen, arbeitsintensiven und länger andauernden, inaktiven Phasen (zweites: Gefühl von Unterforderung) → Daueranspannungszustand</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- großer Verantwortungs- und Entscheidungsdruck</li> <li>➤ <i>die Arbeitszeit:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schichtdienst: kurze Erholungsphase, Störung des sozialen und biologischen Rhythmus,</li> <li>- Unterbrechung von geplanten Ruhepausen</li> <li>- Leisten von Bereitschaftsdiensten und Überstunden</li> <li>- Erbringung von Wochenend- und Feiertagsdiensten</li> </ul> </li> <li>➤ <i>den Arbeitsumfang:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zunehmender Arbeitsumfang → Zeitdruck vs. Sorgfaltspflicht</li> <li>- hohe Konzentration bei zügigem Arbeiten</li> <li>- zu wenig Zeit für Patienten</li> <li>- Erledigen pflegfremder Tätigkeiten</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Unterbrechungen des Arbeitsablaufs:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausrichten müssen an Arbeit anderer Berufsgruppen</li> <li>- Verwicklung in persönliche Gespräche mit Patienten</li> <li>- unvorhersehbare Zwischenfälle</li> <li>- ständig wechselnde Arbeitsanforderungen</li> <li>- Klingeln des Telefons</li> <li>- Funktionsstörungen und Unterbrechungen</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Unklarheit, Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unklares Tätigkeitsprofil</li> <li>- Belastung durch uneindeutige Erwartungen bzgl. Arbeitszuständigkeiten</li> <li>- Unvorhersehbarkeit von Zwischenfällen</li> <li>- Mangel an Kontrollierbarkeit</li> </ul> </li> <li>➤ <i>organisationalen bzw. institutionellen Faktoren</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letzter Platz in der hierarchisch aufgebauten Organisation</li> <li>- mangelnde Eigenständigkeit</li> <li>- Unmöglichkeit zur selbständigen Gestaltung von Arbeiten</li> <li>- Kein Einfluss auf arbeitsplatzbezogene und betriebliche Entscheidungen</li> <li>- geringe fachliche und soziale Anerkennung → geringe Wertschätzung</li> <li>- schlechter Kommunikationsfluss zwischen den hierarchischen Stufen <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Unsicherheiten und Konflikte zwischen Mitarbeitern</li> </ul> </li> <li>- starke Ängste um berufliche Zukunft (befristete Arbeitsverträge, Zeitarbeit)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restriktionen bzgl. materieller Sicherungen (Gehalt, Sozialleistungen, Betriebsversorgung</li> <li>- geringes Gehalt</li> <li>- wirtschaftliches Interesse steht vor persönlichen und beruflichen Bedürfnissen von Mitarbeitenden</li> <li>- Funktionspflege</li> <li>- wenig Personal</li> <li>➤ <i>Interaktion mit Patienten</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leiden des Patienten</li> <li>- Trösten des Patienten (unter Zeitdruck)</li> <li>- Konfrontation mit Sterbeprozess und Tod</li> <li>- Gefühlsarbeit</li> <li>- Verleugnen des eigenen emotionalen Befindens</li> <li>- unbequeme Patienten</li> <li>- Ekel → Selbstwertgefühl leidet</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Interaktion mit Angehörigen</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trösten der Angehörigen</li> <li>- Erfüllen von Wünschen und Bedürfnissen</li> <li>- Beantworten von Fragen</li> <li>- unangenehme Angehörige durch Misstrauen, Schuldzuweisungen</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Zusammenarbeit mit Ärzten</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fremdbestimmtheit durch Machtvorteil der Ärzte</li> <li>- rechtlich nicht abgesicherte Delegation von Aufgaben</li> <li>- unklare Rechtslage bei Verweigerung der Ausführung</li> <li>- wenig Kooperationsbereitschaft</li> <li>- schlechte Abstimmung von ärztlichen und pflegerischen Arbeitsabläufen</li> <li>- Unterbrechen eigener Arbeiten „bei Bedarf“</li> <li>- Ausgleich von Versäumnissen seitens der Ärzte</li> <li>- Beantworten von Fragen aus ärztlichem Bereich</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Zusammenarbeit mit Kollegen</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehrarbeit, verursacht durch Kollegen</li> <li>- Interaktionskonflikte</li> <li>- Cliquesbildung</li> <li>- Konkurrenzverhalten und Intrigen</li> <li>- mangelnde Hilfsbereitschaft und Loyalität</li> </ul> </li> </ul>
--	---	---

Tabelle 4.4 (II): Belastungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern

## **4.5 Studien und Forschungsergebnisse zu Burnout bei Krankenschwestern und Krankenpflegern**

Wie man sehen kann, sind Pflegende sehr vielen Belastungen ausgesetzt. Da in diesem Beruf häufig das Burnout-Syndrom zu finden ist, beschäftigten sich bereits einige Studien mit dem Thema Burnout bei Krankenschwestern und Krankenpflegern. Dabei versuchte man Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungsfaktoren und dem Burnout-Syndrom zu identifizieren. Im Folgenden werden mehrere Burnout-Forschungsergebnisse bzgl. des Pflegeberufs in chronologischer Reihenfolge vorgestellt. Dies ist im Hinblick auf die eigene Untersuchung relevant, um einen Überblick darüber zu erhalten, welche Fragestellungen bereits untersucht wurden und welche Ergebnisse festgestellt werden konnten. Es sei darauf hingewiesen, dass die folgenden Studien zu Burnout bei Krankenschwestern nur einen Auszug aus dieser Forschungsdisziplin repräsentieren. Demnach fungieren die im Folgenden vorgestellten Studien als Richtwerte, die Forschungstendenzen erklären.

In der Anfangsphase der Burnout-Forschung näherte man sich zunächst erstmal dem Thema Burnout bei Pflegenden an, indem man dieses Syndrom in dieser Profession bemerkte und Erklärungsansätze entwickelte: Shubin (1978) weist auf die Burnout-Thematik bei Krankenschwestern hin und erklärt den prozesshaften Wandel, den eine Krankenschwester im Verlauf ihres Berufs erleben kann. Der Forscher deutet an, dass Krankenpfleger den Beruf auf Grund innerer Überzeugungen wählen und „Hilfe geben“ als zentrales Element ihrer Profession erachten. Im Verlauf ihres Berufes kann sich, unter Burnout-Entstehungsaspekten betrachtet, die vormalige altruistische Helfer-Patienten-Beziehung verschlechtern, indem der Krankenpfleger bspw. zynische Attitüden an den Tag legt, oder den Patienten selbst für seine Probleme verantwortlich macht. Shubin (1978) expliziert, dass die Desillusionierung, die Krankenschwestern und -pfleger im Verlauf ihres Berufes erleben, eine zentrale Gefahrenquelle verkörpert. In helfenden Berufen, so auch bei Krankenschwestern, ist oftmals eine Nicht-Beachtung der eigenen Bedürfnisse zu beobachten (vgl. Shubin 1978).

Patrick (1979) macht ebenfalls darauf aufmerksam, dass Beschäftigte des Gesundheitswesens einer signifikanten Burnout-Gefahr unterliegen. Burnout löst negative emotionale, psychologische und physische Reaktionsmuster aus, die kontinuierlichen, arbeitsbezogenen Disstress fördern (vgl. Patrick 1979).

Die Burnout-Risiken sind nicht in allen Arbeitsbereichen einer Krankenschwester die gleichen. Krankenschwestern, die mit Schwerstkranken auf onkologischen Stationen oder auf Verbrennungsintensivstationen arbeiten, besitzen eine besonders hohe Burnout-Vulnerabilität

Alle Krankenhausschwester, speziell jene, die auf Intensivstationen arbeiten, sind einem hohen Burnout-Risiko ausgesetzt (vgl. Pines, Maslach 1978, vgl. Shubin 1978; zit. nach Storlie 1979).

In einer der ersten empirischen Untersuchungen in den USA wurde die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung, beruflichem und privatem Stress sowie Aspekten der Arbeitsplatzumgebung in Bezug auf Burnout bei Krankenschwestern untersucht. An der Erhebung beteiligten sich 66 weibliche Psychiatrie-Krankenschwestern, 65 weibliche Stations-Krankenschwestern, 74 weibliche Intensiv-Krankenschwestern und 91 weibliche Krankenschwestern, die auf medizinische Spezialgebiete fokussiert sind. Alle Probandinnen füllten den „Norbeck Social Support Questionnaire“, den „Nursing Stress Scale“, den „Life Experience Fragebogen“ sowie einen „Burnout-Fragebogen für Helferberufe“ aus. Die Ergebnisse besagen, dass Krankenschwestern unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen haben und verschieden starken zwischenmenschlichen Kontakten und Konflikten ausgesetzt sind. Die Studie fand heraus, dass Burnout bei Krankenschwestern positiv mit dem Gebrauch von Beruhigungsmitteln korreliert. In negativer Art korreliert Burnout mit der Anzahl an Stunden, die eine Krankenschwester mit einem Patienten direkt verbringt. Als Fazit dieser Untersuchung wird noch auf Folgendes hingewiesen: Je größer das Ausmaß an sozialer Unterstützung war, das eine Krankenschwester in der Organisation erlebte, umso niedriger erwies sich das Burnout-Level (vgl. Cronin-Stubbs, Brophy 1985).

Killmer (1999) untersuchte in ihrer Dissertation Burnout bei Krankenschwestern, die an einer Universitätsklinik in Nordhessen (Deutschland) beschäftigt waren. Dabei konnten insgesamt 207 Befragungen ausgewertet werden. Untersucht wurden Zusammenhänge zwischen den drei Burnout-Faktoren nach Maslach und Jackson (1981) und beruflichen Gratifikationskrisen, beruflichen Kontrollbestrebungen, Alter, Wochenarbeitszeit und Tätigkeitsdauer in der Klinik. Eine Gratifikationskrise entsteht, wenn ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung herrscht. Es gibt drei Formen von Belohnung: ökonomisch (Lohn- und Gehaltszahlungen), sozio-emotional (Autonomie, positive Rückmeldung, angemessene Unterstützung, faire Behandlung) und auf Ebene der Statuskontrolle (Statuserhalt, beruflicher Aufstieg, Arbeitsplatzsicherheit) (vgl. Siegrist 1990, S.82, Siegrist, Peter 1994, Siegrist 1996, S.78f.). Kontrollbestrebungen sind Maßnahmen zur Bewältigung von unkontrollierbaren Situationen und umfassen viele relativ unreflektierte Bewältigungsanwendungen wie z.B. Verausgabungsbereitschaft, Genauigkeit, Gewissenshaftigkeit, Perfektionsstreben, Planungsbedürfnis, Hetze, Zeitdruck, Ungeduld, berufliche Distanzierungsunfähigkeit etc. (vgl. Dittmann et al. 1985, S.4). Die Untersuchung

erbrachte folgende Ergebnisse: Berufliche Gratifikationskrisen und berufliche Kontrollbestrebungen stehen in Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation. Depersonalisation geht ferner mit einer erhöhten Distanzierungsunfähigkeit einher. Je niedriger die Verausgabungsbereitschaft war, desto häufiger hatten die Pflegekräfte eine schlechte Einstellung zur persönlichen Leistungsfähigkeit. In den ersten sechs Berufsjahren verschlechterte sich die Leistungsfähigkeit, danach stieg sie wieder an. Die Altersgruppe zwischen 25 und 29 Jahren war am stärksten emotional erschöpft. In dieser Gruppe war der höchste Anteil an beruflichen Gratifikationskrisen vorhanden. Mit zunehmendem Alter ging jedoch das Ausmaß an emotionaler Erschöpfung wieder zurück. Schließlich stellte Killmer (1999) fest, dass Vollzeitbeschäftigte eine größere Depersonalisation aufwiesen als Teilzeitbeschäftigte, da diese den Stressoren länger pro Woche ausgesetzt waren.

Garrett und McDaniel (2001) befassten sich in ihrer Studie mit Effekten der Umweltunsicherheit und des sozialen Klimas in Bezug auf Burnout bei Krankenschwestern (USA). Das Ziel dieser Studie war es, die Beziehung zwischen Umweltunsicherheit, sozialem Klima und Burnout bei Krankenschwestern herauszufinden. Die beiden Forscher verwendeten eine Regressionsanalyse, um die Wechselwirkungen zwischen den zu untersuchenden Variablen zu ergründen. Sie stellten fest, dass eine wahrgenommene Umweltunsicherheit Burnout bei Krankenschwestern prognostiziert. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass das soziale Klima am Arbeitsplatz in negativem Zusammenhang zu Burnout steht. Garrett und McDaniel (2001) weisen darauf hin, dass in Zeiten von Unsicherheit und Veränderungen am Arbeitsplatz soziale Netzwerke eine wichtige Rolle bekleiden. Je unterstützender die sozialen Netzwerke am Arbeitsplatz erlebt werden, umso wahrscheinlicher ist der Schutz nicht in einen Burnout-Prozess zu gelangen (vgl. Garrett, McDaniel 2001).

Aiken, Clarke, Sloane et al. (2002) untersuchten die Verbindung zwischen der „Patient-Krankenschwester-Beziehung“ und Faktoren der Patienten-Sterblichkeit, des Misserfolgs, Patienten chirurgisch zu retten, sowie der Krankenschwester-Fluktuation (USA). Die Forscher stellten fest, dass in Krankenhäusern, in denen Krankenschwestern viele Patienten zu versorgen haben, chirurgisch behandelte Patienten einem höheren Mortalitäts-Risiko unterliegen. Nach Aiken et al. (2002) ist eine hohe Patienten-Krankenschwester-Rate dafür verantwortlich, dass Krankenpfleger mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Burnout und Arbeitsunzufriedenheit erleben (vgl. Aiken et al. 2002).

Vahey et al. (2004) untersuchten die Auswirkungen von Burnout bei amerikanischen Krankenschwestern auf die Patientenzufriedenheit. Konkret erforschte die Studie die

Auswirkungen der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern hinsichtlich der Burnout-Entstehung bei selbigen. Auch befasste sich die Untersuchung mit den Auswirkungen der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern und dem Burnout-Auftreten und mit der Patientenzufriedenheit hinsichtlich der erlebten Pflege durch die Krankenschwestern. Vahey et al. (2004) führten in den Vereinten Nationen von Amerika eine Querschnittsuntersuchung bei 820 Krankenschwestern und 621 Patienten auf 40 Stationen in 20 städtischen Krankenhäusern durch. Als Fragebogen für die Erfassung der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern wurde der „Nursing Work Index“ gebraucht. Ebenso wurde den Krankenschwestern der „Maslach Burnout Inventory“ vorgelegt. Die Patientenzufriedenheit mit der erlebten Krankenpflege wurde durch den „La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale“ erhoben. Folgende Ergebnisse konnten die Forscher in dieser Studie feststellen: Patienten, die sich in Krankenhausabteilungen befanden, in denen genügend Personal, ausreichend gute administrative Unterstützung in der Krankenpflege und gute Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenschwestern vorhanden waren, zeigten sich mit ihrer Behandlung doppelt so hoch zufrieden, als Patienten in anderen Abteilungen. Auch Krankenschwestern, die sich auf Stationen mit genügend Personal befanden, hatten mit signifikant weniger Burnout zu kämpfen. Das Burnout-Gesamtlevel bei Krankenschwestern beeinflusst also auch die Patientenzufriedenheit. Vahey et al. (2004) plädieren folglich für eine Verbesserung der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern in Kliniken, da dadurch Burnout am Arbeitsplatz von Krankenschwestern reduziert, das Fluktuationsrisiko gesenkt, und die Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Pflege erhöht werden können (vgl. Vahey et al. 2004).

Bakker, Le Blanc und Schaufeli (2005) untersuchten die „Ansteckungsgefahr“ von Burnout bei Krankenschwestern, die in der Intensivpflege tätig sind. 1849 Intensivkrankenschwestern von 80 Intensivstationen aus 12 verschiedenen europäischen Ländern wurden bereits im Jahre 1994 Fragebögen vorgelegt, die sich auf die Arbeit und das Wohlbefinden konzentrierten. Die Ergebnisse dieser Studie wurden erst im Jahre 2005 publiziert, da sie Teil einer größeren Erhebung waren, die erst jetzt beendet wurde. Die Forscher stellten fest, dass die wahrgenommenen Burnout-typischen Beschwerden als Prädiktor für eine tatsächliche Burnout-Betroffenheit fungieren können. Ferner wurde erkannt, dass Burnout von einer Krankenschwester auf die nächste übertragen werden kann (vgl. Bakker, Le Blanc, Schaufeli 2005).

Spence Laschinger und Leiter (2006) erforschten den Einfluss der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern hinsichtlich der Patientensicherheit in Kanada. Das Ziel lautete, die



Wirkung der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern auf Burnout, und darauffolgend auf die Patientensicherheit zu untersuchen. Die Ergebnisse lieferten folgendes Bild: Je höher die Mitbestimmung von Krankenschwestern bzgl. der Arbeitsplatzgestaltung und je besser die Arbeitsumgebung waren, desto größer ist die Patientensicherheit und desto niedriger fällt die Burnout-Rate aus (vgl. Spence Laschinger, Leiter 2006).

Escribà-Agüir, Martin-Baena und Pérez-Hoyos (2006) analysierten die Auswirkungen der psychosozialen Arbeitsumgebung auf das Burnout-Syndrom in Spanien. Die Stichprobe enthielt spanische Notfall-Mediziner sowie -Krankenschwestern. Die Ergebnisse illustrieren, dass die Wahrscheinlichkeit einer ausgeprägten emotionalen Erschöpfung unter denjenigen höher war, die intensive psychische Anforderungen, wenig Arbeitskontrolle und geringe soziale Unterstützung erwarteten. Jene, die ein geringes Maß an Arbeitskontrolle erwarteten, hatten ein höheres Risiko für eine geringer ausgeprägte persönliche Leistung. In dieser Studie konnte kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen negativen Auswirkungen psychosozialer Risikofaktoren und Depersonalisation gefunden werden. Psychosoziale Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Burnout, insbesondere für emotionale Erschöpfung (vgl. Escribà-Agüir, Martin-Baena, Pérez-Hoyos 2006).

Patrick und Lavery (2007) versuchten die Burnout-Betroffenheit von australischen Krankenschwestern festzustellen. Dabei war es ihr Forschungsziel zu ermitteln, ob individuelle (Alter, Freiwilligkeit bei Überstunden) oder arbeitsplatzbezogene Charakteristika (Anzahl Arbeitsstunden, Überstunden) mit der Entstehung von Burnout in Verbindung stehen. Ansteigendes Alter sowie weniger Arbeitsstunden stehen mit geringerer emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation in Verbindung. Überstunden stehen in positivem Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung. Dieser Zusammenhang trifft aber nicht auf diese Krankenschwestern zu, die freiwillig Mehrarbeit leisten. Im Gegensatz zu anderen Burnout-Studien zu Krankenschwestern ergaben die Resultate dieser Erhebung, dass die Burnout-Rate bei diesen australischen Krankenschwestern gering ausfiel. Trotzdem schlagen die Forscher der Gesundheitsbranche vor, die Wichtigkeit angemessener und vernünftiger Arbeitszeiten zu erkennen, und den schädlichen Einfluss, den Arbeitsdruck und unerwartete Mehrarbeit auf Beschäftigte ausüben, wahrzunehmen (vgl. Patrick, Lavery 2007).

Die Arbeitsunzufriedenheit von Krankenschwestern führt zu teuren Arbeitsplatzkonflikten, Fluktuationen und Risiken für die Patienten. McHugh et al. (2011) untersuchten das Datenmaterial von 95.499 amerikanischen Krankenschwestern. Dabei erkannten sie höhere Arbeitsunzufriedenheit und Burnout bei denjenigen Krankenschwestern, die in der direkten Krankenpflege beschäftigt sind, als bei jenen, die in anderen

Arbeitsfeldern, wie z.B. in der pharmazeutischen Industrie, tätig sind. McHugh et al. (2011) identifizierten, dass die Patientenzufriedenheit in denjenigen Krankenhäusern am niedrigsten war, in welchen viele Krankenschwestern unzufrieden bzgl. ihrer Arbeit, oder ausgebrannt waren. Werden die Arbeitsplatzbedingungen von Krankenschwestern verbessert, so führt dies dazu, dass die Krankenschwestern- und Patientenzufriedenheit sowie auch die Qualität der Pflege kultiviert werden (vgl. McHugh et al. 2011).

Cimiotti et al. (2012) untersuchten die Auswirkungen von Burnout bei amerikanischen Krankenschwestern in Bezug auf das Infektionsrisiko von Patienten in Krankenhäusern. Jedes Jahr infizieren sich in Krankenhäusern sieben Millionen Patienten, weil sie falsch behandelt wurden. Krankenschwestern spielen eine Rolle bei der Ausbreitung von Infektionen in Kliniken. Bisher existieren diesbezüglich erst wenige empirische Befunde. Cimiotti et al. (2012) stellten fest, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Patienten-Krankenschwester-Beziehung und einer Harntraktinfektion sowie Infektionen bei Operationen bestehen. Burnout bei Krankenschwestern steht in Korrelation zu den beiden letztgenannten Infektionen. Darüber hinaus berichtet das Forscherteam, dass Krankenhäuser, in denen Burnout um 30 Prozent reduziert wurde, 6.239 weniger Infektionen zu verzeichnen hatten und sich jährlich bis zu 68 Millionen Dollar sparen konnten. Das Reduzieren von Burnout bei Krankenschwestern kann als vielversprechende Strategie erachtet werden, damit die Infektionsgefahr in Intensivpflegeeinrichtungen kontrolliert werden kann (vgl. Cimiotti et al. 2012).

#### **4.6 Zusammenfassung und Zielsetzung**

Überblickt man die Berufsgruppen, in denen Burnout festgestellt wurde, kann man erkennen, dass es sich bei den meisten Berufen um helfende Berufe handelt. In den Forschungsarbeiten zum Burnout-Syndrom war die Profession „Krankenpfleger“ besonders stark vertreten, weil diese eine hohe Burnout-Häufigkeit aufweist. Verantwortlich hierfür sind gesellschaftliche Wandlungsprozesse, wie der allseits bekannte demographische Wandel, die Veränderungen der Familien- und Erwerbsstruktur, des Krankheitspanoramas, des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit, im medizinischen System der Bewältigung von Krankheiten, sowie der Strukturwandel der Krankenhäuser. Zudem änderten sich die ökonomischen Rahmenbedingungen („Kostenexplosion“), die betriebliche Organisation und die Ausgestaltung der Pflegetätigkeit. Schließlich vollzog sich ein Wandel in den sozialen

Ansprüchen und Wertevorstellungen sowohl der Patienten als auch der Pflegenden. Dieser große Wandel erfolgte jedoch auf Kosten der Krankenschwestern und -pfleger, die nun deutlich größeren Belastungen ausgesetzt sind. Folge hiervon ist Überforderung – in körperlicher, kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht.

Welchen Belastungen Pflegende ausgesetzt sind, ist bereits bis zu einem gewissen Teil dem Tätigkeitsprofil zu entnehmen. Eine genauere Beleuchtung erweiterte jedoch das Belastungsspektrum enorm. Die Belastungen von Krankenschwestern und –pflegern setzen sich aus drei verschiedenen Belastungsarten zusammen: Physische, psychische und soziale Belastungen. Dabei gibt es die meisten und vielfältigsten Belastungen im psychischen Bereich (siehe Tab. 4.4 (II)).

Die in 4.5 aufgeführten Studien zeigten einen Ausschnitt der Studien zu Burnout bei Krankenschwestern und –pflegern. Nachfolgende Auflistung fasst nochmals kurz zusammen, welche Faktoren dementsprechend Burnout reduzieren und erhöhen, und welche Konsequenzen Burnout nach sich zieht. In den Studien wurden auch häufig die Patientenzufriedenheit und –sicherheit untersucht, die auch durch das Ausmaß der Burnoutprävalenz beeinflusst werden. Dies ist ebenfalls ein nicht unwichtiger Gesichtspunkt für die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern.

Burnout *wird reduziert* durch:

- soziale Unterstützung (vgl. Cronin-Stubbs, Brophy 1985)
- mehr Zeit für Patienten (vgl. Cronin-Stubbs, Brophy 1985)
- gutes soziales Klima (vgl. Garrett, McDaniel 2001)
- unterstützende Netzwerke (vgl. Garrett, McDaniel 2001)
- gute Arbeitsumgebung (vgl. Vahey et al. 2004, Spence Laschinger, Leiter 2006)
- genug Personal (vgl. Vahey et al. 2004)
- gute Arbeitsbedingungen (vgl. McHugh et al. 2011)
- weniger Arbeitsstunden (vgl. Patrick, Lavery 2007)
- höhere Patientenzufriedenheit (vgl. McHugh et al. 2011)
- steigendes Alter der Krankenschwestern und –pfleger (vgl. Killmer 1999, Patrick , Lavery 2007)

implizit auch durch:

- angemessene und vernünftige Arbeitszeiten (vgl. Patrick, Lavery 2007)
- gute administrative Unterstützung (vgl. Vahey et al. 2004)
- gute Beziehungen zwischen Ärzten und Pflegern (vgl. Vahey et al. 2004)
- Mitbestimmung von Pflegern bei der Arbeitsplatzgestaltung (vgl. Spence Laschinger, Leiter 2006)

Burnout *wird erhöht* durch:

- psychisch stärker belastende Krankenhausstationen (z.B. Onkologie, Intensivstation) (vgl. Storlie 1979)
- berufliche Gratifikationskrisen (vgl. Killmer 1999)
- berufliche Kontrollbestrebungen (vgl. Killmer 1999)
- höhere Wochenarbeitszeit (vgl. Killmer 1999)
- wahrgenommene Umweltunsicherheit (vgl. Garrett, McDaniel 2001)
- hohe Patienten-Krankenschwester-Rate (= wenig Personal) (vgl. Aiken et al. 2002)
- psychische Anforderungen (vgl. Escribà-Agüir et al. 2006)
- wenig Arbeitskontrolle (vgl. Escribà-Agüir et al. 2006)
- geringe soziale Unterstützung (vgl. Escribà-Agüir et al. 2006)
- psychosoziale Risikofaktoren (vgl. Escribà-Agüir et al. 2006)
- Überstunden (vgl. Patrick, Lavery 2007)

Burnout *erhöht*:

- negative, emotionale, psychologische und physische Reaktionsmuster (vgl. Patrick 1979)
- den Gebrauch von Beruhigungsmitteln (vgl. Cronin-Stubbs, Brophy 1985)
- Distanzierungsunfähigkeit (vgl. Killmer 1999)
- die Patientenunzufriedenheit (vgl. Vahey et al. 2004)
- Burnout-Gefahr bei Pflegekollegen (= „Ansteckungsgefahr“) (vgl. Bakker, Le Blanc 2005)

- das Infektionsrisiko bei Patienten (vgl. Cimotti et al. 2012)
- die Kosten (durch erhöhte Infektionen, vgl. Cimotti et al. 2012, durch erhöhte Fluktuation, vgl. Vahey et al. 2004)

Es wurde auch häufig die Patientenzufriedenheit und –sicherheit erforscht. Dementsprechend wird die *Patienten-Sicherheit erhöht* durch:

- gute Arbeitsumgebung (vgl. Spence Laschinger, Leiter 2006, Vahey et al. 2004)
- gute Arbeitsbedingungen (vgl. McHugh et al. 2011)
- Mitbestimmung von Pflegern bei der Arbeitsplatzgestaltung (vgl. Spence Laschinger, Leiter 2006)

*Patienten-Zufriedenheit wird erhöht* durch:

- genug Personal (vgl. Vahey et al. 2004)
- gute administrative Unterstützung (vgl. Vahey et al. 2004)
- gute Beziehungen zwischen Ärzten und Pflegern (vgl. Vahey et al. 2004)
- gute Arbeitsumgebung (vgl. Vahey et al. 2004)

und *reduziert* durch:

- Burnout bei Pflegern (vgl. Vahey et al. 2004)

Es ist auffällig, dass bei den Untersuchungen nicht so sehr die physischen und sozialen Faktoren (durch Vereinbarkeit von Beruf mit Familie und Freunden) im Vordergrund standen, sondern Faktoren, die die Psyche und die Qualität der Arbeit beeinflussen. Diese Faktoren könnte man grob in folgende vier Bereiche einteilen:

- *Soziales Klima* (Beziehung zwischen Ärzten und Pflegern, administrative Unterstützung, unterstützende Netzwerke, soziales Klima, soziale Unterstützung)
- *Möglichkeit, Arbeit in angemessenerer Zeit zu erledigen* (mehr Zeit für Patienten, genug Personal, weniger Arbeitsstunden, angemessene und vernünftige Arbeitszeiten)
- *Charakteristika des Arbeitsplatzes* (Arbeitsbedingungen, Arbeitsumgebung)

- *Handlungsspielraum* (Mitbestimmung von Pflegern bei der Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitskontrolle).

Diese vier großen Aspekte nehmen wohl eine besondere Schlüsselrolle ein, wenn es um das Thema Burnout bei Pflegenden geht. In der Tat reduzieren auch diese vier Aspekte, wenn sie vorteilhaft gestaltet sind, die Burnout-Prävalenz bei Pflegenden – gemäß den Ergebnissen der Studien. Der zweite Gesichtspunkt *Möglichkeit, Arbeit in angemessenerer Zeit zu erledigen*, könnte erreicht werden, indem mehr Personal eingestellt werden würde. Jedoch ist dies beispielsweise angesichts der zu geringen finanziellen Mittel kaum umsetzbar. Leichter geändert werden könnten eventuell die anderen drei Punkte.

Die Belastungen von Pflegenden werden nicht weniger, sondern eher mehr (z.B. durch den demographischen Wandel). Folglich wäre es sinnvoll, dem Burnout-Syndrom durch Hilfe entgegenzuwirken, was bis jetzt noch nicht umgesetzt wurde: „In den Einrichtungen des Gesundheitswesens wurden viele Forschungsprojekte durchgeführt. Eine Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erfolgte jedoch eher selten“ (Glaser, Höge 2005; zit. nach Richter 2006, S.1). Angesichts der knappen finanziellen Ressourcen, aufgrund derer in Krankenhäusern zum Nachteil der Pflegenden und der Patienten gespart wird, kann und sollte nur solche Hilfe eingeleitet werden, die auch dem Bedarf entspricht. Denn nur bedarfsgerechte Hilfe ist letztendlich wirksam und zahlt sich aus (z.B. durch reduzierte Kosten, reduzierte Fluktuation). Wenn bedarfsgerechte Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden können und damit die Burnout-Prävalenz reduziert wird, so sinken folgerichtig auch die hohen Kosten, die durch krankheitsbedingten Absentismus verursacht werden. Können auf diese Weise Kosten eingespart werden, so könnte auch z.B. wieder mehr Personal eingestellt werden, für den Fall, dass zu wenig Personal vorhanden ist. Dies wäre eine große Entlastung für Krankenschwestern und –pfleger.

Es gibt zwei Möglichkeiten die Burnout-Prävalenz zu reduzieren: Zum einen durch Prävention, d.h. man versucht generell zu verhindern, dass das Burnout-Syndrom sich überhaupt entfalten kann. Zum anderen durch betriebliche Gesundheitsförderung, welche darauf abzielt Gesundheitsressourcen von Mitarbeitenden zu erweitern und zu erhalten. Betriebliche Gesundheitsförderung steigert die Gesundheit von Mitarbeitenden und ist hilfreicher, wenn bereits Symptome des Burnout-Syndroms vorhanden sind (vgl. Richter 2006, S.3). Folglich wäre eine Beschäftigung mit gesundheitsförderlichen Aspekten ratsam. Möchte man sich darauf fokussieren, den konkreten Istzustand zu ermitteln, so wäre es sinnvoll zu untersuchen, an welchen gesundheitsförderlichen Faktoren es in den

Krankenhäusern mangelt. Nur wenn aktuelle Defizite aufgedeckt werden, ist es möglich, bedarfsgerechte, betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben, die den Pflegenden wirklich helfen könnte.

Wegen der zunehmenden Dringlichkeit des Themas Burnout bei Krankenschwestern und -pflegern, sollen in dieser Arbeit Burnout-reduzierende Faktoren in bayerischen Krankenhäusern erhoben werden. Denn auf diese Weise kann dann festgestellt werden, an welchen Stellschrauben konkret Handlungsbedarf besteht. Also ist es Ziel dieser Arbeit, das Ausmaß der Präsenz der gesundheitsförderlichen und veränderbaren Schlüsselfaktoren zu erheben, um daraus eine Bedarfsanalyse erstellen zu können. Aus dieser können dann wiederum Handlungsempfehlungen eruiert werden.

## **5 Ressourcen einer Organisation: Organisationsklima und Arbeitsumgebung – Stärkung als Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Im Folgenden wird der Blick auf die betriebliche Gesundheitsförderung geworfen. Zuerst wird der Begriff *betriebliche Gesundheitsförderung* definiert und seine positive Wirkung auf Beschäftigte und Unternehmen dargestellt. Die für diese Arbeit relevante Teilaufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Stärkung von Ressourcen. Was Ressourcen sind, und welche es gibt, wird im Anschluss erläutert.

Die zwei Konstrukte *Organisationsklima* und *Arbeitsumgebung* lassen sich den BGF-Maßnahmen der Luxemburger Deklaration von 2007 zuordnen – wie später erläutert wird. So sollen jene beiden Variablen in dieser Arbeit untersucht werden, da es Ziel ist, Burnout-sinkende und somit gesundheitsförderliche Faktoren zu erheben und zu analysieren.

Nach Abschluss dieser Erläuterungen erfolgt die Aufstellung der Forschungsfragen und Hypothesen dieser Arbeit im 6. Gliederungspunkt. Um sie erarbeiten zu können, werden folglich im 6. Gliederungspunkt die Konstrukte *Burnout*, *Organisationsklima* und *Arbeitsumgebung*, sowie deren einzelne Dimensionen definiert und vorgestellt.

## 5.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach der „Luxemburger Deklaration“ von 2007 wird unter dem Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ folgende Definition verstanden:

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (Luxemburger Deklaration 2007).

BGF repräsentiert eine effektive Methode, die sich auf Beschäftigte und Unternehmen gleichermaßen wirkungsvoll auswirken kann. Nach Sochert (1999) und Lenhardt (2003) lassen sich Gesundheitsrisiken durch BGF verringern. BGF besitzt sowohl einen positiven Effekt bzgl. der Beeinflussung subjektiv erlebter Arbeitsbelastungen, als auch bzgl. gesundheitlicher Beschwerden. Dass BGF das subjektive Erleben von Arbeitsbelastungen positiv beeinflusst, ist besonders für diejenigen Belastungen interessant, die sich nicht vermeiden lassen. Bei Pflegenden sind das beispielsweise die physischen Belastungen durch Heben, Tragen und Stehen, oder auch die Notwendigkeit, mit Patienten, Angehörigen, Kollegen und Vorgesetzten zu interagieren. Neben einer Reduzierung gesundheitlicher Beschwerden führt BGF auch zu einer Verbesserung der sozialen Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, der innerbetrieblichen Kommunikationskultur und des Handlungsspielraums. Darüber hinaus fördert BGF auch die Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten um circa 20% (vgl. Sochert 1999, Lenhardt 2003; zit. nach Schröer, Sochert, Voß 2006). Außerdem wirkt sich BGF auch positiv auf Absentismus aus. 14 Studien zu diversen Gesundheitsförderungsprogrammen stellten im Rahmen einer Evaluation heraus, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen dem Faktor „Absentismus“ entgegenwirken. Quasi-experimentelle Studien fanden heraus, dass sich bei Teilnehmern an Gesundheitsförderungsprogrammen Reduktionen bei den Fehlzeiten von 12-36% ergaben. Die mit den Fehlzeiten verbundenen Kosten konnten bei den Teilnehmern der gesundheitlichen Förderungsprogramme um 34% reduziert werden. Ferner konnte in Studien gezeigt werden, dass die Kosten, die Unternehmen in gesundheitsförderliche Maßnahmen investierten, niedriger sind als der Ertrag. Die Investitionen lohnen sich, da sie die



Abwesenheit reduzieren und somit letztendlich Kosten einsparen (vgl. Kreis, Bödeker 2003; zit. nach Schröder, Sochert, Voß 2006).

## 5.2 Ressourcen

Wie oben bereits beschrieben ist eine Aufgabe der BGF, Ressourcen von Mitarbeitenden und Unternehmen zu stärken. Mit Ressourcen werden jene Faktoren bezeichnet, die sich stressreduzierend und gesundheitsförderlich auf Beschäftigte auswirken. Ressourcen repräsentieren also die Gesamtheit gesundheitsschützender und –fördernder Kompetenzen und äußerer Handlungsmöglichkeiten, die einer erwerbstätigen Person zur Verfügung stehen, von ihr genutzt und beeinflusst werden können (vgl. Udris et al. 1992; zit. nach Fuchs 2006, S.49).

Eine erfolgreiche Aufgabenbewältigung hängt bspw. davon ab, inwieweit es einer Persönlichkeit gelingt, Ressourcen zur Bewältigung ihrer Arbeitsanforderungen zu nutzen. Kann ein Arbeitnehmer auf genügend Ressourcen zurückgreifen, ist es wahrscheinlich, dass dieser eine erfolgreiche und vor allem gesunde Aufgabenbewältigung an den Tag legt. Damit Gesundheitsressourcen gefördert werden können, stehen bedingungsbezogene (externe) sowie personenbezogene (interne) Maßnahmen zur Verfügung. Bedingungsbezogene Methoden beziehen sich dabei auf die Gestaltung der *organisationalen* und *sozialen* Arbeitsaspekte, während sich *personale* Interventionen auf mögliche Verhaltensänderungen bei arbeitenden Personen fokussieren (vgl. Fuchs 2006, S.49).

*Organisationale Ressourcen* (extern) fassen betriebliche und berufsbezogene Arbeitsbedingungen ins Auge, damit die Arbeitnehmer leichter die Anforderungen bewerkstelligen können (vgl. Udris, Rimann 2000; zit. nach Fuchs 2006, S.50). Beispiele für organisationale Ressourcen:

- Aufgabenvielfalt,
- vollständige Tätigkeitsstruktur,
- Handlungs- und Tätigkeitsspielraum,
- Qualifikationsmöglichkeiten,
- Chancen zur Partizipation,
- Zeitelastizität (vgl. Hacker, Richter 1998),
- und Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten

(vgl. Rimann, Udris 1997, S.283).

Zu den organisationalen Ressourcen zählen alle Tätigkeitsbedingungen, betrieblichen Institutionen und Hilfsmittel, die es Beschäftigten erleichtern können mit den Arbeitsanforderungen zurechtzukommen, Belastungen zu bewältigen, zu tolerieren oder auszuweichen (vgl. Rimann, Udris 1997, S.283). Im positiven Fall bewirken diese Ressourcen ein gesundheitsförderliches Arbeiten, das sich leistungsförderlich auf die Beschäftigten auswirkt. Im Umkehrschluss bedeutet dies in konsequenter Weise, dass ein Mangel an organisationaler Ressourcen dysfunktionale Konsequenzen wie bspw. Arbeitsunzufriedenheit oder Burnout bewirken kann.

„*Soziale Ressourcen* (extern) gründen auf Interaktionen zwischen zwei oder mehreren Personen, die entweder das Ziel haben, einen leiderzeugenden Zustand zu verändern oder bei objektiver Unveränderbarkeit die negativen Beanspruchungsfolgen abzumildern (vgl. Gusy 1995), oder die den Wunsch nach Kooperation, Kontakt und sozialer Anerkennung erfüllen“ (Fuchs 2006, S.51). Im betrieblichen Kontext werden unter dem Terminus „soziale Ressourcen“ Hilfeleistungen bei der Problemlösung, unterstützende Maßnahmen bei der Aufgabenbewältigung sowie emotionale Beihilfe verstanden (vgl. Fuchs 2006, S.51). Soziale Ressourcen liegen im betrieblichen Arbeitskontext vor, wenn sie in Form einer sozialen Unterstützung erlebt werden. Selbige kann bspw. durch Kollegen und Vorgesetzte praktiziert werden. Auch die soziale Ressource namens „positives Arbeitsklima“ kann sich als hilfreiche Maßnahme in Bezug auf eine gesundheitsförderliche Führung erweisen (vgl. Hacker, Richter 1998). Kooperatives, partizipatives Vorgesetztenverhalten fungiert nach Rimann und Udris (1997) ebenfalls als soziale Ressource (vgl. Rimann, Udris 1997, S.283). Ein vertrauensvolles und unterstützendes Organisationsklima kann für Beschäftigte als hilfreiches Instrumentarium fungieren, um Belastungssituationen zu bewerkstelligen und gesundheitsförderlich arbeiten zu können.

Die internen, *personalen Ressourcen* wirken sich dann gesundheitsförderlich auf Beschäftigte aus, wenn sie folgende Aspekte beinhalten:

- Kognitive Kontrollüberzeugungen (Kohärenzerleben, Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartung und Kontaktfähigkeit),
- aktive Bewältigungsstile,
- Wissen und Kompetenz (vgl. Hacker, Richter 1998).

Zu den personalen Ressourcen zählen kognitive Überzeugungssysteme der Person, d.h. Vorstellungen, dass die Umwelt und die Arbeitsbedingungen sinnbehaftet sind, dass die Person Einfluss auf die Arbeitsbedingungen nehmen kann, und dass sie überzeugt ist, mit den

Anforderungen zurecht zu kommen. Dies sind Persönlichkeitsmerkmale und verweisen auf die innere Stärke einer Person. Auf der Verhaltensseite sind im Laufe des Lebens gelernte und bewährte Handlungsmuster zu den personalen Ressourcen zu zählen. Dies sind vor allem Bewältigungsstile, die einer Person zur Verfügung stehen, um die Anforderungen und Belastungen des Lebens aktiv bewältigen zu können (vgl. Rimann, Udris 1997, S.283).

Damit Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz verbessert werden können, stehen Unternehmen gemäß der Luxemburger Deklaration von 2007 drei Maßnahmen zur Verfügung.

1. Verbesserung der *Arbeitsorganisation* und der *Arbeitsbedingungen*
2. Förderung der Partizipation
3. Stärkung persönlicher Fähigkeiten (vgl. Luxemburger Deklaration 2007)

Nach Lake (2002) beschreibt die Arbeitsumgebung von Krankenpflegern alle *organisationalen Charakteristika eines Arbeitsplatzes*, die professionelle Pflegearbeit ermöglichen und einschränken (vgl. Lake 2002). Trägt die BGF dazu bei, dass die Arbeitsorganisation von Pflegekräften verbessert wird, so leistet sie einen wertvollen Beitrag, damit Pfleger ihre Profession gut verrichten können. Arbeitsumgebung stellt demnach die Summe aller organisationalen Charakteristika eines Arbeitsplatzes dar, und sollte deshalb im Sinne der Luxemburger Deklaration von 2007 verbessert werden.

Furnham und Goodstein (1997) verweisen in der Definition des Konstrukts Organisationsklima darauf, dass selbiges stark durch *organisationale Bedingungen* wie bspw. Organisationssysteme, Organisationsstrukturen und Führungsverhalten beeinflusst wird (vgl. Furnham, Goodstein 1997). Mittels einer BGF können die Arbeitsbedingungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern erfolgreich entwickelt werden, sodass diese eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeitsausführung besitzen. Da organisationale Bedingungen das Organisationsklima beeinflussen, und die BGF organisationale Bedingungen im positiven Fall verändern und entwickeln kann, liegt der Schluss nahe, dass BGF-Maßnahmen auch in wirkungsvoller Relation zu Organisationsklima stehen.

Die beiden bedingungsbezogenen (externen) Methoden, *organisationale und soziale Ressourcen*, können sich als dienliche Faktoren erweisen, um die Arbeitsumgebung und das Organisationsklima zu verbessern. Möchte man also defizitäre organisationale und soziale Ressourcen aufdecken, so ist es sinnvoll, Klima und Arbeitsumgebung einer Organisation zu untersuchen. Außerdem unterstreichen die Ergebnisse der recherchierten Studien die Tendenz, dass Organisationsklima und Arbeitsumgebung in Zusammenhang mit Burnout stehen.

Organisationsklima und Arbeitsumgebung stellen quantitative Faktoren dar, die von Unternehmensseite unabhängig von Mitarbeitern verbessert und eingeführt werden können. Personelle Ressourcen beinhalten individuelle Aspekte, die im Rahmen einer BGF wichtig sind, jedoch nur unter aktiver Mithilfe verändert werden können. Außerdem schneiden personenbezogene Maßnahmen generell schlechter ab als organisationale und soziale Maßnahmen, da sie i.d.R. am konkreten Bedarf vorbeigehen. Denn dieser ist wegen seiner Individualität schwer zu ermitteln (vgl. Fuchs 2006; zit. nach Richter 2006, S.5). Anlässlich der knappen finanziellen Ressourcen sind erfolglose Maßnahmen zu vermeiden. Entsprechend fokussiert die Dissertation nur auf die beiden Faktoren (Organisationsklima und Arbeitsumgebung), da selbige von Unternehmensseite im Rahmen einer BGF leichter verändert werden können.

## **6 Forschungsfragen und Hypothesen**

In diesem Gliederungspunkt sollen nun nacheinander die Forschungsfragen und Hypothesen dieser Arbeit vorgestellt werden. Je nach Forschungsfrage werden die dafür benötigten Konstrukte definiert und erläutert. Im Folgenden wird die erste Forschungsfrage bzgl. der Burnout-Prävalenz formuliert. Dazugehörig werden die Dimensionen des Burnout-Syndroms nach Maslach und Jackson (1981) eingeführt. Neben der generellen Burnout-Prävalenz ist noch von Interesse, ob sich diese zwischen den Krankenhausabteilungen unterscheiden. Daher wird hierzu eine Hypothese gebildet. Die zweite Forschungsfrage betrifft die Wirkung des Organisationsklimas und der Arbeitsumgebung auf das Burnout-Syndrom von Pflegekräften. Damit diese Forschungsfrage untersucht werden kann, wird zunächst auf die jeweiligen beteiligten Konstrukte eingegangen. Anschließend folgen die Definitionen der dazugehörigen Dimensionen sowie die Ausarbeitung der Hypothesen. Die letzte Forschungsfrage thematisiert, inwieweit gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden sind. Am Ende werden alle Forschungsfragen und Hypothesen nochmals in einem Überblick zusammengefasst.

## **6.1 Forschungsfrage 1: Aktuelle Burnout-Prävalenz des Pflegepersonals in bayerischen Krankenhäusern**

Die bisherigen Ausführungen verweisen darauf, dass Krankenschwestern und Krankenpfleger einem überdurchschnittlich hohen Burnout-Risiko unterliegen. Da Burnout einen destruktiven Charakter aufweist und folgerichtig individuelle sowie organisationale Gefahren in sich birgt, kann die Relevanz einer aktuellen empirischen Untersuchung jenes Sujets nicht intensiv genug betont werden. Forschungsbedarf besteht demnach konkret darin, aktuelle Daten zu generieren, um feststellen zu können, wie sich das momentane Burnout-Betroffenheitsniveau bei der Zielgruppe bayerischer Krankenschwestern und Krankenpfleger verhält. Daher lautet die erste Forschungsfrage:

*1. Forschungsfrage:*

*Wie hoch ist die Burnout-Prävalenz bei Pflegekräften in bayerischen Krankenhäusern?*

Um diese Frage bearbeiten zu können, ist es notwendig, das Konstrukt Burnout zu operationalisieren. Hierfür wird der Maslach Burnout Inventory (MBI) verwendet, da jenes das weltweit meist benutzte und am besten geeignetste quantitative Messinstrument zur Erhebung des Burnout-Syndroms darstellt (vgl. Enzmann, Kleiber 1989; zit. nach Killmer 1999, S.128). Nach Maslach und Jackson (1981) besteht Burnout aus drei Dimensionen, welche im Folgenden vorgestellt werden. Die erste Dimension lautet *emotionale Erschöpfung* (EE). Sie beschreibt Gefühle von emotionaler Überforderung und Erschöpfung, die eine Person an ihrem Arbeitsplatz erlebt. Die zweite Dimension - *Depersonalisation* (DP) - illustriert eine gefühllose und distanzierte Reaktion gegenüber Hilfsbedürftigen (Patienten). Die dritte Dimension namens *persönliche Leistungsfähigkeit* (PA), skizziert Gefühle der Kompetenz und der erfolgreichen Bewerkstelligung der Arbeit mit Personen (vgl. Maslach, Jackson 1981).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage kann kein Gesamtwert gebildet werden, vielmehr muss die Burnout-Prävalenz getrennt mittels der drei Dimensionen (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Leistungsfähigkeit) gemessen werden: „Es ist jedoch nicht möglich, einen Gesamt-Burnout-Wert zu errechnen.“ (Schaufeli, Enzmann, Girault 1993, S.211).

Weiterhin besteht Grund zu der Annahme, dass die Burnout-Prävalenz zwischen den unterschiedlichen Abteilungen eines Krankenhauses variiert. Diese Vermutung wird durch

das in 4.5 vorgestellte Forschungsergebnis von Pines und Maslach (1978) sowie von Shubin (1979) gestützt, das zu folgender Erkenntnis gelangte: Krankenschwestern, die auf onkologischen Stationen oder mit Verbrennungsoptionen auf Intensivstationen arbeiten, sind einer erhöhten Burnout-Vulnerabilität ausgesetzt (vgl. Pines, Maslach 1978, vgl. Shubin 1979; zit. nach Storlie 1979). Krankenschwestern, die in diesen genannten Abteilungen agieren, sind in höherem Maße psychischen Belastungsfaktoren wie bspw. Trauer, Sterben und Schmerzen ausgeliefert als Pflegepersonal, das in Krankenhausabteilungen wie etwa der Gynäkologie, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder der Radiologie arbeitet. Folgerichtig wird in dieser Dissertation auch die Hypothese überprüft, ob die Burnout-Prävalenz zwischen den jeweiligen Krankenhausabteilungen variiert.

*Hypothese 1: Die Burnout-Prävalenz variiert zwischen den Krankenhausabteilungen.*

## **6.2 Forschungsfrage 2: Zusammenhänge zwischen gesundheitsförderlichen Ressourcen und Burnout**

Wie bereits erläutert, ist diese Arbeit bestrebt Ressourcen zu untersuchen, die sich gesundheitsförderlich auf Pflegende in bayerischen Krankenhäusern auswirken. Es stellte sich heraus, dass das Organisationsklima und die Arbeitsumgebung von Pflegenden Ressourcen darstellen, falls diese positiv gestaltet sind, und bei der Bewältigung der beruflichen Herausforderungen helfen. Die nächste und somit zweite Forschungsfrage wird sich damit auseinandersetzen, inwieweit die Arbeitsumgebung von Pflegekräften und das Organisationsklima in bayerischen Krankenhäusern mit dem Burnout-Syndrom in Verbindung stehen. Zum Konstrukt Arbeitsumgebung gibt es bereits ausländische Studien. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden für die Hypothesenbildungen zur Arbeitsumgebung herangezogen. Studien zu Organisationsklima und zu Burnout gibt es derzeit noch nicht. Aus diesem Grund werden hierzu noch neue Überlegungen zu potentiellen Relationen dieser Ausprägungen getroffen und im empirischen Teil der Arbeit überprüft. Somit lautet die zweite Forschungsfrage:

*2. Forschungsfrage:*

*Welche Zusammenhänge gibt es zwischen gesundheitsförderlichen Ressourcen und Burnout?*

## **6.2.1 Organisationsklima**

Um nun Relationen zwischen dem Organisationsklima bzw. der Arbeitsumgebung und dem Burnout-Syndrom von Pflegekräften untersuchen zu können, müssen die beteiligten Konstrukte definiert und erläutert werden. Daher wird im Folgenden zunächst das Konstrukt Organisationsklima vorgestellt, indem es definiert und beschrieben wird, und seine Einflüsse auf Unternehmen und deren Mitarbeitende aufgezeigt werden. Im Anschluss erfolgen eine Auseinandersetzung mit seinen Dimensionen sowie Annahmen über Zusammenhänge zwischen den Dimensionen und den drei Ausprägungen des Burnout-Syndroms.

### **6.2.1.1 Definition und Beschreibung**

In den 1930er Jahren entwickelte sich die Organisationsklimaforschung. Sie fokussierte sich primär auf bewusst wahrnehmbare Merkmale von Organisationen und sekundär auf das Ausmaß an Übereinstimmung jener Wahrnehmungen zwischen den einzelnen Organisationsmitgliedern (vgl. Lewin 1951; zit. nach Hering 2008, S.30). Folgende Definitionen und Beschreibungen sollen dabei helfen, den Begriff Organisationsklima zu verstehen und richtig einordnen zu können. Organisationsklima lässt sich nach Tagiuri (1968) wie folgt definieren:

„Organisationsklima lässt sich verstehen als die relativ überdauernde Qualität der inneren Umwelt der Organisation, die durch ihre Mitglieder erlebt wird, ihr Verhalten beeinflusst und durch die Werte einer bestimmten Menge von Merkmalen der Organisation beschrieben werden kann“ (Tagiuri 1968, S.27; zit. nach von Rosenstiel, Nerdinger 2011, S.371).

Furnham und Goodstein (1997) wählten folgenden Definitionsversuch für das Begriffsverständnis von Organisationsklima:

„Organisationsklima ist als psychologisches Konstrukt definiert, das stark durch organisationale Bedingungen wie z.B. Organisationssysteme, Organisationsstrukturen und Führungsverhalten beeinflusst wird. Organisationsklima spiegelt eine Wahrnehmung der organisationalen Umwelt wieder, die sich aus einer Vielzahl von Elementen und Dimensionen zusammensetzt“ (Furnham, Goodstein 1997, S.164).

Ergänzend zu den zwei Definitionen soll noch eine wichtige Eigenschaft aufgeführt werden, die von Tagiuri und Litwin (1968) formuliert wurde. Diese besagen, dass Organisationsklima ein zwar beständiges, aber trotzdem veränderbares Konstrukt darstellt, das formbar ist. Veränderungen im Organisationssystem, in der Organisationsstruktur sowie im Führungsverhalten beeinflussen das Organisationsklima, während beständige Gruppenwerte und Gruppennormen das Organisationsklima eher stabilisieren (Tagiuri, Litwin

1968). Dies zeigt, dass das Organisationsklima aktiv positiv verändert werden kann, falls es negativ ausgeprägt sein sollte. Beide Definitionen und die ergänzende Beschreibung von Tagiuri und Litwin (1968) geben zusammen ein sehr treffendes Bild von Organisationsklima:

- Organisationsklima wird durch organisationale Bedingungen beeinflusst,
- kann durch die Werte einer bestimmten Menge von Merkmalen der Organisation beschrieben werden,
- beeinflusst das Verhalten ihrer Mitglieder,
- ist nicht konkret greifbar, sondern kann von ihren Mitgliedern nur erlebt und wahrgenommen werden,
- besteht aus mehreren verschiedenen Ausprägungen bzw. Dimensionen
- und ist veränderbar.

#### **6.2.1.2 Einflüsse des Organisationsklimas auf Unternehmen und deren Mitarbeitende**

Die Betrachtung des Organisationsklimas von Pflegekräften in bayerischen Krankenhäusern ist von besonderer Bedeutung, da es diverse Auswirkungen sowohl auf Mitarbeitende als auch auf das Unternehmen hat. Es übt beispielsweise direkten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, Arbeitsleistung, Arbeitshaltung und das Arbeitsverhalten von Mitarbeitenden aus (vgl. Veldsman 1995). Ferner wirkt Organisationsklima auch auf die organisationale Produktivität (vgl. Furnham, Goodstein 1997, S.164). Carr, Schmidt, Ford und DeShon (2003) untersuchten die Auswirkungen des Organisationsklimas auf den Unternehmenserfolg. Das Forscherteam stellte zunächst die Theorie auf, dass ein positives Organisationsklima dazu führt, dass Mitarbeiter eine höhere Arbeitszufriedenheit erleben, mehr Partizipation an den Tag legen, bessere Arbeitsleistung erbringen, sich wohler und wertgeschätzt fühlen und ein reduzierteres Rückzugsverhalten demonstrieren. Sie überprüften diese Hypothesen im Rahmen von 51 empirischen Studien und konnten ihre Forschungstheorie bestätigen (vgl. Carr et al. 2003). Ist das Klima schlecht, so hat dies negative Folgen: „Ein Organisationsklima, das von Ungerechtigkeit und hohen Anforderungen geprägt ist, steht in Verbindung mit geringem Wohlbefinden“ (Mor Barak et al. 2006; zit. nach Hering, Beerlage, Kleiber 2010, S.66). Ferner fungiert ein ungünstiges Organisationsklima als Prädiktor für die Entstehung von Burnout (vgl. Miller 2003, Trefalt 2003; zit. nach Hering, Beerlage, Kleiber 2010, S.66).

Im Falle eines guten Klimas ergeben sich einige Vorteile für das Unternehmen und für die Mitarbeitenden, denn es führt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, Arbeitsleistung, und



besseren Arbeitshaltung. Dies erhöht folglich die Produktivität der Organisation und schließlich auch den Unternehmenserfolg. Außerdem legen die Mitarbeitenden mehr Partizipation an den Tag, fühlen sich wohler und wertgeschätzt und zeigen ein geringeres Rückzugsverhalten. Im Falle eines schlechten Klimas weisen die Wirkungen in die negative Richtung. Da es sich auszahlt, ein gutes Organisationsklima zu besitzen, sollte es gefördert werden. Mullins (1989) arbeitete heraus, welche Faktoren in einem Unternehmen vorhanden sein müssen, damit sich ein positives Organisationsklima entwickeln kann:

- Integration organisationaler und persönlicher Ziele
- Flexible Arbeitsstruktur sowie Autonomie für die Beschäftigten
- Führungsstile, die sich verschiedenen Arbeitssituationen anpassen
- Gegenseitiges Vertrauen, Rücksichtnahme und Unterstützung innerhalb verschiedener Hierarchieebenen der Organisation
- Anerkennung individueller Unterschiede, Bedürfnisse und Erwartungen in der Arbeit
- Aufmerksamkeit in der Arbeitsgestaltung und der Qualität des Arbeitslebens
- Herausfordernde und verantwortungsvolle Arbeitsaufgaben mit hohen Leistungsstandards
- Gerechtes Belohnungssystem
- Möglichkeiten zur persönlichen Entwicklung, Karriere-Entwicklung
- Gerechtigkeit in der gegenseitigen Behandlung
- Offenes Konfliktmanagement, das sich auf eine Einigung der Unstimmigkeiten fokussiert ohne Konfliktverzögerungen sowie Schuldzuschreibungen zu machen,
- Loyalitäts- und Identifikationsgefühl mit der Organisation sowie ein Gefühl des Gebrauchtwerdens, außerdem ein Gefühl ein wichtiges Mitglied der Organisation zu sein (vgl. Mullins 1989).

### **6.2.1.3 Dimensionen des Organisationsklimas und Hypothesenbildung**

Die Definition von Furnham und Goodstein (1997) machte bereits darauf aufmerksam, dass sich das Organisationsklima in verschiedene Dimensionskategorien einteilen lässt. Einige Forscher bemühten sich um die Frage, aus wie vielen und welchen Dimensionen das Konstrukt besteht und waren sich diesbezüglich nicht einig. Am Anfang der Organisationsklima-Forschung ging man davon aus, dass das Klima anhand einer begrenzten Anzahl an Dimensionen dargestellt werden kann. Beispielsweise identifizierten Litwin und Stringer (1968) sieben Dimensionen (Organisationsstruktur und Beschränkung; individuelle

Verantwortung; Wärme und Unterstützung; Belohnung und Bestrafung; Konfliktpräsenz und –ausmaß; Wechselbeziehungen zwischen den Dimensionen, Risiko und Risikobereitschaft) (vgl. Litwin, Stringer 1968). Campbell, Dunnette, Lawler und Weick (1970) diagnostizierten vier Dimensionen (individuelle Autonomie; Ausmaß der Struktur; Belohnungsorientierung; Rücksichtnahme, Wärme und Unterstützung) (vgl. Campbell et al. 1970). James und Kollegen bestimmten ebenfalls vier Dimensionen (Rollenstress und Mangel an Harmonie; Arbeitsherausforderung und Autonomie, Erleichterungen durch gute Führung und Unterstützung) (vgl. James, James 1989, James, McIntyre 1996, James, Sells 1981).

Über die Jahre wurde die Anzahl an Klimadimensionen immer größer und führte zur Verwirrung. Außerdem war die Wahl der Klimadimensionen oft nicht theoretisch fundiert. Untersuchte man die Validität der Erhebungsinstrumente, so war diese häufig nicht hoch genug. Folge hiervon war, dass nicht genau klar war, wie viele und welche Dimensionen es genau gibt. Aufgrund dieser Entwicklung entschieden sich die Forscher Patterson et al. (2005) ein sowohl theoretisch fundiertes als auch valides Instrument zur Messung des Organisationsklimas zu entwickeln. Ergebnis war das Organisationsklima-Messinstrument *Organizational Climate Measure* mit insgesamt 17 Dimensionen und 82 Items. Die Dimensionen lauten:

1. Autonomie;
2. Integration;
3. Mitarbeiterbeteiligung (Partizipation und Kommunikation);
4. Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten;
5. Schulungen;
6. Mitarbeiterfürsorge (durch die Organisation);
7. Formalisierung;
8. Tradition;
9. Innovation und Flexibilität;
10. Ausrichtung nach Außen;
11. Reflexivität;
12. Klarheit der Organisationsziele;
13. Effizienz;
14. Arbeitsbemühungen;
15. Leistungsfeedback;
16. Leistungsdruck;
17. Qualität

Dieses neue Messinstrument unterscheidet sich von früheren Messinstrumenten in mehreren Punkten:

- Das Messinstrument ist aufgrund seiner 17 Dimensionen viel feiner nuanciert.
- Frühere Messinstrumente enthielten Dimensionen, die teilweise zwei sehr unterschiedliche Aspekte beinhalteten (z.B. Organisationsstruktur *und* Beschränkung; Rollenstress *und* Mangel an Harmonie; Arbeitsherausforderung *und* Autonomie). Daher konnten diese Dimensionen nicht klar abgegrenzt werden. Die Dimensionen von Patterson et al. (2005) konzentrieren sich auf nur einen Aspekt und werden dadurch klarer abgrenzbar und verständlich.

- Das Messinstrument ist theoretisch fundiert.
- Das Messinstrument ist valide.
- Die Items sind sehr einfach, kurz und verständlich formuliert, sodass ein jeder sie verstehen kann.

Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit die Dimensionen verwendet, die von Patterson et al. (2005) erarbeitet wurden. Im Folgenden werden die Dimensionen definiert. Nach jeder Definition werden Annahmen bzgl. Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Dimension und den drei Ausprägungen des Burnout-Syndroms getroffen.

*Autonomie.* Zunächst wird die Dimension *Autonomie* betrachtet. Wird einem Mitarbeitenden *Autonomie* gewährt, dann besitzt er bei der Ausführung seiner Arbeit einen großen Spielraum (vgl. z.B. Cherns 1976, Klein 1991). Nach Mullins (1989) ist *Autonomie* ein Faktor, der vorhanden sein muss, damit sich ein positives Organisationsklima entwickeln kann. Fehlt dieser Faktor, so verschlechtert sich das Organisationsklima, und die Entstehung von Burnout wird begünstigt (vgl. Miller 2003, Trefalt 2003; zit. nach Hering, Beerlage, Kleiber 2010, S.66). Dies behauptet auch Burisch (2010) in seinem Burnout-Ursachen-Modell: Ein Individuum besitzt generell ein Bedürfnis nach *Autonomie*, also das Bedürfnis, seine Welt (zumindest subjektiv) kontrollieren zu können. Hat es das Gefühl, seine Welt nicht kontrollieren zu können, so versucht es dies zu bewältigen. Gelingt es ihm nicht, so erlebt das Individuum Stress 2. Ordnung – mit bleibender Beunruhigung als Folge. Die ausbleibende Bewältigung kann dann schließlich den Beginn eines Burnout-Prozesses bedeuten (vgl. Burisch 2010, S.151-152, S.167; siehe oben S. 42). Blickt man auf Zusammenhänge zwischen den einzelnen Burnout-Dimensionen und *Autonomie*, so ergaben sich folgende Forschungsergebnisse: *Autonomie* gilt als sozio-emotionale Belohnung (vgl. Siegrist 1990, S.82, Siegrist, Peter 1994, Siegrist 1996, S.78f.). Bleibt eine solche Belohnung aus, so kann eine Gratifikationskrise entstehen, welche nach Killmer (1999) in Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation steht (vgl. Killmer 1999, S.179f.). Fehlt einer Pflegekraft *Autonomie*, so hat sie weniger Handlungsspielraum beim Ausführen ihrer Tätigkeiten. Einschränkungen bei der Arbeit hindern und mindern somit die Verausgabungsbereitschaft von Pflegekräften, weil sie nicht alles tun können, was ihren Fähigkeiten entsprechen würde. Gemäß der Ergebnisse der Studie von Killmer (1999) steht eine geringe Verausgabungsbereitschaft (ausgelöst durch geringe *Autonomie*) in Verbindung mit einer geringeren persönlichen Leistungsfähigkeit. Getreu den bisherigen Ergebnissen werden für diese Arbeit folgende Vermutungen aufgestellt:

*Hypothesen 2.1 a) – c):* Je weniger Autonomie den Pflegekräften zugestanden wird, desto größer ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Integration.* Als nächstes nennen Patterson et al. (2005) die Klimadimension *Integration*. Damit ist das Ausmaß des *Vertrauens* und der *Kooperation* zwischen den Abteilungen eines Unternehmens gemeint (vgl. z.B. Lawrence, Lorsch 1967, Nauta, Sanders 2000). Diese Definition beinhaltet zwei Begrifflichkeiten, *Vertrauen* und *Kooperation*, deren Zusammenhänge mit Burnout nun genauer betrachtet werden sollen. *Vertrauen* lässt sich als Teil der BGF-Ebene „Organisation“ verstehen und dient entsprechend der Definition der BGF nach der Luxemburger Deklaration 2007 der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Weiterhin kann *Vertrauen* auch als soziale Ressource gesehen werden: Soziale Ressourcen gründen auf Interaktionen zwischen zwei oder mehreren Personen, um einen leiderzeugenden Zustand zu verändern oder die negativen Folgen zu mildern (vgl. Gusy 1995). Verlaufen Interaktionen gut, so können Belastungssituationen besser gehandhabt werden und fördern daher ein gesundheitsförderliches Arbeiten. Da aus Sicht des Autors gegenseitiges *Vertrauen* eine Prämisse für funktionierende Interaktionen ist, wirkt *Vertrauen* schließlich dem Burnout-Syndrom entgegen. Diese These wird auch von Mullins unterstützt, der gegenseitiges *Vertrauen* als wichtigen Baustein eines positiven Organisationsklimas bezeichnet (vgl. Mullins 1989). Lambert et al. (2012) untersuchten Relationen zwischen *Vertrauen* und den drei Dimensionen des Burnout-Syndroms<sup>2</sup>. Dabei betrachteten sie zwei unterschiedliche Vertrauensformen innerhalb einer Organisation: Das *Vertrauen* zum Vorgesetzten sowie das *Vertrauen* zur gesamten Organisation. Ergebnis dieser Studie war, dass beide Vertrauensformen einen starken negativen Zusammenhang zu allen drei Burnout-Dimensionen aufwiesen (siehe Tab. 6.2.1 a (II)). Dementsprechend lautet die Vermutung, dass ein starkes *Vertrauen* zwischen den Krankenhausabteilungen mit einer geringeren Burnout-Prävalenz einhergeht.

Vertrauen	Emotionale Erschöpf.	Depersonalisation	Leistungsunzufriedenheit
zum Vorgesetzten	-,39**	-,43**	-,35**
zur g. Organisation	-,43**	-,46**	-,27**

**Tabelle 6.2.1 a (II): Korrelationstabelle: Vertrauen und Burnout**

$p^{**} \leq ,01$ ; *Bemerkung: Leistungsunzufriedenheit anstatt Leistungszufriedenheit (=PA)*

<sup>2</sup> Teilnehmer: Gefängnisinsassen (USA)

*Kooperation* stellt eine organisationale Ressource dar. Diese erleichtert es den Beschäftigten mit den Arbeitsanforderungen zurechtzukommen, Belastungen zu bewältigen, zu tolerieren oder auszuweichen und fördert somit ein gesundheitsförderliches Arbeiten (vgl. Rimann, Udris 1997, S. 283). Das Gegenteil von *Kooperation* sind Mechanismen wie mangelnde Hilfsbereitschaft, Illoyalität (vgl. Schatz 2010, S.11f.), sowie Interaktionskonflikte, Cliquesbildungen, Konkurrenzverhalten und Intrigen (vgl. Faltermaier 1987, S.360; zit. nach Killmer 1999, S.104). Sie können bei Mitarbeitenden ein Distresserleben auslösen, welches wiederum Burnout begünstigt. Es konnten keine Ergebnisse zu *Kooperation* und den drei Burnout-Dimensionen gefunden werden, aber zu Faktoren, die mit *Kooperation* in Verbindung stehen. Daher sollen diese Ergebnisse Basis für die anschließende Hypothesenbildung sein. Spaans (1991)<sup>3</sup> betrachtete die Wirkung diverser Konstrukte auf das Burnout-Syndrom. Darunter fielen folgende drei Faktoren: *gute Beziehung zu Kollegen*, *soziale Unterstützung von Kollegen* und *gute Beziehungen zwischen den Abteilungen*. Diese Studie stellte heraus, dass eine gute Beziehung zu Kollegen, eine gute soziale Unterstützung seitens der Kollegen, sowie gute Beziehungen zwischen den Abteilungen in negativem Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom stehen. (siehe Tab. 6.2.1 b (II)).

	EE	DP	PA
gute Beziehung zu Kollegen	-,24	-,20	,29
soziale Unterstützung von Kollegen	-,21	-,26	,24
gute Beziehungen zwischen den Abteilungen			,27

**Tabelle 6.2.1 b (II): Korrelationstabelle: Beziehung zu Kollegen, soziale Unterstützung von Kollegen, Beziehung zwischen Abteilungen und Burnout**

*Zahlenwerte: Korrelationskoeffizienten*

Da vermutet wird, dass eine gute Beziehung sowohl zu den Kollegen, als auch zwischen den Abteilungen, und eine gute soziale Unterstützung seitens der Kollegen ein Hinweis auf gute *Kooperation* sind, lautet die Hypothese, dass *Kooperation* negativ mit Burnout korreliert. Die Ergebnisse beider Tabellen weisen stets in dieselbe Richtung, sodass angenommen wird, dass *Vertrauen* und *Kooperation*, welche zusammen das Konstrukt *Integration* bilden, dem Burnout-Syndrom entgegenarbeiten. Aus diesem Grund lauten die nächsten Hypothesen:

<sup>3</sup> Teilnehmer: Psychiatrie-Krankenschwestern (Niederlande)

*Hypothesen 2.2 a) – c):* Je höher die Integration zwischen den Krankenhausabteilungen, desto niedriger ist die a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation, und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte.

*Mitarbeiterbeteiligung.* Nach Patterson et al. (2005) setzt sich der Terminus *Mitarbeiterbeteiligung* aus den beiden Konstrukten *Partizipation* und *Kommunikation* zusammen. Wenn ein Mitarbeitender partizipieren darf, so besitzt dieser einen beträchtlichen Einfluss auf Entscheidungen (vgl. Miller, Monge 1986, Hollander, Offerman 1990, Heller, Pusic, Strauss, Wilpert 1998). Herrscht in einem Unternehmen eine gute *Kommunikation*, so werden Informationen offen und frei innerhalb einer Organisation geteilt (vgl. Callan 1993, Hargie, Tourish 2000). Savicki und Cooley (1987) konnten feststellen, dass *Partizipation* mit Burnout negativ korreliert ( $r = -,37^{**}$ )<sup>4</sup>. Folglich gilt: Je weniger *Partizipation* in einer Organisation vorhanden ist, desto höher ist das Burnout-Betroffenheitsniveau selbiger. Van Gorp, Schaufeli und Hopstaken (1993) betrachteten diesen Zusammenhang genauer hinsichtlich der drei Burnout-Dimensionen EE, DP und PA<sup>5</sup>. Sie stellten fest, dass Mitarbeiterbeteiligung negativ mit EE (-,20) und DP (-,21\*) sowie positiv mit PA (0,22\*) korreliert. Es gibt auch noch Resultate bzgl. der Faktoren *Partizipation* und *Kommunikation*: passend zu den Ergebnissen von Van Gorp et al. (1993), eruierte Spaans (1991) eine positive Korrelation zwischen einem Mangel an *Partizipation* und EE (,17), und Boyas und Wind (2010) erforschten einen negativen Zusammenhang zwischen *Kommunikation* und EE (-,15) und DP (-,17)<sup>6</sup>. Die Organisationsklima-Dimension *Mitarbeiterbeteiligung*, bestehend aus *Partizipation* und *Kommunikation*, kann demnach als Burnout-ursächliches Momentum fungieren, gemäß dem Fall, sie ist in negativer Art und Weise in einer Organisation vorhanden. Auf die zweite Forschungsfrage angewandt lauten die Hypothesen 2.3 a) – c):

*Hypothesen 2.3 a) – c):* Je weniger Mitarbeiterbeteiligung den Pflegekräften zugestanden wird, desto höher ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation, und desto niedriger ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

---

<sup>4</sup> Teilnehmer: Arbeiter im Bereich psychischer Krankheiten (USA)

<sup>5</sup> Teilnehmer: Psychiatriekrankenschwestern in Ausbildung (Niederlande)

<sup>6</sup> Teilnehmer: Mitarbeiter aus dem Kinderhilfswerk (USA)

*Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten.* Diese Dimension charakterisiert das Ausmaß, inwieweit Mitarbeitende Unterstützung und Verständnis seitens ihres unmittelbaren Vorgesetzten erhalten (vgl. Cummins 1990, Eisenberger et al. 2002). *Unterstützung durch den direkten Vorgesetzten* kann Mitarbeiter beflügeln, motivieren und neue Ressourcen mobilisieren, da der zu Führende erkennt, dass die Führungskraft ihn wertschätzt und die Chance zur Partizipation anbietet. Dieses kooperative Führungsverständnis basiert auf einem humanistischen Menschenbild, das die Ressourcenstärkung von Arbeitnehmern in den Mittelpunkt seiner Agens rückt. Stadler und Spieß (2003) weisen ebenfalls daraufhin, dass Vorgesetzte durch unterstützende Maßnahmen einen positiven Einfluss auf Mitarbeiter ausüben können: „Wie eine Vielzahl von empirischen Studien zeigt, tragen Vorgesetzte wesentlich durch die Gestaltung der Arbeitstätigkeit und Arbeitsorganisation sowie durch ihr Führungsverhalten zum Niveau des betrieblichen Gesundheitsschutzes und zum Wohlbefinden der Mitarbeiter bei“ (Stadler, Spieß 2003, S.97f.). Empirische Untersuchungen untermauern die Relevanz von erlebter Vorgesetzten-Unterstützung: Rexroth, Peters und Sonntag (2012) stellten im Rahmen ihrer Forschungen fest, dass sich der Faktor „*Unterstützung durch die Führungskraft*“ positiv auf die Zufriedenheit mit Work-Life-Balance auswirkt ( $,32^{**}$ ), sowie eine negative Korrelation mit Kündigungsabsicht ( $-,18^{**}$ ) und Erschöpfung ( $-,24^{**}$ ) beschreibt<sup>7</sup> (vgl. Rexroth, Peters, Sonntag 2012, S.136). In puncto Burnout bedeutet dies, dass ein vertrauensvoller Führungsstil, der eine *Mitarbeiterunterstützung durch die unmittelbare Führungskraft* beschreibt, positiven Einfluss auf die Reduzierung von emotionaler Erschöpfung besitzt. Dieses Ergebnis wird durch Firth et al. gestützt, die im Jahre 1986 konstatierten, dass *Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten* dazu beiträgt, dass emotionale Erschöpfung ( $-,29^{**}$ ) und Depersonalisation ( $-,15^*$ ) reduziert werden, und die persönliche Leistungsfähigkeit erhöht wird ( $,17^{**}$ )<sup>8</sup>. Schaufeli und Bakker (2004) eruierten einen ähnlichen Zusammenhang. Sie stellten fest, dass unterstützendes Vorgesetztenverhalten emotionale Erschöpfung ( $-,16^{**}$ ) und Zynismus ( $-,14^{**}$ ) verringert und eine professionelle Selbstwirksamkeitserwartung mehrt ( $,24^{**}$ )<sup>9</sup>. Diese Resultate sollen auch in dieser Arbeit getestet werden. Dementsprechend lauten die nächsten Annahmen:

---

<sup>7</sup> Teilnehmer: Arbeitnehmer aus Deutschland

<sup>8</sup> Teilnehmer: Psychiatriepflegekräfte und Pflegekräfte für geistig Behinderte (England)

<sup>9</sup> Teilnehmer: Angestellte aus vier verschiedenen Unternehmen: Versicherungsunternehmen, Rentenversicherungsunternehmen, Unternehmen für Arbeitsschutz, Unternehmen für häusliche Pflege (Niederlande)

*Hypothesen 2.4 a) – c):* Die Unterstützung einer Pflegekraft durch ihren unmittelbaren Vorgesetzten korreliert negativ mit a) emotionaler Erschöpfung und b) Depersonalisation, sowie positiv mit der c) persönlichen Leistungsfähigkeit.

*Schulungen.* Als weitere Dimension von Organisationsklima nennen Patterson et al. (2005) *Schulungen*. Mittels dieser Ausprägung soll erhoben werden, inwieweit das Fachkönnen von Mitarbeitenden (Handhabung von neuen Geräten, Ausführung von Arbeiten) durch *Schulungen* erweitert wird (vgl. Gattiker 1995, Morrow, Jarrett, Rupinski 1997). Regelmäßige *Schulungen* sollen also den Pflegekräften dabei helfen, den Umgang mit Geräten zu ermöglichen und zu erleichtern, sowie die Arbeiten innerhalb des Tätigkeitsbereiches zu optimieren. Wenn ein Mitarbeitender weiß, wie er eine Arbeit zu erledigen oder wie er mit gewissen Gerätschaften umzugehen hat, so erhöht dies seine Zuversicht, dass ihm die Arbeit gelingt. Dass das der Fall ist, bestätigt z.B. eine Untersuchung von Salanova et al. (2000), die eine hochsignifikant positive Relation zwischen Computer-Schulungen und der Selbstwirksamkeitserwartung von Mitarbeitenden feststellten<sup>10</sup>. Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung ist, desto besser sind auch die Arbeitsergebnisse (vgl. Multon, Brown, Lent 1991), und bestätigen wiederum die Meinung über die eigene Selbstwirksamkeit. Diese positive Einstellung, welche eben durch *Schulungen* erreicht werden kann, wirkt sich gesundheitsförderlich aus und reduziert somit Burnout. Evers, Brouwers und Tomic (2002) bestätigen dies in ihren Ermittlungen bzgl. Burnout und der Selbstwirksamkeitserwartung bei Lehrern (Niederlande). Sie führten Korrelationsanalysen zwischen drei verschiedenen Wirksamkeitserwartungen (Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. der Klassenführung, der erfolgreichen Verteilung von Aufgaben an Schüler und bei der Umsetzung Lehrtechniken) und den drei Burnout-Ausprägungen durch. Jeder Korrelationskoeffizient war hochsignifikant und zeigte stets in die Richtung, dass die Selbstwirksamkeitserwartung in negativer Relation mit den drei Burnout-Dimensionen steht:

	Klassenführung	Aufgabenverteilung	Neue Lehrtechniken
EE	-,28**	-,20**	-,61**
DP	-,36**	-,26**	-,45**
PA	,55**	,44**	,53**

**Tabelle 6.2.1 c (II): Korrelationstabelle: Selbstwirksamkeitserwartung und Burnout**

$p^{**} < .01$

<sup>10</sup> Teilnehmer: Arbeitnehmer aus der Ziegelei und der öffentlichen Verwaltung (Spanien)



Diese Forschungsergebnisse sollen auch auf folgende Hypothesen übertragen werden. Dementsprechend lauten die Hypothesen 2.5 a) – c):

*Hypothesen 2.5 a) – c):* Schulungen bei Pflegepersonal reduzieren a) die emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und erhöhen c) die persönliche Leistungsfähigkeit.

*Mitarbeiterfürsorge durch die Organisation.* Als weitere Dimension des Organisationsklimas nennen Patterson et al. (2005) das Konstrukt *Mitarbeiterfürsorge durch die Organisation*. Jene Expression umschreibt das Ausmaß, inwieweit die Organisation ihre Mitarbeiter schätzt und für sie sorgt (vgl. Robinson, Rousseau 1994, Guest 1998). Ähnlich wie die Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten, nimmt auch die *Mitarbeiterfürsorge durch die Organisation* eine Schlüsselrolle im Kontext salutogenetischer Führung und betrieblicher Gesundheitsförderung ein. Eine unfaire Behandlung von Pflegepersonal (*keine Mitarbeiterfürsorge*) kann ähnlich wie mangelnde Autonomie eine Gratifikationskrise einleiten. Unfaire Behandlung kann diesbezüglich ein sozio-emotionales Ungleichgewicht bedeuten, da bspw. der Pfleger erkennt, dass er trotz seiner Verausgabungsbemühungen im Beruf keine Belohnung erlebt. Die daraus resultierende Gratifikationskrise wirkt sich Burnout-förderlich aus (vgl. Siegrist 1990, S.82, Siegrist, Peter 1994, Siegrist 1996, S.78f.). *Mitarbeiterfürsorge*, die durch gegenseitiges Vertrauen, Rücksichtnahme und Unterstützung innerhalb verschiedener organisationaler Hierarchieebenen geprägt ist, und individuelle Unterschiede, Bedürfnisse sowie Erwartungen in der Arbeit anerkennt, wirkt sich nach Mullins (1989) positiv auf ein gesundheitsförderliches Organisationsklima aus. In Conclusio bedeutet dies konkret, dass eine solche Wertschätzung bzw. Anerkennung im Konnex der *Mitarbeiterfürsorge* Burnout-präventiven Charakter besitzt. Auch in der Zwei-Faktoren-Theorie der Motivation nach Herzberg (1966) wird auf die Bedeutung von Anerkennung und Lob über die individuelle Arbeitsleistung als Motivator hingewiesen. In Schmidbauers Burnout-Erklärungsansatz (1977, 1997) kann *Nicht-Anerkennung*, also mangelnde Wertschätzung, bei Helfer-Persönlichkeiten dazu führen, dass selbige ihre Persönlichkeit in Frage stellen und Burnout entwickeln. Dies bestätigt auch Rainey (1999) in seiner Studie, in der mangelnde Anerkennung und Burnout positiv korrelieren. Nun stellt sich noch die Frage, inwieweit *Mitarbeiterfürsorge durch die Organisation* mit den drei Burnout-Dimensionen zusammenhängen könnte. Rhoades und Eisenberger (2002) untersuchten, inwiefern eine wohlwollende und unterstützende Organisation (Gerechtigkeit, Unterstützung, Belohnung,

vorteilhafte Arbeitsbedingungen) gegenüber ihren Mitarbeitenden die Arbeitszufriedenheit beeinflusst, und konnten einen positiven Zusammenhang verzeichnen<sup>11</sup>. Arbeitszufriedenheit wiederum steht hochsignifikant in negativer Verbindung mit Burnout: Emotionale Erschöpfung (-,49\*\*), Depersonalisation (-,37\*\*), persönliche Leistungsfähigkeit (,38\*\*) (vgl. Piko 2006)<sup>12</sup>. Diese Befunde sind daher Grund für folgende Annahmen:

*Hypothesen 2.6 a) – c):* Je ausgeprägter die Fürsorge der Krankenhausorganisation gegenüber dem Pflegepersonal ist, desto geringer ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation, und desto höher ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Formalisierung.* Die Organisationsklima-Dimension *Formalisierung* charakterisiert nach Patterson et al. (2005) formale Regeln und Vorgehensweisen (vgl. Pugh et al. 1968, Hall 1991). Zum einen repräsentiert *Formalisierung* den Antagonismus zu Autonomie. Auf den Arbeitsplatz von Krankenschwestern und Krankenpflegern bezogen bedeutet dies, dass externe *Formalisierung* der individuellen Eigenbestimmtheit widerstreben und schließlich in Desillusionierung und Unzufriedenheit münden kann, da die Pflegekraft erkennt, dass ihr ausschließlich ein eingeschränkter Aktionsradius zur Verfügung steht (Fremdbestimmtheit/mangelnde Autonomie). Zum anderen erhöhen Formalien den *Zeitdruck*: Ein hoher Grad an *Formalisierung* fordert von Krankenschwestern und -pflegern die Tätigkeiten ihres Berufes auf eine ganz bestimmte Art und Weise auszuführen. Gerade in deutschen Krankenhäusern wird sehr auf Sauberkeit und Sterilität geachtet. Damit verbunden sind strenge Regeln, deren Einhaltung sehr zeitaufwändig ist. Und Zeit ist eine Ressource von Pflegekräften, an der es häufig mangelt. Ein hoher Grad an *Formalisierung* erhöht also den *Zeitdruck*. Folglich wird es den Pflegekräften widerstreben, sich an formalisierte Arbeitsweisen zu halten, vor allem dann, wenn eine Pflegekraft eine andere Tätigkeit, die zur selben Zeit anfällt und erledigt werden sollte, als wichtiger erachtet (z.B. Zuwendung zu einem Patienten). Hieraus könnten sich Frustgefühle entwickeln, da Formalien und Regeln gegenüber „wichtigeren“ Tätigkeiten priorisiert werden. Weiterhin könnte immer wieder situativ der Konflikt entstehen, ob nun eine Tätigkeit genau nach Vorschrift erledigt werden sollte, oder ob man diese Tätigkeit nicht regelkonform ausführt, um Zeit für andere wichtige Arbeiten zu gewinnen. Entscheidet sich eine Pflegekraft für die nicht regelkonforme Erledigung einer bestimmten Arbeit, so besteht die Gefahr, dass ihr Fehlverhalten entdeckt

---

<sup>11</sup> Metaanalyse (USA)

<sup>12</sup> Teilnehmer: Pflegekräfte (Ungarn)

wird. Egal wofür sie sich entscheidet – beides ist mit Stress verbunden: Arbeitet sie regelkonform, so wird die Pflegekraft aufgrund des daraus entstehenden *Zeitdrucks* Stress erleben. Tut sie es nicht, so bildet das eventuelle Aufdecken des Fehlverhaltens den Stressor. Falls dieser Stress nicht bewältigt werden kann, steigt die Gefahr für das Individuum ein Burnout-Syndrom zu entwickeln. Ursächlich für den Stress ist jedoch *Zeitdruck*. Teng et al. (2010) untersuchten, wie sich *Zeitdruck* bei Pflegekräften auf Burnout auswirkt<sup>13</sup>. Dabei ergab sich, dass diese Größe die emotionale Erschöpfung erhöht (,38\*) und die persönliche Leistungsfähigkeit mindert (-,12\*). Eine Verbindung zwischen *Zeitdruck* und Depersonalisation ergab sich hingegen nicht. Fasst man die bisherigen Überlegungen zu Formalisierung zusammen, so ergibt sich, dass diese Ausprägung der *Autonomie* entgegensteht und *Zeitdruck* fördert. Betrachtet man die Hypothesen 2 a) – c), so wird in dieser Arbeit vermutet, dass mangelnde *Autonomie* EE und DP erhöht und PA erniedrigt. *Zeitdruck* erhöht laut Teng et al. (2010) EE und mindert PA. Dementsprechend wird es für wahrscheinlich gehalten, dass ein hoher Grad an *Formalisierung* die emotionale Erschöpfung erhöht und die persönliche Leistungsfähigkeit vermindert, und eventuell auch die Depersonalisation steigert:

*Hypothesen 2.7 a) – c):* Je stärker die Tätigkeiten von Pflegekräften formalisiert sind, desto höher ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Tradition.* Diese Dimension beschreibt das Ausmaß, inwieweit alteingesessene Arbeitsweisen geschätzt werden (vgl. Coch, French 1948). Damit ist gemeint, dass alles Traditionelle und Bewährte beibehalten wird, kein großes Interesse besteht, neue Ideen auszuprobieren und Veränderungen nur sehr langsam geschehen (vgl. Patterson et al. 2005). Populärwissenschaftlich betrachtet, ist die Begrifflichkeit *Tradition* eher negativ konnotiert. Im hektischen Zeitgeschehen des 21. Jahrhunderts hat es nach Ansicht des Verfassers durchaus den Anschein, als dass eine öffentliche Bekenntnis hin zu *Tradition* nur bedingt ein Argument für wirtschaftlichen Erfolg darstellt. *Innovation* – das Gegenteil von *Tradition* – liegt eher im Trend. Im Kontext der Krankenhauskultur betrachtet, kann der Faktor *Tradition* sowohl förderliche als auch negative Ausprägungsmerkmale besitzen.

---

<sup>13</sup> Taiwan (China)

*Förderliche Ausprägungsmerkmale.* Es kann durchaus von Vorteil sein, wenn ein Krankenhaus alteingesessene Arbeitsweisen praktiziert, falls es sich um Praktiken handelt, mit denen gute Erfahrungen gemacht wurden. Denn daraus ergeben sich für das Pflegepersonal mehrere Vorteile: Zum einen kann eine Pflegekraft davon ausgehen, dass ihre Tätigkeit mit großer Wahrscheinlichkeit zu Erfolg führt, und sie deshalb Zufriedenheit erleben wird. Also würde ihre Arbeitszufriedenheit gesteigert werden. Zum anderen besitzt ein traditionell arbeitendes Krankenhaus einen entschleunigenden Charakter, weil Arbeitsabläufe gleich bleiben und daher zur Routine werden. Weiterhin kann das Arbeitsergebnis relativ gut prognostiziert werden, was der Stressentstehung vorbeugt. Dieser kalkulierbare Aspekt (Pflegekraft kann die relevanten arbeitsplatzbezogenen Aspekte gut einschätzen) kann Sicherheit, Halt und subjektive Kontrollierbarkeit enthalten.

*Hemmende Ausprägungsmerkmale.* Anders verhält es sich mit traditionsbehafteten Krankenhäusern, deren Arbeitsweisen veraltet sind und neuere Praktiken und Methoden erfolgsversprechender wären. Diesen Zustand kann eine Krankenschwester als störend und hinderlich erleben, wenn bspw. die individuelle pflegerische Profession von einer starren, traditionellen Pflegekultur unterjocht wird, die etwaigen Modernisierungen per se kritisch gegenübersteht.

Die Dimension *Tradition* kann also einerseits entschleunigen und Sicherheit ausstrahlen und andererseits aufgrund ihres rigiden, althergebrachten Charakters Modernisierungen sowie Pflegeneuerungen behindern und damit auf die subjektive Kontrollierbarkeit und persönliche Leistungsfähigkeit eines Krankenpflegers negativen Einfluss nehmen. Diese Ambiguität hat zur Folge, dass in der Hypothesenbildung zu dieser Organisationsklima-Dimension davon ausgegangen wird, dass *Tradition* eine unabhängige Größe in Bezug auf die Entstehung von Burnout einnimmt. Folglich lauten die Hypothesen:

*Hypothesen 2.8 a) – c):* Die Tradition, die Pflegekräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erleben, hat keine Auswirkungen auf a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation sowie c) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Innovation und Flexibilität.* Patterson et al. (2005) explorieren diese Organisationsklima-Dimension folgendermaßen: *Innovation* beschreibt das Ausmaß, inwieweit neue Ideen und innovative Vorgehensweisen gefördert und unterstützt werden (vgl. West, Farr 1990). *Flexibilität* kennzeichnet die Art und Weise, wie man sich bei Änderungen verhält (vgl.

Garrahan, Stewart 1992, King, Anderson 1995). Eine *innovative und flexible* Organisation bejaht schnell neue Ideen, reagiert rasch darauf, wenn Änderungen getätigt werden müssen, ist flexibel darin, Arbeitsweisen zu verändern, um Probleme zu lösen, stellt unterstützende Maßnahmen bei der Entwicklung neuer Ideen zur Verfügung und sucht stets neue Möglichkeiten, um Probleme anzugreifen (vgl. Patterson et al. 2005). Savicki (2003) erforschte, in welcher Beziehung *Innovation* mit Burnout steht. Weil er davon ausging, dass die Wirkung je nach Art der Berufsanforderung unterschiedlich ausfällt, befragte er vier verschiedene Berufe (Kinder- und Jugendbetreuer, spezialisierte Kinder- und Jugendbetreuer, Erzieher und Sozialarbeiter mit leitender Funktion) innerhalb einer bestimmten Berufssparte (soziale Arbeit)<sup>14</sup>. Bei zwei Berufen konnte eine Relation zwischen *Innovation* und Burnout entdeckt werden: Erzieher erlebten eine höhere persönliche Leistungsfähigkeit, falls ihre Arbeitsumgebung *innovativer* Natur war. Dies war auch bei den Sozialarbeitern mit leitender Funktion der Fall. Signifikante Zusammenhänge zwischen *Innovation* und den anderen beiden Burnout-Ausprägungen – emotionale Erschöpfung und Depersonalisation – haben sich nicht ergeben. Eine Forschungsarbeit von Watts, Robertson und Winter (2013) eruierte dasselbe Resultat bei Krankenschwestern und –pflegern. Auch hier korrelierte nur eine von den drei Burnout-Ausprägungen – nämlich persönliche Leistungsfähigkeit – mit einer *innovativen* Organisationskultur. Savicki und Cooley (1987) errechneten einen Burnout-Gesamtwert. Ergebnis dieser Studie war, dass eine innovative Organisationskultur mit einer geringeren Burnout-Rate einhergeht (-,25<sup>\*\*</sup>)<sup>15</sup>. Alle drei Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass *Innovation* dem Burnout-Syndrom entgegenwirkt. Da jedoch zwei Arbeiten Relationen zwischen *Innovation* und emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation nicht bestätigen konnten, wird vermutet, dass *Innovation* nur in Zusammenhang mit der persönlichen Leistungsfähigkeit steht:

*Hypothese 2.9:* Je offener ein Krankenhaus gegenüber Innovation ist, desto höher ist die persönliche Leistungsfähigkeit von Krankenschwestern und –pflegern.

*Ausrichtung nach Außen.* Die nächste Dimension, *Ausrichtung nach Außen*, beschreibt grundsätzlich das Ausmaß, inwieweit eine Organisation auf die Bedürfnisse des Kunden eingeht und generell auf den Markt reagiert (vgl. Kiesler, Sproull 1982, West, Farr 1990). Auf Krankenhäuser übertragen soll diese Ausprägung Auskunft darüber geben, inwieweit ein

---

<sup>14</sup> USA

<sup>15</sup> Teilnehmer: Arbeiter im Bereich psychischer Krankheiten (USA)

Krankenhaus Patientenbedürfnisse priorisiert, nach neuen und besseren Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten Ausschau hält und sich selbst mit anderen Krankenhäusern vergleicht. Dabei steht es nicht im Interesse des Krankenhauses, den Gewinn zu maximieren, indem möglichst teure und eventuell auch unwirksame Behandlungen an den Patienten verkauft werden. Vielmehr ist das Krankenhaus bestrebt, das Wohlergehen des Patienten bestmöglich zu fördern. Bemüht sich ein Krankenhaus um ein solches Ziel, so kann man es auch als *patienten-* bzw. *kundenorientiert* bezeichnen. Holz (2006) widmete sich in ihrer Dissertation dem Thema, inwiefern *Kundenorientierung* mit Burnout korreliert und unterschied dabei auch zwischen den drei Burnout-Ausprägungen nach Maslach und Jackson. Bei dieser Untersuchung ergaben sich sowohl zu emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation als auch zur persönlichen Leistungsfähigkeit mittelstarke bis starke und hochsignifikante Zusammenhänge: *Kundenorientierung* stand in negativer Beziehung zu emotionaler Erschöpfung (-,36\*\*) und Depersonalisation (-,33\*\*), und wirkt somit dem Burnout-Syndrom entgegen. Dies ist auch der Fall bei persönlicher Leistungsfähigkeit (,42\*\*), weil diese Dimension mit *Kundenorientierung* stark positiv korreliert<sup>16</sup>. Die Resultate dieser Dissertation sollen auch als Basis für die Hypothesen dieser Arbeit fungieren. Dementsprechend lauten die Vermutungen bzgl. *Kundenorientierung* (= *Ausrichtung nach Außen*) und Burnout:

*Hypothesen 2.10 a) – c):* Je kundenorientierter ein Krankenhaus ist, desto geringer fallen die a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation aus, und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals.

*Reflexivität.* Die Organisationsklima-Dimension *Reflexivität* beschreibt, inwieweit man Ziele, Strategien und Arbeitsweisen überdenkt, um sich den Umweltbedingungen bestmöglich anzupassen (vgl. West 1996, 2000). Reflexionsprozesse dienen der Gewinnung neuer Ideen, die die Leistungen und Arbeitsergebnisse optimieren sollen. Schippers, West und Dawson (2012) bringen *Reflexion* und *Innovation* mit der Aussage in Verbindung, dass arbeitsplatzbezogenes *Reflektieren* bei Teams zu einer Steigerung ihrer Innovationsfähigkeit führt. Denn im Rahmen dieser *Reflexionsprozesse* wird versucht zu erkennen, inwieweit effektiver gearbeitet werden kann (vgl. Schippers, West, Dawson 2012). Forschungsarbeiten bestätigen diese Aussage, denn in ihren Untersuchungen wurde ermittelt, dass Teams mit hohem *Reflexionsvermögen* mehr innovative Ideen entwickelten und somit Arbeitsschritte,

---

<sup>16</sup> Teilnehmer: Personen aus sechs verschiedenen Wirtschaftsunternehmen und Institutionen (Deutschland)

Produkte und den Kundenservice verbessern konnten (vgl. De Dreu, Nijstad, van Knippenberg 2008, Hülshager et al. 2009, Wong, Tjosvold, Su 2007). Ferner fungiert *Innovation*, ausgelöst durch *Reflexion*, als Antwort gegen Stressoren und stellt eine gehaltvolle und oftmals verwendete Stressbewältigungsstrategie dar (vgl. Bunce, West 1994). Gerade dann, wenn Stressoren in Form von hohen Arbeitsanforderungen die Teammitglieder konfrontieren, kann mittels *Reflexion* eine besonders hohe Innovationskraft entwickelt werden. In solchen Situationen gibt das *Reflexionsvermögen* dem Team die notwendige Selbsterkenntnis, um sowohl die Arbeitsanforderung als auch die Teamkapazitäten richtig zu erfassen, um schließlich die Arbeitsanforderungen mittels neuer Arbeitsmethoden besser bewältigen zu können (vgl. Schippers et al. 2012). Die Forschungsergebnisse zeigen also, dass *Reflexion* die Innovationskraft erhöht. Wie unter der Dimension *Innovation* bereits eruiert, korreliert *Innovation* positiv mit der Burnout-Ausprägung *persönliche Leistungsfähigkeit*. Da *Reflexivität* direkten Einfluss auf *Innovation* besitzt, welche wiederum dem Burnout-Syndrom entgegenwirkt, entstehen schließlich folgende hypothetische Suppositionen für Pflegekräfte in bayerischen Krankenhäusern:

*Hypothesen 2.11 a) – c):* Je ausgeprägter Reflexionsprozesse in Krankenhausorganisationen sind, desto geringer ist die a) emotionale Erschöpfung, b) Depersonalisation und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit von Pflegekräften.

*Klarheit über organisationale Ziele.* Diese Dimension soll illustrieren, inwieweit Organisationsziele klar definiert sind (vgl. Locke 1991). Herrscht Klarheit über die organisationalen Ziele eines Krankenhauses, so haben die Pflegekräfte ein gutes Verständnis darüber, welche Ziele das Krankenhaus verfolgt und kennen auch dessen Langzeitpläne und –ausrichtungen (vgl. Patterson et al. 2005). *Zielklarheit* ist von Vorteil, denn man weiß, was von einem konkret verlangt wird, und wohin es gehen soll. Die Arbeit kann dementsprechend zielgerichteter ausgeführt werden und ist sinnerfüllter, da sie einem konkreten Ziel dient. Die Gefahr vor sinnlosen Tätigkeiten wird minimiert und somit auch das Risiko von Frusterleben, das sich einstellt, wenn sich eine Aktivität als nicht zielführend, sinnlos oder vergeblich herausstellt. Dient eine Arbeit hingegen einem Ziel, so löst dies in einem Individuum das Streben nach Zielerreichung aus und hat dadurch einen motivationalen Effekt. Ist ein Individuum motiviert, so wird seine Leistungsfähigkeit gesteigert, was wiederum auch bessere Ergebnisse hervorruft. Schließlich erfährt das Individuum Zufriedenheit bzgl. seiner

Leistung. Levert, Lucas und Ortlepp (2000) untersuchten in ihrer Studie die Wirkung von mangelnder Zielklarheit am Arbeitsplatz von Pflegekräften, indem sie Zusammenhänge zwischen Rollenkonflikt und Rollenunklarheit auf Burnout recherchierten<sup>17</sup>. Ein Rollenkonflikt entsteht, wenn *zwei* autorisierte Personen (bei Pflegekräften: Pflegedienstleiter und Arzt) gleichzeitig viele oder sich häufig entgegenstehende Anforderungen an einen Mitarbeitenden stellen (vgl. Dewe 1987, Gray-Toft, Anderson 1981). Von Rollenunklarheit spricht man, wenn man die Ziele des Berufes oder den Umfang seines Verantwortungsbereiches nicht genau kennt (vgl. Bluen 1986, Rizzo, House, Lirtzman 1970). Die Korrelationsanalysen zeigen, dass sowohl *Rollenkonflikt* hochsignifikant mit den drei Burnout-Ausprägungen in Verbindung steht, *Rollenunklarheit* hingegen nur mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation. Es ist zu bemerken, dass Rollenkonflikte und Rollenunklarheiten viel stärkere Auswirkungen auf Pflegekräfte haben, als eine bloße Unkenntnis von organisationalen Zielen, da Rollenkonflikte und Rollenunklarheiten die alltägliche Arbeit von Pflegekräften auch viel intensiver und häufiger beeinflussen und – wie der Name schon sagt – diese in ständige Konfliktsituationen versetzen. Diese Studie soll lediglich zum Ausdruck bringen, dass eine fehlende Zielkenntnis für Mitarbeitende nachteilig ist und in sehr ausgeprägter Form zu Burnout führen kann. Es wird vermutet, dass die Arbeit von Pflegekräften nicht so stark von der *Klarheit krankenhausesorganisationaler Ziele* abhängt, sodass ein Mangel hiervon die emotionale Erschöpfung und Depersonalisation fördern würde – wie es bei Rollenkonflikten und Rollenunklarheiten der Fall ist. Es wird jedoch für möglich gehalten, dass *Klarheit über krankenhausesorganisationale Ziele* die persönliche Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals steigert, da – wie anfangs geschildert – Zielklarheit motiviert und somit die Leistung steigert. Aus diesem Grund wird folgende Vermutung postuliert:

*Hypothese 2.12:* Je besser Pflegekräfte über krankenhausesorganisationale Ziele informiert sind, desto höher ist deren persönliche Leistungsfähigkeit.

*Effizienz.* Die Organisationsklima-Dimension *Effizienz* beschreibt, inwieweit eine Organisation auf die Effizienz und Produktivität ihrer Mitarbeitenden Wert legt (vgl. Ostroff, Schmitt 1993). Jene Dimension soll eruieren, inwiefern effiziente Faktoren, wie bspw. effektive und gutdurchdachte Arbeitsplanung, Arbeitsorganisation sowie Zeitmanagement

---

<sup>17</sup> Südafrika



vorhanden sind (vgl. Patterson et al. 2005). *Effizienz* in diesem Sinne bedeutet nicht, dass vom Mitarbeitenden verlangt wird effizient zu arbeiten, sondern, dass die Organisation dem Mitarbeitenden dabei hilft, seine Arbeit reibungslos (mittels guter Planung) erledigen zu können. Und das ist angesichts der vielen Patienten, die Pflegekräfte pflegen und überwachen müssen, von Bedeutung. Denn eine effiziente Arbeitsorganisation unterstützt ein reibungsloses Arbeiten und schafft damit eine wichtige Voraussetzung, damit maximale Leistung erbracht werden kann. Eine schlechte Koordinierung bzw. Probleme bzgl. des Zeitmanagements hingegen erweisen sich als stressförderlich. Dies fanden Edwards et al. (2000) im Rahmen einer Meta-Literaturübersicht bei Krankenpflegern heraus. Grund hierfür ist *Zeitdruck*: Mangelt es an gutem Zeitmanagement, so werden Arbeiten nicht in der effektivsten und zeiteinsparendsten Reihenfolge erledigt. Folgen hiervon können entweder Staus oder Leerläufe sein. Falls sich die Arbeit anstaut, hat dies die unangenehme Konsequenz, dass plötzlich viele Arbeiten (am besten gleichzeitig) erledigt werden müssen, und daher *Zeitdruck* entsteht. Wie bei der Dimension *Formalisierung* bereits erläutert, erhöht *Zeitdruck* die emotionale Erschöpfung und erniedrigt die persönliche Leistungsfähigkeit (vgl. Teng et al. 2010). Dieser Befund ist Anlass für die nächsten Vermutungen:

*Hypothesen 2.13 a) und b):* Je effizienter die Arbeit von Pflegekräften geplant ist, desto weniger a) emotionale Erschöpfung und desto mehr b) persönliche Leistungsfähigkeit weisen jene auf.

*Arbeitsbemühungen.* Diese Ausprägung beschreibt, wie hart die Mitarbeitenden arbeiten, um die Organisationsziele zu erreichen (vgl. McCaol, Hinsz, McCaol 1987). Sind die Mitarbeitenden bemüht, so äußert sich dies dahingehend, dass sie gemäß ihrer Fähigkeiten das Bestmögliche leisten, enthusiastisch sind bezüglich ihrer Arbeit und auch bereit sind, einen besonderen Aufwand zu leisten, um eine gute Arbeit verrichten zu können (vgl. Patterson et al. 2005). Beschreibt eine Pflegekraft die Mitarbeitenden in ihrer Umgebung auf diese Weise, dann ist sie sozusagen von sehr engagierten Kollegen umgeben. In diesem Fall würde die Vermutung naheliegen, dass die Mitarbeitenden nicht an Burnout leiden, da Enthusiasmus und *Engagement* Burnout-gegenteilige Verhaltenszüge darstellen. Maslach und Leiter (1997) nahmen ebenfalls an, dass *Engagement* genau das Gegenteil von Burnout darstellt. Schaufeli und Bakker (2004) bestätigten diese Annahme in ihrer Untersuchung, in dem *Engagement*

(ein Konstrukt bestehend aus den Dimensionen Elan, Hingabe und Arbeitsversunkenheit) mit Burnout negativ korreliert<sup>18</sup>:

	EE	DP	PA
Elan	-,40**	-,16**	,59**
Hingabe	-,28**	-,29**	,63**
Arbeitsversunkenheit	-,07*	-,12**	,47**

**Tabelle 6.2.1 d (II): Korrelationstabelle: Engagement und Burnout**

Außerdem fanden sie in derselben Untersuchung heraus, dass *Engagement* mit den arbeitsplatzbezogenen Ressourcen *soziale Unterstützung seitens der Kollegen, Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten* und *Leistungsfeedback* positiv zusammenhängt (Schaufeli, Bakker 2004). Dies deutet darauf hin, dass Mitarbeitende dann engagiert sind, wenn arbeitsplatzbezogene Ressourcen vorhanden sind. Überträgt man dieses Resultat auf Krankenhausorganisationen, so könnte man behaupten: Charakterisiert eine Pflegekraft ihre Kollegen und Vorgesetzten als bemüht, so lassen sich arbeitsplatzbezogene Ressourcen in der Krankenhausorganisation vorfinden. Dementsprechend müsste eine Pflegekraft ebenfalls im Genuss jener Ressourcen sein, welche wiederum bei ihr selbst dem Entstehen eines Burnout-Syndroms entgegenwirken müssten. Die Ergebnisse von Schaufeli und Bakker (2004) begründen daher nachfolgende Hypothesen:

*Hypothesen 2.14 a) – c):* Je bemühter Mitarbeitende ihre Arbeit verrichten, desto geringer ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto höher ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Leistungsfeedback.* Nach Patterson et al. (2005) gibt *Leistungsfeedback* zum Ausdruck, wie Arbeitsleistung gemessen wird, und das Feedback an den Mitarbeitenden gestaltet ist (vgl. Annett 1969, Kopelman 1986). Schaufeli und Buunk (1999) weisen darauf hin, dass allgemeine Arbeitsstressoren ein Burnout-Korrelat in der Krankenpflege bedeuten. Zu den allgemeinen Arbeitsstressoren zählen sie auch *mangelndes Feedback*, welches eine Burnout-Entstehung begünstigt (vgl. Schaufeli, Buunk 1999). Schaufeli, Bakker und van Rhenen (2009) ermittelten einen negativen Zusammenhang zwischen *Leistungsfeedback* und der

<sup>18</sup> Teilnehmer: Angestellte aus vier verschiedenen Unternehmen: Versicherungsunternehmen, Rentenversicherungsunternehmen, Unternehmen für Arbeitsschutz, Unternehmen für häusliche Pflege (Niederlande)

Burnout-Dimension Depersonalisation (-,18\*)<sup>19</sup>. Spaans (1991) stimmt mit diesem Forschungsergebnis von Schaufeli, Bakker und van Rhenen (2009) überein, indem er ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen einem Mangel an Feedback und Depersonalisation ausfindig machte<sup>20</sup>. Spaans (1991) unterschied dabei zwischen einem Feedbackmangel, der durch Kollegen hervorgerufen wird (0.24\*) und einem Feedbackmangel, der durch Führungskräfte evoziert wird (0.18\*) (vgl. Spaans 1991). *Leistungsfeedback* verkörpert eine Arbeitsressource, die einen Motivationsprozess anregen kann, der wiederum Faktoren wie bspw. arbeitsplatzbezogenes Lernen, Arbeitsengagement und organisationales Engagement fördert. (vgl. Demerouti et al. 2001, Salanova et al. 2005, Taris, Feij 2004). Außerdem unterstützt ein lehrreiches *Feedback* Lernprozesse, die wiederum die Arbeitskompetenz erhöhen. Damit wird auch die Wahrscheinlichkeit gesteigert, dass individuelle Arbeitsziele erfolgreich erreicht werden (vgl. Bakker, Demerouti 2007). Ferner hilft konstruktives *Feedback* nicht nur Arbeitnehmern dabei, ihre Arbeit effektiver ausführen zu können, sondern es verbessert ebenfalls die Kommunikation zwischen Führungskraft und Arbeitnehmern. Läuft der Feedbackprozess im Rahmen eines konstruktiven Informationsaustausches ab, können nicht nur Mitarbeiter ihre Leistungsfähigkeit erhöhen, sondern auch Führungskräfte. Äußert sich *Feedback* in Form von Lob und Anerkennung, so erhöht dies die Motivation der Mitarbeitenden und signalisiert ihnen in dieser Richtung fortzufahren (vgl. Hackman, Oldham 1980). Die vorangegangenen Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass *Leistungsfeedback* in Zusammenhang mit Depersonalisation und persönlicher Leistungsfähigkeit steht. Folglich lauten die Hypothesen zu dieser Dimension:

*Hypothesen 2.15 a) – b):* Je mehr Feedback Krankenschwestern und Krankenpfleger bzgl. ihrer Leistung von Kollegen und Vorgesetzten erhalten, desto weniger a) Depersonalisation erleben sie, und desto höher ist deren b) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Leistungsdruck.* Leistungsdruck charakterisiert das Ausmaß, inwieweit die Mitarbeitenden dazu gedrängt werden, bestimmte Sollvorgaben zu erfüllen (vgl. Taira 1996). In einer Organisation herrscht *Leistungsdruck* vor, wenn von den Mitarbeitenden erwartet wird, viel zu viel Arbeit pro Tag zu erledigen. Außerdem ist dieser eng mit *Zeitdruck* verbunden, da von Mitarbeitern verlangt wird, in einem hohen Arbeitstempo ihre Tätigkeit zu verrichten (vgl.

---

<sup>19</sup> Teilnehmer: Telekom-Manager (Niederlande)

<sup>20</sup> Teilnehmer: Psychiatrie-Krankenschwestern (Niederlande)

Patterson et al. 2005). Ein Organisationsklima, das von hohem Arbeits-, Zeit- oder *Leistungsdruck* gekennzeichnet ist, kann für Beschäftigte negative Konsequenzen bedeuten. Jene Auswirkungen können sich sowohl auf die Gesundheit als auch auf das arbeitsplatzbezogene Erleben und Verhalten eines Beschäftigten schädlich auswirken.

*Mögliche Auswirkungen von Leistungsdruck:*

- Hoher Leistungsdruck kann Auswirkungen auf das Arbeitsergebnis eines Mitarbeitenden haben, da die Wahrscheinlichkeit, unter Zeitdruck Fehler zu begehen, erhöht wird.
- Disstresserleben wird forciert, da hoher *Leistungsdruck* Individuen in permanente innere Anspannung versetzen kann. Dieser Stressor kann partiell kognitive, negative, dichotome Gedanken und Einstellungen verstärken.
- Gesundheitliche Probleme, wie bspw. Schlafprobleme, Angst- und Erschöpfungszustände, oder Panikattacken können Resultate dauerhaften *Leistungsdrucks* darstellen.

Bakker, Demerouti und Verbeke (2004) stellten fest, dass zwischen *Arbeitsdruck* und emotionaler Erschöpfung ein hochsignifikanter Zusammenhang besteht ( $.29^{**}$ ) (vgl. Bakker, Demerouti, Verbeke 2004)<sup>21</sup>. Ein ähnliches Ergebnis förderte Spaans (1991) zu Tage. Seiner Forschungsarbeit zu Folge korreliert *Arbeitsdruck* ebenfalls ausschließlich mit der Burnout-Ausprägung *emotionale Erschöpfung* ( $0.23^{**}$ ) (vgl. Spaans 1991)<sup>22</sup>. Daher wird vermutet, dass *Leistungsdruck* ausschließlich, gemäß obigen Forschungsergebnissen, mit emotionaler Erschöpfung korreliert:

*Hypothese 2.16:* Je mehr Leistungsdruck auf Krankenschwestern und Krankenpfleger einwirkt, umso höher ist deren emotionale Erschöpfung.

*Qualität.* Diese Organisationsklima-Dimension erläutert, inwieweit qualitativ hochwertigen Behandlungsmethoden Bedeutung verliehen wird (vgl. Deming 1986, Hackman, Wageman 1995). Nach Patterson et al. (2005) besitzt eine Organisation dann ein hohes Qualitätsbewusstsein, wenn sie geneigt ist, stets die höchsten Qualitätsstandards erreichen zu wollen und allgemein dem Faktor *Qualität* hohe Bedeutung beimisst. Unternehmen mit hohem Qualitätsbewusstsein vertreten die Auffassung, dass ihr unternehmerischer Erfolg von der hohen Arbeitsqualität abhängt (vgl. Patterson et al. 2005). Ein Krankenhaus, das bestrebt

---

<sup>21</sup> Teilnehmer: Arbeitnehmer aus verschiedenen Berufssparten und Positionen (Niederlande)

<sup>22</sup> Teilnehmer: Psychiatrie-Krankenschwestern (Niederlande)

ist, hohe *Qualität* anzubieten, ist daran interessiert, die Patienten sowohl medizinisch als auch pflegerisch bestmöglich zu versorgen, sodass Erfolge bei der Heilung und Zufriedenheit bei den Patienten erzielt werden können. Dementsprechend müsste die Krankenhausorganisation daran interessiert sein, Voraussetzungen für eine gute Patientenversorgung zu schaffen. Da zu einer guten Patientenversorgung auch eine gute Pflege gehört, müsste die Organisation den Pflegekräften alles Notwendige hierfür bereitstellen. Ist dies der Fall, so würde es den Pflegekräften ermöglicht werden, eine gute bzw. professionelle Pflege anbieten zu können. Folge hiervon wäre schließlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer schnelleren Genesung des Patienten und dementsprechend auch seine Zufriedenheit steigt. Aufgrund der Arbeitserfolge der Krankenschwestern und -pfleger, ursprünglich ausgelöst durch das generelle Qualitätsbewusstsein des Krankenhauses, würde sich deren Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen. Dass eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung mit einer Verringerung von Burnout einhergeht, wurde bereits bei den Hypothesen zur Organisationsklima-Dimension *Schulungen* diskutiert und auch durch die Forschungsarbeiten von Evers et al. (2002) bestätigt. Aufgrund der vorhergegangenen Überlegungen wird vermutet, dass eine Krankenhausorganisation, die auf hohe Qualitätsstandards Wert legt, es den Pflegekräften ermöglicht und erleichtert, eine professionelle Pflege leisten zu können. Dies wiederum erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung und mindert die Entstehungschancen eines Burnout-Syndroms:

*Hypothesen 2.17 a) – c):* Je qualitätsorientierter eine Krankenhausorganisation ist, desto weniger a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto mehr c) persönliche Leistungsfähigkeit erleben Pflegekräfte.

## **6.2.2 Arbeitsumgebung**

Die Arbeitsumgebung ist – wie das Organisationsklima – ebenfalls an der zweiten Forschungsfrage beteiligt. Deshalb wird nun in diesem Gliederungspunkt selbige genauer beleuchtet. Anschließend folgen die Definitionen der einzelnen Dimensionen sowie Annahmen über Zusammenhänge zwischen den Dimensionen und den drei Ausprägungen des Burnout-Syndroms.

### **6.2.2.1 Arbeitsumgebung professionell arbeitender Pflegekräfte**

In den 1980er Jahren gab es in Amerika einen Mangel an Pflegekräften (vgl. McClure et al. 1983). Grund hierfür waren schlechte Arbeitsbedingungen sowie niedrige Gehälter (vgl. Levine 2001). Dabei fiel jedoch auf, dass manche Krankenhäuser dieses Knappheits-Problem

nicht hatten, da sie nach wie vor für Pflegekräfte attraktive Arbeitgeber darstellten. Diese Krankenhäuser waren irgendwie in der Lage, Pflegepersonal anzuziehen und diese auch zu binden. Deshalb erhielten diese Krankenhäuser den Namen „Magnet-Krankenhäuser“ (vgl. McClure et al. 1983). Die American Academy of Nursing (AAN) wollte dem auf den Grund gehen und führte Interviews mit den Pflegedienstleitern und den Pflegekräften dieser Krankenhäuser durch. Es wurde ihnen die Frage gestellt, welche Faktoren dieses Krankenhaus zu einem guten Arbeitsplatz machten. Zudem sollten sie noch Auskunft über die Beziehungen zwischen den Ärzten und den unmittelbaren Vorgesetzten zu den Krankenpflegern geben. Das Forscherteam der AAN sammelte die Antworten der insgesamt 41 „Magnet-Krankenhäuser“ und konnte einige organisationale Eigenschaften feststellen, die alle diese „Magnet-Krankenhäuser“ gemein hatten. Zu diesen Eigenschaften zählten bspw.: geringe Fluktuation, genügend Personal, flexible Terminplanung, starke, unterstützende und präzise Vorgesetzte für das Pflegepersonal, Anerkennung guter Leistungen, partizipatives Management mit offener Kommunikation, gute Beziehungen zwischen den Ärzten und Pflegekräften, berufliche Weiterbildung und Aufstiegschancen. Ferner wiesen die Pflegekräfte ein vielfältiges Spektrum an pflegerischen Fähigkeiten und Fertigkeiten auf (vgl. McClure et al. 1983). Diese Faktoren waren schließlich verantwortlich für die Arbeitszufriedenheit und gute Pflegequalität der Pflegekräfte der „Magnet-Krankenhäuser“. Aus diesen Informationen entwickelten Kramer und Hafner (1989) den Nursing Work Index (NWI), um die oben genannten organisationalen Faktoren von Pflegekräften mittels eines Fragebogens messbar zu machen. Mit Hilfe des NWI und des NWI-R – einer verkürzten Version des NWI – bauten mehrere Forscher die Wissenschaft bzgl. der „Magnet-Krankenhäuser“ aus, indem sie Unterschiede zwischen jenen und der herkömmlichen Krankenhäuser bzgl. bestimmter Zielvariablen untersuchten. Dabei wurde ermittelt, dass „Magnet-Krankenhäuser“ in folgenden Punkten besser abschnitten als herkömmliche:

- höhere Arbeitszufriedenheit (vgl. Kramer, Schmalenberg 1988 a, b)
- besserer Personalbestand (vgl. Kramer, Schmalenberg 1988 a, b)
- höhere Patientenzufriedenheit (vgl. Aiken, Sloane, Lake 1997)
- geringere Sterblichkeit (vgl. Aiken, Smith, Lake 1994)
- geringere emotionale Erschöpfung des Pflegepersonals (vgl. Aiken, Sloane 1997)
- geringere Burnout-Prävalenz (vgl. Aiken, Sloane 1997)
- weniger Nadelinfektionen (vgl. Aiken, Sloane, Klocinski 1997).

Bemerkenswert ist noch die Tatsache, dass „Magnet-Krankenhäuser“ aufgrund der vorteilhaften organisationalen Faktoren, die sie ihren Pflegekräften anboten, nicht nur kurzfristig Erfolge bei der Gewinnung und Bindung von Pflegekräften verzeichneten, sondern langfristig über mindestens ein Jahrzehnt hinweg (vgl. Aiken, Smith, Lake 1994). Da sich also diese organisationalen Faktoren als erfolgsförderlich erwiesen haben, ist es sinnvoll, selbige generell in Krankenhäusern zu unterstützen.

Die Items des NWI stellten nun wiederum die Basis zur Entwicklung des *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (NWI-PES) dar - ein Fragebogen, der konkret zur Messung der Arbeitsumgebung von Krankenschwestern und -pflegern dient. Dies war das Bestreben der Forscherin Lake (2002). Sie arbeitete ein Messinstrument zur Erhebung der Arbeitsumgebung aus, damit künftig deren Wirkung auf Pflegekräfte (z.B. Arbeitszufriedenheit, Burnout) oder auch auf Patienten (Patientenzufriedenheit, Sterblichkeitsrate) untersucht werden kann. Sie wählte 48 der ursprünglich 65 Items des NWI aus, da sie zu ihrer Definition des Begriffs *Arbeitsumgebung* passten. Nach Lake (2002) beschreibt die Arbeitsumgebung von Krankenpflegern alle organisationalen Charakteristika eines Arbeitsplatzes, die professionelle Pflegearbeit ermöglichen und einschränken. Dementsprechend ist es naheliegend, dass sie Items des NWI wie „*Die medizinische Behandlung der Ärzte ist qualitativ hochwertig*“ und „*Das Gehalt der Pflegekräfte ist zufriedenstellend*“ ausschloss, da sie keine Bestandteile einer Arbeitsumgebung beschreiben, die für eine professionelle Pflege notwendig sind. Die übriggebliebenen Items testete sie mit Hilfe zweier Stichproben. Ihre Fragebogenforschung ergab schließlich, dass die Items in fünf Bereiche geclustert werden können. Außerdem wurden nur 31 der ursprünglich 48 ausgewählten Items beibehalten, da lediglich diese Items genügend hohe Ladungen aufwiesen. Passend zu den jeweiligen Items wählte sie für die fünf Dimensionen folgende Bezeichnungen:

1. Partizipationsmöglichkeit von Pflegekräften in Krankenhaus-Angelegenheiten
2. Voraussetzungen zur Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege
3. Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters
4. Ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen
5. Kollegiale Krankenpfleger-Arzt Beziehungen

Jene Dimensionen beschreiben also eine Arbeitsumgebung, die notwendig ist, um eine professionelle Pflegearbeit leisten zu können. Da die Oberbegriffe der fünf Skalen sehr lang

sind, werden nun Abkürzungen eingeführt, die ebenfalls verwendet werden. Es werden solche gebraucht, die Spence Laschinger und Leiter (2006) ebenfalls für jene Dimensionen verwendet haben:

Partizipationsmöglichkeit v. Pflegekr. in Krankenhaus-Ang.	→ Partizipation
Voraussetzungen zur Leistung einer qual. hochw. Pflege	→ Pflegemodell
Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters	→ Führung
Ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen	→ Personaldecke
Kollegiale Krankenpfleger-Arzt Beziehungen	→ Pflegekraft-Arzt- Beziehung

### 6.2.2.2 Dimensionen der Arbeitsumgebung von Pflegekräften und Hypothesenbildung

Diese Subskalen sollen nun benutzt werden, um potentielle Zusammenhänge zwischen der Arbeitsumgebung von Pflegekräften und den drei Burnout-Dimensionen untersuchen zu können. Seit Existenz des NWI-PES (2002) wurden einige Untersuchungen zu Relationen zwischen der Arbeitsumgebung von Pflegekräften und Burnout unternommen. Aus diesem Grund werden jene Resultate für die Hypothesenbildung wiederverwendet. Im Folgenden werden die einzelnen Dimensionen erläutert und Forschungsergebnisse zu der jeweiligen Dimension und den drei Burnout-Ausprägungen vorgestellt. Darauf aufbauend werden die Hypothesen formuliert.

#### *Partizipationsmöglichkeit von Krankenschwestern in Krankenhaus-Angelegenheiten.*

Die erste Dimension offeriert, inwieweit eine Pflegekraft in Krankenhaus-Angelegenheiten mitwirken darf und somit auch, wie sehr sie geschätzt wird. *Partizipation* liegt vor, wenn Krankenschwestern und -pfleger in krankenhausbefugte und abteilungsspezifische Angelegenheiten (interne Führung, Entscheidungsfindung, Ausschüsse) eingebunden werden, die Möglichkeit zur Weiterentwicklung haben, offen mit einem ansprechbaren Pflegemanagement reden und die Anwesenheit eines machtvollen, präsenten und zugänglichen Pflegedienstleiters bestätigen können (vgl. Lake 2002). Zu dieser Dimension gibt es die wenigsten Forschungsergebnisse. Grund hierfür ist, dass einige Wissenschaftler häufig nicht alle fünf Dimensionen hinsichtlich Burnout beleuchteten. Spence Laschinger und Leiter (2006) und Hanrahan et al. (2010) hingegen schlossen *Partizipation* in ihrer Untersuchung mit ein. Bei der Stichprobe von Spence Laschinger und Leiter (2006) handelte es sich um kanadische Krankenpfleger. Es nahmen insgesamt 8597 Pflegekräfte an der Umfrage teil – eine beträchtliche Stichprobengröße, deren Ergebnisse wohl als aussagekräftig



eingeschätzt werden können. Die Stichprobe von Hanrahan et al. (2010) war deutlich kleiner ( $n = 353$ ) und wurde in den USA erhoben. Beide Forscherteams erhielten dieselben Resultate bzgl. emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation: Je größer die Partizipationsmöglichkeiten waren, desto geringer waren emotionale Erschöpfung und Depersonalisation der Krankenpfleger ausgeprägt (vgl. Spence Laschinger, Leiter (2006):  $-,39^{**}$  (EE),  $-,28^{**}$  (DP); Hanrahan et al. (2010):  $-,15^{**}$  (EE),  $-,12^{**}$  (DP)). Ein Unterschied ergab sich bei persönlicher Leistungsfähigkeit: Spence Laschinger und Leiter (2006) entdeckten einen hochsignifikanten positiven Zusammenhang zwischen Partizipation und PA ( $,24^{**}$ ), Hanrahan et al. (2010) konnten eine Relation zwischen diesen beiden Ausprägungen hingegen nicht feststellen. Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse bzgl. PA werden nur Vermutungen zu EE und DP aufgestellt, die da lauten:

*Hypothesen 3.1 a) und b):* Je größer die Partizipationsmöglichkeiten von Pflegekräften sind, desto weniger sind selbige a) emotional erschöpft und b) depersonalisiert.

*Voraussetzungen zur Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege.* Die zweite Subskala betont Voraussetzungen für Pflegekräfte, die zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patienten-Pflege notwendig sind. Dafür sind eine allgegenwärtige Pflege-Philosophie, ein krankenpflegerisches (kein medizinisches) Modell und die klinische Kompetenz von Krankenpflegern vonnöten. Die Qualität wird durch Qualitätssicherungsprogramme, die Einstellung neuer Krankenschwestern und -pfleger und durch eine fortlaufende Schulung des bestehenden Pflegepersonals gewährleistet. Mehrere Ausprägungen eines krankenpflegerischen Modells bildeten diese Dimension: ununterbrochene Krankenpflege eines Patienten durch *einen* Pflegenden und die Verwendung von Pflegeplänen und Diagnosen, die von Krankenschwestern und -pflegern gestellt werden (vgl. Lake 2002). Mit der Untersuchung dieses Konstrukts beschäftigten sich neben Spence Laschinger und Leiter (2006) und Hanrahan et al. (2010) auch Aiken et al. (2008) (USA), wobei sich Aiken et al. (2008) nur mit der Burnout-Dimension *emotionale Erschöpfung* auseinandersetzten. Bezüglich emotionaler Erschöpfung sind sich alle drei Forscherteams einig: Je stärker ein gutes Pflegemodell gefördert wird, desto geringer ist die emotionale Erschöpfung der Krankenpfleger. Zu DP und PA liefern nur die beiden erstgenannten Forscherteams Ergebnisse. Was DP betrifft, stimmen sie überein: Depersonalisation korreliert negativ mit einem guten Pflegemodell (vgl. Spence Laschinger, Leiter (2006):  $-,27^{**}$ ; Hanrahan et al. (2010):  $-,19^{**}$ ). Zu PA konnten Hanrahan et al. (2010) keine signifikanten Zusammenhänge

feststellen. Da jedoch Spence Laschinger und Leiter (2006) eine hochsignifikant positive und direkte Beziehung zwischen einem guten Pflegemodell und persönlicher Leistungsfähigkeit herausfanden und diese zusätzlich in ihrer Arbeit besonders betonen und bestätigen, tendiert die eigene Vermutung ebenfalls in diese Richtung. Gemäß der bisherigen Darlegungen wird davon ausgegangen, dass ein gutes Pflegemodell insgesamt einen positiven Einfluss auf alle drei Burnout-Ausprägungen ausübt:

*Hypothesen 3.2 a) – c):* Je besser das Pflegemodell gestaltet ist, desto geringer ist die a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit der Krankenpfleger.

*Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters.* Die dritte Dimension fokussiert sich auf die kritische Rolle von Pflegedienstleitern. Diese Subskala beschreibt Schlüsselqualifikationen eines Pflegedienstleiters, die einen guten Manager und Führer ausmachen. Die Items zeigen Wege, wie Pflegedienstleiter das Pflegepersonal unterstützen können, wenn ein Konflikt mit einem Arzt besteht, wenn Pflegekräfte Fehler machen, und indem sie den Krankenschwestern und -pflegern Lob und Anerkennung für eine gute Arbeit entgegenbringen (vgl. Lake 2002). Diese Dimension gehört zu den Ausprägungen, die am meisten untersucht wurde. Gleich fünf Autoren beschäftigten sich mit ihrer Wirkung auf emotionale Erschöpfung (vgl. Friese 2005 (USA), Spence Laschinger, Leiter 2006, Aiken et al. (2008), Hanrahan et al. 2010, Leineweber et al. 2014 (Schweden)). Drei davon befassten sich auch mit den beiden anderen Burnout-Ausprägungen DP und PA (Spence Laschinger, Leiter 2006, Hanrahan et al. 2010, Leineweber et al. 2014). Die Resultate bzgl. emotionaler Erschöpfung stimmen bei allen fünf Autoren überein. Demnach korreliert eine gute Führung durch den Pflegedienstleiter negativ mit EE. Die Autoren, welche auch die anderen Burnout-Ausprägungen untersuchten, waren sich einig bzgl. des Zusammenhangs zwischen *Führung* und DP, aber nicht bzgl. PA. Sie fanden zwar alle heraus, dass Führung und DP negativ miteinander in Verbindung stehen, bei PA divergierten jedoch die Ergebnisse: Hanrahan et al. (2010) und Leineweber et al. (2014) konnten keine signifikante Korrelation bestätigen, im Gegensatz zu Spence Laschinger und Leiter (2006). Den Grund für die nicht signifikanten Zusammenhänge bei Hanrahan et al. (2010) und Leineweber et al. (2014) könnte man bei Laschinger und Leiter (2006) finden. Laschinger und Leiter (2006) identifizierten zwar einen signifikanten Zusammenhang, jedoch ist auch ihren Forschungsergebnissen zu entnehmen, dass jener Zusammenhang nur indirekt besteht. Sie konstatierten, dass eine gute Führung

durch den Pflegedienstleiter ausschlaggebend ist für eine erhöhte persönliche Leistungsfähigkeit seitens der Pflegenden. Gute Führung durch den Pflegedienstleiter verbessert aber in erster Linie *zuerst* die Pflegekraft-Arzt-Beziehung, welche wiederum das Pflegemodell positiv beeinflusst und verbessert. Und erst jenes verbesserte Pflegemodell fördert schließlich direkt die persönliche Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte. Da eventuell eine potentielle Verbindung zwischen *Führung* und PA letztendlich nur indirekter Natur sein könnte, wird aus Vorsicht kein Zusammenhang zwischen *Führung* und PA vermutet, aber zwischen *Führung* und EE und DP:

*Hypothesen 3.3 a) und b):* Je besser der Pflegedienstleiter seine Führung gestaltet, desto geringer sind Pflegekräfte a) emotional erschöpft und b) depersonalisiert.

*Ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen.* Die vierte Dimension beschreibt, dass ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen für eine gehaltvolle Patientenpflege notwendig sind. Um eine gehaltvolle Patientenpflege leisten zu können, ist es wichtig, Patientenprobleme mit anderen Krankenschwestern besprechen zu können und Zeit für den Patienten zu haben (vgl. Lake 2002). Jene Ausprägung wurde besonders häufig bzgl. Burnout untersucht, denn der Mangel an Pflegekräften in Krankenhäusern scheint ein besonders brennendes Problem in vielen Ländern zu sein. Insgesamt sechs Forscherteams setzten sich mit der Frage auseinander, inwieweit eine mangelhafte Personaldecke mit emotionaler Erschöpfung korreliert. Alle brachten dabei ohne Ausnahme heraus, dass eine unzureichende Personaldecke mit emotionaler Erschöpfung von Pflegenden einhergeht (vgl. Friese 2005, Spence Laschinger, Leiter 2006, Kanai-Pak et al. 2008 (Japan), Aiken et al. 2008, Hanrahan et al. 2010, Leineweber et al. 2014). Nur drei jener Forschungsteams setzten sich aber auch mit DP und PA auseinander: Spence Laschinger und Leiter (2006) und Leineweber et al. (2014) stellten zwischen Personaldecke und DP einen negativen, zwischen Personaldecke und PA einen positiven Zusammenhang fest. Die Ergebnisse von Hanrahan et al. (2010) hingegen bestätigen keine signifikanten Zusammenhänge bzgl. DP und PA. Da es sich bei Spence Laschinger und Leiter (2006) und Leineweber et al. (2014) jedoch um sehr große Stichproben handelte (n = 8597 bzw. n = 8620), bei der ausschließlich Krankenhausschwestern aus allen Abteilungen mitmachten, sind deren Ergebnisse aussagekräftiger als die von Hanrahan et al. (2010), welche nur 353 Krankenpfleger, noch dazu aus einer bestimmten Abteilung (Psychiatrie), befragten. Demnach wird vermutet, dass Personaldecke nicht nur mit

emotionaler Erschöpfung korreliert, sondern auch mit Depersonalisation und persönlicher Leistungsfähigkeit:

*Hypothesen 3.4 a) – c):* Je mangelhafter die Personaldecke seitens der Pflegekräfte ist, desto höher ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

*Kollegiale Krankenpfleger-Arzt-Beziehungen.* Die letzte und kleinste Ausprägung beschreibt positive Arbeitsbeziehungen zwischen Krankenpflegern und Ärzten (vgl. Lake 2002). Insgesamt fünf Forscherteams überprüften Zusammenhänge zwischen der Pflegekraft-Arzt-Beziehung und Burnout (vgl. Friese 2005, Spence Laschinger, Leiter 2006, Aiken et al. 2008, Hanrahan et al. 2010, Leineweber et al. 2014). Auch hier bestätigen fast alle, außer Leineweber et al. (2014), eine negative Verbindung zwischen einer guten Pflegekraft-Arzt-Beziehung und emotionaler Erschöpfung. Nur drei dieser Forscherteams untersuchten auch Beziehungen zu DP und PA, erhielten aber unterschiedliche Resultate: Spence Laschinger und Leiter (2006) und Hanrahan et al. (2010) identifizierten eine negative Korrelation zwischen einer guten Pflegekraft-Arzt-Beziehung und Depersonalisation, Leineweber et al. (2014) hingegen konnten keine signifikante Korrelation bezeugen. Da die Stichprobe von Leineweber et al. (2014) sehr groß war ( $n = 8620$ ), kann deren Ergebnis schlecht missachtet werden. Fazit ist, dass sich aus diesen drei genannten Ergebnissen keine Tendenz für eine Vermutung herauslesen lässt. Demzufolge wird zu einem potentiellen Zusammenhang zwischen der Pflegekraft-Arzt-Beziehung und Depersonalisation keine Hypothese aufgestellt. Ähnlich verhält es sich mit der Ausprägung *persönliche Leistungsfähigkeit*. Auch hier differieren die Forschungsergebnisse, sodass keine Vermutung über eine eventuelle Verbindung zwischen PA und der Pflegekraft-Arzt-Beziehung getroffen werden kann: Hanrahan et al. (2010) und Leineweber et al. (2014) entdeckten nicht-signifikante Korrelationen, und van Bogaert et al. (2013) und Spence Laschinger und Leiter (2006) sprechen nur von einem indirekten, also keinem direkten Zusammenhang. Somit ergibt sich die Annahme, dass die Dimension Pflegekraft-Arzt-Beziehung nur mit emotionaler Erschöpfung in Verbindung steht:

*Hypothese 3.5:* Je besser die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräfte ist, desto weniger emotional erschöpft sind letztere.

### **6.3 Forschungsfrage 3: Präsenz gesundheitsförderlicher Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern?**

Forschungsfrage 3 geht konkret der Frage nach, an welchen gesundheitsförderlichen Ressourcen es derzeit in bayerischen Krankenhäusern mangelt. Die Intention dieser Forschungsfrage liegt darin, dass mit dem Wissen über etwaige dysfunktionale, Burnout-verstärkende Faktoren eine Bedarfsanalyse angefertigt werden kann, aus der schließlich wiederum gehaltvolle Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können. Im Rahmen der Beantwortung der dritten Forschungsfrage kann auch festgestellt werden, an welchen gesundheitsförderlichen Ressourcen es stark mangelt, bzw. welche Burnout-reduzierenden Faktoren von Seiten des Krankenhauses praktiziert werden. Diese Dringlichkeitspräzisierung kann bspw. illustrieren, welche gesundheitsförderlichen Ressourcen mittels welcher Maßnahmen als erstes in Angriff zu nehmen sind, damit eine betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Salutogenese erreicht werden kann. Die Agens dieser Forschungsfrage liegt also neben der möglichen Aufdeckung defizitärer gesundheitsschädigender Faktoren darin, praktikable Praxisempfehlungen zu eruieren, die ein Krankenhaus aktiv darin unterstützen können, organisationale betriebliche Ressourcen zu implizieren, bzw. zu stärken.

#### *3. Forschungsfrage:*

*Inwieweit sind gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden?*

## 6.4 Forschungsfragen und Hypothesen im Überblick

Folgende Zusammenfassung soll als Übersicht der bisherigen Forschungsfragen und Hypothesen dienen.

### **1. Forschungsfrage:**

***Wie hoch ist die Burnout-Prävalenz bei Pflegekräften in bayerischen Krankenhäusern?***

*Hypothese 1:* Die Burnout-Prävalenz variiert zwischen den Krankenhausabteilungen.

### **2. Forschungsfrage:**

***Welche Zusammenhänge gibt es zwischen gesundheitsförderlichen Ressourcen und Burnout?***

(Organisationsklima und Burnout)

***Autonomie 2.1 a) – c):*** Je weniger Autonomie den Pflegekräften zugestanden wird, desto größer ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

***Integration 2.2 a) – c):*** Je höher die Integration zwischen den Krankenhausabteilungen, desto niedriger ist die a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation, und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit der Pflegekräfte.

***Mitarbeiterbeteiligung 2.3 a) – c):*** Je weniger Mitarbeiterbeteiligung den Pflegekräften zugestanden wird, desto höher ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation, und desto niedriger ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

***Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten 2.4 a) – c):*** Die Unterstützung einer Pflegekraft durch ihren unmittelbaren Vorgesetzten korreliert negativ mit a) emotionaler Erschöpfung und b) Depersonalisation, sowie positiv mit der c) persönlichen Leistungsfähigkeit.

***Schulungen 2.5 a) – c):*** Schulungen bei Pflegepersonal reduzieren a) die emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und erhöhen c) die persönliche Leistungsfähigkeit.

***Mitarbeiterfürsorge 2.6 a) – c):*** Je ausgeprägter die Fürsorge der Krankenhausorganisation gegenüber dem Pflegepersonal ist, desto geringer ist dessen a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation, und desto höher ist dessen c) persönliche Leistungsfähigkeit.

**Formalisierung 2.7 a) – c):** Je stärker die Tätigkeiten von Pflegekräften formalisiert sind, desto höher ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

**Tradition 2.8 a) – c):** Die Tradition, die Pflegekräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erleben, hat keine Auswirkungen auf a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation sowie c) persönliche Leistungsfähigkeit.

**Innovation und Flexibilität 2.9:** Je offener ein Krankenhaus gegenüber Innovation ist, desto höher ist die persönliche Leistungsfähigkeit von Krankenschwestern und –pflegern.

**Ausrichtung nach Außen 2.10 a) – c):** Je kundenorientierter ein Krankenhaus ist, desto geringer fallen a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation aus, und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit des Pflegepersonals.

**Reflexivität 2.11 a) – c):** Je ausgeprägter Reflexionsprozesse in Krankenhaus-organisationen sind, desto geringer sind a) emotionale Erschöpfung, b) Depersonalisation und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit von Pflegekräften.

**Klarheit der Organisationsziele 2.12:** Je besser Pflegekräfte über krankenhausesorganisationale Ziele informiert sind, desto höher ist deren persönliche Leistungsfähigkeit.

**Effizienz 2.13 a) und b):** Je effizienter die Arbeit von Pflegekräften geplant ist, desto weniger a) emotionale Erschöpfung und desto mehr b) persönliche Leistungsfähigkeit weisen jene auf.

**Arbeitsbemühungen 2.14 a) – c):** Je bemühter Mitarbeitende ihre Arbeit verrichten, desto geringer ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto höher ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

**Leistungsfeedback 2.15 a) – b):** Je mehr Feedback Krankenschwestern und Krankenpfleger bzgl. ihrer Leistung von Kollegen und Vorgesetzten erhalten, desto weniger a) Depersonalisation erleben sie, und desto höher ist deren b) persönliche Leistungsfähigkeit.

**Leistungsdruck 2.16:** Je mehr Leistungsdruck auf Krankenschwestern und Krankenpfleger einwirkt, umso höher ist deren emotionale Erschöpfung.

**Qualität 2.17 a) – c):** Je qualitätsorientierter eine Krankenhausorganisation ist, desto weniger a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto mehr c) persönliche Leistungsfähigkeit erleben Pflegekräfte.

(Arbeitsumgebung und Burnout)

**Partizipation 3.1 a) und b):** Je größer die Partizipationsmöglichkeiten von Pflegekräften sind, desto weniger sind selbige a) emotional erschöpft und b) depersonalisiert.

**Pflegemodell 3.2 a) – c):** Je besser das Pflegemodell gestaltet ist, desto geringer sind a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto höher ist die c) persönliche Leistungsfähigkeit der Krankenpfleger.

**Führung 3.3 a) und b):** Je besser der Pflegedienstleiter seine Führung gestaltet, desto geringer sind Pflegekräfte a) emotional erschöpft und b) depersonalisiert.

**Personaldecke 3.4 a) – c):** Je mangelhafter die Personaldecke seitens der Pflegekräfte ist, desto höher ist deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer ist deren c) persönliche Leistungsfähigkeit.

**Pflegekraft-Arzt-Beziehung 3.5:** Je besser die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräften ist, desto weniger emotional erschöpft sind letztere.

**Forschungsfrage 3: Inwieweit sind gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden?**

(ohne Hypothesen)



### **III Methodik**

In diesem Abschnitt werden relevante Aspekte bzgl. der Bewerkestellung der Untersuchung exemplifiziert. Als erstes wird die Durchführung der quantitativen Untersuchung erörtert, anschließend wird die Anzahl der Teilnehmer vorgestellt, als letztes werden die verwendeten Erhebungsinstrumente, sowie deren aus der Testtheorie und Fragebogenkonstruktion stammenden Gütekriterien, skizziert.

#### **1 Durchführung**

Die Befragung erfolgte schriftlich in Form eines Fragebogens, um Daten aus der Population bayerischer Krankenschwestern und Krankenpfleger generieren zu können. Eine schriftliche Befragung via Fragebogen besitzt nach Sedlmeier und Renkewitz (2013) u.a. folgende Vorteile:

- schriftliche Befragungen sind sehr ökonomisch, da viele Personen gleichzeitig befragt werden können.
- die Befragten sind nicht an festgelegte Zeiten gebunden.
- eine Verzerrung durch den Interviewer ist nicht gegeben.
- allen Probanden werden die gleichen Fragen gestellt (Gewährleistung eines hohen Maßes an Standardisierung).
- schriftliche Befragungen weisen einen hohen Grad an Anonymität auf (vgl. Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.84).

Sedlmeier und Renkewitz (2013) formulieren in diesem Kontext auch Nachteile, die sich im Zuge von schriftlichen Befragungen ergeben können:

- die Rücklaufquote ist bei schriftlichen Befragungen relativ gering, oftmals unter 50 Prozent.
- Fragebogenteilnehmer tendieren eher dazu, Fragebögen nicht, oder nur teilweise komplett auszufüllen.
- aus den Antworten kann auch nicht abgeleitet werden, in welchem Kontext der Fragebogen beantwortet wurde, und wie lange die Fragebogenbeantwortung gedauert hat (vgl. Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.85).

Im Wissen, dass schriftliche Befragungen auch mit Nachteilen behaftet sind, wurde dennoch der Fragebogen als Datenerhebungsmethode herangezogen, da die Vorteile jener Vorgehensweise die Defizite überbieten. Die schriftliche Befragung erfolgte sowohl mit der klassischen Variante des Papierfragebogens, als auch mit der moderneren Methode des Online-Fragebogens.

Diese Forschungsarbeit konzentriert sich auf das Bundesland Bayern. Grund hierfür ist zum einen, dass „alle Krankenhäuser in Bayern“ eine kleinere Grundgesamtheit darstellt als „alle Krankenhäuser in Deutschland“ und zum anderen, dass eine Stichprobe aus einer kleineren Grundgesamtheit aussagekräftiger ist als aus einer größeren Grundgesamtheit. Weiterhin fiel die Wahl auf das Bundesland Bayern, da der Verfasser dieser Arbeit dort wohnhaft ist.

In Bayern befinden sich insgesamt 367 Krankenhäuser (vgl. Deutsches Krankenhausverzeichnis), wovon insgesamt 120 kontaktiert wurden. Neun jener Krankenhäuser legitimierten es Ihrem Pflegepersonal, an einer schriftlichen Befragung zu partizipieren, drei sagten der Online-Umfrage zu. Bei der Auswahl der Krankenhäuser wurden zunächst Universitätskrankenhäuser, sowie Monopolkrankenhäuser (Kliniken großer Städte, die kein Universitätskrankenhaus darstellen) auserkoren. Alsdann wurden Krankenhäuser aus kleineren Städten für die Kontaktaufnahme ausgewählt. Bei der Selektion wurden Krankenhäuser aus jedem der sieben bayerischen Bezirke miteinbezogen.

Die Kontaktaufnahme mit den Krankenhäusern gestaltete sich in drei Stufen, nämlich per E-Mail, Brief und Telefon. Im Nachfolgenden wird das praktizierte dreistufige Verfahren vorgestellt. Vorab sei erwähnt, dass in den kontaktierten Krankenhäusern unterschiedliche Verantwortungsträger als Adressaten fungierten. Je nach Krankenhaus vollzog sich die Kontaktaufnahme also entweder über den Vorstand, oder über den Personal- oder Betriebsrat, respektive über die Pflegedirektion.

Beginnend mit einer *E-Mail*, die als Vorbereitung für den anschließenden Brief diente, lag der Fokus zunächst darin, die jeweilige verantwortliche Instanz über das Forschungsvorhaben in Kenntnis zu setzen. Weitere Bestandteile der E-Mail waren der Fragebogen sowie das Legitimationsschreiben des Doktorvaters.

Nach circa fünf Tagen erhielten die entsprechenden Hierarchieträger einen *Brief*, der weitere relevante Informationen zu liefern vermochte. Die Komponenten dieser schriftlichen Mitteilung setzten sich zusammen aus:

- Vorstellung des Verfassers,
- Motivation des Forschungsprojekts,

- Vorteile einer Teilnahme der Krankenhäuser,
- Durchführungsvorschläge (Papier- oder Onlinefragebogen) sowie
- Klärung relevanter Begrifflichkeiten, die das Forschungsprojekt betreffen.

Im Brief wurde darauf verwiesen, dass in den folgenden Tagen eine persönliche Kontaktaufnahme per Telefon stattfinden werde.

Via *Telefon* fand mit den unterschiedlichen Ansprechpartnern eine mündliche Vereinbarung statt, wie und in welcher zeitlichen Spanne die Datenerhebung von statten gehen sollte. Dieses dreistufige Kontaktaufnahmeverfahren musste dreimal mit jeweils 40 Krankenhäusern durchgeführt werden, ehe sich genug Kliniken für eine Teilnahme entschlossen. Bevor sich die Krankenhäuser für eine Teilnahme entschlossen, wurden interne Besprechungen abgehalten, in denen die Entscheidungsträger die Frage diskutierten, ob eine Partizipation ihrerseits stattfinden wird. Folglich erstreckte sich die Dauer bis zur finalen Teilnahme der neun Krankenhäuser auf ein zeitliches Intervall von zwei Wochen und bis zu vier Monaten. Auf persönlichem sowie postalischem Wege erhielten die Pflegedirektionen der jeweiligen Krankenhäuser die vorbereiteten Papierfragebögen. Mit den teilnehmenden Kliniken wurde vereinbart, dass der entsprechende Pflegedirektor bzw. Stabsmitarbeiter der Pflegedienstleitung die Fragebögen an die teilnehmenden Stationen aushändigt. Für die Fragebogenausfüllung wurde, je nach Krankenhaus, eine Zeitspanne zwischen vier und sechs Wochen veranschlagt. Die Krankenpfleger hinterlegten ihren ausgefüllten Fragebogen entweder in Wahlurnen oder in ihren Abteilungen bzw. in der Pflegedirektion. Nach Ablauf der Ausfüllungsfrist wurden die Fragebögen persönlich sowie postalisch an den Verfasser weitergeleitet. Die Ausfüllungsdauer eines Fragebogens lag bei circa 30 Minuten.

Die E-Mail-Kontaktaufnahme mit den ersten Kliniken fand am 05.08.2015 statt, die letzten ausgefüllten Fragebögen wurden am 11.01.2016 erhalten. Die Krankenhausakquise samt Datenerhebung umfasste circa fünf Monate.

Abschließend werden Gründe aufgezeigt, die Kliniken dazu bewegten teilzunehmen oder nicht teilzunehmen.

#### *Gründe für Nicht-Teilnahme:*

- weder Zeit noch Ressourcen eine Befragung durchzuführen
- Forschungsprojekt repräsentiere ein heikles Thema, bei dessen Teilnahme die Klinik „in ein Wespennest stechen“ würde
- eine Befragung würde nichts bringen
- es werde selbst zu diesem Thema eine Befragung durchgeführt

- Krankenpfleger sollen ihre Arbeit erledigen und keine Fragebögen ausfüllen (vergeudete Zeit)

*Gründe für Teilnahme:*

- Thema mit Relevanz
- Interesse an Unterstützung der Forschung auf diesem Gebiet
- Burnout sei ein Thema im eigenen Krankenhaus
- Neugier auf Ergebnisbericht
- Interesse, die betriebliche Gesundheitsförderung im eigenen Krankenhaus gezielt zu verbessern
- Man befände sich in einer Umstrukturierung und wolle Burnout vorbeugen sowie entgegenwirken

## **2 Teilnehmer**

2080 Papierfragebögen wurden an die bayerische Krankenschwestern und Krankenpfleger der neun teilnehmenden Krankenhäuser verteilt. 558 davon wurden beantwortet und konnten für die Datenanalyse verwendet werden. Der Online-Fragebogen wurde nur von drei Krankenpflegern ausgefüllt. Diese extrem geringe Beteiligung im Online-Fragebogen könnte folgende Gründe haben:

- Der Onlinefragebogen konnte nur von zu Hause aus beantwortet werden und nicht während der Arbeitszeit, wie es beim Papierfragebogen der Fall war.
- Der Onlinefragebogen musste in einem Zug beantwortet werden. Eine Beantwortung mit Pausen war nicht möglich. Angesichts der Größe des Fragebogens wurde die Ausfüllung des Fragebogens gerne vorzeitig abgebrochen.

Insgesamt beteiligten sich also 561 bayerische Krankenschwestern und Krankenpfleger an der Fragebogenbeantwortung. Die Ausschöpfungsquote lag demzufolge bei 27 Prozent.

### 3 Erhebungsinstrumente

Auf den ersten beiden Seiten des Fragebogens fanden die Teilnehmer Einführungs- und Bearbeitungsinformationen. Zunächst stellte sich der Verfasser kurz vor und erklärte den Krankenschwestern den Sinn und Zweck der Untersuchung. Außerdem informierte das Deckblatt, weshalb eine Teilnahme an dieser Forschungsarbeit Sinn mache. Überdies konnten sich die Krankenpfleger in der Einführung auf den Aufbau des Fragebogens vorbereiten und erkennen, zu welchen Konstrukten Fragen dargelegt wurden. Schließlich erfolgte auf dem Titelblatt auch der Hinweis, dass alle Angaben und Daten streng vertraulich behandelt, anonymisiert und nur für Forschungszwecke verwendet werden. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass zu keiner Zeit Namen erfragt werden. Auf der zweiten Seite klärten Bearbeitungshinweise die Partizipanten über die Ausfüllung des Fragebogens auf. Auf den Seiten drei und vier wurden die Teilnehmer gebeten, ihre wahrgenommene Arbeitsumgebung zu beurteilen. Auf der zweiten Hälfte der vierten Seite bis zur siebten Seite erhielten die Krankenpfleger die Gelegenheit das generelle Organisationsklima ihres Krankenhauses zu evaluieren. Auf der achten Seite wurden den Probanden Fragen zu arbeitsbezogenen Gefühlen und Gedanken vorgelegt, mit der Aufforderung anzugeben, wie oft sie diese Emotionen und Kognitionen erleben. Auf den letzten beiden Seiten des Fragebogens erfolgten schlussendlich Fragen bzgl. der seelischen Widerstandsfähigkeit, der Person, sowie ihrer Tätigkeit.

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen ersichtlich, befinden sich in diesem Fragebogen drei Erhebungsinstrumente (zu Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout). Die gleichzeitige Verwendung dieser verschiedenen Fragebögen ist zunächst einmal auf Grund der drei Forschungsfragen sinnvoll und damit legitim. Da Zusammenhänge zwischen den beiden unabhängigen Variablen „Organisationsklima und Arbeitsumgebung“ und der abhängigen Variable „Burnout“ untersucht werden wollen, ist es zwingend notwendig Erhebungsinstrumente zu wählen, die diese Konstrukte auch hinreichend genug messen. Die gleichzeitige Verwendung dieser Fragebögen ist nicht zuletzt auch aus Sicht der betrieblichen Gesundheitsförderung notwendig. Da Organisationsklima und Arbeitsumgebung, falls sie positiv beschaffen sind, organisationale und individuelle Ressourcen bereithalten, nehmen sie im Kontext der Burnout-Prävention und -Intervention eine ernstzunehmende Schlüsselposition ein. Die Untersuchung entsprechender Zusammenhänge, ebenso die Ressourcen- bzw. Mängelidentifizierung kann demnach nur durch die Verwendung jener Fragebögen geschehen. Darüber hinaus sind personen- und tätigkeitsbezogene Fragen

enthalten (z.B. Alter, Geschlecht, Resilienz, Arbeitszufriedenheit). Jene stellen Kontrollvariablen dar, mittels derer sichergestellt werden kann, ob ein gefundener Zusammenhang auf der bivariaten Ebene zwischen der unabhängigen und der abhängigen Variable auch tatsächlich besteht und nicht durch die Kontrollvariable bei den multivariaten Analysen aufgehoben wird.

Im Folgenden werden die Messinstrumente und die Kontrollvariablen genauer vorgestellt und deren Items aufgezeigt.

*Arbeitsumgebung.* Nach den beiden Einleitungsseiten wird als erstes das Konstrukt Arbeitsumgebung gemessen. Hierfür wurde das bereits weiter oben vorgestellte Messinstrument Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (NWI-PES) nach Lake (2002) herangezogen. Die Mess-Zuverlässigkeit des Fragebogens kann durch mehrere Faktoren belegt werden: dieser ist sowohl theoretisch als auch empirisch fundiert, besitzt eine begriffliche Intaktheit, eignet sich gut, die Arbeitsumgebung von Pflegekräften zu messen (psychometrische Stärke), und die Ergebnisse sind generalisierbar. Außerdem weist er eine gute Konstruktvalidität auf (vgl. Lake 2002). Wie in Kapitel 6.2.2.1 aufgezeigt, lauten die Dimensionen nach Lake (2002):

1. Partizipationsmöglichkeit von Pflegekräften in Krankenhaus-Angelegenheiten
2. Voraussetzungen zur Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege
3. Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters
4. Ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen
5. Kollegiale Krankenpfleger-Arzt Beziehungen

Diese Dimensionen resultierten aus einer Faktorenanalyse aus insgesamt 31 Items. Im Folgenden werden die Items vorgestellt und ihren jeweiligen Dimensionen zugeordnet:

*Partizipationsmöglichkeit von Pflegekräften in Krankenhaus-Angelegenheiten (Partizipation)*

- (1) Es gibt Möglichkeiten auf der Karriereleiter aufzusteigen.
- (2) Der/Die Pflegedirektor/Pflegedirektorin ist gegenüber dem Pflegepersonal sehr präsent und sehr zugänglich.
- (3) Es gibt für das Pflegepersonal die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung.

- (4) Die Krankenhausleitung hört sich die Anliegen des Pflegepersonals an und antwortet auch auf diese.
- (5) Das Pflegepersonal hat die Möglichkeit an krankenhauspolitischen Entscheidungen teilzunehmen.
- (6) Das Pflegepersonal wird in der internen Führung des Krankenhauses miteinbezogen.
- (7) Die Pflegeleiter/innen beraten sich mit dem Pflegepersonal über tägliche Probleme und Vorgehensweisen.
- (8) Das Pflegepersonal besitzt die Möglichkeit an Krankenhaus- und Krankenpfleger-Ausschüssen teilzunehmen.
- (9) Der oberste Pflegedienstleiter/die oberste Pflegedienstleiterin ist in Macht und Autorität zu anderen Führungskräften im Krankenhaus gleichgestellt.

*Voraussetzungen zur Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege (Pflegemodell)*

- (1) Es gibt ein aktives berufsbegleitendes/kontinuierliches Weiterbildungs-Programm für das Pflegepersonal.
- (2) Die Leitung erwartet, dass hohe Standards in der Krankenpflege eingehalten werden.
- (3) Es gibt stets aktuelle, schriftliche Pflegepläne für alle Patienten.
- (4) Es gibt eine klare Pflegephilosophie, die die Patientenpflege durchdringt und bestimmt.
- (5) Die Pflegearbeit basiert eher auf einem krankenpflegerischen, denn einem medizinischen Modell.
- (6) Das Pflegepersonal ist klinisch kompetent.
- (7) Es gibt eine Bestimmung, welche die Pflege-Kontinuität fördert (= ein Patient wird in der jeweiligen Abteilung immer von der-/derselben Krankenschwester/-pfleger versorgt).
- (8) Diagnosen durch das Pflegepersonal werden anerkannt und auch verwendet.
- (9) Es existiert ein aktives Qualitätssicherungsprogramm.
- (10) Es gibt ein Lehrer-Programm für neu angeworbenes Pflegepersonal.

*Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters (Führung)*

- (1) Der/die Pflegedienstleiter(in) kann gut managen und führen.
- (2) Der/die Pflegedienstleiter(in) steht dem Pflegepersonal bei Entscheidungen bei.

- (3) Der/die Pflegedienstleiter(in) verwendet Fehler seitens des Pflegepersonals nicht zur Kritik, sondern als Lernmöglichkeit.
- (4) Der/die Pflegedienstleiter(in) unterstützt das Pflegepersonal.
- (5) Der/die Pflegedienstleiter(in) lobt das Pflegepersonal und bringt diesem auch Anerkennung entgegen.

#### *Ausreichend Personal und unterstützende Ressourcen (**Personaldecke**)*

- (1) Es ist genug Pflegepersonal da, um die Pflegearbeiten erledigen zu können.
- (2) Es gibt genug Pflegepersonal, damit eine qualitativ hochwertige Patientenpflege geleistet werden kann.
- (3) Das Krankenhaus bietet adäquate Unterstützungen, die es dem Pflegepersonal ermöglichen, ausreichend Zeit mit den Patienten zu verbringen.
- (4) Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, Patientenpflege-Probleme mit anderen Kollegen aus dem Pflegepersonal zu besprechen.

#### *Kollegiale Krankenpfleger-Arzt Beziehungen (**Pflegekraft-Arzt-Beziehung**)*

- (1) Es findet viel Teamwork zwischen Ärzten und Pflegenden statt.
- (2) Ärzte und Pflegenden haben gute Arbeitsbeziehungen.
- (3) Ärzte und Pflegenden arbeiten gut zusammen.

Die Items zur Arbeitsumgebung sind im Stil einer vierstufigen Likert-Skala aufgebaut. Die Antwortmöglichkeiten lauteten 1 = „stimme überhaupt nicht zu“; 2 = „stimme nicht zu“; 3 = „stimme zu“; 4 = „stimme völlig zu“.

Lake (2002) gab an, dass die Dimensionen *Führung*, *Pflegekraft-Arzt-Beziehung* sowie *Personaldecke* abteilungsspezifisch zu beantworten sind. Aus diesem Grund wurde den Krankenpflegern die Frage gestellt: „Beschreiben folgende abteilungsspezifischen Aussagen Ihre aktuelle Beschäftigungssituation“? Diese Items wurden zufällig gemischt und nacheinander in der Befragung aufgeführt.

Die Dimensionen *Partizipation* und *Pflegemodell* hingegen sind krankenhausübergreifend zu betrachten (vgl. Lake 2002). Folglich wurde das Pflegepersonal gefragt: „Beschreiben folgende krankenhausübergreifenden (also nicht abteilungsspezifischen) Aussagen Ihre aktuelle Beschäftigungssituation“? Auch diese Items wurden zufällig gemischt und nacheinander in dem Fragebogen aufgelistet.



*Organisationsklima.* Anschließend wurde das Konstrukt Organisationsklima gemessen. Hierfür diente der Organizational Climate Measure (OCM), der von Patterson et al. (2005) konzipiert wurde. Wie bereits in 6.2.1.3 erwähnt, stellt der OCM das einzig theoretisch fundierte Organisationsklima-Messinstrument dar. Der OCM verkörpert ein reliables und valides Messinstrument, das zudem über eine klare Faktorenstruktur verfügt (vgl. Patterson et al. 2005). Die 17 Dimensionen des OCM setzten sich zusammen aus:

1. Autonomie; 2. Integration; 3. Mitarbeiterbeteiligung (Partizipation und Kommunikation); 4. Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten;
5. Schulungen; 6. Mitarbeiterfürsorge (durch die Organisation); 7. Formalisierung;
8. Tradition; 9. Innovation und Flexibilität; 10. Ausrichtung nach Außen;
11. Reflexivität; 12. Klarheit der Organisationsziele; 13. Effizienz;
14. Arbeitsbemühungen; 15. Leistungsfeedback; 16. Leistungsdruck; 17. Qualität

Diese Dimensionen ergeben sich aus einer Faktorenanalyse aus insgesamt 82 Items. Im Folgenden werden die Items vorgestellt und ihren jeweiligen Dimensionen zugeordnet:

### ***Mitarbeiterfürsorge***

- (1) Die Krankenhausorganisation beachtet die Interessen der Mitarbeitenden wenig.\*
- (2) Die Krankenhausorganisation sorgt sich um ihre Mitarbeitenden.
- (3) Die Krankenhausorganisation versucht sich um ihre Mitarbeitenden zu kümmern.
- (4) Die Krankenhausorganisation versucht in den Handlungen gegenüber ihren Mitarbeitenden fair zu sein.

### ***Autonomie***

- (1) Die Leitung gebraucht einen zu strengen Führungsstil.\*
- (2) Die Leitung erlaubt es den Mitarbeitenden meistens eigene Entscheidungen zu treffen.
- (3) Es ist in diesem Krankenhaus wichtig, Dinge zunächst mit dem Chef zu besprechen, bevor eine Entscheidung getroffen werden kann.\*
- (4) Die Leitung vertraut dem Mitarbeitenden und lässt diesen ohne vorherige Erlaubnis arbeitsbezogene Entscheidungen treffen.
- (5) Führungskräfte kontrollieren in starkem Ausmaß die Arbeit ihrer Untergebenen.\*

### ***Mitarbeiterbeteiligung***

- (1) Veränderungen werden vollzogen, ohne dass mit den davon betroffenen Mitarbeitenden gesprochen wird. \*
- (2) Es gibt oftmals Kommunikationsprobleme. \*
- (3) Die Mitarbeitenden besitzen kein Mitspracherecht in Entscheidungen, die ihre Arbeit betreffen. \*
- (4) Relevante Informationen werden offen geteilt.
- (5) Die Leitung bezieht die Mitarbeitenden mit ein, wenn Entscheidungen getroffen werden, die sie beeinflussen.
- (6) Die Mitarbeitenden haben das Gefühl, dass Entscheidungen meistens über ihre Köpfe hinweg getroffen werden. \*

### ***Schulungen***

- (1) Die Mitarbeitenden werden stark dazu animiert, ihre Fähigkeiten zu entwickeln.
- (2) Die Mitarbeitenden werden ausreichend geschult, bevor neue Arbeitsgeräte zum Einsatz kommen.
- (3) Die Mitarbeitenden erhalten von der Krankenhausorganisation nur minimale Schulung, die sie brauchen, um ihre Arbeit ausführen zu können. \*
- (4) Die Mitarbeitenden werden nicht ausreichend in neue Maschinen oder Geräte eingeschult. \*

### ***Integration***

- (1) Es gibt hier sehr wenig Konflikte zwischen den Abteilungen.
- (2) In diesem Krankenhaus herrscht sehr wenig Respekt zwischen einigen Abteilungen. \*
- (3) Die Mitarbeitenden misstrauen anderen Abteilungen. \*
- (4) Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen ist sehr effektiv.
- (5) Die Mitarbeitenden aus den verschiedenen Abteilungen sind bereit Informationen untereinander zu teilen.

### ***Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten***

- (1) Man kann sich darauf verlassen, dass die unmittelbaren Vorgesetzten den Mitarbeitenden gute Anweisungen entgegenbringen.

- (2) Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihre Mitarbeitenden verstehen.
- (3) Die jeweiligen unmittelbaren Vorgesetzten können die Probleme ihrer Mitarbeitenden sehr gut verstehen.
- (4) Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihren Mitarbeitenden vertrauen.
- (5) Die unmittelbaren Vorgesetzten sind hier freundlich und sehr zugänglich.

### ***Formalisierung***

- (1) Es entsteht keine große Aufruhr, wenn die Mitarbeitenden die Regeln verletzen. \*
- (2) Jeder Arbeitsschritt muss nach dem Handbuch vollzogen werden.
- (3) Es wird als extrem wichtig erachtet die Regeln zu befolgen.
- (4) Es ist nicht notwendig Vorgehensweisen genau nach Vorschrift zu erledigen. \*
- (5) Die Mitarbeitenden können formale Vorgehensweisen und Regeln ignorieren, falls dies ihnen dabei hilft ihre Arbeit zu erledigen. \*

### ***Tradition***

- (1) Die Leitung ist nicht sonderlich daran interessiert neue Ideen auszuprobieren.
- (2) Die oberste Führungsebene hält gerne an bewährten und traditionellen Arbeitsweisen fest.
- (3) Die Arbeitsweisen dieses Krankenhauses haben sich nie großartig verändert.
- (4) Veränderungen bezüglich Arbeitsweisen geschehen hier sehr langsam.

### ***Innovation und Flexibilität***

- (1) Die Leitung bemerkt es sehr schnell, wenn Änderungen vorgenommen werden müssen.
- (2) Unterstützung bei der Entwicklung neuer Ideen ist stets vorhanden.
- (3) Die Krankenhausorganisation ist sehr flexibel: sie kann schnell Arbeitsweisen verändern, um neuen Bedingungen zu genügen, und Probleme lösen, wenn sie auftauchen.
- (4) Neue Ideen werden hier schnell bejaht und angenommen.
- (5) Die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus suchen stets nach neuen Wegen Probleme anzugehen.
- (6) Das Krankenhaus reagiert schnell darauf, wenn Veränderungen getätigt werden müssen.

### ***Ausrichtung nach Außen***

- (1) Dieses Krankenhaus sieht sich kontinuierlich nach neuen Möglichkeiten im externen Markt um.
- (2) Die Krankenhausorganisation ist sehr nach innen gerichtet: sie kümmert sich nicht darum, wie sich generell die Patientenbedürfnisse entwickeln, und welche medizinischen Neuerungen am Markt präsentiert werden. \*
- (3) Patientenbedürfnisse werden hier nicht als höchste Priorität erachtet. \*
- (4) Man macht sich wenig Gedanken darüber, wie man die Dienste an den Patienten verbessern könnte. \*
- (5) Dieses Krankenhaus reagiert nur langsam auf Patientenbedürfnisse. \*

### ***Reflexivität***

- (1) In diesem Krankenhaus nimmt man sich immer wieder Zeit, um organisationale Ziele zu überdenken.
- (2) In dieser Krankenhausorganisation wird die Art und Weise, wie die Mitarbeitenden zusammenarbeiten, ohne weiteres geändert, wenn dies die Leistung verbessert.
- (3) In diesem Krankenhaus werden Ziele im Falle wechselnder Umstände geändert.
- (4) Die Methoden, die in diesem Krankenhaus verwendet werden, um die Arbeit zu erledigen, werden oft diskutiert.
- (5) Es gibt regelmäßige Diskussionen zu dem Thema, ob die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus effektiv zusammenarbeiten.

### ***Klarheit über organisationale Ziele***

- (1) Die Mitarbeitenden sind sich über die Ziele des Krankenhauses nicht im Klaren. \*
- (2) Jeder, der hier arbeitet, ist gut über die Langzeitpläne und -ausrichtungen des Krankenhauses informiert.
- (3) Es gibt eine klare Wahrnehmung darüber, in welche Richtung sich dieses Krankenhaus bewegt.
- (4) Die Mitarbeitenden haben ein gutes Verständnis darüber, welche Ziele das Krankenhaus verfolgt.
- (5) Zukünftige Ausrichtungen des Krankenhauses werden allen immer klar kommuniziert.

### ***Arbeitsbemühungen***

- (1) Die Mitarbeitenden sind enthusiastisch bezüglich ihrer Arbeit.
- (2) Die Mitarbeitenden gehen mit der Arbeitseinstellung zu Werke, so wenig wie möglich zu leisten. \*
- (3) Die Mitarbeitenden leisten hier nicht mehr als sie müssen. \*
- (4) Die Mitarbeitenden sind bereit, einen besonderen Aufwand zu leisten, um eine gute Arbeit leisten zu können.
- (5) Die Mitarbeitenden wollen immer gemäß ihrer Fähigkeiten das Bestmögliche leisten.

### ***Effizienz***

- (1) Schlechte Ablaufpläne und Arbeitspläne führen oftmals zum Nichterreichen von Zielen. \*
- (2) Es könnten Zeit und Geld gespart werden, falls die Arbeit besser organisiert wäre. \*
- (3) Die Produktivität könnte erhöht werden, falls Aufgaben besser organisiert und geplant werden würden. \*
- (4) Arbeiten könnten sehr viel effektiver ausgeführt werden, falls die Mitarbeitenden regelmäßig innehalten würden, um nachzudenken. \*

### ***Qualität***

- (1) Diese Krankenhausorganisation versucht immer die höchsten Qualitätsstandards zu erreichen.
- (2) Qualität wird hier sehr wichtig genommen.
- (3) Dieses Krankenhaus besitzt kein großes Ansehen bezüglich qualitativ hochwertiger Behandlung und Pflege. \*
- (4) Die Mitarbeitenden glauben, dass der Unternehmenserfolg des Krankenhauses von der hohen Arbeitsqualität abhängt.

### ***Leistungsdruck***

- (1) Das Arbeitstempo hier ist sehr entspannt. \*
- (2) Es wird von den Mitarbeitenden erwartet, viel zu viel Arbeit pro Tag zu erledigen.
- (3) Die Mitarbeitenden werden unter Druck gesetzt, die vorgegebenen Ziele zu erreichen.
- (4) Die Leitung fordert von den Mitarbeitenden, extrem hart zu arbeiten.

(5) Im Allgemeinen sind hier die Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden nicht besonders hoch. \*

### ***Leistungsfeedback***

(1) Die Mitarbeitenden erhalten hier für gewöhnlich ein Feedback über ihre geleistete Arbeitsqualität.

(2) Die Art und Weise, wie Mitarbeitende ihre Aufgaben erledigen, wird selten beurteilt. \*

(3) Im Allgemeinen ist es für einen schwer, die Qualität seiner eigenen Leistung zu beurteilen. \*

(4) Die Mitarbeitenden wissen hier nicht, wie gut sie ihre Arbeiten erledigen, da sie kein Feedback erhalten. \*

(5) Die Leistung von Mitarbeitenden wird regelmäßig gemessen.

\* Negativ-Formulierung eines Items.

Die Krankenpfleger wurden gebeten, das allgemein vorherrschende Organisationsklima in ihrem Krankenhaus zu bewerten, indem sie auf die Frage antworten sollten: „Treffen folgende Aussagen zu“? Folgende Antwortmöglichkeiten standen hierbei zur Verfügung: 1 = „völlig falsch“, 2 = „größtenteils falsch“, 3 = „größtenteils richtig“ oder 4 = „völlig richtig“. Also sind die Items auch beim OCM im Stil einer vierstufigen Likert-Skala aufgebaut. Die Auflistung der Items des OCM erfolgte analog zu denen des NWI-PES.

*Burnout.* Nachdem die Pflegekräfte Items des NWI-PES, sowie des OCM ausfüllen konnten, wurde Ihnen schließlich der MBI von Maslach und Jackson (1981) offeriert. Jenes Messinstrument weist sowohl eine hohe Validität als auch hohe Reliabilität auf, was aus verschiedenen psychometrischen Analysen hervorging (vgl. Maslach und Jackson, 1981).

Wie bereits mehrfach erwähnt, setzt sich der MBI aus drei Dimensionen zusammen:

1. Emotionale Erschöpfung (EE)
2. Depersonalisation (DP)
3. Persönliche Leistungsfähigkeit (PA)

Diese Dimensionen ergeben sich aus einer Faktorenanalyse aus insgesamt 22 Items. Im Folgenden werden die Items vorgestellt und ihren jeweiligen Dimensionen zugeordnet:

### ***Emotionale Erschöpfung***

- (1) Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.
- (2) Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.
- (3) Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.
- (4) Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.
- (5) Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.
- (6) Meine Arbeit frustriert mich.
- (7) Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.
- (8) Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.
- (9) Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann und am Ende bin.

### ***Depersonalisation***

- (1) Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob sie unpersönliche "Objekte" wären.
- (2) Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.
- (3) Ich befürchte, dass mich diese Arbeit emotional verhärtet.
- (4) Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird.
- (5) Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.

### ***Persönliche Leistungsfähigkeit***

- (1) Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzusetzen.
- (2) Den Umgang mit den Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff.
- (3) Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiv beeinflusse.
- (4) Ich fühle mich voller Tatkraft.
- (5) Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.
- (6) Ich fühle mich erheitert und beschwingt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.
- (7) Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.
- (8) In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.

Im Fragebogen erhielten die Pflegekräfte die Instruktion, dass nun 22 Aussagen über arbeitsbezogene Gefühle und Gedanken folgen werden, und sie entsprechend der Skala

antworten können, wie oft sie das Gefühl oder den Gedanken erleben. Die dazu folgende siebenstufige Likert-Skala reichte von null bis sechs. Die sieben Bewertungsmöglichkeiten hießen: 0 = „nie“; 1 = „einige Male im Jahr und seltener“; 2 = „einmal im Monat“; 3 = „einige Male im Monat“; 4 = „einmal pro Woche“; 5 = „einige Male pro Woche“; 6 = „täglich“. Die Auflistung der Items des MBI verlief kongruent zu jenen des NWI-PES und des OCM.

*Kontrollvariablen.* Schließlich wurden die Pflegekräfte gebeten, Angaben zu ihrer Person und ihrer Tätigkeit zu geben. Diese fungierten als Kontrollvariablen (außer *Krankenhausabteilungen*) und bestanden aus folgenden Variablen:

- (1) Alter (vgl. Vahey et al. 2004)
- (2) Geschlecht (vgl. Vahey et al. 2004)
- (3) Familienstand (vgl. Escribà-Agüir 2006)
- (4) Berufstätigkeit in Jahren (vgl. Vahey et al. 2004)
- (5) Berufstätigkeit in aktueller Abteilung in Jahren (vgl. Vahey et al. 2004)
- (6) Anzahl Patienten (vgl. Hanrahan et al. 2010)
- (7) Angestelltenverhältnis (vgl. Patrick, Lavery 2007)
- (8) Krankenpflegerische Qualifizierung (vgl. Patrick, Lavery 2007)
- (9) Arbeitszufriedenheit (vgl. Scarpello, Campbell 1983; zit. nach Nagy 2002)
- (10) Burnout-Betroffenheit
- (11) Stresspräventions-Training
- (12) Entspannungsübungen
- (13) Resilienz
- (14) Krankenhausabteilungen (keine Kontrollvariable) (vgl. Escribà-Agüir 2006)

Die Item-Formulierungen und Antwortmöglichkeiten werden der Übersicht halber hier nicht aufgeführt und sind dem Fragebogen im Anhang zu entnehmen (siehe Anhang S. 420 f.).

Die Kontrollvariablen von (1) bis (9) wurden auch in anderen wissenschaftlichen Untersuchungen bei Krankenpflegern hinsichtlich Burnout verwendet. Die Kontrollvariablen (10) bis (13) wurden selbständig ergänzt, da sie evtl. Einfluss auf die abhängigen Variablen (EE, DP und PA) nehmen könnten. (10) bis (12) setzen sich aus Single-Items zusammen, während Resilienz (13) aus sechs Items besteht. Hierfür wurde der Brief Resilience Scale (BRS) nach Smith et al. (2008) verwendet. Dieser stellt ein reliables, unitäres Konstrukt dar (vgl. Smith et al. 2008).



## ***Resilienz***

- (1) Ich tendiere dazu, nach schwierigen Zeiten schnell wieder auf die Beine zu kommen.
- (2) Es fällt mir schwer, stressreiche Ereignisse zu meistern.\*
- (3) Ich brauche nicht lange, um mich von einem stressreichen Ereignis zu erholen.
- (4) Es fällt mir schwer, mich von einem schlimmen Ereignis zu erholen.\*
- (5) Gewöhnlich überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.
- (6) Ich brauche tendenziell viel Zeit, um mit Rückschlägen in meinem Leben fertig zu werden.\*

\* Negativ-Formulierung eines Items.

Auf einer fünfstufigen Likert-Skala konnten die Teilnehmer ihre persönliche Widerstandsfähigkeit einschätzen. Die Frage lautete, inwieweit folgende Aussagen zustimmen. Als Beantwortungsoptionen standen zur Verfügung: 1 = „stimme überhaupt nicht zu“; 2 = „stimme nicht zu“; 3 = „weder/noch“; 4 = „stimme zu“; 5 = „stimme völlig zu“.

## **IV Ergebnisse**

Dieses Kapitel befasst sich mit der Niederschrift der quantitativen, empirischen Resultate, die aus der durchgeführten Untersuchung hervorgingen. Im ersten Schritt wird kurz auf die Kodierung und die Erstellung des Datenblattes eingegangen. Daraufhin werden Erkenntnisse zur Datenqualität und zu deskriptiven Häufigkeiten dargelegt. Im Anschluss werden Zusammenhänge zwischen den beiden unabhängigen Variablen (Organisationsklima und Arbeitsumgebung) und der abhängigen Variable (Burnout) auf bivariater sowie multivariater Ebene untersucht. Die multivariaten Analysen dienen zur Beantwortung der ersten beiden Forschungsfragen und zur Prüfung der im theoretischen Teil formulierten Hypothesen. Schließlich wird untersucht, inwieweit gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden sind (Forschungsfrage drei). Alle Berechnungen erfolgten mit SPSS (Version 22).

### **1 Erstellung und Codierung des Datenblattes**

Zunächst wurden die Fragebogenantworten manuell in SPSS übertragen. Füllte eine Pflegekraft ein Item im Fragebogen nicht aus, so wurde dies in SPSS mit der Kodierung -99 gekennzeichnet. Als nächstes wurden die Daten auf Eingabefehler überprüft. Alsdann wurden negativ codierte Variablen umcodiert, sodass alle Items mit ihrer Aussage in die gleiche Richtung zielten. Negativ codierte Variablen befanden sich nur in den Messinstrumenten zu Organisationsklima und Resilienz. Dann erfolgte die Berechnung der Dimensionen, indem Mittelwerte gebildet wurden. Die Mittelwerte der zusammengehörigen Items spiegeln die Ausprägungsstärke der einzelnen Skalen wider. Dabei wurden nur dann Mittelwerte gebildet, wenn alle Items einer Dimension beantwortet wurden.

## 2 Überprüfung der Datenqualität

Um die Qualität und damit die Aussagekraft der Daten zu überprüfen, wurden Reliabilität, Faktorenstruktur sowie Normalverteilung untersucht. Die Überprüfung der Reliabilität und der Faktorenstruktur ist vor allem deshalb wichtig, da die verwendeten Fragebögen aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt wurden.

### 2.1 Reliabilitätsanalyse

Mittels der Reliabilitätsanalyse wird überprüft, ob die verwendeten Items reliable Skalen bilden. Zur Beurteilung der Reliabilität wird der Reliabilitätskoeffizient Cronbach's Alpha berechnet. Dieser ist ein Maß der Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch den Test erfasst wird und liegt betragsgemäß zwischen 0 und 1 (vgl. Bühl 2014, S.587). Gemäß Konvention spricht man von reliablen Skalen, wenn Cronbach's Alpha zwischen 0,7 und 1 liegt (vgl. George, Mallery 2002, S.231). George und Mallery (2002) schlagen jene Tabelle zur Klassifizierung von Cronbach's Alpha vor:

- > 0,9 = exzellent
- > 0,8 = gut
- > 0,7 = akzeptabel
- > 0,6 = fragwürdig
- > 0,5 = schlecht
- < 0,5 = inakzeptabel (vgl. George, Mallery 2002, S.231).

Im Folgenden werden die Alpha-Werte der jeweiligen Skalen von Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout aufgelistet. Die SPSS-Outputs befinden sich im Anhang (siehe S. 238-260).

<b>Arbeitsumgebung</b>	Partizipation	Pflege- modell	Führung	Personaldecke	Pflegekraft- Arzt-Beziehung
Cronbach's Alpha ( $\alpha$ )	0,81	0,79	0,89	0,82	0,87

Tabelle 2.1 a (IV): Reliabilitätskennzahlen zu „Arbeitsumgebung“

<b>Organisations- klima</b>	$\alpha$		$\alpha$		$\alpha$
Autonomie	0,55	Formalisierung	0,61	Effizienz	0,60
Integration	0,74	Tradition	0,64	Arbeitsbemühungen	0,64
Mitarbeiter- beteiligung	0,75	Innovation & Flexibilität	0,71	Leistungsfeedback	0,68
Unterstützung d. Vorgesetzten	0,84	Ausrichtung nach Außen	0,71	Leistungsdruck	0,70
Schulungen	0,73	Reflexivität	0,52	Qualität	0,60
Mitarbeiter-fürsorge	0,78	Klarheit der O- Ziele	0,81		

Tabelle 2.1 b: Reliabilitätskennzahlen zu „Organisationsklima“

<b>Burnout</b>	EE	DP	PA	Resilienz
$\alpha$	0,90	0,74	0,77	0,82

Tabelle 2.1 c (IV): Reliabilitätskennzahlen zu „Burnout“

Alle Dimensionen weisen ein Alpha von mindestens 0,7 auf, außer manche Skalen des Organisationsklimas (Autonomie, Formalisierung, Tradition, Reflexivität, Effizienz, Arbeitsbemühungen, Leistungsfeedback und Qualität).

Manchmal kann durch Entfernen eines Items das Cronbach's Alpha verbessert werden. Welches Item entfernt werden muss, zeigt einem der SPSS-Output „Item-Skala-Statistik“ (siehe Anhang S. 238-260). Wird der Cronbach's Alpha-Wert durch das Löschen eines Items verbessert, so ist dies an einem höheren Wert in der Spalte „Cronbach-Alpha, wenn Item gelöscht“ und zusätzlich an einer Trennschärfe, die kleiner ist als 0,3, zu erkennen. Die Trennschärfen werden in der Spalte „Korrigierte Item-Skala-Korrelation“ des SPSS-Outputs „Item-Skala-Statistik“ angegeben. „Die Trennschärfe bzw. der Trennschärfenkoeffizient gibt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis eines Tests repräsentiert. Die Trennschärfe wird für jedes Item eines Tests berechnet und ist definiert als die Korrelation der Beantwortung dieses Items mit dem Gesamtestwert“ (Bortz, Döring 2006, S.219). Trennschärfenwerte unter 0,3 sind inakzeptabel. Solche Items müssen entfernt werden (vgl. Weise 1975, S.219). Die Organisationsklima-Dimensionen, deren Alpha-Werte unterhalb der 0,7-Grenze lagen (Autonomie, Formalisierung, Tradition, Reflexivität, Effizienz, Arbeitsbemühungen, Leistungsfeedback und Qualität) wurden bzgl. der Trennschärfen untersucht. Dabei zeigte sich, dass sich bei allen Skalen das Cronbach's Alpha verbesserte, wenn man das vorgeschlagene Item entfernte – außer bei Tradition (siehe Tabelle 2.1 d (IV)). Aus diesem Grund wurden die nachfolgenden Items gelöscht:

		<b>Entfernte Variable</b>	<b>Item-Text</b>	
<b>Arbeitsbemühungen</b>	$\alpha_1=0,64$	Arb_bem_1	Die Mitarbeitenden sind enthusiastisch bezüglich ihrer Arbeit.	$\alpha_2=0,70$
<b>Leistungsfeedback</b>	$\alpha_1=0,68$	R_Leist_feed_3	Im Allgemeinen ist es für einen schwer, die Qualität seiner eigenen Leistung zu beurteilen.	$\alpha_2=0,73$
<b>Autonomie</b>	$\alpha_1=0,55$	R_Auto_3	Es ist in diesem Krankenhaus wichtig, Dinge zunächst mit dem Chef zu besprechen, bevor eine Entscheidung getroffen werden kann.	$\alpha_2=0,60$
<b>Formalisierung</b>	$\alpha_1=0,61$	R_Formal_1	Es entsteht keine große Aufruhr, wenn die Mitarbeitenden die Regeln verletzen.	$\alpha_2=0,64$
<b>Tradition</b>	$\alpha_1=0,64$	...	...	
<b>Effizienz</b>	$\alpha_1=0,60$	Effi_1	Schlechte Ablaufpläne und Arbeitspläne führen oftmals zum Nichterreichen von Zielen.	$\alpha_2=0,61$
<b>Qualität</b>	$\alpha_1=0,60$	Qual_4	Die Mitarbeitenden glauben, dass der Unternehmenserfolg des Krankenhauses von der hohen Arbeitsqualität abhängt.	$\alpha_2=0,62$
<b>Reflexivität</b>	$\alpha_1=0,52$	Reflex_4	Die Methoden, die in diesem Krankenhaus verwendet werden, um die Arbeit zu erledigen, werden oft diskutiert.	$\alpha_2=0,53$

**Tabelle 2.1 d (IV): Veränderung der Reliabilitätskennwerte nach Itementfernung**

Nach der Regel von George und Mallery (2002) ist ein Cronbach's Alpha ab 0,7 akzeptabel. Durch das Entfernen von Items konnten zwei Dimensionen (Arbeitsbemühungen und Leistungsfeedback) auf ein akzeptables Niveau gebracht werden. Fünf Skalen (Autonomie, Formalisierung, Tradition, Effizienz und Qualität) erreichten nach der Entfernung eines Items immerhin mindestens einen Wert von 0,6, das einem „fragwürdigem“ Level entspricht. Auch wenn diese fünf OK-Dimensionen unterhalb der 0,7 Grenze liegen, werden sie für die weitere Auswertung verwendet, da sie nach George und Mallery (2002) zumindest nicht schlecht sind, sondern nur fragwürdig. Nur eine Dimension (Reflexivität) erzielte nach Entfernung eines Items einen schlechten Wert. Sollte die Faktorenstruktur von Reflexivität, welche im Anschluss betrachtet wird, ebenfalls schlecht ausfallen, wird jene Dimension für die weiteren Analysen nicht mehr verwendet. Die SPSS-Outputs zu den Trennschärfen sind im Anhang aufgelistet (siehe S. 238-260). Schließlich wurden die Dimensionen, bei denen jeweils ein Item entfernt wurde, durch Mittelwertbildung neu berechnet.

## 2.2 Überprüfung der Faktorvalidität

Nachdem die Reliabilität getestet wurde, werden die Messinstrumente nun auf ihre Faktorvalidität überprüft. Alle Messinstrumente werden einer konfirmatorischen Faktorenanalyse unterzogen, da sie überprüft, ob die Items einer bestimmten Anzahl an Faktoren, welche aus einer vorherigen Fragebogenforschung ermittelt wurden, zugeordnet werden können (vgl. Bühl 2014, S.614). Dabei werden die Items weggelassen, die bei der Reliabilitätsanalyse entfernt wurden (siehe oben). Als Rotations-Methode wird die Varimax-Methode verwendet, da diese von Bühl (2014) im SPSS-Handbuch vorgeschlagen wird (vgl. Bühl 2014, S.615). Die Varimax-Methode repräsentiert nach Bühl (2014) „eine orthogonale Rotation, bei der die Anzahl der Variablen mit hoher Faktorladung minimiert wird. Dieses ist das übliche Verfahren, weil es die Interpretierbarkeit der Faktoren erleichtert“ (Bühl 2014, S.631).

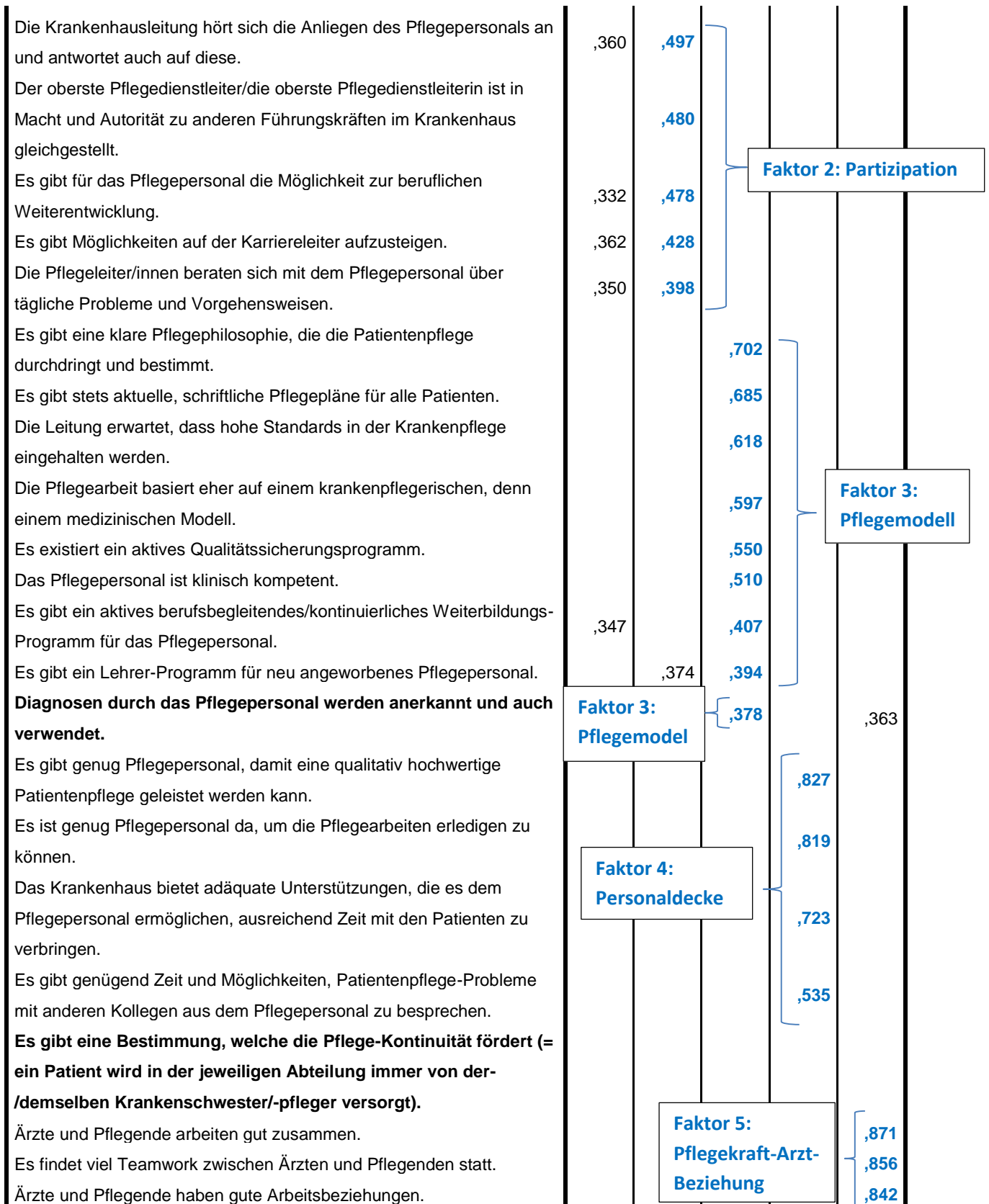
*Arbeitsumgebung.* Zuerst werden die Items des AU-Fragebogens betrachtet. Hierbei werden die zu extrahierenden Faktoren auf 5 gesetzt, da 5 Faktoren angenommen werden. Im Folgenden wird das Ergebnis der konfirmatorischen Faktorenanalyse in Form einer Tabelle wiedergegeben und interpretiert:

**Rotierte Komponentenmatrix<sup>a</sup>**

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Der/die Pflegedienstleiter(in) steht dem Pflegepersonal bei Entscheidungen	,788				
Der/die Pflegedienstleiter(in) unterstützt das Pflegepersonal.	,781				
Der/die Pflegedienstleiter(in) verwendet Fehler seitens des Pflegepersonals nicht zur Kritik, sondern als Lernmöglichkeit.	,723				
Der/die Pflegedienstleiter(in) kann gut managen und führen.	,719				
Der/die Pflegedienstleiter(in) lobt das Pflegepersonal und bringt diesem auch Anerkennung entgegen.	,704				
<b>Der/Die Pflegedirektor/Pflegedirektorin ist gegenüber dem Pflegepersonal sehr präsent und sehr zugänglich.</b>	,574	,373			
Das Pflegepersonal wird in der internen Führung des Krankenhauses miteinbezogen.		,751			
Das Pflegepersonal hat die Möglichkeit an krankenhauspolitischen Entscheidungen teilzunehmen.		,750			
Das Pflegepersonal besitzt die Möglichkeit an Krankenhaus- und Krankenpfleger-Ausschüssen teilzunehmen.		,649			

**Faktor 1: Führung**

**Faktor 2: Partizipation**



Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.  
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.  
 a. Rotation konvergierte in 6 Iterationen.

Tabelle 2.2 (IV): Faktorvalidität zu „Arbeitsumgebung“

Damit die Faktorenstruktur einer Dimension bestätigt werden kann, müssen die Items der jeweiligen Dimension folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Ladung jedes Items muss einen Wert von  $\geq 0,4$  betragen.
- Zusammengehörige Items (Items, die im ursprünglichen Fragebogen einer Dimension zugeordnet wurden) müssen in der Faktorenanalyse in einer Spalte stehen, da eine Spalte einen Faktor (Dimension) symbolisiert.

Anhand der obigen Ergebnistabelle der konfirmatorischen Faktorenanalyse kann schlussgefolgert werden, dass die Faktoren des Practice Environment Scale weitestgehend bestätigt werden können. Es gibt jedoch ein paar Abweichungen: Ein Item aus der Dimension Partizipation (AU\_Part\_2: „Der/Die Pflegedirektor/in ist gegenüber dem Pflegepersonal sehr präsent und zugänglich“) wurde eher der Dimension Führung zugeordnet. Weiterhin lädt das Item „Diagnosen durch das Pflegepersonal werden anerkannt und auch verwendet“ (Pleg\_8) zwar am stärksten auf die Dimension Pflegemodell, jedoch zu gering mit einer Ladung von 0,38, da eine Mindestladung von 0,4 erforderlich ist (vgl. Bühl 2014, S. 616). Schließlich konnte das Item „Es gibt eine Bestimmung, welche die Pflege-Kontinuität fördert, (=ein Patient wird in der jeweiligen Abteilung immer von der-/derselben Krankenschwester/-pfleger versorgt)“ keinem Faktor zugeordnet werden.

*Organisationsklima.* Als nächstes wurden die Organisationsklima-Items in der Faktorenanalyse betrachtet. Die Ergebnistabelle wird hier aufgrund ihrer Größe nicht aufgeführt. Diese ist im Anhang zu finden (siehe S. 261-266). Hier konnten nur 12 Dimensionen weitestgehend bestätigt werden:

1. Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten (Faktor 1)
2. Mitarbeiterfürsorge (Faktor 2)
3. Klarheit über organisationale Ziele (Faktor 3)
4. Qualität (Faktor 4)
5. Integration (Faktor 5)
6. Arbeitsbemühungen (Faktor 7)
7. Leistungsfeedback (Faktor 8)
8. Tradition (Faktor 9)
9. Formalisierung (Faktor 10)
10. Leistungsdruck (Faktor 11)
11. Schulungen (Faktor 12)



## 12. Effizienz (Faktor 13)

Hierzu ergaben sich ein paar Abweichungen: Bei Faktor 3 (Klarheit über organisationale Ziele) besitzt das Item „Die Mitarbeitenden sind sich über die Ziele des Krankenhauses nicht im Klaren“ (R\_Klar\_Ziel\_1) lediglich eine Ladung von 0,37, und das Item „Die Mitarbeitenden erhalten von der Krankenhausorganisation nur minimale Schulung, die sie brauchen, um ihre Arbeit ausführen zu können“ (R\_Schulungen\_3) lädt auf den Faktor 12 (Schulungen) mit nur 0,32. Außerdem konnte ein weiteres Item der Dimension Schulungen nicht dem Faktor 12 (Schulungen) zugeordnet werden (Schulungen\_1: „Die Mitarbeitenden werden stark dazu animiert, ihre Fähigkeiten zu entwickeln“). Schließlich wurde ein Item der Dimension Tradition dem Faktor 1 anstatt dem Faktor 9 (Tradition) zugeordnet (Trad\_1: „Die Leitung ist nicht sonderlich daran interessiert neue Ideen auszuprobieren“). Folgende Items konnten nicht klar einem Faktor zugeordnet werden:

- Autonomie
- Mitarbeiterbeteiligung
- Innovation & Flexibilität
- Ausrichtung nach Außen
- Reflexivität

Im weiteren Verlauf wurde die Dimension *Reflexivität* herausgenommen, da sie sowohl eine sehr geringe Reliabilität aufweist ( $\alpha = 0,53$ ) als auch in der Faktorenanalyse keinen eigenen Faktor bildet. Die Dimensionen *Autonomie*, *Mitarbeiterbeteiligung*, *Innovation & Flexibilität* und *Ausrichtung nach Außen* gehen weiterhin in die Analysen mit ein, da sie zumindest eine anständige Reliabilität aufweisen.

*Burnout*. Als letztes wird die Faktorenanalyse für den Burnout-Fragebogen durchgeführt. Auch diese Ergebnistabelle wird hier nicht aufgeführt und ist dem Anhang zu entnehmen. Hier kann ebenfalls wie bei Arbeitsumgebung die Faktorenstruktur weitestgehend bestätigt werden. Jedoch laden zwei EE-Items eher auf den Faktor DP (EE\_4: „Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich“ (Ladung = 0,56); EE\_8: „Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark“ (Ladung = 0,41)). Trotzdem laden diese zwei Items zumindest ebenfalls auf den Faktor EE – auch wenn mit einer geringeren Ladung (EE\_4: 0,41 und EE\_8: 0,34). Die Tabelle zur Faktorenanalyse von Burnout ist ebenfalls im Anhang enthalten (siehe S. 267).

### 2.3 Überprüfung auf Normalverteilung

Ebenfalls war es wichtig, die Daten auf Normalverteilung zu untersuchen. „Vor allem bei intervall- und verhältnisskalierten Variablen interessiert immer wieder die Form der Verteilung; insbesondere stellt sich meist die Frage, ob die Werte einer Variablen einer Normalverteilung folgen oder nicht. Davon hängt nämlich in fast allen Fällen die Wahl des passenden analytischen Tests ab“ (Bühl 2014, S.274). Es sei angemerkt, dass alle Konstrukte bzw. Dimensionen der Fragebögen intervallskaliert sind.

SPSS bietet einen Test an (Kolmogorov-Smirnov-Test), mit dessen Hilfe man die Normalverteilung feststellen kann (vgl. Bühl 2014, S.380f.). Dieser Test ist jedoch „hochsensibel“ und meldet meistens, dass es sich um nicht-normalverteilte Daten handelt. Müssen Daten zur Anwendung von parametrischen Tests normalverteilt sein, so müssen sie nicht perfekt normalverteilt sein, sondern es reicht eine hinreichende Normalverteilung. Denn jene Tests reagieren relativ robust gegen eine Verletzung der Normalverteilung. Es ist also nur eine hinreichende Normalverteilung notwendig, um Tests zu verwenden, die Normalverteilung voraussetzen. Von hinreichender Normalverteilung spricht man, wenn die deskriptiven Kennwerte Schiefe und Kurtosis gewisse Werte nicht überschreiten. Die Schiefe ist definiert als die Abweichung einer Häufigkeitsverteilung von einer symmetrischen Verteilung. Die Kurtosis gibt Auskunft darüber, ob eine Verteilung breitgipflig (hoher Wert) oder schmalgipflig (niedriger Wert) ist. Ist die beobachtete Verteilung eine Normalverteilung, so ist die Kurtosis gleich null (vgl. Bühl 2014, S.157).

Solange sich Schiefe und Kurtosis in einem Intervall von  $[-2;+2]$  befinden, können Tests herangezogen werden, die Normalverteilung der Daten voraussetzen (vgl. Miles, Shevlin 2001, S.74f.). Zu den deskriptiven Kennwerten Schiefe und Kurtosis ergaben sich folgende Werte:

	Schiefe	Kurtosis
Partizipation	0,19	-0,30
Pflegemodell	0,02	-0,22
Führung	-0,07	-0,56
Personaldecke	0,62	0,08
Pflegekraft-Arzt-Beziehung	-0,28	-0,03
Autonomie*	-0,29	0,19
Integration	-0,32	-0,15
Mitarbeiter-Beteiligung	-0,23	-0,50

Unterstützung d. Vorgesetzten	-0,36	-0,36
Schulungen	-0,34	-0,21
Mitarbeiterfürsorge	-0,21	-0,67
Formalisierung*	-0,30	0,44
Tradition	0,36	0,13
Innovation & Flexibilität	-0,09	-0,17
Ausrichtung nach Außen	-0,30	-0,20
Reflexivität*	-0,31	-0,16
Klarheit der O-Ziele	-0,07	-0,29
Effizienz*	0,02	-0,38
Arbeitsbemühungen*	-0,84	0,90
Leistungsfeedback*	-0,20	-0,44
Leistungsdruck	-0,16	-0,58
Qualität*	-0,60	0,28
EE	0,25	-0,72
DP	1,28	1,38
PA	-0,71	0,30
Resilienz	-0,46	-0,07

Tabelle 2.3 (IV): Deskriptive Kennwerte zur Normalverteilung

\* Werte der neu berechneten Skalen

Betrachtet man die Schiefe- und Kurtosiswerte der Dimensionen, so wird deutlich, dass sich alle Werte innerhalb der oben genannten Grenzen von [-2;+2] bewegen. Aus diesem Grund sind die vorliegenden Daten hinreichend normalverteilt.

### 3 Deskriptive Befunde

Nachdem die Faktorenanalyse abgeschlossen wurde, wird zu den deskriptiven Häufigkeiten übergegangen. Folgende Häufigkeiten wurden dabei betrachtet:

- Häufigkeiten der Kontrollvariablen
- Häufigkeiten bzgl. Arbeitsumgebung und Organisationsklima
- Häufigkeiten bzgl. Burnout (Lösung der ersten Forschungsfrage)

### 3.1 Häufigkeiten der Kontrollvariablen

Um die Häufigkeiten von Resilienz festzustellen, wurde die Dimension Resilienz dichotomisiert, indem die Variable in zwei Bereiche aufgeteilt wurde, nämlich in „niedrig“ und „hoch“. Wie bereits beschrieben, verfügen die sechs Items der Resilienz über fünf Antwortmöglichkeiten. Dies bedeutet, dass sich die theoretische, statistische Mitte bei drei befindet. Werte  $< 3$  besagen demnach eine niedrige Resilienz, Werte  $\geq 3$  drücken eine hohe Resilienz aus. Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten der beiden Ausprägungen „niedrige Resilienz“ und „hohe Resilienz“ bei den untersuchten Pflegekräften:

Resilienz	niedrig	hoch
Häufigkeiten	110	430
in Prozent	20,4	79,6

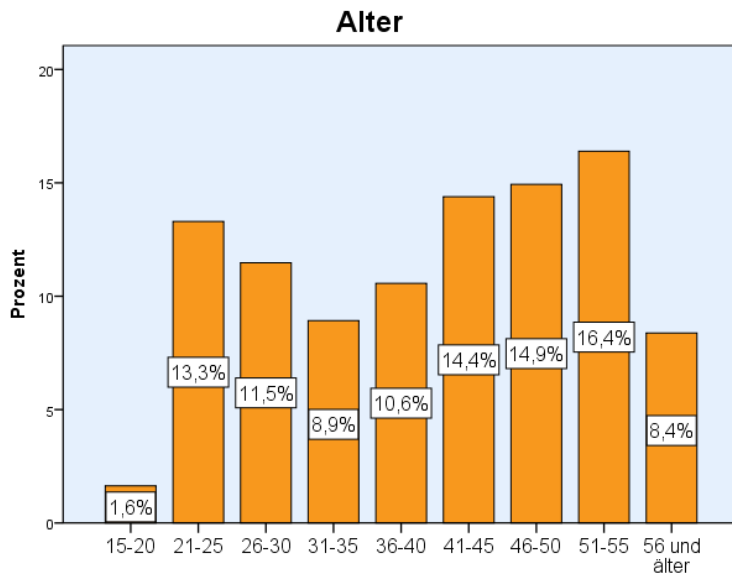
**Tabelle 3.1 a (IV): Häufigkeiten zu „Resilienz“**

20,4 Prozent gaben an, über eine geringe Resilienz zu verfügen, während sich 79,6 Prozent als resilient einstufen.

	Ja	%	Nein	%
Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?	78	14,1	476	85,9
Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?	92	16,8	457	83,2
Praktizieren Sie Entspannungsübungen?	169	30,5	385	69,5

**Tabelle 3.1 b (IV): Häufigkeiten zu „Burnout-Betroffenheit“, „Stresspräventionstraining“ und „Entspannungsübungen“**

Zu diesen Items konnten die Pflegekräfte mit „Ja“ oder „Nein“ antworten. Dabei gaben 14,1 Prozent an, dass sie schon einmal in ihrem Leben von Burnout betroffen waren, 16,8 Prozent partizipierten bereits an einem Seminar zur Stärkung der Widerstandskraft, und 30,5 Prozent der Befragten praktizieren Entspannungsübungen.



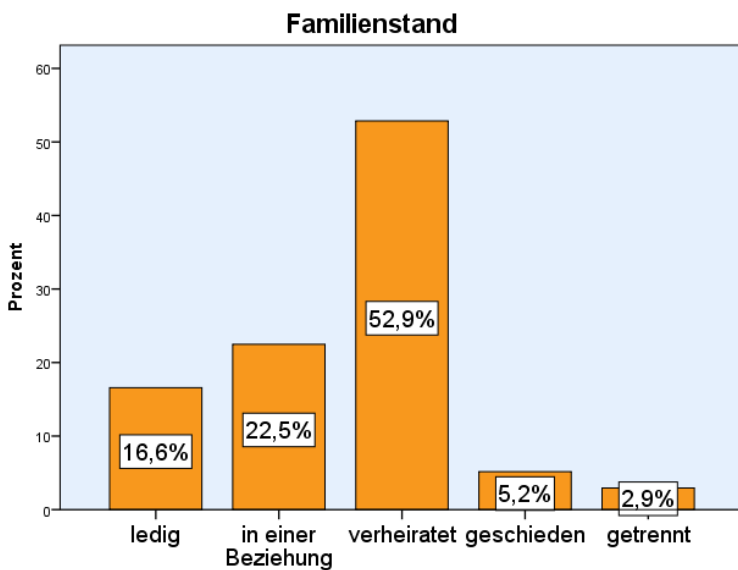
**3.1 c (IV): Histogramm zu „Alter“**

Anhand des Histogramms 3.1 c (IV) kann man erkennen, wie die Altersgruppen verteilt sind. Am geringsten sind die 15-20-jährigen Pflegekräfte vertreten. Jede andere Altersgruppe ist mit mindestens einem Anteil von 8,4 % (56 und älter) und mit höchstens einem Anteil von 16,4 % (51-55) an der Untersuchung beteiligt.

Geschlecht	Häufigkeiten	In Prozent
Männlich	68	12,5
Weiblich	475	87,5

**Tabelle 3.1 d (IV): Häufigkeiten zu „Geschlecht“**

Immerhin ein Achtel der befragten Pflegekräfte sind männlich.



**3.1 e (IV): Histogramm zu „Familienstand“**

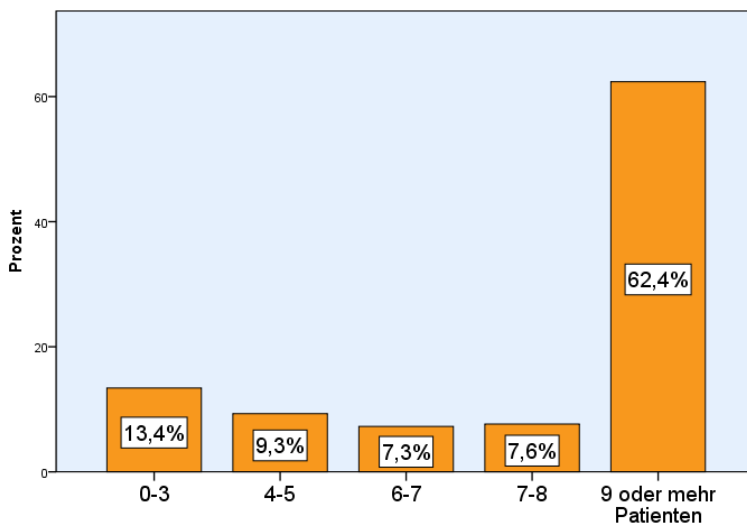
Mehr als die Hälfte der Krankenpfleger ist verheiratet, 22,5 % befinden sich in einer Beziehung, 16,6 % sind ledig, 5,2 % geschieden und 2,9 % getrennt.

Abteilungen	Häufigkeiten	in Prozent
Anästhesiologie und Intensivmedizin (Narkosen, Notfallmedizin, Schmerztherapie)	90	16,8
Chirurgie	108	20,1
Gynäkologie und Geburtshilfe	36	6,7
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	5	0,9
Innere Medizin	113	21,0
Kinder- und Jugendheilkunde	67	12,5
Neurologie	23	4,3
Orthopädie	9	1,7
Onkologie	27	5,0
Palliativmedizin	21	3,9
Psychosomatik	3	0,6
Rehabilitation	10	1,9
Remobilisation	5	0,9
Urologie	20	3,7

Tabelle 3.1 f (IV): Häufigkeiten zu „Krankenhausabteilungen“

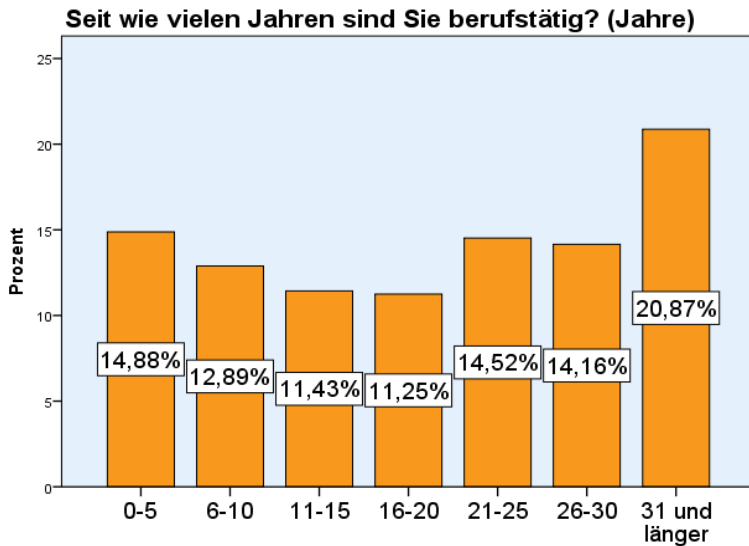
Von den 26 auswählbaren Abteilungen im Fragebogen sind 14 Abteilungen vertreten. Die meisten Krankenpfleger entstammen der inneren Medizin (113), gefolgt von chirurgischem Pflegepersonal (108), anästhesiologischen Krankenpflegern (90) und Pflegern der Kinder- und Jugendheilkunde (67).

**Für wie viele Patienten mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht die Pflege und Aufsicht übernehmen?**



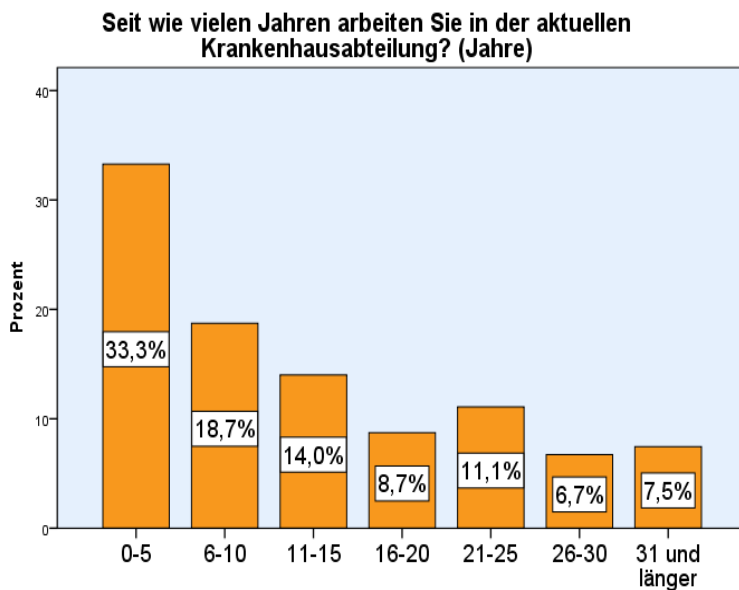
3.1 g (IV): Histogramm zu „Anzahl Patienten“

Anhand dieses Histogramms kann man sehr gut erkennen, dass Krankenpfleger hohen Belastungen ausgesetzt sind, da mehr als die Hälfte in ihrer letzten Arbeitsschicht neun oder mehr Patienten betreuen mussten. Ein/e Krankenpfleger/in ergänzte handschriftlich diese Frage und wies darauf hin, dass er/sie nachts immer alleine für 33 Patienten verantwortlich sei.



3.1 h (IV): Histogramm zu „Berufstätigkeit in Jahren“

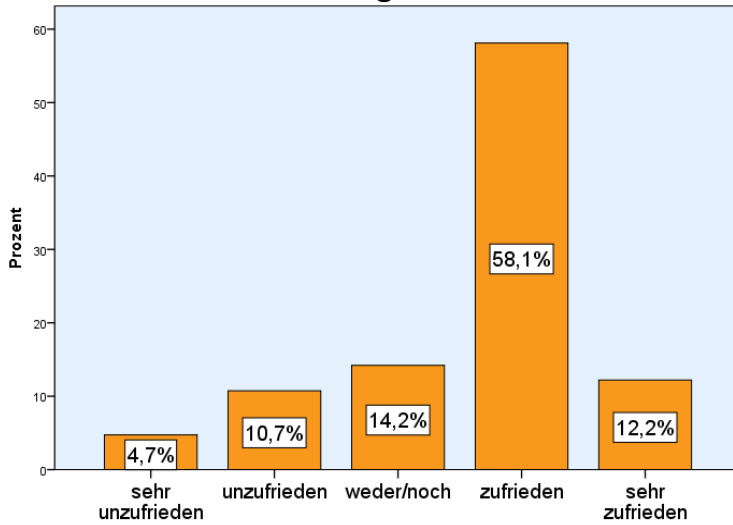
Jenes Histogramm symbolisiert in etwa eine homogene Verteilung. Da der pflegerische Beruf aufgrund der vielen Belastungen als Burnout-exponiert gilt, ist es allerdings erstaunlich, dass doch die meisten Pflegekräfte in der Untersuchung schon längere Zeit als Pflegekraft tätig sind.



3.1 i (IV): Histogramm zu „Berufstätigkeit in der aktuellen Abteilung in Jahren“

Aus diesem Histogramm wird ersichtlich, dass Abteilungswechsel bei Krankenschwestern und Krankenpflegern eher häufig stattfinden.

### Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?



3.1 k (IV): Histogramm zu „Arbeitszufriedenheit“

58,1 Prozent gaben an, mit ihrem Beruf zufrieden zu sein. Summiert man die Antworten „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“ und „weder/noch“, erkennt man, dass neben den zufriedenen und sehr zufriedenen Pflegekräften immerhin 30 Prozent vorhanden sind, die mit ihrem Beruf nicht wirklich zufrieden sind.

	Häufigkeiten	in Prozent
Vollzeit	317	58,1
Teilzeit	229	41,9

Tabelle 3.1 l (IV): Häufigkeiten zu „Angestelltenverhältnis“

58,1 Prozent der Pflegekräfte arbeiten in Vollzeit, 41,9 Prozent in Teilzeit.

	Häufigkeiten	in Prozent
Krankenschwester ohne Zusatzausbildung	302	55,5
Krankenschwester mit Zusatzausbildung	242	44,5

Tabelle 3.1 m (IV): Häufigkeiten zu „krankenpflegerische Qualifizierung“

Die krankenpflegerische Qualifizierung der Befragten ist in etwa ausgeglichen, 55,5 Prozent agieren als Krankenschwestern ohne Zusatzausbildung, 44,5 Prozent besitzen eine Zusatzausbildung.

### 3.2 Häufigkeiten bzgl. Arbeitsumgebung und Organisationsklima

Bei den Konstrukten Arbeitsumgebung sowie Organisationsklima standen den Pflegern vier verschiedene Antwortoptionen bereit. Die theoretische, statistische Mitte liegt in diesem Fall bei 2,5. Werte < 2,5 symbolisierten eine niedrige Wahrnehmung der Dimensionen, während Werte ≥ 2,5 eine hohe Wahrnehmung der jeweiligen Dimensionen besagen (vgl. Lake, Friesse 2006).



	niedrig	%	hoch	%	Anzahl gültiger Fälle
Führung	238	<b>47,2</b>	266	<b>52,8</b>	504
Personaldecke	432	<b>77,3</b>	127	<b>22,7</b>	559
Partizipation	329	<b>65,3</b>	175	<b>34,7</b>	504
Pflegemodell	115	<b>22,2</b>	404	<b>77,8</b>	519
P_A_Beziehung	192	<b>34,7</b>	362	<b>65,3</b>	554

Tabelle 3.2 a (IV): Häufigkeiten zu „Arbeitsumgebung“

52,8 % bewerten die erlebte Führung des Pflegedienstleiters als gut. 77,3 % beklagen unzureichendes Personal. 65,3 % geben an, dass sie keine Gelegenheit zur Partizipation in Krankenhausangelegenheiten besitzen. 77,8 % meinen, dass ihnen Voraussetzungen zur Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege gegeben sind. 65,3 % beschreiben eine positive Arbeitsbeziehung zwischen Pflegekräften und Ärzten.

	niedrig	%	hoch	%	Anzahl gültiger Fälle
Autonomie*	145	<b>26,7</b>	399	<b>73,3</b>	544
Formalisierung*	79	<b>14,9</b>	452	<b>85,1</b>	531
Arbeitsbemühungen*	30	<b>5,4</b>	521	<b>94,6</b>	551
Effizienz*	343	<b>62,3</b>	208	<b>37,7</b>	551
Qualität*	62	<b>11,3</b>	487	<b>88,7</b>	549
Leistungsfeedback*	221	<b>40,0</b>	331	<b>60,0</b>	552
Mitarbeiterfürsorge	281	<b>52,7</b>	252	<b>47,3</b>	533
Mitarbeiterbeteiligung	257	<b>47,8</b>	281	<b>52,2</b>	538
Schulungen	158	<b>28,8</b>	390	<b>71,2</b>	548
Integration	228	<b>42,0</b>	314	<b>58,0</b>	542
Unterstützung	162	<b>29,6</b>	385	<b>70,4</b>	547
Tradition	299	<b>55,5</b>	240	<b>44,5</b>	539
Innovation & Flexibilität	249	<b>47,3</b>	277	<b>52,7</b>	526
Ausrichtung n. Außen	158	<b>30,7</b>	356	<b>69,3</b>	514
Klarheit d. O-Ziele	318	<b>58,7</b>	224	<b>41,3</b>	542
Leistungsdruck	77	<b>14,0</b>	470	<b>86,0</b>	547

Tabelle 3.2 b (IV): Häufigkeiten zu „Organisationsklima“

\* Werte der neu berechneten Skalen

73,3 % geben an, großen Spielraum bei der Arbeitsausführung zu besitzen. 85,1 % erklären, dass in ihrem Krankenhaus viel Wert auf formale Regeln und Vorgehensweisen gelegt werde. 94,6 % der Befragten beschreiben, dass die Mitarbeitenden hart arbeiten, um die Organisationsziele zu erreichen. 62,3 % meinen, dass die Krankenhausorganisation zu wenig Wert auf Effizienz lege. 88,7 % sind überzeugt, dass qualitativ hochwertigen Behandlungsmethoden hohe Bedeutung beigemessen werde. 60,0 % erhalten ihrer Ansicht nach ein Feedback bzgl. ihrer geleisteten Arbeit. 52,7 % sind der Meinung, dass die Krankenhausorganisation die Mitarbeiter eher geringfügig schätze und für sie Sorge trage.

52,2 % besitzen Einfluss auf Entscheidungen und finden, dass Informationen offen und frei innerhalb des Krankenhauses geteilt werden. 71,2 % erleben Schulungen, in denen ihr Fachkönnen erweitert werde. 58,0 % nehmen Vertrauen und Kooperation (Integration) zwischen den Krankenhausabteilungen wahr. 70,4 % erhalten Unterstützung durch ihren unmittelbaren Vorgesetzten. 55,5 % sind der Überzeugung, dass in ihrem Krankenhaus wenig Wert auf traditionelle und bewährte Methoden gelegt werde. 52,7 % beschreiben ihr Krankenhaus als eine Organisation, die neue Ideen und innovative Vorgehensweisen fördere und unterstütze. 69,3 % frönen der Meinung, dass sich ihr Krankenhaus nach neuen und besseren Behandlungsmöglichkeiten umsehe und sich mit anderen Krankenhäusern vergleiche. 58,7 % zufolge seien Organisationsziele im Krankenhaus nicht klar definiert. 86,0 % beklagen hohen Leistungsdruck.

### 3.3 Häufigkeiten bzgl. Burnout

Die Methode, mit welcher der MBI auszuwerten ist, änderte sich im Laufe der Zeit. Zu Beginn schlugen die Autoren des Maslach Burnout Inventory (1981) vor, einen Gesamt-Burnout-Wert mittels einer Formel zu berechnen. Diese Vorgehensweise revidierten selbige 1986 und empfahlen, die drei Burnout-Dimensionen getrennt voneinander zu betrachten. Ferner gaben sie an, dass Burnout keine feststehende Größe ist, sondern ein Kontinuum, welches sich zwischen einem niedrigen, mittleren und hohen Level befinden kann (vgl. Maslach, Jackson 1986). Aus diesem Grund ermittelten Maslach und Jackson in Nordamerika durch Tertilbildung sogenannte Normwerte aus einer Normierungsstichprobe, bestehend aus 11.067 Personen diverser Berufe. Dabei summierten sie die Antwortziffern einer jeden Dimension zu einem Wert und teilten die zuvor nach Größe geordneten Daten in drei gleichgroße Teile. Der Endwert bzw. Anfangswert eines jeden Drittels stellte dann den Normwert des jeweiligen Levels für niedriges, mittleres und hohes Burnout dar. Tabelle 3.3 a (IV) zeigt die Normwerte für Nordamerika:

	Emotionale Erschöpfung	Depersonalisation	Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit
hohes Level	$\geq 27$	$\geq 13$	$\leq 31$
mittleres Level	17-26	7-12	38-32
niedriges Level	$\leq 16$	$\leq 6$	$\geq 39$

Tabelle 3.3 a (IV): Burnout-Normwerte für Nordamerika

Demnach würde sich beispielsweise ein nordamerikanischer Arbeitnehmer in einem hohen emotionalen Erschöpfungs-Level befinden, sobald seine Antworten bzgl. emotionaler Erschöpfung einen Summenwert von mindestens 27 erreichen. Es ist zwar nach Maslach und Jackson (1986) mittels des Fragebogens nicht möglich anzugeben, ob eine Person vom Burnout-Syndrom betroffen ist, doch kann man sagen, dass sich eine Person in einem hohen Burnout-Level befindet, falls diese bei allen drei Dimensionen hohe Werte erzielt. Schon häufig verwendeten nicht-amerikanische Länder die nordamerikanischen Normwerte zur Auswertung des MBI (Schaufeli, van Dierendonck 1995). Davor warnen jedoch Schaufeli und van Dierendonck (1995) ausdrücklich. Zwar sind die psychometrischen Qualitäten der ausländischen Übersetzungen sehr ähnlich zur Originalversion des MBI (vgl. bspw. Schaufeli, van Dierendonck, 1993 (Niederlande), Büssing, Perrar, 1992 (Deutschland) und Dion, Tessier, 1994 Frankreich), doch scheinen sich die Normwerte je nach Land und Berufsgruppe stark zu unterscheiden. Dies fanden Schaufeli und van Dierendonck (1995) heraus, als sie amerikanische mit niederländischen Normwerten verglichen. Aus diesem Grund ist es nicht möglich die amerikanischen Normwerte zur Auswertung des MBIs für deutsche Pflegekräfte zu verwenden. Und da für Deutschland noch keine Normwerte errechnet wurden, muss eine andere Methode zur Einschätzung des Burnout-Grades angewandt werden. Im Folgenden wird eine andere Herangehensweise geschildert, die auch für diese Arbeit Anwendung finden soll:

Im Zuge des Arbeitsschutzgesetzes von 1996, welches Arbeitgeber auch zu Maßnahmen einer menschengerechten Gestaltung von Arbeit verpflichtet, erarbeiteten die Psychologieprofessoren Büssing, Glaser und Höge der Technischen Universität München im Jahre 1999 mehrere Screeningverfahren für Krankenhäuser zur differenzierten Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen (gefördert durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Diese Screeningverfahren sollen betriebliche Experten in die Lage versetzen, eigene Analysen und Bewertungen der Arbeits- und Gesundheitsschutzsituation im Krankenhaus durchzuführen. Zu den Screeningverfahren gehört auch die Erfassung des Burnout-Syndroms bei Pflegekräften (vgl. Technische Universität München). Dabei entwickelten sie ein eigenes Auswertungsverfahren. Als theoretische Vorüberlegungen geben sie folgendes an:

„Verschiedene Burnout-Modelle betonen den Prozeßcharakter der Burnout-Entwicklung und gehen von unterschiedlichen Phasen aus, in denen die drei Burnout-Symptome eine unterschiedliche Ausprägung aufweisen. So entwickelt sich Burnout nach einem Modell von

Leiter (1993) von einem Stadium der erhöhten emotionalen Erschöpfung (Stadium I) über eine Phase der erhöhten Depersonalisation (Stadium II) zum Stadium der reduzierten persönlichen Erfüllung (Stadium III) (vgl. Büssing, Glaser, 1998, 1999). Depersonalisation wird hier als eine Art Bewältigungsstrategie im Burnout-Prozeß aufgefasst, die dann einsetzt, wenn keine ausreichenden anderen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Im Stadium III greift jedoch diese Form der Bewältigung nicht mehr!“ (Büssing et al. 1999, S.58)

Aufbauend darauf entworfen sie eine Methode zur Einschätzung der Burnout-Quote von Krankenpflegekräften. Eine Person, die bei der Dimension *emotionale Erschöpfung* einen Mittelwert von 4 erreicht ( $MW \geq 4$ ), befindet sich im Stadium I. Erreicht sie bei der Ausprägung *Depersonalisation* einen Mittelwert von 4 ( $MW \geq 4$ ), ist sie im Stadium II. Hat eine Person sowohl bei *emotionaler Erschöpfung* als auch bei *Depersonalisation* mindestens einen Mittelwert von 4 ( $MW \geq 4$ ), findet sie sich im Stadium III vor. Die Dimension *persönliche Leistungsfähigkeit* wird bei der Ermittlung der Burnout-Quote außer Acht gelassen, da deren Rolle im Burnout-Prozess nicht hinreichend geklärt ist (vgl. Büssing, Glaser 1999, S.58 f.). Die Summe der Personen aus Stadium I, II oder III ergibt den Anteil der Pflegekräfte, die eine beginnende oder fortgeschrittene Burnout-Symptomatik aufweisen. Für diese Pflegekräfte sind adäquate Interventions- oder Präventionsmaßnahmen zu empfehlen (vgl. Büssing, Glaser 1999, S.59).

Für die Erfassung des Burnout-Syndroms verwendeten Büssing et al. (1999) die deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) von Büssing und Perrar (1992) (*Der MBI-D konnte für diese Arbeit nicht verwendet werden, da dieses Messinstrument ein Copyright besitzt*). Dieses Messinstrument verwendet zwar dieselben Items, es unterscheidet sich allerdings von der ursprünglichen Fassung von 1981, welche für diese Arbeit gebraucht wird, hinsichtlich ihrer Skalierung: bei der ursprünglichen Fassung gibt es sieben Antwortmöglichkeiten, beim MBI-D nur sechs. Außerdem sind die Antwortmöglichkeiten anders formuliert. Es ist jedoch beiden Fassungen gemein, dass gefragt wird, wie oft man die nachfolgenden Gedanken und Gefühle habe, und dass die Antwortmöglichkeiten, wenn auch anders formuliert, ähnliche Zeitangaben meinen. Tabelle 3.3 b (IV) zeigt die jeweiligen Antwortmöglichkeiten. Dabei sind vergleichbare Antwortmöglichkeiten mit derselben Farbe gekennzeichnet. Nach Büssing et al. (1999) beginnt ein bedenkliches Ausmaß an emotionaler Erschöpfung bzw. Depersonalisation, wenn ein Mittelwert von 4 erreicht wird. Das entspricht also einer Häufigkeit von „manchmal“ (siehe Tabelle 3.3 b (IV)). Auf den MBI von 1981 übertragen bilden die Antwortmöglichkeiten 3 = „einige Male im Monat“ und 4 = „einmal pro

Woche“ Äquivalente hierzu. Für die eigene Arbeit wird zur Einschätzung der Burnout-Quote ebenfalls der Mittelwert 4 (= „einmal pro Woche“) verwendet (und nicht 3 = „einige Male im Monat“, welches zwar auch als ein Äquivalent angesehen werden kann, jedoch zu einer Überschätzung der Burnout-Quote führen könnte, da jener Wert niedriger ist).

MBI (1981)	0 nie	1 einige Male im Jahr und seltener	2 einmal im Monat	3 einige Male im Monat	4 einmal pro Woche	5 einige Male pro Woche	6 Täglich
MBI-D (1992)		1 nie	2 sehr selten	3 eher selten	4 manchmal	5 eher oft	6 Sehr oft

Tabelle 3.3 b (IV): Antwortskalen des MBI und MBI-D

Für die Auswertung der Burnout-Häufigkeiten wurde auf die oben vorgestellte Methode von Büssing und Glaser (1999) zurückgegriffen. Die folgende Tabelle stellt die Burnout-Häufigkeiten der befragten bayerischen Krankenpfleger und Krankenschwestern dar:

	niedrig	%	hoch	%	Gültige Fälle
EE	<b>459</b>	86,0	<b>75</b>	14,0	534
DP	<b>529</b>	96,0	<b>22</b>	4,0	551
PA	<b>114</b>	21,6	<b>413</b>	78,4	527

Tabelle 3.3 c (IV): Häufigkeiten zu „Burnout“

75 Krankenpfleger empfinden emotionale Erschöpfung, 22 Pflegekräfte legen einen depersonalisierten Habitus an den Tag. 114 Pfleger weisen eine reduzierte Leistungsfähigkeit auf. Die dreistufige Burnout-Auswertungsmethode nach Büssing und Glaser (1999) offerierte diese Ergebnisse:

	Häufigkeiten	%
1. Stufe	60	11,23
2. Stufe	6	1,09
3. Stufe	15	2,8
Gesamt	81	15,12 %

Tabelle 3.3 d (IV): Häufigkeiten zu den Burnout-Stufen

In der Stichprobe aus 561 befragten bayerischen Krankenpflegern sind 60 Pflegekräfte enthalten, die ausschließlich emotional erschöpft sind. Diese befinden sich in Stadium I und weisen eine beginnende Burnout-Symptomatik auf. Sechs Krankenpfleger befinden sich in Stadium II und sind ausschließlich depersonalisiert. Selbige erleben ebenfalls einen beginnenden Burnout-Prozess, befinden sich jedoch deshalb in Stufe II, da Depersonalisation im Vergleich zu emotionaler Erschöpfung nach Büssing und Glaser (1999) stärker gewichtet. Schließlich sind 15 Pflegekräfte vorhanden, die sowohl emotional erschöpft, als auch

depersonalisiert sind. Sie beschreiben nach Büssing und Glaser (1999) das dritte Stadium, das eine fortgeschrittene Burnout-Symptomatik charakterisiert. Werden die Burnout-Betroffenen der drei Stufen summiert, so erhält man insgesamt 81 Krankenschwestern und Krankenpfleger, die sich in einem Burnout-Zyklus befinden. Die Burnout-Prävalenzquote lag demnach in der durchgeführten Untersuchung bei 15,12 %.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Burnout-Betroffenheit in den einzelnen Abteilungen:

	Anästhe-siologie	Chirurgie	Gynäkologie	HNO	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Neurologie	Orthopädie	Onkologie	Palliativmedizin	Psychosomatik	Rehabilitation	Remobilisation	Urologie
<b>Fälle</b>	90	108	36	5	113	67	23	9	27	21	3	10	5	20
<b>EE</b>	12	16	2	-	28	3	-	1	4	-	-	2	-	-
	13,6 %*	15,5	5,7	-	25,9	4,8	-	11,1	15,4	-	-	20	-	-
<b>DP</b>	6	5	1	-	7	-	1	-	1	-	-	-	-	-
	6,7 %*	4,7	2,9	-	6,3	-	4,5	-	3,7	-	-	-	-	-
<b>PA</b>	19	28	4	1	30	-	-	-	6	2	-	-	-	2
	21,8 %*	27,5	12,1	25	28,3	-	-	-	25	9,5	-	-	-	10,5
<b>1. St.</b>	7	15	1	-	22	3	-	1	3	-	-	2	-	-
	8,0 %*	14,6	2,9	-	20,4	4,8	-	11,1	11,5	-	-	20	-	-
<b>2. St.</b>	1	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	1,1 %*	2,8	-	-	0,9	-	4,5	-	-	-	-	-	-	-
<b>3. St.</b>	5	1	1	-	6	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	5,7 %*	1,0	2,9	-	5,4	-	-	-	3,8	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	13	19	2	-	29	3	1	1	4	-	-	2	-	-
	14,8 %*	18,4	5,8	-	26,7	4,8	4,5	11,1	15,3	-	-	20	-	-

Tabelle 3.3 e (IV): Häufigkeiten zu Burnout und den Burnoutstufen in den jeweiligen Krankenhausabteilungen

\* alle Prozentwerte wurden anhand der gültigen Fälle berechnet (siehe Anhang S. 282)

Bei den 90 Teilnehmern der *Anästhesiologie* tritt 12-mal emotionale Erschöpfung auf, gefolgt von sechs Depersonalisierungen, sowie 19 mit geringer Leistungsfähigkeit. Sieben Personen sind emotional erschöpft, ein Proband depersonalisiert und fünf Personen besitzen beide Ausprägungen. Insgesamt sind somit 14,8 % der befragten anästhesiologischen Pflegekräfte Burnout-betroffen.

In der Menge der 108 *chirurgischen Pfleger* treten 16 emotionale Erschöpfungen, fünf Depersonalisierungen, sowie 28 Mal reduzierte Leistungsfähigkeit auf. 15 Fälle sind emotional erschöpft, drei Fälle sind depersonalisiert, und eine Person vereint beide Burnout-Dimensionen. 18,4 % der chirurgischen Krankenpfleger sind Ausbrenner oder vom Ausbrennen bedroht.

Bei 36 befragten *gynäkologischen Pflegern* wurde zweimal emotionale Erschöpfung, einmal Depersonalisation und viermal reduzierte Leistungsfähigkeit festgestellt. Eine Person ist emotional erschöpft, gefolgt von einer weiteren, die sowohl EE als auch DP erlebt.

Fünf Krankenschwestern arbeiteten in der *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*. Keine der Befragten erlebt Burnout. Eine der fünf Pflegekräfte beklagt Leistungsunzufriedenheit.

28-mal ist in der Stichprobe der 113 Krankenschwestern der *inneren Medizin* emotionale Erschöpfung zu verzeichnen, siebenmal Depersonalisation und 30-mal reduzierte Leistungsfähigkeit. Teilt man jene in die drei Burnout-Stadien ein, ergibt sich, dass 22 Personen EE empfinden, ein Pfleger DP besitzt und sechs Probanden beide Symptome durchleben. Das macht in der inneren Medizin einen Prozentsatz von 26,7 aus.

Drei der 67 befragten Krankenschwestern der *Kinder- und Jugendheilkunde* weisen EE auf. DP und PA sind in dieser Stichprobe nicht anzutreffen. 4,8 % dieser Abteilung sind demnach in einem Burnout-Prozess.

Eine der 23 befragten Pflegekräfte der *Neurologie* agiert depersonalisiert. EE und PA sind dort nicht anzutreffen. Die Burnout-Quote beläuft sich in dieser Abteilung auf 4,5 %.

Neun Krankenschwestern entstammten *orthopädischen Abteilungen*. Eine Pflegekraft befindet sich in emotionaler Erschöpfung. DP und PA sind nicht vertreten. Der rechnerische Prozentsatz beträgt demnach 11,1 %.

27 Krankenpfleger arbeiten auf *onkologischen Stationen*. Viermal ist emotionale Erschöpfung zu verzeichnen, einmal Depersonalisation und sechsmal reduzierte Leistungsfähigkeit. Von den vier Burnout-Betroffenen erleben drei EE, während einer sowohl EE als auch DP erleidet.

21 Partizipanten pflegen Patienten auf *Palliativstationen*. Erstaunlicherweise ist keiner der 21 emotional erschöpft oder depersonalisiert. Zwei der 21 Pfleger klagen über eine reduzierte Leistungsfähigkeit.

Die drei Pflegekräfte, die *psychosomatischen Abteilungen* angehören, besitzen kein Burnout-Ausprägungsmerkmal. Zwei der 10 Krankenschwestern aus der *Rehabilitation* sind emotional erschöpft (20%). Die fünf Teilnehmer, die der *Remobilisation* entstammen, weisen keine Burnout-Ausprägungsmerkmale auf. Die 20 *urologischen Pfleger* erleben kein EE und DP, allerdings besitzen zwei der 10 Beteiligten eine reduzierte Leistungsfähigkeit.

## 4 Bivariate Analysen

Im vierten Kapitel der Ergebnisse werden Zusammenhänge zwischen den Variablen auf bivariater Ebene untersucht.

### 4.1 Bivariate Zusammenhänge zwischen Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout

Diese Korrelationen geben bereits einen ersten Eindruck bzgl. der zweiten Forschungsfrage. Die Zusammenhänge werden im fünften Gliederungspunkt nochmals genauer mittels multivariater Analysen überprüft. Auf bivariater Ebene ist es jedoch möglich herauszulesen, wenn es einen Zusammenhang gibt, welche Richtung dieser aufweist (positiver oder negativer Zusammenhang). Die Richtung eines Zusammenhangs bleibt auch in der multivariaten Analyse bestehen.

Mittels des Korrelationskoeffizienten kann die Stärke eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen festgestellt werden. In der Statistik wird der Korrelationskoeffizient mit  $r$  abgekürzt und liegt in einem Intervall von  $-1$  und  $+1$ . Ein Betrag von eins symbolisiert einen vollkommenen Zusammenhang, während ein Betrag von null keine Korrelation bedeutet (vgl. Bühl 2014, S.426). „In den Sozialwissenschaften werden oftmals Konventionen verwendet, um die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen zu beurteilen. Diese Konventionen wurden ursprünglich von Cohen (1988) vorgeschlagen. Demnach gilt:

- $r = 0,1$  : schwacher Zusammenhang
- $r = 0,3$  : mittlerer Zusammenhang



- $r = 0,5$  : starker Zusammenhang

Cohens Konventionen haben sich in der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis bewährt. In vielen sozialwissenschaftlichen Forschungsgebieten entsprechen Zusammenhänge „mittlerer Stärke“ im Bereich von  $r = 0,3$  recht gut dem Durchschnitt der Korrelationskoeffizienten, die tatsächlich gefunden werden. Korrelationen im Bereich von  $r = 0,5$  (oder noch größere Korrelationen) treten dagegen selten auf und werden entsprechend als starke Zusammenhänge bewertet“ (Cohen 1988; zit. nach Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.213).

Außerdem gibt es verschiedene Korrelationskoeffizienten, die je nach Skalenniveau gewählt werden müssen (Bühl 2014, S.426). Die ursprünglichen, nicht-klassierten Variablen von Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout sind intervallskaliert und auch normalverteilt (siehe Kap. 2.3). Bühl (2014) erklärt, dass bei intervallskalierten und normalverteilten Variablen der Korrelationskoeffizient namens *Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson* verwendet wird (vgl. Bühl 2014, S.426).

Schließlich ist es wichtig zu wissen, ob ein gefundener Zusammenhang signifikant (nicht zufällig) oder nicht signifikant ist (zufällig). Korrelationen, die mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p \leq 0,05$  behaftet sind, gelten als signifikant. Zusammenhänge, die eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p \leq 0,01$  aufweisen, werden als hoch signifikant titulierte. In Publikationen werden jene Zusammenhänge mit ein oder zwei Sternchen angegeben.

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung	Symbolisierung
$p > 0,05$	nicht signifikant	ns
$p \leq 0,05$	signifikant	*
$p \leq 0,01$	hoch signifikant	**

**Tabelle 4.1 a (IV): Signifikanzeinteilung der Irrtumswahrscheinlichkeiten**

(vgl. Bühl 2014, S.177)

Die bivariaten Analysen zwischen Arbeitsumgebung und Burnout lieferten folgende Ergebnisse:

	Führung	Personaldecke	Partizipation	Pflegemodell	P_A_Bezeichnung
EE	-,36**	-,46**	-,32**	-,33**	-,30**
DP	-,22**	-,28**	-,18**	-,22**	-,27**
PA	,22**	,29**	,27**	,31**	,24**

**Tabelle 4.1 b (IV): Korrelationstabelle zu „Arbeitsumgebung“ und „Burnout“**

Die Pearson-Korrelation macht deutlich, dass alle Dimensionen der Arbeitsumgebung den drei Burnout Dimensionen entgegenwirken. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Korrelationskoeffizienten auf EE höher laden, als auf DP und PA. Im Folgenden werden die Ergebnisse einzeln vorgestellt:

Je besser *Kompetenz, Führung und Unterstützung des Pflegedienstleiters* gestaltet sind, desto weniger EE (-,36\*\*), DP (-,22\*\*) und umso mehr PA (,22\*\*) erleben die Krankenpfleger. Je mehr *Personal und unterstützende Ressourcen* für eine gehaltvolle Patientenpflege vorhanden sind, desto weniger EE (-,46\*\*), DP (-,28\*\*) und umso mehr PA (,29\*\*) erfahren Pflegekräfte. Dürfen Krankenschwestern und -pfleger in Krankenhausangelegenheiten *partizipieren*, erfahren sie weniger EE (-,32\*\*) sowie DP (-,18\*\*) und ihre Leistungsfähigkeit (,27\*\*) wird erhöht. Bietet das Pflegemodell *Voraussetzungen, damit Pflegekräfte eine qualitativ hochwertige Pflege leisten können*, erleben sie weniger EE (-,33\*\*), DP (-,22\*\*) jedoch mehr PA (,31\*\*). Ist die *Pflegekraft-Arzt-Beziehung* positiv gestaltet, werden Krankenpfleger von weniger EE (-,30\*\*) wie auch DP (-,27\*\*) ereilt und besitzen eine höhere Leistungsfähigkeit (,24\*\*).

Die bivariaten Korrelationen zwischen Organisationsklima und Burnout weisen folgende Ergebnisse auf:

	EE	DP	PA
Autonomie (neu)*	-,28**	-,16**	,16**
Formalisierung (neu)*	-,05	-,16**	,16**
Arbeitsbemühungen (neu)*	-,05	-,14**	,18**
Effizienz (neu)*	-,19**	-,23**	,23**
Qualität (neu)*	-,25**	-,28**	,26**
Leistungsfeedback (neu)*	-,22**	-,21**	,17**
Mitarbeiterfürsorge	-,37**	-,27**	,22**
Mitarbeiterbeteiligung	-,31**	-,28**	,24**
Schulungen	-,26**	-,24**	,25**
Integration	-,25**	-,29**	,24**
Unterstützung	-,37**	-,27**	,27**
Tradition	,22**	,23**	-,20**
Innovation und Flexibilität	-,33**	-,26**	,29**
Ausrichtung n. Außen	-,27**	-,30**	,25**
Klarheit d. O-Ziele	-,26**	-,21**	,24**
Leistungsdruck	,52**	,36**	-,25**

Tabelle 4.1 c (IV): Korrelationstabelle zu „Organisationsklima“ und „Burnout“

\* der Zusatz „(neu)“ bedeutet, dass jene Dimensionen nach Entfernung eines Items neu berechnet wurden.

Je mehr *Autonomie* Krankenschwestern und Krankenpflegern bei der Arbeitsausführung zugestanden wird, desto weniger EE (-,28\*\*) und DP (-,16\*\*), jedoch umso mehr PA (,16\*\*) erleben sie. Die *Präsenz formaler Regeln und Vorgehensweisen* führt dazu, dass Krankenschwestern weniger DP (-,16\*\*), indes aber mehr PA (,16\*\*) empfinden. Eine Verbindung zu EE konnte allerdings nicht gefunden werden (-,05<sup>ns</sup>). Je mehr *Arbeitsbemühungen* die Kollegen an den Tag legen, um Organisationsziele zu erreichen, desto niedriger ist DP (-,14\*\*) und umso höher ist PA (,18\*\*) bei Pflegekräften. Bei *Arbeitsbemühungen* konnte kein Zusammenhang zu EE festgestellt werden (-,05<sup>ns</sup>). Legt eine Organisation auf die *Effizienz und Produktivität* ihrer Pflegekräfte hohen Wert, führt dies dazu, dass Krankenpfleger weniger der EE (-,19\*\*) sowie DP (-,23\*\*) ausgesetzt sind, stattdessen weisen sie jedoch eine PA (,23\*\*) auf. Achtet ein Krankenhaus darauf, *qualitativ hochwertige Behandlungsmethoden* zu verwenden, so senkt dies EE (-,25\*\*) und DP (-,28\*\*) und fördert PA (,26\*\*). Erhalten Pflegekräfte *Leistungsfeedback*, nehmen EE (-,22\*\*) und DP (-,21\*\*) ab, während PA (,17\*\*) zunimmt. Verhält sich ein Krankenhaus *fürsorglich* gegenüber den Pflegekräften, verringert dies bei selbigen EE (-,37\*\*) sowie DP (-,27\*\*), während PA (,22\*\*) erhöht wird. Eine positiv gestaltete *Mitarbeiterbeteiligung* wirkt EE (-,31\*\*) sowie DP (-,28\*\*) entgegen, fördert indes PA (,24\*\*). Erhalten Krankenpfleger die Chance ihre Fähigkeiten durch *Schulungen* zu erweitern, werden EE (-,26\*\*) und DP (-,24\*\*) reduziert, PA (,25\*\*) hingegen wird erhöht. Herrscht *Vertrauen und Kooperation zwischen den Abteilungen* eines Krankenhauses, erleben die Pfleger weniger EE (-,25\*\*) als auch DP (-,29\*\*), stattdessen verbessert sich deren PA (,24\*\*). Erhalten Pflegekräfte *Unterstützung und Verständnis durch ihren unmittelbaren Vorgesetzten*, werden EE (-,37\*\*) und DP (-,27\*\*) gemindert, PA (,27\*\*) wird erhöht. Hält ein Krankenhaus an *traditionellen und bewährten Arbeitsweisen* fest, fördert dies EE (,22\*\*) sowie DP (,23\*\*), PA (-,20\*\*) wird dadurch verschlechtert. Fördert ein Krankenhaus *innovative Ideen und Vorgehensweisen*, werden EE (-,33\*\*) einschließlich DP (-,26\*\*) verringert, sowie PA (,29\*\*) erhöht. Je *patientenorientierter* ein Krankenhaus agiert, umso geringer sind EE (-,27\*\*) und DP (-,30\*\*), und umso höher ist die PA (,25\*\*) der Pflegekräfte. Sind *Organisationsziele in einem Krankenhaus klar definiert*, nehmen EE (-,26\*\*) als auch DP (-,21\*\*) ab, PA (,24\*\*) steigt. *Leistungsdruck* fördert in hohem Maße EE (,52\*\*) und DP (,36\*\*), ferner wird PA (-,25\*\*) negativ beeinflusst.

Kurz zusammengefasst, *Leistungsdruck* und *Tradition* erhöhen Burnout, wohingegen alle anderen Dimensionen dem Burnout-Syndrom entgegenwirken.

## 4.2 Bivariate Zusammenhänge zwischen Kontrollvariablen und Burnout

Bei den soeben vorgestellten Ergebnissen stellt sich die Frage, ob es sich bei den gefundenen Zusammenhängen nicht etwa um Scheinkorrelationen handelt. Bei einer Scheinkorrelation liegt zwar tatsächlich eine Korrelation vor, aber keine Kausalität. Beispiel: In einer Studie konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der *Kirchgangshäufigkeit* und einer *negativen Einstellung gegenüber Gastarbeitern* festgestellt werden. Korreliert man allerdings das *Alter* mit der *negativen Einstellung gegenüber Gastarbeitern*, so hängen diese beiden Variablen ebenfalls zusammen. Betrachtet man nun den Einfluss beider Variablen (*Alter* und *Kirchgangshäufigkeit*) gleichzeitig, so fällt der Einfluss der Variablen *Kirchgangshäufigkeit* weg. Also steht nicht die *Kirchgangshäufigkeit* mit einer *negativen Einstellung zu Gastarbeitern* in Zusammenhang, sondern das *Alter*. Jene Scheinkorrelation ist somit zu erklären, dass ältere Menschen, die eher eine *negative Einstellung zu Gastarbeitern* besitzen als junge Menschen, auch häufiger in die *Kirche* gehen (vgl. Bühl 2014, S. 787 ff.). Solche Scheinkorrelationen entstehen, wenn Störvariablen (z.B. Alter, Geschlecht etc.) nicht kontrolliert werden. Aus diesem Grund sollen die in 4.1 gefundenen Korrelationen durch Kontrolle von Störvariablen bereinigt werden, sodass nur noch echte Zusammenhänge bestehen bleiben, und Scheinkorrelationen verschwinden. Störvariablen können mittels multivariater Analysen kontrolliert werden. Dabei gehen nur diejenigen Kontrollvariablen in die Analysen mit ein, die mit EE, DP und/oder PA in Zusammenhang stehen (werden Störvariablen kontrolliert, so werden sie zu den sogenannten Kontrollvariablen). Denn bei den multivariaten Analysen handelt es sich um Vorhersagemodelle, sodass die verwendeten Prädiktoren (Vorhersagevariablen) auch in Zusammenhang mit der abhängigen Variable stehen sollten. Aus diesem Grund wird im Folgenden untersucht, welche Kontrollvariablen mit den Burnout-Ausprägungen in Verbindung stehen.

Die Auswahl des Tests zur Überprüfung von Zusammenhängen hängt vom Skalenniveau der beteiligten Variablen ab. Da die Kontrollvariablen unterschiedliche Skalenniveaus besitzen, müssen unterschiedliche Tests herangezogen werden. Im Nachfolgenden werden zunächst die Skalenniveaus der Kontrollvariablen vorgestellt, sowie die zu verwendenden Tests. Danach werden die Ergebnisse angezeigt.

*Ordinalskalierte Variablen (Rangkorrelation nach Spearman).* Wenn mindestens eine der beiden Variablen ordinalskaliert oder nicht normalverteilt ist, verwendet man die Rangkorrelation nach Spearman (vgl. Bühl 2014, S. 426). Anhand dieser kann nicht nur

festgestellt werden, ob es einen Zusammenhang gibt, sondern auch die Stärke des Zusammenhangs (siehe Anhang S. 295) – ähnlich wie beim Pearson-Korrelationskoeffizienten. Folgende Kontrollvariablen sind ordinalskaliert und besitzen mehr als zwei Ausprägungen:

- Alter
- Berufstätigkeit in Jahren
- Berufstätigkeit in aktueller Abteilung in Jahren
- Anzahl Patienten
- Arbeitszufriedenheit

*Dichotome Variablen (Kreuztabelle).* Besitzt eine Variable nur zwei Ausprägungen, so ist sie dichotom (vgl. Bühl 2014, S. 309). Nachfolgende Kontrollvariablen (UVs) sind dichotom:

- Burnout-Betroffenheit
- Stresspräventions-Training
- Entspannungsübungen
- Geschlecht
- Angestelltenverhältnis
- Krankenpflegerische Qualifizierung

Da die AVs (Burnout-Ausprägungen) ebenfalls dichotomisiert werden können (klassierte Variablen), bietet sich hier zur Untersuchung von Zusammenhängen die Vierfeldertafel (Kreuztabelle) mit dem nachgeschalteten Chi-Quadrat-Test an (vgl. Bühl 2014, S. 287). Allerdings kann hierbei ein Zusammenhang nur indirekt überprüft werden: „Der Chi-Quadrat-Test überprüft die Unabhängigkeit der beiden Variablen der Kreuztabelle und damit indirekt den Zusammenhang der beiden Merkmale. Zwei Variablen einer Kreuztabelle gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten ( $f_o$ ) der einzelnen Zeilen mit den erwarteten Häufigkeiten ( $f_e$ ) übereinstimmen.  $F_o$  steht hierbei für frequencies observed,  $f_e$  für frequencies expected“ (Bühl 2014, S. 305). Ist der Chi-Quadrat-Test signifikant, so sind die UV und die AV voneinander abhängig und hängen damit indirekt zusammen (Die Null-Hypothese des Chi-Quadrat-Tests lautet, dass beide Variablen voneinander unabhängig sind, also nicht indirekt zusammenhängen. Diese Null-Hypothese wird abgelehnt, wenn der Chi-Quadrat-Test signifikant wird, also die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Null-Hypothese  $\leq 0,05$  ist).

*Intervallskalierte Variablen (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson).* Wie in 4.1 bereits erläutert, wird bei intervallskalierten Variablen die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson verwendet. Nur eine Kontrollvariable ist intervallskaliert:

- Resilienz

*Nominalskalierte Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen (Kreuztabelle).* Bei nominalskalierten Variablen mit mehr als zwei Kategorien ist der Korrelationskoeffizient als Maß für den Zusammenhang zwischen zwei Variablen nicht anwendbar, „da die betreffenden Kodierungen keiner Ordnungsrelation folgen und somit nicht sinnvollerweise in eine Richtung angeordnet werden können“ (Bühl 2014, S. 312). In solch einem Fall kann jedoch wieder ein indirekter Zusammenhang mittels einer Kreuztabelle ermittelt werden. Anstatt eines Korrelationskoeffizienten, der die Stärke eines Zusammenhangs angeben würde, wird wieder das Ausmaß der Abhängigkeit betrachtet. Verschiedenste Maßzahlen geben hierbei den Grad der „Assoziation“ an, „wobei ein Wert um 0 völlige Unabhängigkeit der Variablen bedeutet, und ein Wert um 1 größte Abhängigkeit. Negative Werte treten bei den Assoziationsmaßen nicht auf, da die Frage nach einer Richtung der Assoziation wegen des Fehlens einer Ordnungsrelation sinnlos ist“ (Bühl 2014, S. 312). Als Maßzahl zur Beurteilung der Assoziationsstärke wird Cramers V verwendet, da sich jene Größe für beliebige Kreuztabellen eignet (vgl. Bühl 2014, S. 314). Folgende Variable ist nominalskaliert mit mehr als zwei Ausprägungen:

- Familienstand

Nach Durchführung aller oben genannten Tests ergaben sich folgende Zusammenhänge:

EE:

- Burnout-Betroffenheit
- Stresspräventions-Training
- Arbeitszufriedenheit
- Anzahl Patienten
- Familienstand
- Resilienz

DP:

- Geschlecht
- Alter
- Arbeitszufriedenheit
- Berufstätigkeit in Jahren
- Resilienz

PA:

- Arbeitszufriedenheit
- Resilienz

Da nur von Interesse ist, ob ein Zusammenhang bzw. eine Abhängigkeit besteht, wurde nur aufgelistet, welche Kontrollvariablen mit EE, DP und/oder PA zusammenhängen, und nicht wie stark die Korrelation oder Assoziation ist. Die jeweiligen Outputs sind aufgrund des Umfangs dem Anhang zu entnehmen (siehe S. 295-316).

## **5 Multivariate Analysen**

Nachdem die bivariaten Analysen betrachtet wurden, wird nun zu den multivariaten Analysen übergegangen. Diese beinhalten:

- Analysis of Variance (ANOVA): diese löst die Hypothese 1 der ersten Forschungsfrage.
- Binäre logistische Regression: diese löst die Hypothesen zu Forschungsfrage zwei. Indem die Störvariablen kontrolliert werden (= Kontrollvariablen) wird überprüft, ob die gefundenen Zusammenhänge aus der bivariaten Auswertung echt sind.

### **5.1 Analysis of Variance (ANOVA)**

„Der Vergleich von verschiedenen Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte gehört zu den gängigsten statistischen Analysen. Dabei soll stets die Frage geklärt werden, ob auftretende Mittelwertunterschiede sich mit zufälligen Schwankungen erklären lassen oder nicht. In letzterem Fall spricht man von einem überzufälligen oder signifikanten Unterschied“ (Bühl 2014, S. 343).

„Die Varianzanalyse beantwortet die Frage, ob zwischen den Stichprobenmittelwerten Unterschiede bestehen, die nicht mehr plausibel durch eine zufällige Abweichung der Stichprobenmittelwerte vom gleichen Populationsmittelwert erklärt werden können“ (Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.423).

Im vorliegenden Fall liegt ein „Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben“ (Bühl 2014, S.348) vor. Mehr als zwei deshalb, da insgesamt eben mehr als zwei Abteilungen untersucht werden (14 Abteilungen), und unabhängig, da die Abteilungen in keiner direkten Verbindung zueinander stehen. Mittels der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) kann man mehr als zwei unabhängige Stichproben miteinander vergleichen.

Die ANOVA prüft jedoch lediglich, *ob* es generell einen signifikanten Mittelwertunterschied gibt, und nicht, zwischen *welchen* Gruppen es Mittelwertunterschiede gibt. Um dieser Frage nachgehen zu können, kann im Anschluss noch ein Post-hoc-Test eingesetzt werden (vgl. Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.442).

Das Vorgehensmodell zur Durchführung der einfaktoriellen Varianzanalyse bei mehr als zwei unabhängigen Stichproben lautet:

1. Ist die ANOVA signifikant, existieren Mittelwertunterschiede in den jeweiligen Stichproben, falls die ANOVA nicht signifikant ist, gibt es keine Mittelwertunterschiede in den Stichproben (vgl. Bühl 2014, S. 348 f.).
2. Falls die ANOVA signifikant ist, gebraucht man anschließend den Test auf Homogenität der Varianzen (Levene-Test). Ist der Levene-Test signifikant, liegt keine Varianzhomogenität vor, falls selbiger nicht signifikant ist, ist Varianzhomogenität gegeben. Ob Varianzhomogenität vorliegt oder nicht, ist ausschlaggebend für die richtige Wahl des darauffolgenden Post-hoc-Tests (vgl. Bühl 2014, S. 348 f.).
3. Wenn der Levene-Test keine Varianzhomogenität besagt, ist der Post-hoc-Test „Games-Howell“ zu verwenden. Verspricht der Levene-Test Varianzhomogenität, wird der Post-hoc-Test „Duncan“ angewandt (vgl. Field 2013, Bühl 2014, S. 358 f.).
4. Die Gruppen, zwischen denen ein signifikanter Mittelwertunterschied besteht, werden im SPSS-Output mit einem Sternchen \* gekennzeichnet. Zusätzlich kann man den signifikanten Mittelwertunterschied anhand des Signifikanzwertes erkennen.

Als Faktor (UV) fungiert in diesem Fall die Variable *Krankenhausabteilungen*, während als AV entweder EE, DP oder PA gewählt wird. Um die ANOVA durchführen zu können, müssen drei Voraussetzungen geprüft werden.



1. Unabhängigkeit der Stichproben
2. Normalverteilung der Variablen
3. Gleichheit der Varianzen in jeder Abteilung (Varianzhomogenität) (vgl. Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.440f.)

Die ersten beiden Voraussetzungen sind erfüllt, da in den einzelnen Abteilungen unterschiedliche Teilnehmer enthalten sind und die Normalverteilung durch Schiefe und Kurtosis nachgewiesen werden konnte. Varianzhomogenität liegt nicht vor. Sedlmeier und Renkewitz (2013) weisen darauf hin, dass man im Falle ungleicher Stichprobengrößen und ungleicher Varianzen auf eine Modifikation der Varianzanalyse zurückgreifen kann, die die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht benötigen (vgl. Sedlmeier, Renkewitz 2013, S.441). Wie bereits oben angemerkt, empfiehlt Field (2013) im Falle ungleicher Stichproben und ungleicher Varianz den Post-hoc-Test „Games-Howell“ zu verwenden (vgl. Field 2013).

Ergebnis der ANOVA: Die drei Burnout-Ausprägungen EE, DP und PA unterscheiden sich tatsächlich signifikant zwischen den einzelnen Abteilungen. Dies ist das Ergebnis der ANOVA (siehe Anhang S. 317-338). Da sowohl bei EE, DP, als auch bei PA Varianzheterogenität gegeben ist, wird der Post-hoc-Test „Games-Howell“ verwendet. Dieser Test zeigt an, zwischen welchen Krankenhausabteilungen sich die Burnout-Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden (siehe Anhang S. 317-338). Folgendes ergab sich (siehe Tabelle 5.1 a (IV)):

EE:

- EE ist in der *Chirurgie* im Mittel um 0,67 höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*.
- EE ist in der *Inneren Medizin* im Mittel um 0,70 höher als in der *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, um 0,98 höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*, um 1,00 höher als in der *Neurologie*, und um 1,14 höher als in der *Palliativmedizin*.

DP:

- DP ist in der *Palliativmedizin* im Mittel um -0,80 niedriger als in der *Anästhesiologie*, um -0,64 niedriger als in der *Chirurgie*, und um -0,98 niedriger als in der *Inneren Medizin*.

- DP ist in der *Inneren Medizin* im Mittel um 0,70 höher als in der *Gynäkologie*, und um 0,74 höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*.

PA:

- PA ist in der *Chirurgie* im Mittel um -0,69 niedriger als in der *Neurologie*, um -0,85 niedriger als in der *Palliativmedizin*, um -0,66 niedriger als in der *Urologie*, und um -0,90 niedriger als in der *Rehabilitation*.
- PA ist in der *Rehabilitation* im Mittel um 0,73 höher als in der *Anästhesiologie*, um 0,73 höher als in der *Inneren Medizin*, und um 0,61 höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*.
- PA ist in der *Palliativmedizin* im Mittel um 0,68 höher als in der *Anästhesiologie*, und um 0,62 höher als in der *Inneren Medizin*.

EE ist in ....	DP ist in ...	PA ist in ...
<p><b>Chirurgie <u>höher</u> als in der Kinder- und Jugendheilkunde (0,67)</b></p> <p><b>Innerer Medizin <u>höher</u> als in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Anästhesiologie und Intensivmedizin (0,70)</b></li> <li>➤ <b>Kinder- und Jugendheilkunde (0,98)</b></li> <li>➤ <b>Neurologie (1,00)</b></li> <li>➤ <b>Palliativmedizin (1,14)</b></li> </ul>	<p><b>Palliativmedizin <u>niedriger</u> als in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Anästhesiologie (-0,80)</b></li> <li>➤ <b>Chirurgie (-0,64)</b></li> <li>➤ <b>Innere Medizin (-0,98)</b></li> </ul> <p><b>Innerer Medizin <u>höher</u> als in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Gynäkologie (0,70)</b></li> <li>➤ <b>Kinder- und Jugendheilkunde (0,74)</b></li> </ul>	<p><b>Chirurgie <u>niedriger</u> als in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Neurologie(-0,69)</b></li> <li>➤ <b>Palliativmedizin (-0,85)</b></li> <li>➤ <b>Urologie (-0,66)</b></li> <li>➤ <b>Rehabilitation (-0,90)</b></li> </ul> <p><b>Rehabilitation <u>höher</u> als in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Anästhesiologie (0,73)</b></li> <li>➤ <b>Innerer Medizin (0,73)</b></li> <li>➤ <b>Kinder- und Jugendheilkunde (0,61)</b></li> </ul> <p><b>Palliativmedizin <u>höher</u> als in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Anästhesiologie (0,68)</b></li> <li>➤ <b>Innerer Medizin (0,62)</b></li> </ul>

Tabelle 5.1 a (IV): Ergebnisse der ANOVA

Die SPSS-Outputs zu ANOVA und Post-hoc-Test „Games Howell“ sind im Anhang aufgelistet (S. 317-338).

Hier eine Übersicht der EE-, DP- und PA-Mittelwerte in den Abteilungen:

	EE	gültige Fälle	DP	gültige Fälle	PA	gültige Fälle
Anästhesiologie und Intensivmedizin	<b>2,31</b>	88	<b>1,43</b>	90	<b>4,50</b>	87
Chirurgie	<b>2,70</b>	103	<b>1,27</b>	107	<b>4,32</b>	102
Gynäkologie und Geburtshilfe	<b>2,26</b>	35	<b>0,91</b>	35	<b>4,76</b>	33
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	<b>2,28</b>	4	<b>0,76</b>	5	<b>4,59</b>	4
Innere Medizin	<b>3,01</b>	108	<b>1,61</b>	111	<b>4,50</b>	106
Kinder- und Jugendheilkunde	<b>2,03</b>	62	<b>0,88</b>	66	<b>4,62</b>	64
Neurologie	<b>2,01</b>	22	<b>1,21</b>	22	<b>5,01</b>	21
Orthopädie	<b>2,60</b>	9	<b>1,00</b>	9	<b>4,93</b>	9
Onkologie	<b>2,46</b>	26	<b>0,90</b>	27	<b>4,74</b>	24
Palliativmedizin	<b>1,87</b>	20	<b>0,63</b>	21	<b>5,17</b>	21
Psychosomatik	<b>2,56</b>	2	<b>1,80</b>	2	<b>5,00</b>	2
Rehabilitation	<b>1,97</b>	10	<b>1,16</b>	10	<b>5,23</b>	10
Remobilisation/ Akutgeriatrie	<b>2,16</b>	5	<b>1,16</b>	5	<b>5,20</b>	5
Urologie	<b>2,25</b>	19	<b>1,06</b>	20	<b>4,99</b>	19

Tabelle 5.1 b (IV): Burnout-Mittelwerte der Krankenhausabteilungen

Diese Tabelle illustriert die EE-, DP- und PA-Mittelwerte in den jeweiligen Abteilungen. Die gültigen Fälle geben an, wie viele Teilnehmer die drei Burnout-Dimensionen vollständig beantwortet haben. Vergleicht man in dieser Tabelle die Mittelwerte zu den drei Burnout-Dimensionen, so ist es wichtig, auch die gültigen Fälle der einzelnen Abteilungen zu betrachten. Mittelwertvergleiche von Abteilungen, in denen die gültigen Fälle stark variieren, sind wenig aussagekräftig. Folglich können Mittelwerte nur in jenen Abteilungen verglichen werden, in denen annähernd gleich viele „gültige Fälle“ vorhanden sind.

## 5.2 Binäre logistische Regression

Nun sollen die Hypothesen der zweiten Forschungsfrage nochmals auf multivariater Ebene mittels multivariater Verfahren überprüft werden, denn nur damit kann final geklärt werden, ob Zusammenhänge, die bei den bivariaten Analysen gefunden wurden, auch wirklich „echt“ sind. Multivariate Verfahren erlauben es im Vergleich zu den binären Analysen, nicht nur eine UV mitaufzunehmen, sondern mehrere. Dadurch können auch Störvariablen mitkontrolliert werden (vgl. Bühl 2014, S. 448).

### 5.2.1 Auswahl des multivariaten Verfahrens

Es gibt viele verschiedene multivariate Verfahren, und es muss stets geklärt werden, welches hiervon sich für die eigene Stichprobe eignet. Da bei den unabhängigen Variablen alle Skalenniveaus (Ordinal-, Intervall- und Nominalskala) vertreten sind, kommt entweder die multiple oder die binäre logistische Regressionsanalyse in Frage, da bei diesen die UVs beliebige Skalenniveaus aufweisen dürfen (vgl. Bühl 2014, S. 180).

Die multiple Regression kann nur durchgeführt werden, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- **Überprüfung der Normalverteilung der Residuen**<sup>23</sup>. Die Überprüfung erfolgt durch Betrachtung eines Normalverteilungsdiagramms der standardisierten Residuen.
- **Multikollinearität**: Die UVs dürfen untereinander nicht korrelieren (vgl. Backhaus et al. S. 45 ff.). Überprüfung erfolgt mit Hilfe des VIF-Werts (variance inflation factor) und des Toleranzwerts. Urban und Mayerl (2008) schlagen vor, dass der VIF nicht über 5 und der Toleranzwert nicht unter 0,25 liegen sollte.
- **Autokorrelation**: Die Residuen dürfen außerdem nicht korreliert sein, ansonsten spricht man von Autokorrelation. Die Autokorrelation lässt sich in SPSS mit Hilfe des Durbin-Watson-Tests überprüfen. Bei dieser Statistik können Werte zwischen 0 und 4 liegen. Bei einem Wert von 0 liegt eine vollständig positive Autokorrelation, bei einem Wert von 2 liegt keine Autokorrelation, bei einem Wert von 4 liegt eine vollständig negative Autokorrelation vor (vgl. Bühl 2014, S.452).
- **Homoskedastizität**: Die Residuen der gemessenen Daten sollten bei einer Regressionsanalyse die gleiche Varianz haben. (Betrachtung eines

---

<sup>23</sup> Residuen sind ein Maß dafür, wie stark beobachtete und erwartete Häufigkeiten voneinander abweichen (vgl. Bühl 2014, S. 291).

Residuendiagramms. Wenn man keinen Zusammenhang erkennen kann, dann liegt Homoskedastizität vor).

(vgl. Backhaus et al. 2006, S. 32 ff.)

Im vorliegenden Fall sind alle Voraussetzungen gegeben außer Homoskedastizität, da sich leider ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen den Residuen feststellen lässt, was auf Heteroskedastizität hinweist. Im Anhang befindet sich ein Beispiel zur Arbeitsumgebung (siehe S. 342-345). Anhand der Outputs kann man erkennen, dass zwar die ersten drei oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind, jedoch nicht die letzte (siehe Anhang S. 342-345). Die Erkenntnisse aus dem Beispiel konnten auch für alle anderen Dimensionen von AU und OK festgestellt werden. Aufgrund des großen Umfangs der Outputs sind jene jedoch nicht im Anhang enthalten.

Aus diesem Grund kann als multivariates Verfahren nur noch die logistische Regression verwendet werden, da diese Homoskedastizität nicht voraussetzt.

### **5.2.2 Binäre logistische Regression: Erläuterung und Ergebnisse**

Im Unterschied zur multiplen Regression muss bei der logistischen Regression die abhängige Variable dichotom sein: „Mit dem Verfahren der binären logistischen Regression wird die Abhängigkeit einer dichotomen Variablen von anderen unabhängigen Variablen, die beliebiges Skalenniveau aufweisen können, untersucht. In der Regel handelt es sich bei der dichotomen Variablen um ein *Ereignis*, das eintreten kann oder nicht; die binäre logistische Regression berechnet dann die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens des Ereignisses in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten des Ereignisses bei einem Fall wird dabei nach

$$p = 1/(1+e^{-z})$$

berechnet, wobei

$$z = b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + b_n * x_n + a$$

$x_1$  sind die Werte der unabhängigen Variablen,  $b_i$  sind Koeffizienten, deren Berechnung Aufgabe der binären logistischen Regression ist;  $a$  ist eine Konstante“ (Bühl 2014, S. 458).

Um die logistische Regression verwenden zu können, müssen also die abhängigen Variablen dichotomisiert werden. Aus diesem Grund werden nicht die intervallskalierten Variablen von EE, DP und PA verwendet, sondern die in Kapitel 3.2 und 3.3 klassierten Variablen, da diese in zwei Bereiche aufgeteilt sind. Die klassierten abhängigen Variablen haben folgende ursprüngliche Ausprägungen:

EE:

- 1 = niedriges EE (= „Ereignis tritt nicht ein“)
- 2 = hohes EE (= „Ereignis tritt ein“)

DP:

- 1 = niedriges DP (= „Ereignis tritt nicht ein“)
- 2 = hohes DP (= „Ereignis tritt ein“)

PA:

- 1 = niedriges PA (= „Ereignis tritt ein“)
- 2 = hohes PA (= „Ereignis tritt nicht ein“)

„Ereignis tritt ein“ = es liegt eine hohe Burnout-Ausprägung vor.

Wichtig ist zu bemerken, dass SPSS nicht weiß, ob bei Ausprägung 1 gilt, „Ereignis tritt ein“, oder bei Ausprägung 2. SPSS geht generell davon aus, dass 1 = „Ereignis tritt ein“, und 2 = „Ereignis tritt nicht ein“, bedeutet. Dies musste bei den Berechnungen beachtet werden. „Richtig“ codiert war bereits PA. EE und DP mussten allerdings vor den Berechnungen noch recodiert werden, sodass gilt:

EE\_recodiert:

- 1 = hohes EE (= „Ereignis tritt ein“)
- 2 = niedriges EE (= „Ereignis tritt nicht ein“)

DP\_recodiert:

- 1 = hohes DP (= „Ereignis tritt ein“)
- 2 = niedriges DP (= „Ereignis tritt nicht ein“)

Die unabhängigen Variablen (AU, OK und Kontrollvariablen) mussten soweit noch nicht verändert werden und konnten so wie sie sind in die Analysen miteingehen. Außer die nominalskalierte Kontrollvariable *Familienstand* – diese musste vorher in Dummy-Variablen<sup>24</sup> zerlegt werden, was das SPSS-Programm selbständig erledigte.

---

<sup>24</sup> Wenn eine Variable in Dummy-Variablen zerlegt wird, so entsteht aus jeder Ausprägung eine neue Variable. Dabei kann die Dummy-Variable zwei Werte annehmen: 0 = „trifft nicht zu“ und 1 = „trifft zu“ (vgl. Bühl 2014, S. 449).

Nach jenen Vorüberlegungen werden nun das Vorgehen und die Interpretation der logistischen Regression vorgestellt. Wenn in logistische Analysen eine Vielzahl an Kontrollvariablen miteingeht, dann muss eine Methode gewählt werden, die bestimmt, in welcher Reihenfolge die Kontrollvariablen auf ihre Signifikanz geprüft werden. Bühl (2014) empfiehlt in diesem Zusammenhang die Methode der Vorwärtsselektion zu verwenden. Diese Methode bezieht zuerst nur die Konstanten mit ein und wählt dann im nächsten Schritt jeweils die Variable aus, die wiederum die höchste Korrelation zur abhängigen Variablen aufweist. Das geht solange, bis keine UV mehr signifikant das Vorhersagemodell verbessert (vgl. Bühl 2014, S.465). Auf Empfehlung von Bühl (2014) wurde in der vorliegenden Untersuchung die Vorwärtsselektion angewandt.

Bei jeder logistischen Analyse wird *eine* Dimension von AU oder OK betrachtet, sowie *eine* abhängige Variable (EE, DP oder PA) und *alle* Kontrollvariablen, die jeweils mit der abhängigen Variable in Zusammenhang stehen. Bevor alle Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse betrachtet werden, wird zunächst ein Beispiel erklärt, wie eine einzelne logistische Analyse zu interpretieren ist. In dem Beispiel wird die Dimension *Führung* von AU und die Burnout-Ausprägung EE untersucht. Weitere Kovariaten sind dementsprechend: Burnout-Betroffenheit, Stresspräventions-Training, Arbeitszufriedenheit, Anzahl Patienten, Familienstand (siehe Kap. 4.2). Das Ergebnis der logistischen Analyse kann dem Output „Variablen in der Gleichung“ bzw. der Tabelle 5.2 b (IV) (S. 194) entnommen werden:

In dem Output „Variablen in der Gleichung“ (Tab. 5.2 b (IV)) werden die Koeffizienten (der einzelnen UVs) auf ihre Signifikanz überprüft. „Die Überprüfung, ob sich die Koeffizienten signifikant von null unterscheiden, erfolgt über die Chi-Quadrat-verteilte Wald-Statistik; diese ist der quadrierte Quotient aus dem jeweiligen Koeffizienten und seinem Standardfehler“ (Bühl 2014, S.462). In der letzten bzw. – in diesem Fall – dritten Zeile („Schritt 3) erkennt man in der ersten Spalte alle unabhängigen Variablen, die signifikant die abhängige Variable EE vorhersagen: *Arbeitszufriedenheit*, *Resilienz* und *Führung* (siehe Tab. 5.2 b (IV)). Alle anderen UVs sind nicht signifikant und daher im Output nicht aufgeführt. Die wichtigste Information ist, ob der Koeffizient der Dimension *Führung* nun signifikant ist oder nicht. Da dieser signifikant ist, gibt es einen Zusammenhang zwischen *Führung* und EE.

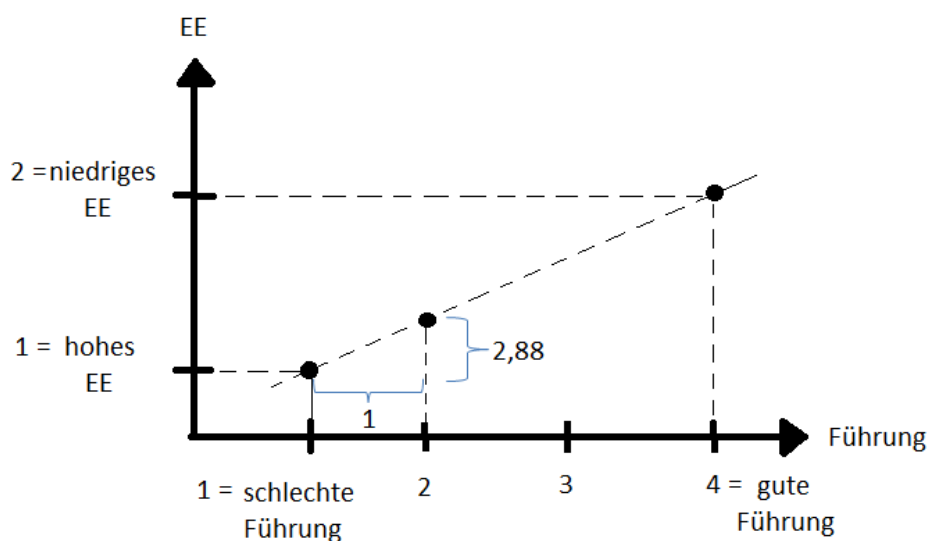
Ebenfalls von Interesse sind die sog. Odds-Ratios. Diese sind in der Spalte Exp(B) zu finden. Mit „Odds Ratio“ ist das Quotenverhältnis gemeint, welches angibt, um wieviel wahrscheinlicher ein Ereignis im Vergleich zum Gegenereignis eintritt, wenn die UV um eine Einheit erhöht wird (vgl. Bühl 2014, S. 318). Im Beispiel hat die Dimension *Führung* ein Odds-Ratio von 2,88. Dies bedeutet:



„Wenn sich die *Führung* im Mittel um eine Einheit verbessert, so steigt die relative Wahrscheinlichkeit um das 2,88-fache, dass eine Person kein EE hat.“

Dabei ist zu beachten, dass dies nur gilt, wenn alle anderen UVs konstant gehalten werden (vgl. Backhaus et al. 2006, S. 27 ff.).

Die Interpretation des Odds-Ratios von 2,88 ist in der Skalierung der beiden Variablen *Führung* und EE begründet. Prinzipiell muss man bei der Interpretation des Odds-Ratio stets die Skalierung der beteiligten Variablen beachten. Man siehe hierzu folgende Graphik, die die Interpretation des Odds-Ratios veranschaulichen soll:



#### 5.2 a (IV): Graphik zur Veranschaulichung der Odds-Ratio-Interpretation

Generell sind die Werte der Odds-Ratios stets positiv. Liegt der Wert bei 1, so gibt es keinen Zusammenhang. Befindet sich der Wert über 1, so steigt die Wahrscheinlichkeit *kein Burnout* zu haben. Liegt der Wert hingegen unter 1, so steigt die Wahrscheinlichkeit *Burnout* zu haben (vgl. Hatzinger, Hornik, Nagel 2011, S. 218). Weiterhin ist zu bemerken, dass ein Odds Ratio nur dann interpretierbar wird, wenn der Wert über 1,00 liegt. Damit alle Odds Ratios verständlich interpretiert *und vor allem auch untereinander verglichen* werden können, sollten ihre Werte alle über 1,00 sein. In diesem Fall trifft dies meistens zu. In wenigen Fällen, z.B. bei *Tradition* und *Leistungsdruck* (diese korrelieren nämlich gegenteilig auf Burnout im Vergleich zu den andern UVs) sind die Werte unter 1,00. Man erhält jedoch den interpretierbaren Wert, wenn man den Kehrwert bildet. Bei den Ergebnissen werden beide Werte angegeben.

## Führung und EE

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,053	,136	60,330	1	,000	2,867	2,198	3,741
	Konstante	-1,548	,421	13,510	1	,000	,213		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,021	,157	42,511	1	,000	2,775	2,042	3,772
	Resilienz.alle	1,445	,235	37,673	1	,000	4,241	2,673	6,727
	Konstante	-6,058	,921	43,255	1	,000	,002		
Schritt 3 <sup>c</sup>	<b>Arbeitszufriedenheit</b>	1,055	,168	39,563	1	,000	<b>2,871</b>	2,067	3,989
	<b>Resilienz.alle</b>	1,375	,243	32,063	1	,000	<b>3,954</b>	2,457	6,364
	<b>AU_Führung_alle</b>	1,057	,268	15,539	1	,000	<b>2,878</b>	1,701	4,868
	Konstante	-8,357	1,172	50,876	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): AU\_Führung\_alle.

Tabelle 5.2 b (IV): Logistische Regression zu „Führung“ und EE

Die nachfolgenden Tabellen geben die Ergebnisse der logistischen Analysen wider und werden nun kurz vorgestellt. Eine detailliertere Erklärung zu den jeweiligen Tabellen erfolgt weiter unten in der Überprüfung der Hypothesen zur zweiten Forschungsfrage.

### Arbeitsumgebung

EE	Odds-Ratio	Resilienz	Arbeitszufriedenheit
Führung	2,88	3,95	2,87
Personaldecke	5,56	2,81	2,62
Partizipation	3,80	3,56	2,60
Pflegemodell	4,85	3,57	2,61
P_A_Bezeichnung	-	3,43	2,59

Tabelle 5.2 c (IV): Odds-Ratios zu „Arbeitsumgebung“ und EE (klassiert und rekodiert)

Zunächst wird in der multivariaten Auswertung die UV *Arbeitsumgebung* in Bezug auf die AV *Burnout* betrachtet. Tabelle 5.2 c (IV) betrachtet *Arbeitsumgebung* und *emotionale Erschöpfung*. Die beiden Kontrollvariablen *Resilienz* und *Arbeitszufriedenheit* wurden in diese logistische Regression mitaufgenommen, da sie auf bivariater Ebene bestätigt wurden und in der multivariaten Auswertung stark mit der AV (EE) korrelieren. Der Odds-Ratio-Wert zeigt die Beziehung zwischen der UV und der jeweiligen AV auf. Von den fünf AU-Ausprägungen wirken vier Dimensionen EE entgegen, außer die *Pfleger-Arzt-Beziehung*. Selbige steht in keinem Zusammenhang mit EE. *Personaldecke* figuriert als die AU-Dimension, die am meisten Auswirkungen auf niedriges (kein) EE leistet. Die Kontrollvariablen *Resilienz* und *Arbeitszufriedenheit* wirken EE stark entgegen.

DP	Odds-Ratio	Resilienz	Arbeitszufriedenheit	Geschlecht	Alter
Führung	-	-	2,79	-	-
Personaldecke	7,57	-	2,25	3,49	-
Partizipation	3,97	-	2,53	3,05	-
Pflegemodell	4,11	-	2,42	-	-
P_A_Bezeichnung	4,27	-	2,23	3,64	1,25

Tabelle 5.2 d (IV): Odds-Ratios zu „Arbeitsumgebung“ und DP (klassiert und rekodiert)

Tabelle 5.2 d (IV) befasst sich mit den AU-Dimensionen in Bezug auf DP. Mitaufgenommene Kontrollvariablen waren *Resilienz*, *Arbeitszufriedenheit*, *Geschlecht* und *Alter*. Nur die AU-Dimension *Führung* steht in keinem Zusammenhang mit DP, während die anderen vier Dimensionen DP stark entgegenwirken. Vor allem der Faktor *Personaldecke* besitzt in puncto DP präventiven Charakter. *Resilienz* steht in keinem Zusammenhang zu DP, während

*Arbeitszufriedenheit* schon dabei helfen kann, kein DP zu entwickeln. Die Kontrollvariable *Geschlecht* ist derart zu interpretieren, dass Frauen eine geringere Vulnerabilität hinsichtlich DP besitzen als Männer (bei der logistischen Analyse hatte die Ausprägung „männlich“ den Wert 1, „weiblich“ den Wert 2). Die Kontrollvariable *Alter* erklärt, dass ältere Persönlichkeiten eine niedrigere Prädisposition bzgl. depersonalisierter Verhaltensweisen aufweisen.

PA	Odds-Ratio	Resilienz	Arbeitszufriedenheit
Führung	-	2,34	1,43
Personaldecke	-	2,21	1,44
Partizipation	2,46	2,53	-
Pflegemodell	2,47	2,20	1,35
P_A_Beziehung	-	2,21	1,43

**Tabelle 5.2 e (IV): Odds-Ratios zu „Arbeitsumgebung“ und PA (klassiert und nicht rekodiert)**

Tabelle 5.2 e (IV) setzt sich mit den AU-Dimensionen und PA auseinander. *Resilienz* und *Arbeitszufriedenheit* wurden als Kontrollvariablen hinzugezogen. Ausschließlich die AU-Dimensionen *Partizipation* und *Pflegemodell* erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Persönlichkeit Leistungsfähigkeit erlebt. *Resilienz* wirkt sich positiv auf PA aus, *Arbeitszufriedenheit* wirkt sich meist immer positiv auf PA aus.

## Organisationsklima

	Mitarbeiter- fürsorge	Autonomie	Mitarbeiter- beteiligung	Schulungen	Integration	Unterstützung d. Vorgesetzten	Formalisierung	Tradition
Odds Ratio	2,98	3,70	2,74	2,61	1,98	3,50	-	0,361/ 2,768
Resilienz	3,41	3,33	3,24	3,39	3,20	3,63	3,48	3,42
AZ	2,50	2,79	2,70	2,61	2,61	2,75	2,62	2,56
	Innovation und Flexibilität	Ausrichtung nach Aussen	Klarheit der Organisations- ziele	Arbeits- bemühungen	Effizienz	Qualität	Leistungsdruck	Leistungs- feedback
Odds Ratio	3,81	2,64	2,92	-	-	1,97	0,16/ 6,19	1,68
Resilienz	3,42	3,24	3,61	3,45	3,46	3,38	2,98	3,53
AZ	2,52	2,57	2,76	2,64	2,64	2,74	2,47	2,65

Tabelle 5.2 f (IV): Odds-Ratios zu „Organisationsklima“ und EE

Tabelle 5.2 f (IV) untersucht die Organisationsklima-Dimensionen in Beziehung zu EE. Mitaufgenommene Kontrollvariablen sind *Resilienz* und *Arbeitszufriedenheit*. Es lässt sich erkennen, dass alle OK-Dimensionen, außer *Formalisierung*, *Arbeitsbemühungen* und *Effizienz*, EE verringern. Die Variablen *Tradition* und *Leistungsdruck* erhöhen EE. *Resilienz* und *AZ* können EE reduzieren.

	Mitarbeiter- fürsorge	Autonomie	Mitarbeiter- beteiligung	Schulungen	Integration	Unterstützung d. Vorgesetzten	Formalisierung	Tradition
Odds Ratio	4,02	2,53	3,76	2,45	2,88	2,48	2,25	0,42/ 2,39
Resilienz	-	-	-	-	-	-	-	-
AZ	2,23	2,36	2,46	2,38	2,38	2,35	2,48	2,26
Geschlecht	-	2,83	-	3,12	3,03	-	2,93	2,78
	Innovation und Flexibilität	Ausrichtung nach Aussen	Klarheit der Organisations- ziele	Arbeits- bemühungen	Effizienz	Qualität	Leistungsdruck	Leistungs- feedback
Odds Ratio	5,00	5,59	-	2,39	3,20	4,30	0,19/ 5,34	-
Resilienz	-	-	-	-	-	-	-	-
AZ	2,35	2,15	2,40	2,47	2,40	2,66	2,02	2,40
Geschlecht	-	3,39	2,93	-	2,79	-	-	2,96

Tabelle 5.2 g (IV): Odds-Ratios zu „Organisationsklima“ und DP

In Tabelle 5.2 g (IV) sind die Organisationsklima-Dimensionen DP gegenübergestellt. Als Kontrollvariablen wurden *Resilienz*, *Arbeitszufriedenheit* und *Geschlecht* dazugezählt. Die Odds Ratios weisen darauf hin, dass ausschließlich die OK-Dimensionen, *Klarheit der Organisationsziele* sowie *Leistungsfeedback* nicht dazu beitragen, dass DP reduziert werden kann. *Tradition* und *Leistungsdruck* sind entsprechend wieder konträr zu verstehen, d.h. sie verringern DP dann, wenn sie nicht vorhanden sind. Wie bei den AU-Dimensionen bemerkt, steht *Resilienz* auch bei den OK-Dimensionen in keinem Zusammenhang mit DP. *Arbeitszufriedenheit* hingegen vermindert das Risiko depersonalisierte Verhaltensweisen zu adaptieren. Schließlich geht aus dieser Tabelle hervor, dass Männer ein höheres Risiko für DP besitzen als Frauen.

	<b>Mitarbeiter- fürsorge</b>	<b>Autonomie</b>	<b>Mitarbeiter- beteiligung</b>	<b>Schulungen</b>	<b>Integration</b>	<b>Unterstützung d. Vorgesetzten</b>	<b>Formalisierung</b>	<b>Tradition</b>
Odds Ratio	-	-	-	1,44	1,71	1,59	-	-
Resilienz	2,14	2,21	2,16	2,24	2,14	2,05	2,15	2,25
AZ	1,40	1,45	1,43	1,37	1,33	1,39	1,52	1,40
	<b>Innovation und Flexibilität</b>	<b>Ausrichtung nach Aussen</b>	<b>Klarheit der Organisations- ziele</b>	<b>Arbeits- bemühungen</b>	<b>Effizienz</b>	<b>Qualität</b>	<b>Leistungsdruck</b>	<b>Leistungs- feedback</b>
Odds Ratio	1,91	-	1,57	2,35	1,68	1,70	-	-
Resilienz	2,22	2,21	2,17	2,33	2,13	2,05	2,20	2,16
AZ	1,36	1,34	1,40	1,44	-	1,47	1,48	1,48

Tabelle 5.2 h (IV): Odds-Ratios zu „Organisationsklima“ und PA

Tabelle 5.2 h (IV) erklärt, dass nicht alle OK-Dimensionen als Prädiktoren für PA dienen. *Mitarbeiterfürsorge*, *Autonomie*, *Mitarbeiterbeteiligung*, *Formalisierung*, *Tradition*, *Ausrichtung nach Außen*, *Leistungsdruck* sowie *Leistungsfeedback* stehen nicht mit PA in Verbindung. *Resilienz* erhöht die Chancen PA zu erleben, *Arbeitszufriedenheit* erhöht meistens die Wahrscheinlichkeit für PA.

## 6 Hypothesenprüfung zur Forschungsfrage 2 und Auflösung der Forschungsfrage 3

Nachdem die finalen Zusammenhangsanalysen in 5.2.2 (IV) durchgeführt wurden, können nun die im theoretischen Teil der Arbeit formulierten Hypothesen überprüft werden. Anschließend soll die dritte Forschungsfrage anhand der Ergebnisse gelöst werden.

### 6.1 Hypothesenprüfung zur Forschungsfrage 2

Die 21 Hypothesen der zweiten Forschungsfrage werden nun auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft.

#### Organisationsklima

##### *Autonomie 2.1 a) – c):*

Es wurde vermutet, dass je weniger *Autonomie* Pflegekräften zugestanden werde, desto größer deren a) emotionale Erschöpfung und b) Depersonalisation und desto geringer deren c) persönliche Leistungsfähigkeit sei. Auf bivariater Ebene konnten diese drei Hypothesen bestätigt werden. In der multivariaten Analyse bestand ausschließlich ein Zusammenhang zwischen *Autonomie*, EE (3,70) und DP (2,53). PA wurde durch *Autonomie*, multivariat betrachtet, nicht erhöht. Es konnten somit nur die Hypothesen 2.1 a) und b) bejaht werden.

##### *Integration 2.2 a) – c):*

Für diese OK-Dimension wurde angenommen, dass selbige EE und DP verringere, sowie PA erhöhe. In der bivariaten Auswertung wurden hoch signifikante Korrelationen bescheinigt, die die Hypothesen bestätigen. Gleiche Ergebnisse lieferte die binäre logistische Regression: Verbessert sich die *Integration* um den Faktor eins, so steigt die Wahrscheinlichkeit für eine Pflegekraft um das 1,98-fache kein EE zu erleben, um das 2,88 fache kein DP zu erleiden und um das 1,71-fache hohe PA zu besitzen. Die Hypothesen zu 2.2 a) – c) konnten somit verifiziert werden.



*Mitarbeiterbeteiligung 2.3 a) – c):*

Diese Hypothesen vermuteten, dass dysfunktionale *Mitarbeiterbeteiligung* als Prädiktor für eine Entstehung von EE und DP fungiere und darüber hinaus PA reduziere. Bivariat konnten diese Annahmen validiert werden. Nach Hinzunahme der Kontrollvariablen steht *Mitarbeiterbeteiligung* jedoch in keiner Relation zu PA, doch es wirkt EE (2,74) sowie DP (3,76) entgegen. Folglich treffen nur die ersten beiden Hypothesen 2.3 a) und b) zu.

*Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten 2.4 a) – c):*

Es wurde gemutmaßt, dass die *Unterstützung einer Pflegekraft durch ihren unmittelbaren Vorgesetzten* negativ mit EE und DP, sowie positiv mit PA korreliere. Bei den bivariaten Analysen wurden diese Annahmen bestätigt. Auch auf multivariater Ebene konnte gezeigt werden, dass Vorgesetzten-Unterstützung EE (3,50) und DP (2,48) entgegenwirkt sowie PA (1,59) fördert. Die Hypothesen zu 2.4 a) – c) konnten beibehalten werden.

*Schulungen 2.5 a) – c):*

*Schulungen* bei Pflegepersonal, so die Annahme, reduziere EE wie auch DP und erhöhe PA. Hochsignifikante Zusammenhänge konnten im Rahmen der bivariaten Abhandlung herausgefunden werden, die obige Annahmen bestätigten. Die logistische Regression untermauerte die bivariaten Ergebnisse, indem festgestellt werden konnte, dass *Schulungen* die EE- (2,61) als auch die DP- (2,45) Wahrscheinlichkeit senken und die Chance für eine erhöhte PA (1,44) verbessern. Somit konnten die drei Hypothesen zu 2.5 a) – c) bejaht werden.

*Mitarbeiterfürsorge 2.6 a) – c):*

Bringt die Krankenhausorganisation dem Pflegepersonal ausgeprägte *Fürsorge* entgegen, werde laut theoretischer Präsumtion EE und DP verringert, während PA erhöht werde. Die bivariaten Untersuchungen lieferten diesbezüglich sehr signifikante Beweise. Unter Kontrolle der Störvariablen wurde erkannt, dass *Mitarbeiterfürsorge* die Wahrscheinlichkeit einer EE (2,98)- und DP (4,02)-Betroffenheit reduziert, aber keine Auswirkungen auf PA besitzt. Folglich treffen nur die Hypothesen 2.6 a) und b) zu, während c) verworfen werden muss.

*Formalisierung 2.7 a) – c):*

Für die Dimension *Formalisierung* wurde die Supposition angenommen, dass sie EE und DP erhöhe und PA vermindere. Diese hypothetischen Annahmen wurden auf der bivariaten

Ebene falsifiziert, da *Formalisierung* EE nicht signifikant reduziert, DP hingegen hochsignifikant verringert und PA hochsignifikant verbessert. Multivariat betrachtet, lag ebenfalls eine Falsifikation der Hypothesen vor, da *Formalisierung* ausschließlich die Wahrscheinlichkeit einer Nicht-Depersonalisation (2,25) erhöht. Bezüglich EE und PA konnten keine Zusammenhänge festgestellt werden. In Conclusio erwiesen sich die Hypothesen 2.7 a) – c) als falsch und werden deshalb verworfen.

#### *Tradition 2.8 a) – c):*

Diese Hypothesen gingen davon aus, dass erlebte *Tradition* im Rahmen der beruflichen Tätigkeit keine Auswirkungen auf die drei Burnout-Dimensionen besitze. Hochsignifikante Korrelationen der bivariaten Analyse dementierten diese Überlegung und gaben an, dass *Tradition* Burnout in hohem Maße fördert. Im Detail werden EE und DP verstärkt, während PA dezimiert wird. Die logistische Regression bestätigte in Teilen die bivariaten Ergebnisse. Denn *Tradition* erhöht die Wahrscheinlichkeit in ein EE (0,361) oder DP (0,42) zu geraten, steht aber in keiner Relation zu PA. Die Hypothesen zu 2.8 a) – c) werden negiert.

#### *Innovation und Flexibilität 2.9:*

Hierbei wurde ein hypothetischer Zusammenhang zwischen Offenheit gegenüber *Innovation* und hoher persönlicher Leistungsfähigkeit vermutet. Die bivariate Untersuchung beglaubigte dies und zeigte, dass *Innovation und Flexibilität* auch EE und DP hochsignifikant reduzieren. Auf multivariater Ebene zeigte sich, dass *Innovation und Flexibilität* Aspekte verkörpern, die EE (3,81) und DP (5,00) mindern sowie PA (1,91) verstärken. Die Hypothese zu 2.9 konnte somit verifiziert werden, zuzüglich weiterer vorab nicht vermuteter Zusammenhänge.

#### *Ausrichtung nach Außen 2.10 a) – c):*

Für jene Dimension wurde angenommen, dass die *Patientenorientiertheit* eines Krankenhauses eine Vorhersagevariable für Nicht-EE und Nicht-DP sei, und PA stärke. Im bivariaten Konnex betrachtet trafen diese Annahmen zu. In der multivariaten Darstellung konnte exemplifiziert werden, dass *Ausrichtung nach Außen* das Risiko in ein EE (2,64) und DP (5,59) zu geraten reduziert, während keine Wechselbeziehung zu PA eruiert werden konnte. Unter Berücksichtigung der Resultate können die Hypothesen 2.10 a) und b) beibehalten werden, während c) zurückgewiesen wird.

*Reflexivität 2.11 a) – c):*

Die Dimension *Reflexivität* wurde auf Grund einer mangelnden Reliabilität und Faktorevalidität aus der Untersuchung ausgeschlossen. Daher wurden auch keine Hypothesen dazu überprüft.

*Klarheit der Organisationsziele 2.12:*

Überlegungen zu dieser Dimension führten zu der Annahme, dass Pflegekräfte, gemäß des Falls, sie sind *gut über krankenhausesorganisationale Ziele informiert*, eine hohe PA an den Tag legen. In der bivariaten Untersuchung wurde dies hochsignifikant bestätigt. Ferner verdeutlichte die bivariate Korrelation, dass *Klarheit der Organisationsziele* auch mit EE und DP hochsignifikant negativ korreliert. Unter Kontrolle der Störvariablen wurde ebenfalls erkannt, dass die Dimension *Klarheit der Organisationsziele* PA (1,57) erhöht. Außerdem blieb der bereits auf der bivariaten Ebene zusätzlich gefundene Zusammenhang zwischen *Klarheit der Organisationsziele* und EE bestehen (2,92). Die Korrelation mit DP hingegen fiel weg. Ergo kann die Hypothese 2.12 als richtig nachgewiesen werden. Ergänzend sei erwähnt, dass eine weitere Korrelation mit EE festgestellt werden konnte.

*Effizienz 2.13 a) und b):*

Der Dimension *Effizienz* lagen folgende Hypothesen zu Grunde: je effizienter die Arbeit von Pflegekräften geplant ist, desto weniger EE und desto mehr PA erleben diese. Die bivariate Untersuchung zeigte auf, dass *Effizienz* EE und DP verringert und PA erhöht. Jene Zusammenhänge waren hochsignifikant. Die multivariate Auswertung illustrierte, dass *Effizienz* keine Auswirkung hinsichtlich EE besitzt, die Wahrscheinlichkeit Nicht-DP (3,20) zu erleben erhöht und PA (1,68) verbessert. Insofern wird die Hypothese 2.13 a) verworfen, während 2.13 b) bestätigt werden kann. Wider Erwarten konnte auch ein Bezug zu DP nachgewiesen werden.

*Arbeitsbemühungen 2.14 a) – c):*

Der Dimension *Arbeitsbemühungen* lag die hypothetische Vorstellung zu Grunde, dass der Umgang mit arbeitsbemühten Kollegen dazu führe, dass eine Pflegekraft weniger EE und DP und gesteigerte PA erlebe. Bivariat betrachtet konnte diese Überlegung teilweise bestätigt werden, da *Arbeitsbemühungen* EE (nicht signifikant) und DP (hoch signifikant) reduziert und PA (hoch signifikant) steigert. Den nicht signifikanten Zusammenhang zwischen *Arbeitsbemühungen* und EE untermauerte auch die multivariate Untersuchung, indem sie

keine Relation zwischen beiden Variablen ausfindig machen konnte. Anders verhielt es sich bei DP (2,39) und PA (2,35). *Arbeitsbemühungen* reduzieren das Risiko für einen depersonalisierten Verhaltensstil und mehren gleichermaßen die Wahrscheinlichkeit, hohe persönliche Leistungsfähigkeit zu erleben. Die Hypothese 2.14 a) wird widerrufen, 2.14 b) und c) können nicht falsifiziert werden.

*Leistungsfeedback 2.15 a) – b):*

Für *Leistungsfeedback* wurde erwartet, dass es, falls positiv konotiert, DP senke, und PA intensiviere. In der bivariaten Analyse bestätigten hoch signifikante Wechselwirkungen diese Erwartungen und verwiesen auch darauf, dass *Leistungsfeedback* zusätzlich EE dezimieren kann. Die binäre logistische Regression konnte ausschließlich beweisen, dass *Leistungsfeedback* die Anwartschaft ein Nicht-EE (1,68) zu erleben intensiviert. Bezüglich DP und PA wurden keine Zusammenhänge erforscht. Die Hypothesen 2.15 a) und b) müssen daher abgelehnt werden.

*Leistungsdruck 2.16:*

Für *Leistungsdruck* wurde es als wahrscheinlich erachtet, dass er sich in maladaptiver Form auf EE auswirke. Zunächst bivariat analysiert konnte festgestellt werden, dass *Leistungsdruck* sowohl EE als auch DP fördert und PA reduziert. Alle bivariaten Ergebnisse erwiesen sich als hochsignifikant. Unter Einbezug der Kontrollvariablen konnte der bivariete Erstverdacht bzgl. EE (0,16) und DP (0,19) bestätigt werden, ein möglicher Bezug zu PA wurde nicht nachgewiesen. Dementsprechend wird die Hypothese 2.16 bekräftigt, hinzuzufügen ist die Tatsache, dass *Leistungsdruck* auch DP massiv verschlimmert.

*Qualität 2.17 a) – c):*

Bei der Dimension *Qualität* wurde davon ausgegangen, dass eine hohe Qualitätsorientierung in einer Krankenhausorganisation eine Voraussetzung verkörpert, damit Krankenschwestern und Krankenpfleger weniger EE und DP, aber dafür mehr PA erleben können. Die bivariaten Ergebnisse stimmten den obigen Vermutungen hochsignifikant zu. Die logistische Regressionsanalyse ging mit den binären Suppositionen einher, indem sie attestierte, dass *Qualität* eine Prädisposition für weniger EE (1,97), DP (4,30) sowie für mehr PA (1,70) darstellt. Die Hypothesen 2.17 a) – c) stellten sich folgerichtig als veritabel heraus.

## Arbeitsumgebung

### *Partizipation 3.1 a) und b):*

Für die AU-Dimension *Partizipation* wurden jene Hypothesen aufgestellt: je größer die Partizipationsmöglichkeiten von Pflegekräften sind, desto weniger sind selbige emotional erschöpft und depersonalisiert. Die bivariaten Korrelationen besagten, dass *Partizipation* auf hochsignifikante Art und Weise EE und DP verringert, während PA erhöht wird. Die multivariate Untersuchung bestärkte die Voruntersuchungsergebnisse, da sie feststellte, dass *Partizipation* die Wahrscheinlichkeit für ein Nicht-EE (3,80), ein Nicht-DP (3,97) sowie für eine PA (2,46) verbessert. Die Hypothesen zu 3.1 a) und b) können bekräftigt werden. Entgegen der primären Vermutung steht *Partizipation* jedoch auch in Bezug zu PA.

### *Pflegemodell 3.2 a) – c):*

Für diese Dimension wurde assumiert, dass ein positiv gestaltetes *Pflegemodell* dafür verantwortlich sein kann, weswegen eine Pflegekraft kein EE und DP, dafür allerdings PA wahrnimmt. Die bivariaten Korrelationen bekräftigten im Rahmen eines hohen Signifikanzniveaus die obigen Vermutungen. Die multivariaten Ergebnisse gaben ebenfalls an, dass ein gutes *Pflegemodell* EE (4,85) und DP (4,11) dekrementiert, während es PA (2,47) inkrementiert. Somit konnten die Hypothesen 3.2 a) – c) beibehalten werden.

### *Führung 3.3 a) und b):*

Guter *Führungsstil* seitens der Pflegedienstleiter, so die Grundannahme, verhindere EE und DP bei Pflegekräften. Bivariat betrachtet konnte jeweils hochsignifikant bestätigt werden, dass positiv gestaltete *Führung* EE und DP mindert und PA verbessert. Wurden allerdings die Kontrollvariablen hinzugezogen, ergab sich ein anderes Bild: die multivariate Analyse konnte nur Zusammenhänge zwischen *Führung* und EE ausfindig machen, nicht mit DP und PA. Verbessert sich *Führung* um den Faktor eins, so steigt die Wahrscheinlichkeit um das 2,88-fache, dass ein Krankenpfleger kein EE erlebt. Die Hypothese 3.3 a) konnte verifiziert werden. Hypothese 3.3 b) wird hingegen abgelehnt.

### *Personaldecke 3.4 a) – c):*

Die Hypothesen zu 3.4 besagten, dass gemäß des Falls, die *Personaldecke* seitens der Pflegekräfte erweise sich als mangelhaft, sich EE und DP erhöhen und PA reduziere. Die bivariaten Korrelationen bekräftigten hochsignifikant die hypothetische Einschätzung. Die

logistische Regression bestätigte die bivariaten Überlegungen teilweise. Mittels sehr hoher Wahrscheinlichkeit kann eine funktionale *Personaldecke* dazu beitragen, dass Krankenpfleger nicht in EE (5,56) und DP (7,57) geraten. Keine Wechselwirkung konnte zwischen *Personaldecke* und PA herausgefunden werden. Die Hypothesen 3.4 a) und b) erwiesen sich als richtig, die Hypothese 3.4 c) wird folgerichtig verworfen.

*Pflegekraft-Arzt-Beziehung 3.5:*

Die letzte Hypothese ging der Vermutung nach, dass eine gute Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräften dafür verantwortlich sei, dass letztere weniger emotional erschöpft sind. Die bivariaten Auswertungen verdeutlichten jeweils hoch signifikant, dass eine positive *Pflegekraft-Arzt-Beziehung* dazu führt, dass Pflegekräfte weniger EE sowie DP erleben und sich einer gesteigerten PA erfreuen. Das Vorhersagemodell der multivariaten Analyse widerlegte partiell die obigen Behauptungen. Eine gut funktionierende *Pflegekraft-Arzt-Beziehung* kann für Krankenpfleger ausschließlich die Wahrscheinlichkeit für ein Nicht-DP-Erleben (4,27) vergrößern. Zu EE und PA konnten keine Verbindungen hergestellt werden. Die Hypothese 3.5 wird verworfen. Erwähnenswert ist, dass eine Relation zu DP ausfindig gemacht werden konnte.

Folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zusammen:

<b>Organisationsklima</b>	<b>EE</b>	<b>DP</b>	<b>PA</b>
Mitarbeiterfürsorge	2,98	4,02	xxx
Autonomie	3,70	2,53	xxx
Mitarbeiterbeteiligung	2,74	3,76	xxx
Schulungen	2,61	2,45	1,44
Integration	1,98	2,88	1,71
Unterstützung durch den Vorgesetzten	3,50	2,48	1,59
Formalisierung	xxx	2,25	xxx
Tradition	0,361/ 2,77	0,42/ 2,39	xxx
Innovation und Flexibilität	3,81	5,00	1,91
Ausrichtung nach Außen	2,64	5,59	xxx
Klarheit der Organisationsziele	2,92	-	1,57
Arbeitsbemühungen	xxx	2,39	2,35
Effizienz	xxx	3,20	1,68
Qualität	1,97	4,30	1,70
Leistungsdruck	0,16/ 6,19	0,19/ 5,34	-
Leistungsfeedback (Reflexivität)	1,68	xxx	xxx

Tabelle 6.1 a (IV): Ergebnisse der Hypothesenprüfung zu „Organisationsklima“

<b>Arbeitsumgebung</b>	<b>EE</b>	<b>DP</b>	<b>PA</b>
Führung	2,88	xxx	-
Personaldecke	5,56	7,57	xxx
Partizipation	3,80	3,97	2,46
Pflegemodell	4,85	4,11	2,47
P_A_Bezeichnung	xxx	4,27	-

Tabelle 6.1 b (IV): Ergebnisse der Hypothesenprüfung zu „Arbeitsumgebung“

**grün** = richtige Hypothese, **rot** = falsche Hypothese, **xxx** = man ging fälschlicherweise davon aus, dass ein Zusammenhang bestünde, **blau** = unvermuteter Zusammenhang

## 6.2 Auflösung der Forschungsfrage 3: Inwieweit sind gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden?

Forschungsfrage drei betrachtet die beiden UVs Arbeitsumgebung und Organisationsklima. Dabei wird analysiert, welche der einzelnen Dimensionen im Mittel als vorhandene Ressourcen, als mangelnde Ressourcen und als Grenzfälle beurteilt werden können. Es wird folgende Einteilung verwendet:

- Eine Dimension fungiert als vorhandene Ressource, wenn im Mittel mehr als 60 % der Befragten angaben, dass diese Dimension in ihrem Krankenhaus gegenwärtig sei.
- Eine Dimension repräsentiert eine mangelnde Ressource, wenn im Mittel mehr als 50 % der Krankenpfleger bestätigten, dass jene Dimension nicht, oder in einem hohen schädigenden Ausmaß vorhanden sei.
- Eine Dimension stellt einen Grenzfall dar, wenn zwar im Mittel mehr als 50 % aber weniger als 60 % der Krankenschwestern attestierten, dass die Ressource vorhanden sei.

In 3.2 wurden die Mittelwerte der einzelnen Dimensionen berechnet. Jene Mittelwerte dienen nun der Beurteilung, ob die jeweilige OK- oder AU-Dimension vorhanden, mangelhaft oder grenzwertig ist. Nachfolgende OK- und AU-Dimensionen verkörpern für die Untersuchungsteilnehmer vorhandene Ressourcen:

<b>Vorhandene Ressourcen</b>		
<b>Arbeitsumgebung</b>	%	Korrelate
Pflegemodell	77,8 % = hoch	EE, DP, PA
P-A-Beziehung	65,3 % = hoch	DP
<b>Organisationsklima</b>		
Autonomie	73,3 % = hoch	EE, DP
Formalisierung	85,1 % = hoch	DP
Arbeitsbemühungen	94,6 % = hoch	DP, PA
Qualität	88,7 % = hoch	EE, DP, PA
Leistungsfeedback	60,0 % = hoch	EE
Schulungen	71,2 % = hoch	EE, DP, PA
Unterstützung d.d. unmittelbaren Vorgesetzten	70,4 % = hoch	EE, DP, PA
Ausrichtung nach Außen	69,3 % = hoch	EE, DP

**Tabelle 6.2 a (IV): Vorhandene Ressourcen**

Diese zehn OK- und AU-Dimensionen dienen den befragten bayerischen Krankenschwestern und Krankenpflegern als wertvolle Stütze, da mindestens 60 Prozent der Befragten ihre Präsenz bestätigen. Jede dieser zehn Dimensionen fungiert folglich als gesundheitsförderliche Ressource. Aus der rechten Spalte (Korrelate) kann nochmals abgelesen werden, mit welchen Burnout-Dimensionen die jeweilige OK- oder AU-Dimension in Zusammenhang steht.

Jene OK- und AU-Dimensionen stellen für die Krankenpfleger mangelnde Ressourcen dar:

<b>Mangelnde Ressourcen</b>		
<b>Arbeitsumgebung</b>	%	Korrelate
Personaldecke	77,3 % = niedrig	EE, DP
Partizipation	65,3 % = niedrig	EE, DP, PA
<b>Organisationsklima</b>		
Effizienz	62,3 % = niedrig	DP, PA
Mitarbeiterfürsorge	52,7 % = niedrig	EE, DP
Klarheit d. O-Ziele	58,7 % = niedrig	EE, PA
Leistungsdruck	86,0 % = hoch	EE, DP

**Tabelle 6.2 b (IV): Mangelnde Ressourcen**

Diese sechs OK- und AU-Dimensionen erleben die befragten Teilnehmer mehrheitlich als mangelnde Ressourcen, da mehr als 50 % angaben, dass diese Dimensionen nicht vorhanden seien. Fördern die zehn vorhandenen Ressourcen die Salutogenese, kann davon ausgegangen werden, dass diese sechs mangelnden Ressourcen im Konnex der Burnout-Entstehung eine tragende Rolle spielen.



Diese OK- und AU-Dimensionen bezeigen Grenzfälle, da sie weder als wirklich vorhanden bezeichnet werden können, noch per obige Einteilung den mangelnden Ressourcen zuzuordnenden sind:

<b>Grenzfälle</b>		
<b>Arbeitsumgebung</b>	<b>%</b>	<b>Korrelate</b>
Führung	52,8 % = hoch	EE
<b>Organisationsklima</b>		
Tradition	55,5 % = niedrig	EE, DP
Innovation und Flexibilität	52,7 % = hoch	EE, DP, PA
Mitarbeiterbeteiligung	52,5 % = hoch	EE, DP
Integration	58,0 % = hoch	EE, DP, PA

**Tabelle 6.2 c (IV): Grenzfällige Ressourcen**

Mehr als 50 %, jedoch weniger als 60 % der Pflegekräfte evaluierten, dass diese 5 Dimensionen Ressourcen darstellen.

In der Stichprobe der bayerischen Krankenschwestern und Krankenpfleger mangelt es also primär an den gesundheitsförderlichen Ressourcen, die in der Tabelle „Mangelnde Ressourcen“ dargestellt sind. Allerdings sollten auch die Grenzfälle beachtet werden, da sie nur bedingt vorhanden sind und somit keine echte Ressource symbolisieren.

## V Diskussion

Zu Beginn der Diskussion werden die Ergebnisse des empirischen Teils zusammengefasst. Sodann werden die Resultate der eigenen Untersuchung mit vergleichbaren Studien in Beziehung gebracht, ehe Implikationen für Praxis und Forschung dargelegt werden. Daraufhin werden Kritikpunkte bzgl. der eigenen Untersuchung aufgezeigt. Schließlich werden Vorschläge für zukünftige Forschungsarbeiten unterbreitet.

### 1 Zusammenfassung

Diese Arbeit setzte sich mit dem Thema Burnout bei Krankenschwestern und –pflegern in Bayern auseinander. Dabei wurde mehreren Forschungsfragen nachgegangen, die mittels einer quantitativen Erhebung bearbeitet wurden. Zum einen war es von Interesse, die aktuelle Burnout-Prävalenz zu ermitteln, um die Dringlichkeit jenes Themas einschätzen zu können (Forschungsfrage 1). Im Zuge dessen sollte auch herausgestellt werden, ob sich die Burnout-Prävalenz zwischen den Abteilungen unterscheidet (Hypothese 1). Zum anderen sollte untersucht werden, inwiefern die *Arbeitsumgebung* von Pflegekräften und das *Organisationsklima* im Krankenhaus im Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom stehen, um zu sehen, welche Dimensionen sich gesundheitsförderlich bzw. nicht gesundheitsförderlich gegenüber dem Burnout-Syndrom verhalten (Forschungsfrage 2 mit Hypothesen). Schließlich sollte ermittelt werden, inwieweit die bei der zweiten Forschungsfrage gefundenen gesundheitsförderlichen Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden sind oder nicht, um darauf aufbauend Handlungsempfehlungen aussprechen zu können (Forschungsfrage 3). Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Forschungsfragen zusammengefasst.

*Forschungsfrage 1.* Die Burnout-Betroffenheit in der untersuchten Stichprobe wurde in drei Stufen nach Büssing und Glaser (1999) festgestellt. Die beiden ersten Stufen verkörpern einen beginnenden Burnout-Prozess, während Stufe drei eine fortgeschrittene Burnout-Phase skizziert. Legt man diese dreistufige Bewertungsskala von Büssing und Glaser (1999) zu Grunde, befinden sich 11,23 % der befragten Pflegekräfte in einem beginnenden Burnout-Prozess, das von EE geprägt ist (Stufe eins). 1,09 % der Probanden sind ebenfalls in einem beginnenden Burnout-Prozess, weil sie DP erleben (Stufe zwei). 2,8 % der

Krankenschwestern und Krankenpfleger sind einem fortgeschrittenen Burnout (Stufe drei) zuzuordnen, da sie sowohl EE als auch DP besitzen. Summa summarum existieren in dieser Stichprobe 15,12 %, die entweder nur EE, oder nur DP, bzw. sowohl EE als auch DP aufweisen. Für diese Pflegekräfte sind adäquate Interventions- oder Präventionsmaßnahmen zu empfehlen.

Betrachtet man die Burnout-Betroffenheit in den einzelnen Krankenhausabteilungen, so sind vor allem diejenigen Abteilungen von Interesse, die die meisten Fälle aufweisen, da jene Werte am ehesten miteinander verglichen werden können. Zu diesen zählen die Abteilungen *Anästhesiologie* (90 Fälle), *Chirurgie* (108 Fälle), *Innere Medizin* (113 Fälle) und *Kinder- und Jugendheilkunde* (67 Fälle) (in den restlichen 10 Abteilungen sind deutlich weniger Fälle vertreten). In der vorliegenden Untersuchung weisen 14,8 % in der *Anästhesiologie* Burnout-typische Verhaltensweisen auf, in der *Chirurgie* kristallisierten sich 18,4 % heraus, die Burnout erleben, in der *Inneren Medizin* sind 26,7 % Burnout-betroffen, in der *Kinder- und Jugendheilkunde* sind hingegen nur 4,8 % einem Burnout zuzuordnen. Die Burnout-Prävalenz war demnach in der vorliegenden Stichprobe in der *Inneren Medizin* am höchsten.

Ferner unterschieden sich die Krankenhausabteilungen signifikant hinsichtlich der Burnout-Prävalenz. Den Analysen zu Folge ist EE in der *Chirurgie* höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass EE in der *Inneren Medizin* höher ist als in der *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*, höher als in der *Neurologie*, und auch höher als in der *Palliativmedizin*.

Bezüglich der Burnout-Dimension DP wurden diese Abteilungsunterschiede vermerkt: DP ist in der *Palliativmedizin* niedriger als in der *Anästhesiologie*, niedriger als in der *Chirurgie*, und niedriger als in der *Inneren Medizin*. Zugleich ist DP in der *Inneren Medizin* höher als in der *Gynäkologie*, und höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*.

Hinsichtlich PA konnte eruiert werden, dass selbige in der *Chirurgie* niedriger ist als in der *Neurologie*, niedriger als in der *Palliativmedizin*, niedriger als in der *Urologie*, und zusätzlich niedriger als in der *Rehabilitation*. Außerdem ist PA in der *Rehabilitation* höher als in der *Anästhesiologie*, höher als in der *Inneren Medizin*, und höher als in der *Kinder- und Jugendheilkunde*. Überdies zeigte sich, dass PA in der *Palliativmedizin* höher ist als in der *Anästhesiologie*, und höher als in der *Inneren Medizin*.

*Forschungsfrage 2.* Inwiefern die Dimensionen der Arbeitsumgebung und des Organisationsklimas mit den Burnout-Dimensionen zusammenhängen, wurde mit dem multivariaten Verfahren der binären logistischen Regression untersucht. Dabei wurden

personen- und tätigkeitsbezogene Merkmale kontrolliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der binären logistischen Regressionen wiederholt (siehe Tab. 1 a und b (V)). Dabei werden zuerst die gefundenen Korrelationen zwischen Arbeitsumgebung und Burnout dargelegt.

*Arbeitsumgebung.* Je besser die *Führung* gestaltet ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Persönlichkeit nicht in ein EE gerät. Eine ausreichend vorhandene *Personaldecke* reduziert sowohl das Risiko für ein EE als auch für ein DP. Erleben Krankenschwestern an ihrem Arbeitsplatz die Chance zur *Partizipation*, so bedeutet dies, dass selbige mit hoher Wahrscheinlichkeit kein Burnout (kein EE, kein DP und PA) erleben werden. Ein positiv geartetes *Pflegemodell* bewirkt ebenfalls, dass ein Krankenpfleger mit hoher Wahrscheinlichkeit kein EE, kein DP und PA besitzt. Die *Pfleger-Arzt-Beziehung* im positiven Sinn hat ausschließlich den Effekt, dass die Wahrscheinlichkeit in ein DP zu geraten, reduziert wird.

*Organisationsklima.* Zwischen Organisationsklima und Burnout konnten folgende Zusammenhänge ausfindig gemacht werden: *Mitarbeiterfürsorge* senkt das Risiko für Pflegekräfte bzgl. EE und DP. Genauso verhält es sich mit den beiden Dimensionen *Autonomie* und *Mitarbeiterbeteiligung*, die ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für EE und DP reduzieren. Die drei Dimensionen *Schulungen*, *Integration* und *Unterstützung durch den Vorgesetzten* führen dazu, dass Krankenpfleger mit erhöhter Wahrscheinlichkeit weniger EE sowie DP erleben und stattdessen eine gesteigerte PA erfahren. *Formalisierung* stellt eine Voraussetzung dar, damit Krankenschwestern mit erhöhter Wahrscheinlichkeit kein DP entwickeln. Die Dimension *Tradition* wirkt sich maladaptiv auf Burnout aus, weil es die Risiken für EE und DP signifikant erhöht. Je *innovativer und flexibler* eine Krankenhausorganisation agiert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für Nicht-EE und Nicht-DP und PA. Der Faktor *Ausrichtung nach Außen* unterstützt Krankenschwestern und Krankenpfleger darin, kein EE und kein DP zu erleben. Je *klarer Organisationsziele* gestaltet sind, umso höher ist die Chance für ein Nicht-EE sowie PA. Agieren Pflegekräfte *arbeitsbemerkt*, können sie die Gefahr für ein DP reduzieren und PA erhöhen. Legt die Krankenhausorganisation hohen Wert auf die *Effizienz* ihrer Pflegekräfte, so führt dies bei Pflegern dazu, dass das Risiko ein DP zu erleben reduziert und PA gesteigert wird. *Qualität* in den Behandlungsmethoden wirkt sich positiv auf Burnout aus, da die Wahrscheinlichkeit für EE und DP reduziert wird, während die Chance für eine erhöhte PA gemehrt wird. *Leistungsdruck* beeinflusst das Konstrukt Burnout dysfunktional, da es Krankenpfleger

anfälliger für EE und DP erscheinen lässt. Erhalten Krankenpfleger *Feedback* bzgl. ihrer Arbeitsleistung, so wird die Wahrscheinlichkeit in ein EE zu geraten reduziert.

<b>Arbeitsumgebung</b>	<b>EE</b>	<b>DP</b>	<b>PA</b>
Führung	2,88	-	-
Personaldecke	5,56	7,57	-
Partizipation	3,80	3,97	2,46
Pflegemodell	4,85	4,11	2,47
P_A_Bezeichnung	-	4,27	-

**Tabelle 1 a (V). Ergebnisse der binären logistischen Regression zu „Arbeitsumgebung“**

<b>Organisationsklima</b>	<b>EE</b>	<b>DP</b>	<b>PA</b>
Mitarbeiterfürsorge	2,98	4,02	-
Autonomie	3,70	2,53	-
Mitarbeiterbeteiligung	2,74	3,76	-
Schulungen	2,61	2,45	1,44
Integration	1,98	2,88	1,71
Unterstützung durch den Vorgesetzten	3,50	2,48	1,59
Formalisierung	-	2,25	-
Tradition	0,361/ 2,77	0,42/ 2,39	-
Innovation und Flexibilität	3,81	5,00	1,91
Ausrichtung nach Außen	2,64	5,59	-
Klarheit der Organisationsziele	2,92	-	1,57
Arbeitsbemühungen	-	2,39	2,35
Effizienz	-	3,20	1,68
Qualität	1,97	4,30	1,70
Leistungsdruck	0,16/ 6,19	0,19/ 5,34	-
Leistungsfeedback	1,68	-	-
(Reflexivität)			

**Tabelle 1 b (V). Ergebnisse der binären logistischen Regression zu „Organisationsklima“**

Die multivariaten Ergebnisse zu EE, DP und PA werden nun bzgl. ihrer Auffälligkeiten interpretiert. EE, DP und PA werden dabei getrennt voneinander betrachtet. Ziel ist es zu erkennen, welche Dimensionen von AU und OK einen starken, mittleren, niedrigen bzw. gar keinen Einfluss auf EE, DP und PA ausüben.

*Arbeitsumgebung*. Es lässt sich beobachten, dass drei Dimensionen des Konstrukts *Arbeitsumgebung* einen starken Einfluss auf die Burnout-Dimension EE ausüben: *Personaldecke*, *Partizipation* und *Pflegemodell*. Diese können also je nach ihrer Ausprägung und Beschaffenheit ein EE bei Krankenschwestern intensivieren, bzw. präventionieren und somit vermeiden. *Führung* besitzt eine mittlere Wirkung auf EE, während sich die *Krankenpfleger-Arzt-Beziehung* gar nicht auf EE auswirkt.

Vier der fünf AU-Dimensionen zeigen eine starke Einflussnahme auf DP. *Personaldecke*, *Partizipation*, *Pflegemodell* sowie *Krankenpfleger-Arzt-Beziehung* können im Idealfall Voraussetzungen schaffen, damit eine Pflegekraft nicht in eine zynische und entfremdete Verhaltensweise abdriftet. *Führung* hingegen besitzt gar keinen Einfluss auf DP. Somit kann selbst ein kooperativer und mitarbeiterorientierter Führungsstil nicht garantieren, dass ein Krankenpfleger von DP verschont bleibt.

Die AU-Dimensionen *Partizipation* und *Pflegemodell* verdeutlichen ergebnistechnisch einen mittleren Effekt hinsichtlich PA. Die restlichen drei AU-Dimensionen *Führung*, *Personaldecke* und *Krankenpfleger-Arzt-Beziehung* demonstrieren, dass sie in keiner Verbindung zu PA stehen.

*Organisationsklima*. Fünf OK-Dimensionen beeinflussen EE in starkem Ausmaß: *Mitarbeiterfürsorge*, *Autonomie*, *Unterstützung durch den Vorgesetzten* sowie *Innovation und Flexibilität*. Jene Dimensionen tragen dazu bei, dass die Wahrscheinlichkeit für eine EE bei Pflegekräften reduziert wird, falls sie positiv ausgeprägt sind. Die OK-Dimension *Leistungsdruck* hingegen fördert EE in ausgesprochen hohem Maße. An dieser Stelle soll die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Reduzierung des *Leistungsdrucks* betont werden, damit an Stelle von EE individuelle Freude und Zufriedenheit entstehen können. Weitere fünf OK-Dimensionen bedingen EE in einem mittleren Niveau: *Mitarbeiterbeteiligung*, *Schulungen*, *Ausrichtung nach Außen* und *Klarheit der Organisationsziele*. Sie mindern das Risiko einer EE, hingegen verdeutlicht *Tradition* in einem mittleren Ausmaß, dass es EE intensiviert. Drei OK-Subskalen laden niedrig auf EE: *Integration*, *Qualität* und *Leistungsfeedback*. Diese tragen, wenn auch nur in einem geringen Ausmaß dazu bei, dass Pflegekräfte kein EE erleben. *Formalisierung*, *Arbeitsbemühungen* und *Effizienz* stehen, legt man die Forschungsergebnisse zu Grunde, in keiner Beziehung zu EE.

Sieben OK-Dimensionen verweisen darauf, dass sie in starkem Ausmaß dazu beitragen können, um die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, damit Pflegekräfte DP erleben: *Mitarbeiterfürsorge*, *Mitarbeiterbeteiligung*, *Innovation und Flexibilität*, *Ausrichtung nach Außen*, *Effizienz* und *Qualität*. Jene verringern die DP-Wahrscheinlichkeit, *Leistungsdruck*

hingegen fördert ein potentielles DP-Auftreten. *Autonomie, Schulungen, Integration, Unterstützung durch den Vorgesetzten, Formalisierung und Arbeitsbemühungen* stellen, wenn es um eine DP-Prävention geht, eine mittlere Einflussgröße dar. *Tradition* symbolisiert auch bei der Burnout-Dimension DP, dass sie in einer mittleren Intensität dazu beiträgt, dass eine Pflegekraft Gefahr läuft zu entfremden. Zwei OK-Dimensionen, nämlich *Klarheit der Organisationsziele* und *Leistungsfeedback*, stehen in keinem Zusammenhang zu DP.

Bezüglich PA lässt sich erkennen, dass nur die OK-Dimension namens *Arbeitsbemühungen* in einer mittleren Vorhersagerelation zu selbiger steht. Sieben OK-Dimensionen erklären einen niedrigen Einfluss auf PA, nämlich *Schulungen, Integration, Unterstützung durch den Vorgesetzten, Innovation und Flexibilität, Klarheit der Organisationsziele, Effizienz* sowie *Qualität*. Die meisten Dimensionen des Konstrukts OK, acht an der Zahl, beeinflussen PA nicht. *Mitarbeiterfürsorge, Autonomie, Mitarbeiterbeteiligung, Formalisierung, Tradition, Ausrichtung nach Außen, Leistungsdruck* und *Leistungsfeedback* eignen sich demnach nicht als Prädiktoren um Aussagen bzgl. PA treffen zu können.

Grundsätzlich fällt auf, dass die AU- und OK-Dimensionen die beiden Burnout-Dimensionen EE und DP in stärkerem Maße beeinflussen als die Dimension PA.

*Kontrollvariablen in Zusammenhang zwischen Arbeitsumgebung und Burnout.* Es kann beobachtet werden, dass die Kontrollvariable *Resilienz* einen starken Einfluss auf EE besitzt, indem sie das Risiko einer EE verringert. Darüberhinaus kann erörtert werden, dass auch die Kontrollvariable *Arbeitszufriedenheit* eine mittlere Einflussgröße für ein Nicht-EE darstellt. Die Kontrollvariable *Resilienz* nimmt allerdings keinen Einfluss auf DP, oder anders ausgedrückt, seelische Widerstandskraft schützt nicht vor Entfremdung. Hingegen weisen die Ergebnisse zu *Arbeitszufriedenheit* daraufhin, dass diese Kontrollvariable einen mittleren Effekt auf DP ausübt. Ferner spielt auch das *Geschlecht* in punkto Entfremdung eine starke Einflussgewichtung. Die Resultate bestätigen, dass Frauen weniger stark Gefahr laufen zu entfremden als Männer. Auch das *Alter*, wenngleich in einem niedrigen Einfluss, symbolisiert in diesem Konnex, dass ältere Krankenschwestern und Krankenpfleger mit erhöhter Wahrscheinlichkeit nicht depersonalisiert sind. Diese Beschaffenheit kann evtl. dadurch erklärt werden, dass ältere Krankenpfleger bereits über mehr Berufserfahrung und Routine verfügen und somit dem Patienten einfühlsamer begegnen können. Blickt man auf die dritte Burnout-Dimension PA, so lässt sich konstatieren, dass *Resilienz* in mittlerer Art und Weise als Prädiktor für PA fungiert, während *Arbeitszufriedenheit* einen niedrigen Einfluss auf PA ausübt.

*Kontrollvariablen in Zusammenhang zwischen Organisationsklima und Burnout.* Auch bei Organisationsklima kann festgestellt werden, dass die Kontrollvariable *Resilienz* als starker positiver Prädiktor figuriert, wenn es um die Vorbeugung, bzw. um die Vermeidung von EE geht. Analog zu AU verkörpert *Arbeitszufriedenheit* auch bei OK eine mittlere Einflussgröße bzgl. Nicht-EE. Hinsichtlich DP kann berichtet werden, dass Resilienz darauf gar keinen Einfluss besitzt. *Arbeitszufriedenheit* nimmt im Kontext der Vorhersage von Nicht-DP eine mittlere Gewichtung ein. Starke Gewichtung beansprucht die Kontrollvariable Geschlecht, die auch bei OK eine aussagekräftige Rolle ausübt und angibt, dass weibliche Pflegekräfte mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger DP erleben als ihre männlichen Kollegen. Diese Tatsache kann evtl. so gedeutet werden, dass der Terminus „Pflege“ ursprünglich mit weiblichen, helferischen Attributen konnotiert war. Folglich könnten Krankenschwestern aus evolutionsbiologischer Sicht eine geringere Vulnerabilität für Depersonalisation besitzen als Krankenpfleger, denen das Spenden von Empathie und Mitgefühl im Mittel schwerer fallen wird. Auch bei OK kann festgestellt werden, dass *Resilienz* eine mittlere positive Auswirkung auf PA besitzt, während *Arbeitszufriedenheit* immerhin in niedriger Ausprägung PA fördert.

Vergleicht man die Ergebnisse der Kontrollvariablen zwischen Arbeitsumgebung und Burnout mit jenen Resultaten von Organisationsklima und Burnout, so kann festgestellt werden, dass alle Kontrollvariablen bei beiden UVs mit gleich großem Einfluss auf die jeweilige Burnout-Dimension laden. Eine Ausnahme kommt der Kontrollvariablen *Alter* zu, die bei AU darauf hinweist, dass ältere Krankenschwestern einem geringeren Entfremungsrisiko ausgesetzt sind als jüngere Pflegekräfte.

*Forschungsfrage 3.* Diese ging der Fragestellung nach, inwieweit gesundheitsförderliche Ressourcen in bayerischen Krankenhäusern vorhanden sind, sodass darauf aufbauend Handlungsempfehlungen eruiert werden können. Dabei wurde eine dreistufige Einteilung verwendet. Gaben mehr als 60 % der befragten Pflegekräfte an, dass die jeweilige gesundheitsförderliche Ressource (Dimensionen aus AU und OK) in ihrer Krankenhausabteilung, bzw. im Krankenhaus vorherrschend sei, so wurde jene Dimension auch als vorhandene Ressource betrachtet. Wenn allerdings im Mittel mehr als 50 % der Pfleger verdeutlichten, dass eine Dimension in einem niedrigen Ausmaß bzw. in einer hohen schädigenden Intensität zugegen war, führte diese Evaluation zu der Konklusion, dass es sich hierbei um eine defizitäre und damit mangelnde Ressource handelt, die Maßnahmen zur Veränderung benötigt. Es konnten auch Grenzfälle ermittelt werden, also weder wirklich vorhandene noch mangelnde Ressourcen, da mehr als 50 %, jedoch weniger als 60 % der



Probanden angaben, dass einige Dimensionen zwar vorhanden waren, jedoch nicht in ausreichend gesundheitsförderlichem Maße existierten. Vorhandene Ressourcen der AU sind *Pflegemodell* und *Krankenpfleger-Arzt-Beziehung*. *Autonomie*, *Formalisierung*, *Arbeitsbemühungen*, *Qualität*, *Leistungsfeedback*, *Schulungen*, *Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten* und *Ausrichtung nach Außen* verkörpern OK-Dimensionen, die laut der Befragten in ihrem Krankenhaus gegenwärtige Ressourcen darstellen. Mangelnde Ressourcen, die sich in ihrer momentanen Präsenz als Burnout-förderlich erweisen, sind die beiden AU-Dimensionen *Personaldecke* und *Partizipation*, ebenso wie die vier OK-Subskalen *Effizienz*, *Mitarbeiterfürsorge*, *Klarheit der Organisationsziele* und *Leistungsdruck*. Als Grenzfälle werden die AU-Dimension *Führung*, zuzüglich der vier OK-Skalen *Tradition*, *Innovation und Flexibilität*, *Mitarbeiterbeteiligung* und *Integration* ausgewiesen. Interventionsmaßnahmen sind für die Stufen zwei und drei, also für mangelnde Ressourcen und Grenzfälle zu empfehlen, damit an Stelle des Burnout evozierenden Effekts proaktive Maßnahmen im Sinne einer Gesunderhaltung entspringen können.

## 2 Vergleich der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Untersuchung mit Forschungsergebnissen aus früheren Studien verglichen, damit erkannt werden kann, in welchem Kontext die vorliegenden Studienergebnisse zu früheren Erhebungsergebnissen stehen.

Zuerst werden die Ergebnisse zur Burnout-Betroffenheit bei Krankenschwestern gegenübergestellt. Da in der vorliegenden Arbeit die „Drei-Stufen-Technik“ zur Erfassung der Burnout-Prävalenz nach Büssing und Glaser (1999) verwendet wurde, können demnach die gewonnenen Ergebnisse ausschließlich mit Studien kompariert werden, welche die Burnout-Betroffenheit bei Krankenschwestern ebenfalls mit der Technik nach Büssing und Glaser (1999) diagnostizierten. Gemäß des Falls, diese Ergebnisse würden mit Studiendesigns verglichen werden, die eine andere Methode zur Erfassung der Burnout-Betroffenheit bei Pflegekräften wählten, so würden Verzerrungen entstehen, die zu falschen Schlussfolgerungen führen könnten. Die Stufen-Technik von Büssing und Glaser (1999) ist für Deutschland gedacht, da in der BRD im Vergleich zu anderen Ländern keine verbindlichen Normwerte existieren. Im internationalen Bereich wird Burnout hingegen häufig anhand von Normwerten festgestellt. Daher werden die Ergebnisse auch ausschließlich anhand deutscher Vergleichsstudien beurteilt. Nach der Recherche potentieller, vergleichbarer Studienresultate

konnten zwei Forschungsarbeiten ausfindig gemacht werden, die sich für eine Gegenüberstellung bzgl. der Burnout-Prävalenz bei Pflegekräften im deutschsprachigen Raum anbieten würden. Moosler (2006) fand anhand einer Stichprobe von 51 Krankenschwestern und Krankenpflegern aus einer südbayerischen Klinik heraus, dass sich 11,8 % in Stadium I befanden, 5,9 % in Stadium II und 3,9 % in Stadium III. Moosler (2006) erforschte demnach eine Burnout-Prävalenz von 21,6 % (vgl. Moosler 2006, S.29). Büssing und Glaser (1999) stellten anhand einer Stichprobe von 280 Pflegekräften aus drei bayerischen Krankenhäusern folgende Burnout-Betroffenheit fest: 12,5 % der Befragten waren dem ersten Stadium zuzuordnen, 6,7 % konnten in Stadium II eingeteilt werden, während 5,0 % in das dritte Stadium fielen. Somit ergaben sich nach Büssing und Glaser (1999) 24,2 %, die eine beginnende oder fortgeschrittene Burnout-Symptomatik aufwiesen (vgl. Büssing, Glaser 1999, S.59). Vergleicht man nun die einzelnen Stadien der zwei Burnout-Studien mit der durchgeführten Untersuchung, so ergibt sich folgendes Bild: Büssing und Glaser (1999) identifizierten in ihrer Stichprobe die höchste EE-Prävalenz mit 12,5 %, Moosler (2006) stellte mit 11,8 % eine etwas geringere EE-Betroffenheit fest. In der eigenen Erhebung existieren 11,23 % die EE aufweisen. Büssing und Glaser (1999) sowie Moosler konnten somit in ihren Untersuchungseinheiten höhere EE-Werte aufzeigen, als es die eigene Untersuchung bestätigte. Betrachtet man die DP-Indexe, so wird festgestellt, dass Büssing und Glaser (1999) die höchste Prävalenz erzielten (6,7 %), dicht gefolgt von Moosler (2006) (5,9 %), die Ergebnisse der eigenen Untersuchung vermelden jedoch eine deutlich geringere DP-Prävalenzrate (1,09 %). Erhöhte EE sowie erhöhte DP (Stadium III) waren wiederum am deutlichsten bei Büssing und Glaser (1999) (5,0 %) anzutreffen, den zweithöchsten Wert konnte Moosler (2006) (3,9 %) beobachten, in der eigenen Untersuchung waren 2,8 % dem dritten Stadium zuzuteilen. Folglich war die Gesamt-Burnout-Prävalenz bei Büssing und Glaser (1999) (24,2 %) am höchsten, gefolgt von Moosler (2006) (21,6 %) und der eigenen Erhebung (15,12 %). Betrachtet man die Ergebnisse der drei Burnout-Studien, so ist erkennbar, dass sich die Burnout-Prävalenz bei Krankenschwestern und Krankenpfleger seit dem Jahr 1999 verringert hat. Ob tatsächlich eine Verringerung der Burnout-Prävalenz stattfand, oder ob die relativ hohen Burnout-Werte der beiden Vergleichsstudien auf die Tatsache zurückzuführen sind, dass beide Studien eine sehr viel kleinere Stichprobe, sowie nur wenig teilnehmende Krankenhäuser aufwiesen, kann nicht final geklärt werden. Das Forschungsergebnis von Moosler (2006) kann nur bedingt als repräsentativer Vergleichswert verwendet werden, da bei jener Untersuchung zum einen nur ein Krankenhaus teilnahm, und zum anderen davon lediglich 51 Pflegekräfte partizipierten.

Als nächstes werden die gefundenen Korrelate der eigenen Untersuchung mit denen anderer Forschungsarbeiten verglichen. Dabei können nur jene Korrelate gegenübergestellt werden, zu denen es frühere Forschungsarbeiten gibt. Die Tabellen 2 a und b (V) sollen einen Überblick der eigenen Resultate im Vergleich zu anderen Resultaten geben. Diese zeigen diejenigen AU- und OK-Dimensionen, die in der eigenen Untersuchung mindestens ein Korrelat mit einer Burnout-Dimension aufwiesen. Zudem geben die Tabellen 2 a und b (V) Auskunft darüber, welche Forscher in der Vergangenheit ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der jeweiligen AU- und OK-Dimension und einer Burnout-Subskala in Erfahrung brachten. Hierbei existieren drei Möglichkeiten: die Ergebnisse der eigenen Untersuchung decken sich mit den Resultaten anderer Forscher (z.B. bei der Dimension *Partizipation*), die Ergebnisse der eigenen Untersuchung sind ausführlicher als die Resultate anderer Forscher (z.B. bei der Dimension *Innovation und Flexibilität*), oder die Ergebnisse der eigenen Untersuchung fallen geringer aus als die Resultate anderer Forscher (z.B. bei der Dimension *Führung*). Ebenfalls sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Tabelle keine Werte, sondern ausschließlich Korrelate enthält, da die Werte der jeweiligen Forschungsarbeiten auf unterschiedliche Weise berechnet wurden (z.B. verwendeten einzelne Forscher nur bivariate Analysen, während die Korrelate dieser Untersuchung auf multivariate Berechnungen zurückgehen). Entsprechend können die unterschiedlich berechneten Werte nicht verglichen werden, sondern allenfalls die gefundenen Zusammenhänge, die eine vergleichbare Richtungstendenz erkennen lassen.

Arbeitsumgebung	Korrelate*	EE	DP	PA
Partizipation	EE, DP, PA	Spence Laschinger, Leiter (2006); Hanrahan et al. (2010)	Spence Laschinger, Leiter (2006); Hanrahan et al. (2010)	Spence Laschinger, Leiter (2006)
Pflegemodell	EE, DP, PA	Spence Laschinger, Leiter (2006); Hanrahan et al. (2010); Aiken et al. (2008)	Spence Laschinger, Leiter (2006); Hanrahan et al. (2010)	Spence Laschinger, Leiter (2006)
Führung	EE	Friese (2005); Spence Laschinger, Leiter (2006); Aiken et al. (2008); Hanrahan et al. (2010); Leineweber et al. (2014)	Spence Laschinger, Leiter (2006); Hanrahan et al. (2010); Leineweber et al. (2014)	Spence Laschinger, Leiter (2006)
Personaldecke	EE, DP	Friese (2005); Spence Laschinger, Leiter (2006); Aiken et al. (2008); Hanrahan et al. (2010); Leineweber et al. (2014); Kanai-Pak et al. (2008)	Spence Laschinger, Leiter (2006); Leineweber et al. (2014)	Spence Laschinger, Leiter (2006); Leineweber et al. (2014)
P-A-Beziehung	DP	Friese (2005); Spence Laschinger, Leiter (2006); Aiken et al. (2008); Hanrahan et al. (2010)	Spence Laschinger, Leiter (2006); Hanrahan et al. (2010)	-

Tabelle 2 a (V): Vergleich der Ergebnisse zu „Arbeitsumgebung“

<b>Organisationsklima</b>	Korrelate*	EE	DP	PA
Integration	EE, DP, PA	Lambert et al. (2012); Spaans (1991)	Lambert et al. (2012); Spaans (1991)	Lambert et al. (2012); Spaans (1991)
Mitarbeiterbeteiligung	EE, DP	Van Gorp et al. (1993); Spaans (1991); Boyas und Wind (2010)	Van Gorp et al. (1993); Boyas und Wind (2010)	Van Gorp et al. (1993)
Unterstützung (Vorge.)	EE, DP, PA	Firth et al. (1986); Schaufeli und Bakker (2004)	Firth et al. (1986); Schaufeli und Bakker (2004)	Firth et al. (1986); Schaufeli und Bakker (2004)
Schulungen	EE, DP, PA	Evers et al. (2002)	Evers et al. (2002)	Evers et al. (2002)
Innov. & Flex.	EE, DP, PA	-	-	Savicki (2003); Watts et al. (2013)
Ausrichtung n. Außen	EE, DP	Holz (2006)	Holz (2006)	Holz (2006)
Arbeitsbemühungen	DP, PA	Schaufeli, Bakker (2004)	Schaufeli, Bakker (2004)	Schaufeli, Bakker (2004)
Leistungsfeedback	EE	-	-	-
Leistungsdruck	EE, DP	Bakker et al. (2004); Spaans (1991)	-	-

**Tabelle 2 b (V): Vergleich der Ergebnisse zu „Organisationsklima“**

\*Korrelate aus der eigenen Untersuchung (siehe Tab. 1a und b (V), S. 213 )

Autonomie, Mitarbeiterfürsorge, Formalisierung, Tradition, Klarheit der organisationalen Ziele, Effizienz, Qualität: keine vorherigen Forschungsergebnisse zum Vergleich verfügbar.

Im weiteren Verlauf der Ergebnisdiskussion werden nun die vier Kontrollvariablen betrachtet, die in der multivariaten Analyse zeigten, dass sie mit Burnout in Zusammenhang stehen. Jene Resultate werden mit früheren Forschungsergebnissen verglichen. Die zu diskutierenden Kontrollvariablen lauten *Alter*, *Geschlecht*, *Arbeitszufriedenheit* und *Resilienz*.

Die Kontrollvariable *Alter* zeigte in der eigenen Untersuchung, dass ältere Krankenpfleger mit höherer Wahrscheinlichkeit keine Depersonalisierung erleben. Andere Forscher untersuchten ebenfalls jenen Zusammenhang, wobei sich Folgendes ergab: Die beiden Burnout-Forscher van Servellen und Leake (1993) weisen darauf hin, dass ältere Pflegekräfte generell weniger oft von Burnout-Erfahrungen betroffen sind (vgl. van Servellen, Leake 1993; zit. nach Killmer 1999, S.189). Dabei wurde allerdings nicht zwischen EE, DP und PA unterschieden. Killmer (1999) konnte erforschen, dass die Vulnerabilität für EE bei Krankenschwestern mit zunehmendem Alter abnimmt (vgl. Killmer 1999, S.189). Einen Zusammenhang zwischen *Alter* und DP konnte sie allerdings nicht bestätigen. Leineweber et al. (2014), die *Alter* in ihre Untersuchung miteinbezogen, konnten zu keiner der drei Burnout-Dimensionen eine signifikante Korrelation entdecken. Die Ergebnisse sind also sehr unterschiedlich. Es sei auch erwähnt, dass *Alter* in der eigenen Untersuchung nur in einem einzigen Vorhersagemodell mitenthalten ist, im Gegensatz zu *Geschlecht*, *Arbeitszufriedenheit* und *Resilienz*, welche in mehreren Vorhersagemodellen einen Koeffizienten bilden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass *Alter* eher einen zu vernachlässigenden Einfluss auf Burnout besitzt.

In der vorliegenden Untersuchung spielte die Kontrollvariable *Geschlecht* eine bedeutende Rolle bzgl. DP. Dabei sind männliche Pflegekräfte mit einer größeren Wahrscheinlichkeit depersonalisiert als weibliche. Einen solchen Zusammenhang konnten Leineweber et al. (2014), die *Geschlecht* in ihrer Untersuchung mitanalysierten, nicht bestätigen. Diese fanden generell zu keiner Burnout-Dimension eine Relation. Da die Stichprobe von Leineweber et al. (2014) deutlich größer ist als die eigene ( $n = 8620$ ), ist fraglich, ob der gefundene Zusammenhang in der eigenen Untersuchung zu DP ernstgenommen werden kann. Weitere Forscher bezogen zwar jene KV in ihre Untersuchungen mit ein, verwendeten diese jedoch entweder nur als Kontrollvariable bei den multivariaten Analysen (vgl. Poghosyan et al. 2010, Vahey et al. 2004) und betrachteten diese nicht genauer, oder bezogen sich nur auf die Häufigkeiten, um die Stichprobe genauer beschreiben zu können (vgl. Patrick, Lavery 2007).

Die *Arbeitszufriedenheit* einer Pflegekraft scheint die Wahrscheinlichkeit einer Burnout-Betroffenheit signifikant vorhersagen zu können. Jenes Ergebnis kann nicht mit

anderen Forschungsergebnissen verglichen werden, da zwar einige Arbeiten jene Variable in ihrer Untersuchung mitaufnahmen, jedoch nicht in Form einer unabhängigen Variablen, sondern als abhängige Variable (= outcome variable) (vgl. Aiken et al. 2008, Friese 2005, Liu et al. 2012, McHugh et al. 2011). In anderen Forschungsarbeiten betrachtete man also den Einfluss verschiedenster unabhängiger Variablen auf die abhängigen Variablen *Burnout* und *Arbeitszufriedenheit*. Aus diesem Grund kann der Wahrheitsgehalt des Ergebnisses aus der eigenen Untersuchung nicht anhand anderer Ergebnisse diskutiert werden.

Die Kontrollvariable *Resilienz* nahm in dieser Forschungsarbeit einen relevanten Stellenwert ein. Wie bereits mehrfach erwähnt, konnte aufgezeigt werden, dass *Resilienz* die Wahrscheinlichkeit für ein Nicht-EE deutlich erhöht und darüber hinaus einen wertvollen Beitrag für eine hohe PA leistet. Garcia und Calvo (2011) untersuchten den Einfluss Emotionaler Verärgerung und *Resilienz* in Bezug auf emotionale Erschöpfung bei spanischen Krankenschwestern. Bei einer Stichprobe von (n = 200) Krankenschwestern konnten die beiden Forscher erkennen, dass *Resilienz* negativ mit EE und positiv mit PA korreliert. Zu DP konnte hingegen kein Zusammenhang bestätigt werden (vgl. Garcia, Calvo 2011). Die Resultate von Garcia und Calvo (2011) gehen daher mit den eigenen Forschungsergebnissen einher. Taku (2013) ergründete Zusammenhänge zwischen wahrgenommener psychologischer Weiterentwicklung, *Resilienz* und Burnout. Als Zielgruppe wurden amerikanische Mediziner auserkoren (n = 289). Taku (2013) stellte dabei fest, dass *Resilienz* negativ mit EE zusammenhängt und positiv mit PA korreliert. Diese Zusammenhänge wurden multivariat mittels Regression erforscht (vgl. Taku 2013). Die Ergebnisse von Taku (2013) können ebenfalls analog zu den eigenen Forschungsergebnissen angesehen werden. Gito, Ihara und Ogata (2013) inquireierten die Beziehung zwischen *Resilienz*, Widerstandsfähigkeit, Depression und Burnout bei japanischen Psychiatrie-Krankenschwestern. Anhand von (n = 327) Krankenschwestern bestätigten die Forscher, dass Resilienz EE und DP verringert und PA erhöht (vgl. Gito, Ihara, Ogata 2013). Hier ergab sich also auch eine Korrelation mit DP. Dabei ist allerdings zu bemerken, dass dies Resultate aus bivariaten Analysen sind, welche auch Scheinkorrelationen enthalten können. Vergleicht man die eigene Studie mit den drei anderen, so kann man feststellen, dass die beiden ersten Studien die eigenen Ergebnisse untermauern. Die letztere hingegen nur bedingt, da die Analyse nur auf bivariater Ebene erfolgte. Aus diesem Grund liegt der Schluss nahe, dass die Ergebnisse der eigenen Studie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zutreffen.

Zusammenfassend konnten nun die Ergebnisse zur ersten und zweiten Forschungsfrage (bzw. der Hypothesen zur zweiten Forschungsfrage) teilweise verglichen

werden. Die Resultate zu Hypothese 1 sowie zu Forschungsfrage 3 konnten hingegen nicht anderen Forschungsarbeiten gegenübergestellt werden.

Im Rahmen der Hypothese 1 konnte aufgezeigt werden, dass zwischen den einzelnen Krankenhausabteilungen signifikante Mittelwertunterschiede bzgl. Burnout bei Krankenschwestern existieren. Nach ausführlicher Recherche wurden keine Referenzstudien zur Einordnung dieser Resultate ausfindig gemacht. Die eigenen Ergebnisse können allenfalls mit relativ allgemeinen Aussagen bekannter Burnout-Forscher verglichen werden. Demnach gelten jene Krankenhausabteilungen als besonders Burnout exponiert, in welchen die Pflegekräfte mit onkologischen Patienten bzw. mit schwerstkranken Intensivpatienten arbeiten (vgl. Pines, Maslach 1978, Shubin 1978; zit. nach Storlie 1979). Die eigenen Ergebnisse bejahen die theoretischen Aussagen, dass Pflegekräfte der Onkologie sowie der Anästhesiologie und Intensivmedizin relativ hohe Burnout-Prävalenzen aufweisen. Genaue Vergleiche konnten zwecks Mangel an statistischen Referenzwerten nicht angestellt werden.

Was Forschungsfrage 3 betrifft, so hätte es Studien gegeben, die ebenfalls die Arbeitsumgebung von Pflegekräften mittels des NWI-PES maßen. Dabei wurde berechnet, wie viel Prozent der Befragten ihre Arbeitsumgebung als „schlecht“ (poor), „mittelmäßig“ (mixed) und „gut“ (good) bewerteten (vgl. Kutney-Lee et al. 2013, Liu et al. 2012, Aiken et al. 2008, Lake, Friese 2006). Auf eine derartige Einteilung wurde in der eigenen Untersuchung jedoch verzichtet, um eine einheitliche Bewertung der Arbeitsumgebung und des Organisationsklimas zu gewährleisten, da es eine Einteilung, wie die des NWI-PES, für den OCM nicht gibt. Daher wurden zur Bewertung von AU und OK die einzelnen Dimensionen betrachtet, was einen Ergebnisvergleich der AU-Resultate zur dritten Forschungsfrage unmöglich macht.

### **3 Implikationen für Praxis und Forschung**

In 3 wird dargelegt, was die Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen für die Praxis sowie für die Forschung bedeuten. Zunächst wird der Einfluss der Resultate auf die Praxis betrachtet. Wie Forschungsfrage 1 verdeutlicht, beläuft sich die Burnout-Prävalenz in der untersuchten Stichprobe bayerischer Pflegekräfte auf 15,12 %. Für Krankenhäuser bedeutet dies, dass die ohnehin dünn bestückte, pflegerische Personaldecke mit Burnout-ursächlichen Ausfällen zusätzlich belastet werden kann. Der daraus resultierende betriebswirtschaftliche Schaden kann für Krankenhäuser eine ernstzunehmende Bedrohung darstellen. Für



Pflegekräfte wiegt Burnout sowohl aus Betroffenen-, als auch aus Kollegensicht schwer. Die dysfunktionalen Burnout-Auswirkungen bergen für Betroffene individuelle gesundheitliche Gefahren, familiäre Probleme, intraindividuelle Risiken sowie finanzielle Belastungen, wie bspw. die drohende Erwerbslosigkeit. Kollegen eines Burnout-Betroffenen fürchten die auf sie zukommende Mehrarbeit, beklagen Unzufriedenheit und könnten ebenso Angst verspüren, in ein Burnout zu geraten. Darüber hinaus konnte aufgezeigt werden, dass Krankenhausabteilungen existieren, die eine signifikant höhere Burnout-Betroffenheit aufweisen als andere Abteilungen. Krankenhausabteilungen mit signifikant hoher Burnout-Vulnerabilität sind die *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, die *Chirurgie* sowie die *Innere Medizin*. Für krankenhausverantwortliche Entscheidungsträger bedeutet dies, gerade in jenen Abteilungen hohes Augenmerk auf Burnout-Früherkennung sowie Burnout-Prävention zu legen, damit das Risiko einer Burnout-Betroffenheit reduziert werden kann. Im Rahmen der zweiten Forschungsfrage wurde bewiesen, dass die beiden gesundheitsförderlichen Ressourcen *Organisationsklima* und *Arbeitsumgebung* mit *Burnout* in Zusammenhang stehen. Im Rahmen der krankenpflegerischen Führungspolitik sollte die Prämisse gelten, jene gesundheitsförderlichen Ressourcen zielorientiert zu stärken, damit eine Voraussetzung zur Burnout-Prävention und –Intervention geschaffen werden kann. Einzig die beiden OK-Dimensionen *Tradition* und *Leistungsdruck* gilt es, aus Sicht der Führungsverantwortlichen zu reduzieren, da selbige in hohem Maße Burnout fördern. Die Ergebnisse der dritten Forschungsfrage (Mangel an gesundheitsförderlichen Ressourcen) dienen Krankenhausentscheidungsträgern, da ihnen ersichtlich wird, welche AU- und OK-Dimensionen aktuell grenzfällig und mangelhaft ausgeprägt sind. Man kann nicht davon ausgehen, dass jedes Krankenhaus die absolut gleichen Grenzfälle und mangelnden Ressourcen aufweist, die in dieser Studie zu Tage gefördert wurden. Da Krankenhäuser in aller Regel jedoch ähnlichen Abläufen und Problematiken unterliegen, können die identifizierten Mängel und Grenzfälle sehr wohl als grobe, richtungsweisende Referenzwerte fungieren. Dieser Studie entsprangen folgende mangelhaften Ressourcen und Grenzfälle: Aus dem Kanon der AU-Dimensionen wurden die beiden mangelhaften Ressourcen *Personaldecke* und *Partizipation* identifiziert. *Ausreichend Personal* als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenpflege, sowie die Möglichkeit in Krankenhaus-Angelegenheiten eine *partizipative Rolle* zu bekleiden, sind für Pfleger zwei wichtige gesundheitsförderliche Ressourcen, um kein Burnout zu erleben. Vier OK-Dimensionen erlebten ebenfalls eine mangelhafte Evaluation, nämlich *Effizienz*, *Mitarbeiterfürsorge*, *Klarheit der Organisationsziele* sowie *Leistungsdruck*. In puncto Burnout-Prävention ist es aus Sicht der Krankenhausorganisation also wichtig hohes

Augenmerk auf die *Effizienz und Produktivität* der Pflegekräfte zu legen, auch das Ausmaß der *Mitarbeiterwertschätzung und –Fürsorge*, sowie eine *klare Formulierung der Organisationsziele* erweisen sich als Burnout reduzierend. Schließlich wirkt sich auch die Minderung des *Leistungsdrucks* positiv auf ein verringertes Burnout aus. Die AU-Dimension *Führung* nimmt eine grenzfällige Rolle ein. Insofern könnte ein verbesserter Führungsstil der Pflegedienstleiter, der starken Fokus auf die Unterstützung der Pflegekräfte richtet, dazu beitragen, dass Burnout geschwächt wird. *Tradition, Innovation und Flexibilität, Mitarbeiterbeteiligung und Integration* sind diejenigen vier OK-Dimensionen, die ebenfalls einen grenzfälligen Charakter aufweisen. Empfehlungen für Verantwortungsträger, um Burnout zu reduzieren, würden demnach lauten, *traditionelle und bewährte Arbeitsweisen* deutlicher zu reduzieren, *neue Ideen und innovativere Vorgehensweisen* intensiver zu fördern und zu unterstützen, *Pflegekräfte an Entscheidungen stärker zu beteiligen* sowie *Vertrauen und Kooperation zwischen den Krankenhausabteilungen* entscheidender zu forcieren. Eine proaktive Veränderung jener Grenzfälle und mangelnder Ressourcen kann einen entscheidenden Beitrag für eine Burnout-Reduzierung bei Pflegekräften in Krankenhäusern leisten.

Die Ergebnisse dieser Studie sind auch für die Forschung bedeutsam. Zum einen konnten aktuelle Burnout-Prävalenz-Kennwerte für bayerische Pflegekräfte anhand einer aussagekräftigen Stichprobe ermittelt werden. Diesbezüglich existiert keine ähnliche, gegenwartsnahe publizierte Forschungsarbeit. Aus dieser Forschung geht auch hervor, welche Krankenhausabteilungen im Mittel eine höhere Burnout-Betroffenheit ausweisen. Im Rahmen der Recherche konnte diesbezüglich keine deutsche Vergleichsstudie herangezogen werden. Folglich steht die Annahme im Raum, dass die Burnout-Prävalenz im Abteilungsvergleich in jüngerer Vergangenheit im deutschsprachigen Raum ebenfalls nicht erforscht wurde. Ferner ist es für die aktuelle Burnout-Forschung wichtig zu wissen, dass AU und OK bei positiver Gestaltung die Wahrscheinlichkeit eines Nicht-Burnouts für Pfleger deutlich erhöhen. Dieser Zusammenhang konnte in der durchgeführten Studie durch multivariate Analysen mit Verwendung von Kontrollvariablen eindeutig bestätigt werden. In internationalen Studien wurde der Effekt von AU auf Burnout bei Krankenschwestern u.a. in Forschungsarbeiten von Spence Laschinger, Leiter (2006), Hanrahan et al. (2010) sowie Leineweber et al. (2014) nachgewiesen. Dabei verwendeten die Forscher ebenfalls den Fragebogen namens NWI-PES. In Deutschland existierte diesbezüglich bis dato noch keine Publikation, die mit Hilfe des NWI-PES und des MBI Zusammenhänge zwischen AU und Burnout eruierte. Des Weiteren konnte im internationalen wie nationalen Vergleich keine Referenzstudie ausfindig gemacht

werden, die den Effekt von OK auf Burnout mit dem Fragebogen OCM erforschte. Da sowohl der NWI-PES, als auch der OCM in Deutschland noch keine Verwendung fanden, kann die Identifizierung der mangelnden, gesundheitsförderlichen Ressourcen, sowie der Grenzfälle, als nationales Novum betrachtet werden, weil sich jene Ressourcen, aus den in Deutschland bis jetzt noch unerforschten AU- und OK-Dimensionen zusammensetzen. Für die Burnout-Forschung ist es abschließend wichtig zu erkennen, dass bayerische Krankenschwestern und Krankenpfleger neben der Präsenz positiver, gesundheitsförderlicher Ressourcen auch defizitäre (Burnout-förderliche) Missstände aus dem Bereich AU und OK anprangern.

#### **4 Kritik an der eigenen Untersuchung**

Im Anschluss werden Kritikpunkte bzgl. der eigenen Untersuchung deklariert. Für dieses Forschungsunterfangen wurden ausschließlich Krankenhäuser ausgewählt, die sich willentlich an der Befragung beteiligten, bzw. die es ihrem Pflegepersonal legitimierten teilzunehmen. Somit ist zu konstatieren, dass die Auswahl der partizipierenden Krankenhäuser nicht nach dem Zufallsprinzip erfolgte. Deshalb können vor allem die Ergebnisse der Forschungsfrage 1 (Burnout-Prävalenz), Hypothese 1 (Unterschiede der Burnout-Prävalenz zwischen den Abteilungen) sowie Forschungsfrage drei (Mangel an gesundheitsförderlichen Ressourcen) nur in eingeschränkter Art und Weise generalisiert werden. Die Krankenhäuser überließen es ihrem Pflegepersonal selbst, ob es sich an dieser Befragung beteiligen wollte. Diese freiwillige Partizipation hat die Folge, dass die Burnout-Prävalenz keinen absoluten Wert verkörpert, sondern eine erste richtungsweisende Tendenz.

Der Datenerhebung liegt ein quantitatives Paradigma zu Grunde. Selbstredend muss konstatiert werden, dass jene Forschungsmethodik auch mit kritikwürdigen Defiziten behaftet ist. Demzufolge kann nicht kontrolliert werden, ob die einzelnen Probanden den Fragebogen tatsächlich wahrheitsgemäß ausfüllten. Die Gefahr einer wunschgemäßen Beantwortung in sozialer Erwünschtheit kann ebenso nicht ausgeschlossen werden, wie das Risiko einer absichtlichen Falschbeantwortung (Über- oder Untertreibung) auf Grund von etwaigen internalen oder externalen Kausalitäten. Burnout-Gefährdete bzw. –Betroffene neigen lange Zeit dazu die erlebten Symptome vor ihrem eigenen Selbst zu leugnen oder zu negieren, da sie eine persönliche Konfrontation mit ihren Defiziten als misserfolgsschreibend, und damit als dichotome Bedrohung betrachten (vgl. Schaufeli, Enzmann 1998, S.36, Burisch 2010, S.25f.). Deshalb wäre es denkbar, dass durch die rein quantitative Befragung nicht alle

Burnout-Betroffenen erfasst worden sind, da selbige bewusst oder unbewusst versuchten ihre bedrohliche Situation zu bagatellisieren, weil sie eben durch eine Verdrängung der Symptome eine schmerzvolle, emotionale und kognitive Auseinandersetzung vermeiden können. Ferner kann bei quantitativen Befragungen auch nicht gänzlich ausgeschlossen werden, ob die einzelnen Probanden die Fragebögen alleine oder gemeinsam mit mehreren Teilnehmern kumulativ ausfüllten. Auch die Art und Weise der Fragebogenbeantwortung kann nicht final geklärt werden. Bspw. könnte eine Pflegekraft auf Grund von zeitlichem Stress und weiteren möglichen kurzfristigen Arbeitsplatzbelastungen geneigt sein, eine negativere Fragebogenbewertung abzugeben, als wenn sie in Ruhe und mit etwas Abstand die Fragen mit der nötigen Aufmerksamkeit bearbeitet. Fragebögen sind eigenverantwortlich im Rahmen einer ehrlichen Selbsteinschätzung auszufüllen, deshalb kann summa summarum die verständliche Kritik aufgebracht werden, dass nicht alle 81 Burnout-Betroffenen wohl auch tatsächliche Burnout-Leidende sind. Eine exakte Verifizierung der 81 Burnout-Betroffenen könnte durch klinisch zentrierte Interviews geschehen. Allerdings würde dieser qualitative Ansatz mit der Wahrung der Anonymität kollidieren, welche sich die teilnehmenden Kliniken als Prämisse für die Teilnahme ausbedingten.

Auch die Datenqualität muss sich eine kritische Diskussion gefallen lassen. Acht OK-Dimensionen waren von einer nicht ausreichenden Reliabilität gekennzeichnet: *Autonomie*, *Formalisierung*, *Tradition*, *Reflexivität*, *Effizienz*, *Arbeitsbemühungen*, *Leistungsfeedback* sowie *Qualität* wiesen ein Cronbach's Alpha von unter 0,7 auf. Mit Hilfe von SPSS (Verbesserung der „Reliabilität wenn Item gelöscht“) konnten sieben Dimensionen die Reliabilitätshürde von mindestens 0,6 erreichen. Der verbesserte Reliabilitätswert der OK-Dimension *Reflexivität* bekundete selbst nach Item-Löschung einen Wert, der unter der Grenze von 0,6 lag. Fünf OK-Dimensionen wiesen im weiteren Verlauf der Überprüfung der Datenqualität eine fragwürdige Faktorenstruktur auf. Die Items aus den Dimensionen *Autonomie*, *Mitarbeiterbeteiligung*, *Innovation und Flexibilität*, *Ausrichtung nach Außen* und *Reflexivität* konnten ihren jeweiligen *fünf Dimensionen* nicht eindeutig zugeordnet werden. Alle, außer *Reflexivität*, verfügten mindestens über eine ausreichende Reliabilität, sodass ausschließlich die OK-Dimension *Reflexivität* aus der weiteren Untersuchung herausgenommen wurde. Ein Grund, weshalb einige OK-Dimensionen über eine fragwürdige Reliabilität sowie Faktorenstruktur verfügten, könnte der Tatsache geschuldet sein, dass alle verwendeten Fragebögen vom Englischen ins Deutsche übersetzt wurden. Möglicherweise lag es an der Übersetzung, weswegen Reliabilität und Faktorenstruktur bei einigen OK-Dimensionen Mängel enthielten.

Auf eine Längsschnittstudie wurde verzichtet, weil die teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegekräfte ansonsten einen deutlich höheren (unzumutbaren) zeitlichen Mehraufwand hätten leisten müssen, der aus ökonomischer Sicht eines Krankenhauses nicht zu rechtfertigen wäre. Bezüglich der drei Forschungsfragen wäre eine Längsschnittstudie prinzipiell bei Forschungsfrage eins sinnvoll gewesen, damit die Burnout-Prävalenz über den zeitlichen Verlauf hinweg hätte betrachtet werden können. Unter Abwägung von Aufwand und Ertrag wurde nicht zuletzt auf das verwendete Format einer Querschnittstudie zurückgegriffen, da ansonsten die Teilnehmerzahl deutlich geringer ausgefallen wäre.

## **5 Zukünftige Forschung**

In der vorliegenden Untersuchung konnte im Rahmen der Forschungsfrage 1 herausgestellt werden, wie hoch die Burnout-Prävalenz der teilnehmenden bayerischen Krankenhäuser ausfiel. Zukünftige Forschungen könnten sich etwa damit beschäftigen, wie hoch die Burnout-Betroffenheit deutschlandweit bei Krankenpflegern beschaffen ist. Ein weiterer interessanter Aspekt könnte lauten, einen bundesweiten Burnout-Vergleich auf Länderebene anzustellen. Dadurch kann erkannt werden, wie sich die Bundesländer hinsichtlich Burnout bei Krankenpflegern unterscheiden. Ebenfalls kann ermittelt werden, welche Bundesländer oberhalb und unterhalb der bundesdeutschen Burnout-Prävalenz bei Pflegekräften anzusiedeln sind. Diese Erhebung illustrierte außerdem, welche Krankenhausabteilungen für Pflegekräfte ein besonderes Risiko für ein Burnout darstellen. Dabei konnte aufgrund der kleinen Stichprobe nur für wenige Abteilungen eine Aussage getroffen werden. Deshalb wäre es sinnvoll diese Frage anhand einer größeren, deutschlandweiten Stichprobe zu erforschen, um einerseits alle Abteilungen abdecken und andererseits geeignete Maßnahmen für stark exponierte Abteilungen ableiten zu können. Anhand der zweiten Forschungsfrage wurde aufgezeigt, dass Resilienz Nicht-EE sowie PA fördert. Hierbei ergibt sich ebenfalls zukünftiger Forschungsbedarf, da es von Interesse ist zu ermitteln, inwieweit Resilienz bei Pflegekräften gestärkt werden kann. Zweitens ist es in diesem Nexus relevant zu erforschen, ob Seminare und Coachings diesbezüglich ihrem positiven Weiterentwicklungsruf gerecht werden. Die Ergebnisse wiesen auch daraufhin, dass männliche Krankenpfleger mit höherer Wahrscheinlichkeit in ein DP geraten als ihre weiblichen Kolleginnen. Aus diesem Resultat ergibt sich die Frage, aus welchen Gründen dieser Zusammenhang besteht. Darauf aufbauend könnte dann geklärt werden, ob eventuell Schulungen speziell für männliche Pflegekräfte

dabei helfen können die Entwicklung von DP bei selbigen zu verhindern. In der multivariaten Auswertung machte die binäre logistische Regressionsanalyse darauf aufmerksam, dass ältere Pflegekräfte mit einer leicht erhöhten Wahrscheinlichkeit nicht in ein DP geraten. Hierbei kann zukünftig geforscht werden, ob dieses Resultat tatsächlich generalisierbar ist, und falls ja, mittels welcher Methoden jüngere Pflegekräfte vor einer DP bewahrt werden können. Weiterhin könnten zukünftige Forschungsvorhaben an der Burnout-Früherkennung ansetzen. Interessant ist es zu ergründen, ob Trainings für Pflegedienstleiter und Pflegekräfte dazu beitragen, dass diese frühzeitig mögliche Burnout-Anzeichen bei ihren Pflege-Kollegen feststellen können. Auch die Wiedereingliederung von Burnout-betroffenen Pflegekräften kann Gegenstand künftiger Forschungsarbeiten sein. Hierbei ist es wichtig die Rolle von Pflegedienstleitern, Abteilungsleitern und Kollegen zu untersuchen, damit festgestellt werden kann, mittels welcher Maßnahmen selbige ihren von Burnout-genesenen Kollegen im Rahmen der Wiedereingliederung helfen können. Zukünftige Forschungen könnten sich auch mit der Fragestellung auseinandersetzen, inwieweit Art, geografische Lage und Beschaffenheit eines Krankenhauses dazu beitragen, ob Pflegekräfte in ein Burnout geraten. Die Art der Trägerschaft eines Krankenhauses (Privat, Gemeinnützlich, Öffentlich, Religiös, Stiftung) kann ebenso wie die geografische Lage (Land, Kleinstadt, Ballungsraum, Großstadt) sowie die medizinische Beschaffenheit einer Klinik (Klein, Groß, Uniklinik, Spezialklinik) eine untersuchungswürdige, kausale Variable im Kontext der Burnout-Entstehung bei Pflegekräften darstellen. Schließlich kann auch erforscht werden, ob Krankenhäuser die Burnout-Thematik im Rahmen ihrer internen Kommunikation und betrieblichen Gesundheitsförderung offen, und ohne Stigmatisierung ansprechen, oder ob sie dem emotionalen Erschöpfungssyndrom tabuisierend gegenüberstehen. Hieraus kann die folgende Forschungsfrage initiiert werden, ob Tabuisierung Burnout bei Pflegekräften fördert. Abschließend kann der Fragestellung nachgegangen werden, welcher kommunikativer Kompetenzen eine proaktive Krankenhauskultur bedarf, damit Burnout reduziert werden kann.

## VI Ausblick

Dieser abschließende Gliederungspunkt zeigt Handlungsempfehlungen auf, die Krankenhäusern zur Verfügung stehen, damit gesundheitsförderliche Ressourcen bei Pflegekräften mobilisiert werden können, um Burnout-Reduktion zu erlangen. Dabei stehen die in der dritten Forschungsfrage identifizierten, mangelnden Ressourcen und Grenzfälle im Fokus. Zu jeder einzelnen, mangelnden Ressource sowie Grenzfall werden im Folgenden Möglichkeiten bzw. Maßnahmen exemplifiziert, die, wie bereits erörtert, der Burnout-Reduzierung bei Pflegern dienen.

*AU-Dimension Personaldecke (mangelnde Ressource).* Krankenhäuser können der mangelnden Ressource namens *Personaldecke* entgegenwirken, indem sie zum einen darauf achten, dass in den einzelnen Abteilungen ausreichend Krankenpfleger beschäftigt sind, und zum anderen, dass unterstützende Ressourcen für den Pflegedienst zur Verfügung stehen. Die oberste Prämisse krankenhäuslicher Tätigkeit lautet, Patienten einen gehaltvollen medizinischen sowie pflegerischen Service zu offerieren. Dies lässt sich in der Praxis jedoch ausschließlich mit genügend gesundem Personal umsetzen. In Zeiten von Restrukturierungen, Einsparungen, Übernahmen sowie primär gewinn- und umsatzorientierten Unternehmensphilosophien darf an dieser Stelle kritisch darauf verwiesen werden, dass Krankenhäuser, nebst auf wirtschaftliche Ziele, ihren Fokus primär auf die Gewährleistung eines fundierten, patientenorientierten Services richten sollten, der es Pflegern erlaubt ihren Patienten einfühlsam und altruistisch zu begegnen. Da sich Personalknappheit hierfür als maladaptiv erweist, gilt es aus Krankenhaussicht über ausreichend Pflegekräfte zu verfügen. Denn das letzte Ziel lautet nicht Wirtschaftlichkeit, sondern ist und bleibt das Wohl der Menschen, die die Wirtschaft schaffen und tragen (vgl. Rupp 1929, S.17). Wie oben angesprochen, benötigen Pflegekräfte unterstützende Ressourcen für ihre Tätigkeit. Im Rahmen des Empowerment könnten Pflegekräfte wertvolle Unterstützung durch ihre Führungskräfte erhalten. Unter dem Begriff Empowerment wird die Unterstützung des Mitarbeiters durch Strategien und Maßnahmen verstanden, die ihn in die Lage versetzen, seine Selbstverantwortung und Gesunderhaltung verhaltenswirksam umzusetzen (vgl. Blanchard et al. 1998; zit. nach Uhle, Treier 2011, S.133). In Anlehnung an Uhle und Treier (2011) können Krankenhäuser Pflegekräfte durch folgende vier Empowerment-Faktoren unterstützen sowie motivieren. „Die Führungskräfte:

- müssen den Mitarbeitern ein Vorbild sein,
- sollten Mitarbeiter befähigen,
- sollten Ressourcen zur Verfügung stellen und
- Eigenverantwortung ermöglichen“ (Uhle, Treier 2011, S.133).

Die Aktivierung von Mitarbeitern eigenverantwortlich zu agieren und Interesse für betriebliche Gesundheitsmaßnahmen aufzubringen, setzt voraus, dass Führungskräfte Beschäftigte für gesundheitsförderliche Maßnahmen motivieren, verdeckte oder offene Widerstände der Mitarbeiter reflektieren und jene ressourcenorientiert unterstützen (vgl. Grawe 1998, Grawe et al. 1999; zit. nach Uhle, Treier 2011, S.133f.). Konstruktives Empowerment, im Rahmen der Führungsdidaktik, kann für Pflegekräfte als unterstützende Maßnahme fungieren, um Gesunderhaltung (kein Burnout) zu erleben.

*AU-Dimension Partizipation (mangelnde Ressource).* Kliniken besitzen die Möglichkeit die Partizipation von Pflegekräften zu stärken, indem sie jene aktiver in Krankenhaus-Angelegenheiten involvieren. Ein partizipativer Führungsstil gibt Krankenhausverantwortlichen die Möglichkeit, Pflegekräfte intensiver in arbeitsplatzbezogene Angelegenheiten einzubeziehen. Ein partizipativer Führungsstil stellt gewisse Anforderungen an die Führungskraft. Partizipativ orientierte Führungskräfte sollten:

- ihre Mitarbeitenden mobilisieren, an bestimmten Entscheidungen mitzuwirken.
- von den zu Führenden fordern, selbständig zu arbeiten.
- ihre Untergebenen motivieren, Ideen und Verbesserungsvorschläge aktiv einzubringen.
- eine selbständige Ziel- und Leistungsorientierung von den Mitarbeitern fordern

Dadurch fördern Führungskräfte:

- die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit ihren Mitarbeitern.
- die Personalentwicklung ihrer zu Führenden.
- den Informationsaustausch sowie die Teamarbeit.

Vorteile der partizipativen Führung sind, dass Zufriedenheit, Selbständigkeit sowie Motivation der Mitarbeiter zielorientiert entwickelt werden. Darüber hinaus können Mitarbeiter ihre Kenntnisse aktiv einbringen (vgl. Polzin, Weigl 2014, S.33).

Gebrauchen nur einzelne Führungskräfte eines Krankenhauses einen partizipativen Führungsstil im Umgang mit Pflegekräften, wird der Nutzen dieser Maßnahme nicht allzu effektiv ausfallen. Insofern sollte ein Krankenhaus flächendeckend im Zuge der BGF einen



partizipativen Führungsstil gebrauchen, damit ein echter Mehrwert für die Mitarbeiter, insbesondere für die Pfleger, entsteht.

*OK-Dimension Effizienz (mangelnde Ressource).* Effizientes und produktives Arbeiten der Pflegekräfte ist dann gegeben, wenn diese gut organisierte Ablauf- und Arbeitspläne erhalten. Der mangelnden Ressource *Effizienz* kann aus Krankenhaussicht mit Strategien zur Verbesserung der Arbeits- und Ablauforganisation des gesamten pflegerischen Spektrums entgegengewirkt werden. Wenn pflegerische Arbeits- und Ablauforganisationen effizienter gestaltet werden sollen, ist es unabdingbar eine Befragung bei Pflegekräften durchzuführen, um zu erfahren, welche Abläufe und organisationalen Aspekte aus ihrer Perspektive ineffizient und damit optimierungswürdig sind. Da Pflegekräfte Experten in ihrem Metier sind, sollte eine effiziente Optimierung der Arbeitsabläufe nicht ohne ihre Beteiligung vonstattengehen. In welcher Art und Weise eine mögliche Optimierung der pflegerischen Arbeitsabläufe durchgeführt wird, sollte jedem Krankenhaus individuell überlassen werden. Möglicherweise könnte eine proaktive Organisationsentwicklung eine geeignete Maßnahme verkörpern, damit Pflegekräfte künftig effizientere Arbeitsabläufe vorfinden.

*OK-Dimension Mitarbeiterfürsorge (mangelnde Ressource).* Empowerment durch die Krankenhausorganisation kann sich als dienliche Führungsmethodik für eine verbesserte Mitarbeiterfürsorge erweisen. Damit eine profunde, ganzheitliche Mitarbeiterfürsorgekultur in die tägliche, betriebliche Agens eines Krankenhauses implementiert werden kann, stehen einer Klinik mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Externe Berater für Organisationsentwicklung, sowie interne BGF-Beauftragte können mit dem Einverständnis der Klinikleitung eine gesundheitsförderliche Führungsleitlinie kreieren, die es sich zum Ziel setzt, gemeinsam mit den Beschäftigten die Mitarbeiterfürsorge zu steigern. Daneben bieten sich vor allem für die pflegerischen Führungskräfte Seminare an, in welchen sie bspw. in dem Themenfeld der „vertrauensvollen und altruistischen Führung“ geschult werden. Selbstverständlich existieren im Kontext der Verbesserung der Mitarbeiterfürsorge durch die Krankenhausorganisation zahlreiche weitere Interventions- und Beratungsformate. Die dargestellten Vorschläge sollen nur einen Auszug diesbezüglich darstellen. Unabhängig vom jeweiligen Interventions- und Beratungsformat gilt, dass eine funktionale betriebliche Mitarbeiterfürsorge mitunter folgende Kennzeichen aufzuweisen hat:

Mitarbeiterfürsorge durch die Organisation

- muss von der Krankenhausleitung akzeptiert und bewilligt sein.
- muss von der Krankenhausleitung und den Führungskräften ausgehen.
- muss öffentlich im Krankenhaus kommuniziert und propagiert werden.

- muss die Interessen der Mitarbeiter beachten.
- bedeutet, sich für die Beschäftigten aktiv zu sorgen und zu kümmern.
- meint Mitarbeiter fair zu behandeln.
- heißt die Sorgen, Ängste und Nöte der Pflegekräfte ernst zu nehmen.
- bedeutet Pflegende ehrlich und vertrauensvoll zu behandeln.

Eine verbesserte Mitarbeiterfürsorge durch die Krankenhausorganisation kann sich schließlich auch Burnout-präventionierend für Pfleger auswirken.

*OK-Dimension Klarheit der Organisationsziele (mangelnde Ressource).* Eine klare Definierung der Organisationsziele durch die Krankenhausorganisation, bzw. durch die Pflegedienstleitung, erweist sich für Pflegekräfte als gesundheitsförderliche Ressource, um Burnout vorzubeugen. Nach Locke und Latham (1990) sollten Ziele sowohl schwierig und herausfordernd, als auch präzise und spezifisch formuliert sein, damit die Wahrscheinlichkeit für eine bessere Leistung gesteigert werden kann (vgl. Locke, Latham 1990; zit. nach von Rosenstiel, Nerdinger 2011, S.95). Die Aufstellung und Kommunikation klar definierter Organisationsziele besitzt sowohl für Führungskräfte, als auch für Mitarbeiter Vorteile. Auf die Krankenhausorganisation übertragen bedeutet dies, dass klare Ziele für Pflegekräfte bei einer professionellen Arbeitsausführung richtungsweisend sind, und Pflegeleiter können dadurch die Zielerreichung ihrer zu Führenden besser überprüfen. Hinzu kommt der bereits mehrfach erwähnte gesundheitsförderliche Vorteil, den klare Ziele nach sich ziehen. „Für die Folgende Empfehlungen lassen sich für die Praxis ableiten. Ziele sollten sein:

- präzise und spezifisch,
- in transparenter Weise messbar,
- schwierig, aber erreichbar,
- bei einer Mehrzahl von Zielen einander nicht widersprechend,
- repräsentativ für das Aufgabengebiet,
- glaubhaft (d.h. keine ersatzweise „verdeckten“ Ziele),
- akzeptiert,
- wenn möglich vereinbart,
- nicht zu detailliert im Sinn eines dirigistisch erlebten Zwischenzielsystems und
- mit einer Rückmeldung darüber verbunden, ob die Ziele erreicht worden sind“ (von Rosenstiel, Nerdinger 2011, S.95).

*OK-Dimension Leistungsdruck (mangelnde Ressource).* Im Zuge der Burnout-Prophylaxe empfiehlt es sich aus Perspektive von Krankenhäusern den *Leistungsdruck* von Pflegekräften

zu reduzieren. Busch (2014) weist daraufhin, dass Organisationen *Leistungsdruck* bei Mitarbeitern vermindern können, indem sie sicherstellen, dass ausreichend Personal vorhanden ist. Die positive Konsequenz einer zureichenden Personaldecke liegt in der Milderung überfordernder Arbeitsbedingungen. Des Weiteren verdeutlicht Busch (2014), dass Vorgesetzte im Rahmen ihrer Führungspolitik explizit darauf achten sollen, ob die Aufgaben gerecht an Mitarbeiter verteilt werden. Eine ungerechte Aufgabenverteilung kann diesbezüglich eine erdrückende Schiefelage erzeugen, die individuelle Belastungen forciert (vgl. Busch 2014, S.150).

*AU-Dimension Führung (Grenzfall)*. Die Kompetenz, Führung und Unterstützung eines Pflegedienstleiters nimmt im Kontext der Burnout-Prävention eine Schlüsselrolle ein, da, wie bereits mehrfach erläutert, der Führungsstil Auswirkungen auf EE besitzt. Folgende Möglichkeiten bieten sich einem Krankenhaus an, um die Führungsqualifikationen von Pflegedienstleitern zu entwickeln:

- Auswahl geeigneter Kandidaten durch psychologisch orientierte Assessment Center,
- Vorgabe einheitlicher Führungsleitlinien,
- Schulung der Führungskompetenzen der Pflegedienstleiter in Seminaren und Workshops,
- regelmäßige Evaluation der Fähigkeiten der Pflegedienstleiter durch Pflegekräfte,
- Coachings für Pflegedienstleiter,
- teamstärkende Maßnahmen zur Förderung des gegenseitigen Vertrauens,
- etc.

Eine gesundheitsförderliche Führung durch Pflegedienstleiter kann sich motivationsförderlich für Pflegekräfte auswirken, da sie erkennen, dass ihr Vorgesetzter ihre Bedürfnisse erkennt und sie aktiv zu integrieren versucht. Sorgt sich ein Pflegedienstleiter also aktiv um die Belange der Krankenpfleger, so leistet er einen effektiven Führungsmehrwert in puncto altruistische Burnout-Prävention. Howell und Avolio (1992) zeigten auf, welche persönlichen Qualitätseigenschaften eine ethisch charismatische Führungskraft ausmachen. Jene Führungsmerkmale lassen sich vortrefflich auf Pflegedienstleiter übertragen.

Nach Howell und Avolio (1992) agiert eine ethisch charismatische Führungskraft wie folgt:

- „nutzt Macht um anderen zu dienen
- passt seine Vision an die Bedürfnisse und Sehnsüchte der Geführten an
- beachtet und lernt aus Kritik

- regt die Geführten zum selbständigen Denken sowie zum Hinterfragen der Anschauungen des Führenden an
- offene, zweiseitige Kommunikation
- betreut, entwickelt und fördert die Geführten; teilt Anerkennung mit ihnen
- stützt sich auf eigene moralische Standards zur Befriedigung organisationaler und gesellschaftlicher Interessen“ (Howell, Avolio 1992, S.45; zit. nach Kuhn, Weibler 2012, S.103)

*OK-Dimension Tradition (Grenzfall).* Traditionelle Arbeitsweisen fördern die Burnout-Prävalenz von Pflegekräften. Insofern ist es also aus Krankenhaussicht relevant zu prüfen, welche Arbeitsschritte und Methoden der Krankenpflege innovativer gestaltet werden können. Krankenhausverantwortliche könnten hierbei gemeinsam mit Pflegekräften in Gruppen beratschlagen, welche Stellschrauben der pflegerischen Tätigkeit einem innovativen und veränderungswürdigen Wandel unterzogen werden könnten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass beide Seiten Motivation sowie Volition für eine proaktive Veränderung traditioneller Arbeitsweisen besitzen und mögliche Widerstände, Ängste sowie Unsicherheiten offen und ehrlich thematisieren.

*OK-Dimension Innovation und Flexibilität (Grenzfall).* Die Förderung und Unterstützung neuer, sowie innovativer Vorgehensweisen, als auch ein flexibles Verhalten bei Veränderungen wirkt sich Burnout reduzierend auf Pflegekräfte aus. Hierbei handelt es sich also um das Antonym von *Tradition*. Wie bereits im obigen Absatz zu *Tradition* erwähnt, muss aus Sicht der krankenhausverantwortlichen Entscheidungsträger sorgfältig überprüft werden, welche Aspekte der pflegerischen Tätigkeit neuartig gestaltet werden können. Eine gründliche Abwägung (welche Teilbereiche sollen innovativ verändert werden), mit Hinzunahme einer krankenpflegerischen Expertise kann zeigen, in welchen Arbeitsbereichen es sinnvoll ist innovative Methoden zu implementieren, und in welchen Teilbereichen es eher kontraproduktiv ist.

*OK-Dimension Mitarbeiterbeteiligung (Grenzfall).* Diese Dimension vereint die beiden Subkategorien *Partizipation* und *Kommunikation*. Eine Handlungsempfehlung Pflegekräfte in Krankenhausangelegenheiten besser einzubinden, ist bspw. der partizipative Führungsstil, der bei der Dimension *Partizipation* vorgestellt wurde. Um inhaltliche Wiederholungen zu vermeiden wird demzufolge bei der Dimension *Mitarbeiterbeteiligung* ausschließlich auf den Teilaspekt *Kommunikation* fokussiert. Damit Informationen offen und

frei innerhalb von Organisationen geteilt werden können, existieren mehrere Kommunikationsformate, die selbstverständlich auch für ein Krankenhaus verwendbar sind.

Formen der direkten Kommunikation (Face-to-face-Kommunikation) in Organisationen sind:

- Vorgesetzten-Mitarbeitergespräch,
- Besprechungen,
- Kollegengespräche,
- Betriebsversammlungen und
- Abteilungsbesprechungen

Der Vorteil jener direkten Kommunikationsformate liegt vor allem darin, dass Kritik geäußert und akzeptiert werden kann (vgl. Wilkesmann 2000). Die Präsenz der direkten Kommunikationskanäle verbessert den Kommunikations- und Informationsfluss und erhöht folgerichtig auch die Mitarbeiterbeteiligung, da diese für eine aktive Einbringung und Teilnahme motiviert und mobilisiert werden.

*OK-Dimension Integration (Grenzfall).* Vertrauen und Kooperation zwischen den Abteilungen eines Krankenhauses ist notwendig, damit Burnout von Pflegekräften verringert werden kann. In jenen Krankenhausabteilungen, die in einem hohen wechselseitigen Austausch (Zusammenarbeit) stehen, würden sich Teamentwicklungsmaßnahmen zur Verbesserung des gegenseitigen Vertrauens anbieten. Ferner ist es relevant, dass die einzelnen Abteilungsleiter in Zusammenarbeit mit dem Pflegedienstleiter beratschlagen, zwischen welchen Abteilungen ein Vertrauens- und Kooperationsdefizit herrscht, welche kausalen Aspekte hierfür ursächlich sind, und wie der potentiell dysfunktionale Ist-Zustand führungstechnisch behoben werden kann. Regelmäßige Abteilungssitzungen fördern ebenfalls Vertrauen und Kooperation. Durch die direkte Ansprache von fachlichen und zwischenmenschlichen Problemen können kooperationsmindernde Hindernisse abgebaut und vertrauensförderliche Emotionen und Kognitionen entstehen, die sich förderlich auf die zwischenabteiliche Zusammenarbeit auswirken.

Die aufgezählten und dargestellten Handlungsempfehlungen stellen nur einen Auszug möglicher Veränderungsoptionen dar, die Kliniken im Zuge der Burnout-Prävention bei Pflegekräften anwenden können. Die Intention jener Implikationsniederschrift liegt darin, dass Krankenhäuser eine gedankliche Anregung hinsichtlich potentieller Veränderungsmaßnahmen erhalten, damit effektive Burnout-Prophylaxe betrieben werden kann.

# Anhang

## 1 Reliabilitätsanalyse

### 1.1 Arbeitsumgebung

#### Führung (AU)

**Reliabilitätsstatistik**

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,885	5

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Der/die Pflegedienstleiter(in) kann gut managen und führen.	9,83	8,602	,698	,866
Der/die Pflegedienstleiter(in) steht dem Pflegepersonal bei Entscheidungen	9,93	8,056	,741	,856
Der/die Pflegedienstleiter(in) verwendet Fehler seitens des Pflegepersonals nicht zur Kritik, sondern als Lernmöglichkeit.	9,96	8,669	,677	,870
Der/die Pflegedienstleiter(in) unterstützt das Pflegepersonal.	9,97	8,003	,794	,843
Der/die Pflegedienstleiter(in) lobt das Pflegepersonal und bringt diesem auch Anerkennung entgegen.	10,24	8,217	,704	,865

#### Personaldecke

**Reliabilitätsstatistik**

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,815	4

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Es ist genug Pflegepersonal da, um die Pflegearbeiten erledigen zu können.	5,88	3,452	,678	,747
Es gibt genug Pflegepersonal, damit eine qualitativ hochwertige Patientenpflege geleistet werden kann.	5,96	3,257	,747	,711
Das Krankenhaus bietet adäquate Unterstützungen, die es dem Pflegepersonal ermöglichen, ausreichend Zeit mit den Patienten zu verbringen.	6,00	3,828	,669	,756
Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, Patientenpflege-Probleme mit anderen Kollegen aus dem Pflegepersonal zu besprechen.	5,42	4,039	,468	,843

**Partizipation (AU)**

**Reliabilitätsstatistik**

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,805	9

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Es gibt Möglichkeiten auf der Karriereleiter aufzusteigen.	18,08	16,974	,485	,788
Der/Die Pflegedirektor/Pflegedirektor in ist gegenüber dem Pflegepersonal sehr präsent und sehr zugänglich.	18,39	16,302	,544	,780

Es gibt für das Pflegepersonal die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung.	17,74	17,450	,482	,788
Die Krankenhausleitung hört sich die Anliegen des Pflegepersonals an und antwortet auch auf diese.	18,29	16,682	,531	,782
Das Pflegepersonal hat die Möglichkeit an krankenhauspolitischen Entscheidungen teilzunehmen.	18,80	16,508	,586	,775
Das Pflegepersonal wird in der internen Führung des Krankenhauses miteinbezogen.	18,94	16,796	,617	,773
Die Pflegeleiter/innen beraten sich mit dem Pflegepersonal über tägliche Probleme und Vorgehensweisen.	18,32	17,171	,416	,797
Das Pflegepersonal besitzt die Möglichkeit an Krankenhaus- und Krankenpfleger-Ausschüssen teilzunehmen.	18,51	17,248	,448	,792
Der oberste Pflegedienstleiter/die oberste Pflegedienstleiterin ist in Macht und Autorität zu anderen Führungskräften im Krankenhaus gleichgestellt.	18,31	16,830	,415	,799

## Pflegemodell (AU)

Reliabilitätsstatistik	
Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,785	10



Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Es gibt ein aktives berufsbegleitendes/kontinuierliches Weiterbildungs- Programm für das Pflegepersonal.	25,09	17,961	,421	,770
Die Leitung erwartet, dass hohe Standards in der Krankenpflege eingehalten werden.	24,69	18,187	,451	,767
Es gibt stets aktuelle, schriftliche Pflegepläne für alle Patienten.	25,42	16,638	,535	,755
Es gibt eine klare Pflegephilosophie, die die Patientenpflege durchdringt und bestimmt.	25,36	16,586	,623	,744
Die Pflegearbeit basiert eher auf einem krankenpflegerischen, denn einem medizinischen Modell.	25,49	18,088	,435	,769
Das Pflegepersonal ist klinisch kompetent.	24,88	18,522	,389	,774
Es gibt eine Bestimmung, welche die Pflege- Kontinuität fördert (= ein Patient wird in der jeweiligen Abteilung immer von der- /derselben Krankenschwester/-pfleger versorgt).	25,92	17,913	,352	,780
Diagnosen durch das Pflegepersonal werden anerkannt und auch verwendet.	25,46	17,662	,430	,769
Es existiert ein aktives Qualitätssicherungsprogram m.	25,01	17,508	,536	,757

Es gibt ein Lehrer- Programm für neu angeworbenes Pflegepersonal.	25,49	16,976	,406	,775
--	-------	--------	------	------

## Pflegekraft-Arzt-Beziehung

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,873	3

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Es findet viel Teamwork zwischen Ärzten und Pflegerinnen statt.	5,50	1,784	,726	,851
Ärzte und Pflegerinnen haben gute Arbeitsbeziehungen.	5,31	1,883	,746	,830
Ärzte und Pflegerinnen arbeiten gut zusammen.	5,37	1,844	,800	,782

## 1.2 Organisationsklima

### Mitarbeiterfürsorge

#### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,779	4

#### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Mitfür_1	7,02	3,678	,431	,808
Die Krankenhausorganisation sorgt sich um ihre Mitarbeitenden.	7,03	3,350	,638	,697
Die Krankenhausorganisation versucht sich um ihre Mitarbeitenden zu kümmern.	6,92	3,179	,710	,658
Die Krankenhausorganisation versucht in den Handlungen gegenüber seinen Mitarbeitenden fair zu sein.	6,65	3,610	,579	,729

### Autonomie

#### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,551	5

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Auto_1	9,75	3,692	,349	,472
<b>R_Auto_3</b>	10,72	4,808	<b>,101</b>	<b>,598</b>
R_Auto_5	9,90	3,991	,304	,500
Die Leitung erlaubt es den Mitarbeitenden meistens eigene Entscheidungen zu treffen.	9,91	3,621	,444	,414
Die Leitung vertraut den Mitarbeitenden und lässt diesen ohne vorherige Erlaubnis arbeitsbezogene Entscheidungen treffen.	10,15	3,741	,370	,459

**Autonomie (ohne R\_Auto\_3)**

**Reliabilitätsstatistik**

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,599	4

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Auto_1	7,86	3,000	,357	,548
R_Auto_5	8,01	3,285	,310	,579
Die Leitung erlaubt es den Mitarbeitenden meistens eigene Entscheidungen zu treffen.	8,01	2,972	,447	,477
Die Leitung vertraut den Mitarbeitenden und lässt diesen ohne vorherige Erlaubnis arbeitsbezogene Entscheidungen treffen.	8,25	2,986	,410	,505

## Mitarbeiterbeteiligung

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,748	6

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Mitbet_1	12,15	7,948	,493	,711
R_Mitbet_2	12,16	8,986	,364	,743
R_Mitbet_3	11,47	8,246	,482	,713
R_Mitbet_6	12,30	7,874	,612	,678
Relevante Informationen werden offen geteilt.	11,55	8,654	,420	,730
Die Leitung bezieht die Mitarbeitenden mit ein, wenn Entscheidungen getroffen werden, die sie beeinflussen.	11,69	7,704	,553	,693

## Schulungen

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,727	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Schulungen_3	8,06	4,327	,464	,695
R_Schulungen_4	8,09	3,478	,632	,590
Die Mitarbeitenden werden stark dazu animiert, ihre Fähigkeiten zu entwickeln.	8,47	4,835	,349	,751
Die Mitarbeitenden werden ausreichend geschult, bevor neue Arbeitsgeräte zum Einsatz kommen.	8,26	3,595	,634	,590

## Integration

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,742	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Integration_2	10,39	4,349	,584	,666
R_Integration_3	10,16	4,909	,517	,692
Es gibt hier sehr wenig Konflikte zwischen den Abteilungen.	10,58	5,302	,449	,717
Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen ist sehr effektiv.	10,59	5,308	,545	,686
Die Mitarbeitenden aus den verschiedenen Abteilungen sind bereit Informationen untereinander zu teilen.	10,24	5,610	,452	,716

## Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,843	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Man kann sich darauf verlassen, dass die unmittelbaren Vorgesetzten den Mitarbeitenden gute Anweisungen entgegenbringen.	11,26	7,582	,583	,828

Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihre Mitarbeitenden verstehen.	11,35	6,787	,689	,800
Die jeweiligen unmittelbaren Vorgesetzten können die Probleme ihrer Mitarbeitenden sehr gut verstehen.	11,37	6,655	,699	,797
Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihren Mitarbeitenden vertrauen.	11,10	7,148	,676	,804
Die unmittelbaren Vorgesetzten sind hier freundlich und sehr zugänglich.	11,19	7,507	,598	,824

## Formalisierung

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,613	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach-Alpha, wenn Item gelöscht
<b>R_Forma1_1</b>	11,55	4,672	,206	,639
R_Forma1_4	11,15	3,921	,481	,497
R_Forma1_5	11,26	4,187	,402	,541
Jeder Arbeitsschritt muss nach dem Handbuch vollzogen werden.	11,87	3,995	,354	,568
Es wird als extrem wichtig erachtet, die Regeln zu befolgen.	11,23	4,331	,420	,536

## Formalisierung ohne R\_Formal\_1

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,638	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Formal_4	8,44	2,827	,467	,533
R_Formal_5	8,55	3,048	,388	,589
Jeder Arbeitsschritt muss nach dem Handbuch vollzogen werden.	9,16	2,771	,381	,603
Es wird als extrem wichtig erachtet, die Regeln zu befolgen.	8,51	3,092	,450	,552

## Tradition

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,637	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Die Leitung ist nicht sonderlich daran interessiert neue Ideen auszuprobieren	7,15	3,332	,361	,610
Die oberste Führungsebene hält gerne an bewährten und traditionellen Arbeitsweisen fest.	6,81	3,356	,420	,566
Die Arbeitsweisen dieses Krankenhauses haben sich nie großartig verändert.	7,27	3,199	,444	,548
Veränderungen bezüglich Arbeitsweisen geschehen hier sehr langsam.	6,76	3,424	,449	,548



## Innovation und Flexibilität

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,712	6

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Die Leitung bemerkt es sehr schnell, wenn Änderungen vorgenommen werden müssen.	12,22	6,014	,451	,672
Unterstützung bei der Entwicklung neuer Ideen ist stets vorhanden.	12,12	6,112	,483	,660
Die Krankenhausorganisation ist sehr flexibel: sie kann schnell Arbeitsweisen verändern, um neuen Bedingungen zu genügen, und Probleme lösen, wenn sie auftauchen.	12,54	6,344	,475	,663
Neue Ideen werden hier schnell bejaht und angenommen.	12,50	6,582	,430	,677
Die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus suchen stets nach neuen Wegen Probleme anzugehen.	11,95	7,167	,291	,714
Das Krankenhaus reagiert schnell darauf, wenn Veränderungen getätigt werden müssen.	12,38	6,145	,537	,644

## Ausrichtung nach Außen

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,712	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Ausr_Auss_2	11,11	5,902	,491	,656
R_Ausr_Auss_3	10,99	5,684	,457	,672
R_Ausr_Auss_4	11,18	6,103	,462	,668
R_Ausr_Auss_5	11,22	5,552	,594	,612
Dieses Krankenhaus sieht sich kontinuierlich nach neuen Möglichkeiten im externen Markt um.	11,21	6,649	,354	,707

## Reflexivität

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,523	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
In diesem Krankenhaus nimmt man sich immer wieder Zeit, um organisationale Ziele zu überdenken.	9,66	3,302	,280	,474
In dieser Krankenhausorganisation wird die Art und Weise, wie die Mitarbeitenden zusammenarbeiten, ohne weiteres geändert, wenn dies die Leistung verbessert.	9,83	3,211	,300	,461
In diesem Krankenhaus werden Ziele im Falle wechselnder Umstände geändert.	9,65	3,307	,374	,420
Die Methoden, die in diesem Krankenhaus verwendet werden, um die Arbeit zu erledigen, werden oft diskutiert.	9,63	3,648	,172	,538
Es gibt regelmäßige Diskussionen zu dem Thema, ob die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus effektiv zusammenarbeiten.	9,99	3,263	,340	,436

## Reflexivität ohne Reflex\_4

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,529	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
In diesem Krankenhaus nimmt man sich immer wieder Zeit, um organisationale Ziele zu überdenken.	7,09	2,333	,307	,465
In dieser Krankenhausorganisation wird die Art und Weise, wie die Mitarbeitenden zusammenarbeiten, ohne weiteres geändert, wenn dies die Leistung verbessert.	7,26	2,317	,290	,482
In diesem Krankenhaus werden Ziele im Falle wechselnder Umstände geändert.	7,08	2,381	,383	,405
Es gibt regelmäßige Diskussionen zu dem Thema, ob die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus effektiv zusammenarbeiten.	7,42	2,437	,294	,475

## Klarheit über organisationale Ziele

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,812	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach-Alpha, wenn Item gelöscht
R_Klar_Ziel_1	9,19	6,703	,427	,830
Jeder, der hier arbeitet, ist gut über die Langzeitpläne und –ausrichtungen des Krankenhauses informiert.	9,53	5,950	,660	,757
Es gibt eine klare Wahrnehmung darüber, in welche Richtung sich dieses Krankenhaus bewegt.	9,29	6,247	,642	,763
Die Mitarbeitenden haben ein gutes Verständnis darüber, welche Ziele das Krankenhaus verfolgt.	9,25	6,467	,603	,775
Zukünftige Ausrichtungen des Krankenhauses werden allen immer klar kommuniziert.	9,56	6,184	,698	,748

### Arbeitsbemühungen

#### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,641	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach-Alpha, wenn Item gelöscht
R_Arb_bem_2	12,01	3,625	,456	,556
R_Arb_bem_3	12,06	3,612	,457	,555
Die Mitarbeitenden sind enthusiastisch bezüglich ihrer Arbeit.	13,25	4,302	,174	,696
Die Mitarbeitenden sind bereit, einen besonderen Aufwand zu leisten, um eine gute Arbeit leisten zu können.	12,37	3,696	,461	,555
Die Mitarbeitenden wollen immer gemäß ihrer Fähigkeiten das bestmögliche leisten.	12,11	3,898	,465	,559

## Arbeitsbemühungen ohne Arb\_bem\_1

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,697	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Arb_bem_2	9,81	2,604	,467	,642
R_Arb_bem_3	9,86	2,474	,529	,601
Die Mitarbeitenden sind bereit, einen besonderen Aufwand zu leisten, um eine gute Arbeit leisten zu können.	10,17	2,720	,444	,656
Die Mitarbeitenden wollen immer gemäß ihrer Fähigkeiten das bestmögliche leisten.	9,92	2,818	,490	,630

## Effizienz

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,596	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
<b>R_Effi_1</b>	6,84	3,460	,262	,610
R_Effi_2	6,86	2,781	,457	,456
R_Effi_3	7,13	3,158	,484	,452
R_Effi_4	6,85	3,303	,326	,563

## Effizienz ohne R\_Effi\_1

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,608	3

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach-Alpha, wenn Item gelöscht
R_Effi_2	4,47	1,653	,420	,508
R_Effi_3	4,74	1,907	,487	,422
R_Effi_4	4,48	1,937	,356	,593

## Qualität

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,590	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach-Alpha, wenn Item gelöscht
R_Qual_3	9,45	2,692	,298	,580
Diese Krankenhausorganisation versucht immer die höchsten Qualitätsstandards zu erreichen.	9,33	2,624	,479	,443
Qualität wird hier sehr wichtig genommen.	9,39	2,370	,509	,404
Die Mitarbeitenden glauben, dass der Unternehmenserfolg des Krankenhauses von der hohen Arbeitsqualität abhängt.	9,61	2,994	,231	,622

## Qualität ohne Qual\_4

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,621	3

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Qual_3 Diese Krankenhausorganisation	6,47	1,625	,322	,684
versucht immer die höchsten Qualitätsstandards zu erreichen.	6,35	1,657	,475	,468
Qualität wird hier sehr wichtig genommen.	6,40	1,438	,510	,400

## Leistungsdruck

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,696	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Leist_dr_1	12,11	4,967	,407	,665
R_Leist_dr_5	11,76	5,690	,317	,695
Es wird von den Mitarbeitenden erwartet, viel zu viel Arbeit pro Tag zu erledigen.	12,21	4,395	,529	,611
Die Mitarbeitenden werden unter Druck gesetzt, die vorgegebenen Ziele zu erreichen.	12,74	4,589	,463	,642
Die Leitung fordert von den Mitarbeitenden, extrem hart zu arbeiten.	12,81	4,221	,543	,604

## Leistungsfeedback

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,683	5

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Leist_feed_2	10,06	5,481	,502	,605
R_Leist_feed_4	10,13	5,182	,527	,591
<b>R_Leist_feed_3</b>	10,04	6,452	<b>,202</b>	<b>,730</b>
Die Mitarbeitenden erhalten hier für gewöhnlich ein Feedback über ihre geleistete Arbeitsqualität.	10,12	5,475	,509	,602
Die Leistung von Mitarbeitenden wird regelmäßig gemessen.	10,21	5,437	,473	,616

## Leistungsfeedback ohne R\_Leist\_feed\_3

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,730	4

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Leist_feed_2	7,47	4,108	,493	,686
R_Leist_feed_4	7,53	3,807	,532	,664
Die Mitarbeitenden erhalten hier für gewöhnlich ein Feedback über ihre geleistete Arbeitsqualität.	7,52	3,992	,541	,659
Die Leistung von Mitarbeitenden wird regelmäßig gemessen.	7,61	3,914	,517	,672



### 1.3 Burnout

EE

**Reliabilitätsstatistik**

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,900	9

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.	18,96	98,813	,782	,880
Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.	18,63	99,825	,751	,882
Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	19,03	98,812	,682	,887
Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.	21,21	108,027	,551	,897
Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.	19,88	93,013	,844	,874
Meine Arbeit frustriert mich.	20,31	100,020	,687	,887
Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.	18,97	102,142	,540	,900
Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.	21,38	112,939	,427	,904
Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann und am Ende bin.	20,58	98,641	,745	,882

**DP**

**Reliabilitätsstatistik**

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,744	5

**Item-Skala-Statistik**

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob sie unpersönliche „Objekte“ wären.	5,40	22,598	,563	,683
Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.	5,20	20,031	,659	,640
Ich befürchte, dass diese Arbeit mit emotional verhärtet.	4,59	19,526	,558	,680
Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird.	5,08	22,626	,473	,711
Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.	4,70	24,696	,315	,765

PA

Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,772	8

Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzuversetzen.	31,51	46,528	,391	,761
Den Umgang mit den Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff.	31,66	45,458	,384	,762
Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiv beeinflusse.	32,29	40,767	,497	,744
Ich fühle mich voller Tatkraft.	32,80	41,116	,504	,742
Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.	31,83	43,937	,438	,754
Ich fühle mich erheitert und beschwingt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.	32,47	39,896	,563	,731
Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.	32,55	39,468	,582	,728
In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.	32,54	42,359	,422	,758

## Resilienz

### Reliabilitätsstatistik

Cronbach-Alpha	Anzahl der Items
,819	6

### Item-Skala-Statistik

	Mittelwert skalieren, wenn Item gelöscht	Varianz skalieren, wenn Item gelöscht	Korrigierte Item- Skala- Korrelation	Cronbach- Alpha, wenn Item gelöscht
R_Res_2	17,45	14,864	,517	,804
R_Res_4	17,74	14,651	,545	,799
R_Res_6	17,67	13,874	,616	,783
Ich tendiere dazu, nach schwierigen Zeiten schnell wieder auf die Beine zu kommen.	17,17	14,974	,577	,792
Ich brauche nicht lange, um mich von einem stressreichen Ereignis zu erholen.	17,67	13,856	,623	,782
Gewöhnlich überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	17,54	14,375	,627	,781

## 2 Konfirmatorische Faktorenanalyse

### 2.1 Organisationsklima

Rotierte Komponentenmatrix<sup>a</sup>

	Komponente																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Die jeweiligen unmittelbaren Vorgesetzten können die Probleme ihrer Mitarbeitenden sehr gut verstehen.	,782																
Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihre Mitarbeitenden verstehen.	,741																
Die unmittelbaren Vorgesetzten sind hier freundlich und sehr zugänglich.	,688																
Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihren Mitarbeitenden vertrauen.	,676																
Man kann sich darauf verlassen, dass die unmittelbaren Vorgesetzten den Mitarbeitenden gute Anweisungen entgegenbringen.	,646																
Die Leitung ist nicht sonderlich daran interessiert neue Ideen auszuprobieren	-,418													-,341			
Die Leitung bemerkt es sehr schnell, wenn Änderungen vorgenommen werden müssen.	,408							,374			,310			,302			
R_Mitfür_1	,668																
Die Krankenhausorganisation sorgt sich um ihre Mitarbeitenden.	,619																
Die Krankenhausorganisation versucht sich um ihre Mitarbeitenden zu kümmern.	,579																

Faktor 1: Unterstützung durch den unmittelbaren Vorgesetzten

Faktor 2: Mitarbeiterfürsorge

R\_Ausr\_Auss\_3

R\_Mitbet\_1

**Die Krankenhausorganisation versucht in den Handlungen gegenüber seinen Mitarbeitenden fair zu sein.**

R\_Mitbet\_6

R\_Ausr\_Auss\_5

Die Krankenhausorganisation ist sehr flexibel: sie kann schnell Arbeitsweisen verändern, um neuen Bedingungen zu genügen, und Probleme lösen, wenn sie auftauchen.

**Es gibt eine klare Wahrnehmung darüber, in welche Richtung sich dieses Krankenhaus bewegt.**

**Zukünftige Ausrichtungen des Krankenhauses werden allen immer klar kommuniziert.**

**Jeder, der hier arbeitet, ist gut über die Langzeitpläne und –ausrichtungen des Krankenhauses informiert.**

**Die Mitarbeitenden haben ein gutes Verständnis darüber, welche Ziele das Krankenhaus verfolgt.**

R\_Klar\_Ziel\_1

Relevante Informationen werden offen geteilt.

Das Krankenhaus reagiert schnell darauf, wenn Veränderungen getätigt werden müssen.

**Diese Krankenhausorganisation versucht immer die höchsten Qualitätsstandards zu erreichen.**

**Qualität wird hier sehr wichtig genommen.**

,562

,493

,492

,489

,442

,357

**Faktor 2: Mitarbeiterfürsorge**

,362

,762

,741

,736

,677

,371

,333

,311

,309

,690

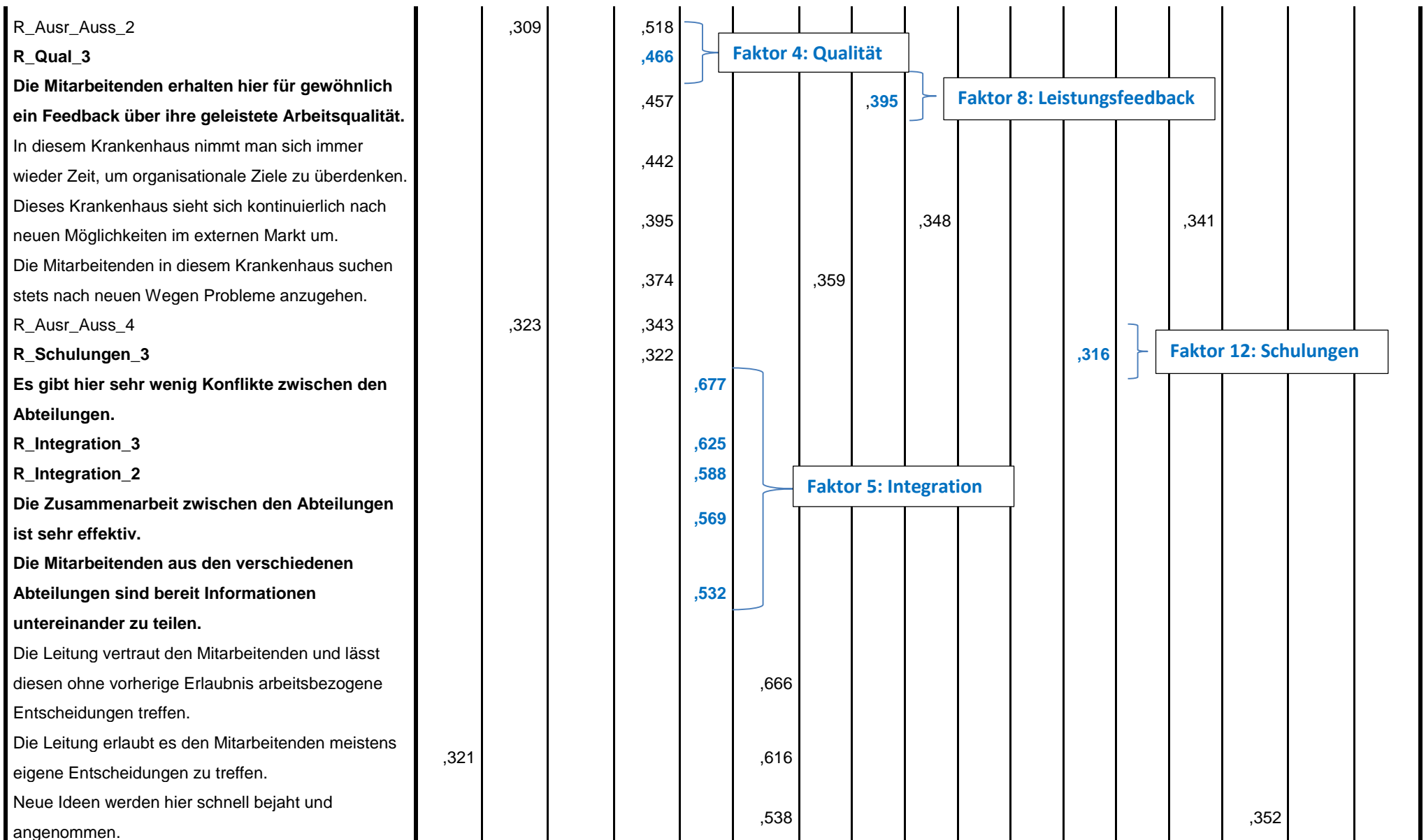
,558

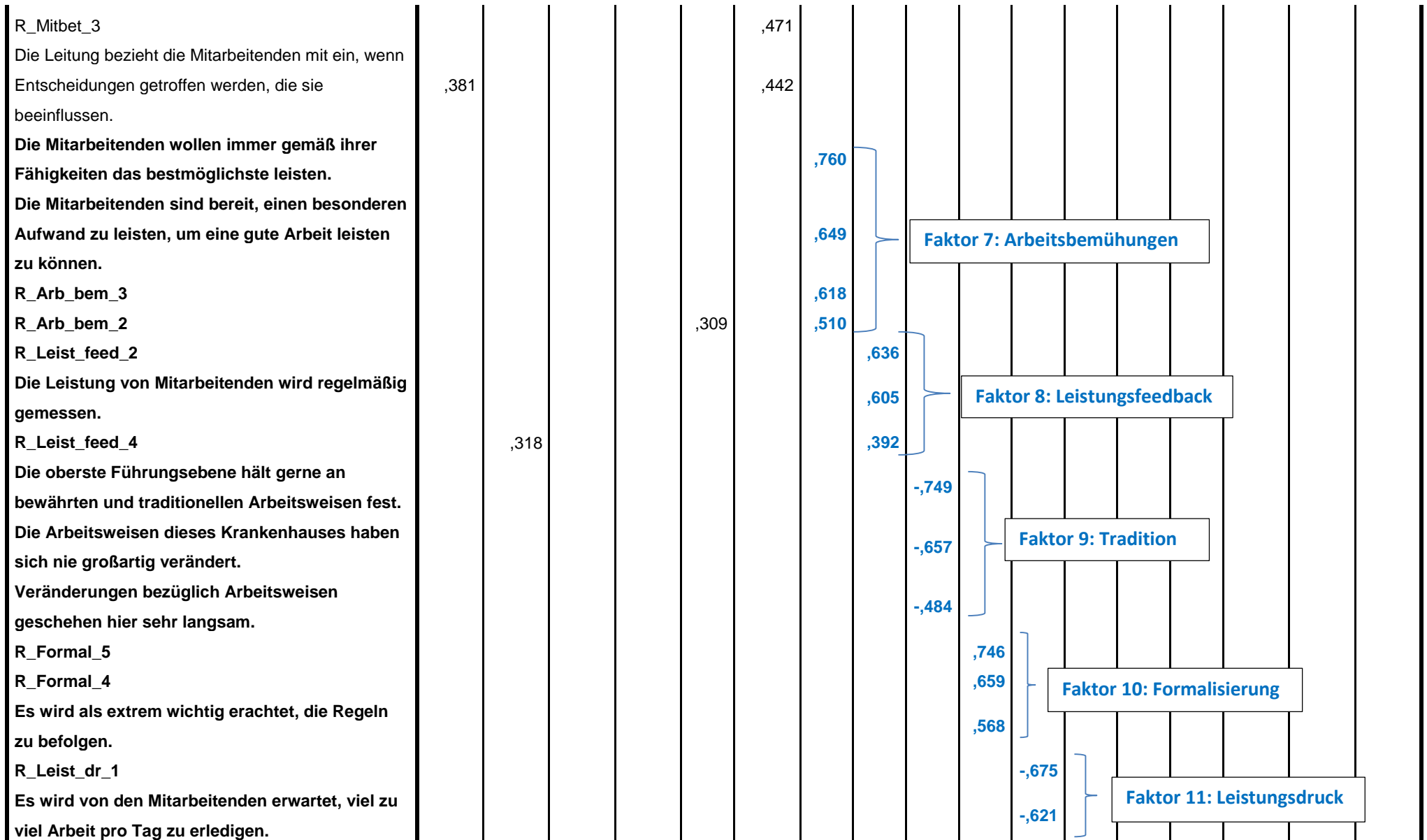
**Faktor 4: Qualität**

,356

**Faktor 3: Klarheit über organisationale Ziele**

,355











## Burnout (MBI)

Rotierte Komponentenmatrix<sup>a</sup>

	Komponente		
	1	2	3
Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.	,864		
Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.	,857		
Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.	,855		
Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann und am Ende bin.	,780		
Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	,743		
Meine Arbeit frustriert mich.	,660		,335
Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.	,660		
Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.		,708	
Ich fühle mich erheitert und beschwingt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.		,679	
Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiv beeinflusse.		,663	
Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.		,599	
In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.		,553	
Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzusetzen.		,537	
Den Umgang mit den Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff.		,518	
Ich fühle mich voller Tatkraft.		,502	
Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.	-,470		,761
Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob sie unpersönliche „Objekte“ wären.			,722
Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird.			,672
Ich befürchte, dass diese Arbeit mit emotional verhärtet.			,639
Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.	,414		,563
Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.			,483
Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.	,340		,410

Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Rotation konvergierte in 5 Iterationen.

### 3. Überprüfung auf Normalverteilung

Bemerkung: Der Zusatz „alle“ bedeutet, dass nur die Skalen verwendet wurden, bei denen jeweils alle Items beantwortet worden sind.

#### Arbeitsumgebung

Statistiken\_alle

		AU_Führung_alle	AU_Personaldecke_alle	AU_Partizipation_alle	AU_Pflegemodell_alle	AU_P_A_Beziehung_alle
N	Gültig	504	559	504	519	554
	Fehlend	57	2	57	42	7
	Schiefe	-,067	,617	,188	,024	-,282
	Standardfehler der Schiefe	,109	,103	,109	,107	,104
	Kurtosis	-,557	,075	-,029	-,215	-,031
	Standardfehler der Kurtosis	,217	,206	,217	,214	,207

#### Organisationsklima

Statistiken

		autonomie.neu.alle	formalisierung.neu.alle	reflexivität.neu.alle	arbeitsbemühungen.neu.alle	effizienz.neu.alle	qualität.neu.alle	leistungsfeedback.neu.alle
N	Gültig	544	531	531	551	551	549	552
	Fehlend	17	30	30	10	10	12	9
	Schiefe	-,286	-,250	-,309	-,836	,023	-,604	-,201
	Standardfehler der Schiefe	,105	,106	,106	,104	,104	,104	,104
	Kurtosis	,192	,441	-,158	,900	-,381	,281	-,439
	Standardfehler der Kurtosis	,209	,212	,212	,208	,208	,208	,208

Statistiken

		Mitarbeiterfürsorge_alle	Mitarbeiterbeteiligung.alle	Schulungenn.alle	Integration.alle	Unterstützung.alle
N	Gültig	533	538	548	542	547
	Fehlend	28	23	13	19	14
	Schiefe	-,212	-,234	-,341	-,323	-,364
	Standardfehler der Schiefe	,106	,105	,104	,105	,104
	Kurtosis	-,674	-,498	-,206	-,145	-,360
	Standardfehler der Kurtosis	,211	,210	,208	,209	,209

### Statistiken

		Tradition. alle	Innovation_Flexibilität. alle	Ausrichtung _Außen.alle	Klarheit. alle	Leistungsdruck. alle
N	Gültig	539	526	514	542	547
	Fehlend	22	35	47	19	14
	<b>Schiefe</b>	<b>,356</b>	<b>-,089</b>	<b>-,295</b>	<b>-,069</b>	<b>-,164</b>
	Standardfehler der Schiefe	,105	,106	,108	,105	,104
	<b>Kurtosis</b>	<b>,127</b>	<b>-,167</b>	<b>-,150</b>	<b>-,287</b>	<b>-,578</b>
	Standardfehler der Kurtosis	,210	,213	,215	,209	,209

### Burnout (MBI)

#### Statistiken

		EE_alle	DP_alle	PA_alle	Resilienz.alle
N	Gültig	534	551	527	540
	Fehlend	27	10	34	21
	<b>Schiefe</b>	<b>,247</b>	<b>1,276</b>	<b>-,705</b>	<b>-,462</b>
	Standardfehler der Schiefe	,106	,104	,106	,105
	<b>Kurtosis</b>	<b>-,718</b>	<b>1,382</b>	<b>,303</b>	<b>-,067</b>
	Standardfehler der Kurtosis	,211	,208	,212	,210

## 4. Deskriptive Befunde

### 4.1 Häufigkeiten der Kontrollvariablen

**Resilienz.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	110	19,6	20,4	20,4
	hoch	430	76,6	79,6	100,0
	Gesamtsumme	540	96,3	100,0	
Fehlend	System	21	3,7		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	nein	476	84,8	85,9	85,9
	ja	78	13,9	14,1	100,0
	Gesamtsumme	554	98,8	100,0	
Fehlend	-99	7	1,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	nein	457	81,5	83,2	83,2
	ja	92	16,4	16,8	100,0
	Gesamtsumme	549	97,9	100,0	
Fehlend	-99	12	2,1		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Praktizieren Sie Entspannungsübungen?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	nein	385	68,6	69,5	69,5
	ja	169	30,1	30,5	100,0
	Gesamtsumme	554	98,8	100,0	
Fehlend	-99	7	1,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

### Wie alt sind Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	15-20	9	1,6	1,6	1,6
	21-25	73	13,0	13,3	14,9
	26-30	63	11,2	11,5	26,4
	31-35	49	8,7	8,9	35,3
	36-40	58	10,3	10,6	45,9
	41-45	79	14,1	14,4	60,3
	46-50	82	14,6	14,9	75,2
	51-55	90	16,0	16,4	91,6
	56 und älter	46	8,2	8,4	100,0
	Gesamtsumme	549	97,9	100,0	
Fehlend	-99	12	2,1		
Gesamtsumme		561	100,0		

### Geschlecht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	weiblich	475	84,7	87,5	87,5
	männlich	68	12,1	12,5	100,0
	Gesamtsumme	543	96,8	100,0	
Fehlend	-99	18	3,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

### Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	ledig	90	16,0	16,6	16,6
	in einer Beziehung	122	21,7	22,5	39,0
	verheiratet	287	51,2	52,9	91,9
	geschieden	28	5,0	5,2	97,1
	getrennt	16	2,9	2,9	100,0
	Gesamtsumme	543	96,8	100,0	
Fehlend	-99	18	3,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Seit wie vielen Jahren sind Sie berufstätig?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	0-5	82	14,6	14,9	14,9
	6-10	71	12,7	12,9	27,8
	11-15	63	11,2	11,4	39,2
	16-20	62	11,1	11,3	50,5
	21-25	80	14,3	14,5	65,0
	26-30	78	13,9	14,2	79,1
	31 und länger	115	20,5	20,9	100,0
	Gesamtsumme	551	98,2	100,0	
Fehlend	-99	10	1,8		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in der aktuellen Krankenhausabteilung?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	0-5	183	32,6	33,3	33,3
	6-10	103	18,4	18,7	52,0
	11-15	77	13,7	14,0	66,0
	16-20	48	8,6	8,7	74,7
	21-25	61	10,9	11,1	85,8
	26-30	37	6,6	6,7	92,5
	31 und länger	41	7,3	7,5	100,0
	Gesamtsumme	550	98,0	100,0	
Fehlend	-99	11	2,0		
Gesamtsumme		561	100,0		

**In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Anästhesiologie und Intensivmedizin	90	16,0	16,8	16,8
	Chirurgie	108	19,3	20,1	36,9
	Gynäkologie und Geburtshilfe	36	6,4	6,7	43,6
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	5	,9	,9	44,5



Innere Medizin		113	20,1	21,0	65,5
Kinder- und Jugendheilkunde		67	11,9	12,5	78,0
Neurologie		23	4,1	4,3	82,3
Orthopädie		9	1,6	1,7	84,0
Onkologie		27	4,8	5,0	89,0
Palliativmedizin		21	3,7	3,9	92,9
Psychosomatik		3	,5	,6	93,5
Rehabilitaiton		10	1,8	1,9	95,3
Remobilisation/Akutgeriatrie		5	,9	,9	96,3
Urologie		20	3,6	3,7	100,0
Gesamtsumme		537	95,7	100,0	
Fehlend -99		24	4,3		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Für wie viele Patienten mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht die Pflege und Aufsicht übernehmen?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	0-3	72	12,8	13,4	13,4
	4-5	50	8,9	9,3	22,7
	6-7	39	7,0	7,3	30,0
	7-8	41	7,3	7,6	37,6
	9 oder mehr Patienten	335	59,7	62,4	100,0
	Gesamtsumme	537	95,7	100,0	
Fehlend -99		24	4,3		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Teilzeit	229	40,8	41,9	41,9
	Vollzeit	317	56,5	58,1	100,0
	Gesamtsumme	546	97,3	100,0	
Fehlend -99		15	2,7		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	sehr unzufrieden	26	4,6	4,7	4,7
	unzufrieden	59	10,5	10,7	15,5
	weder/noch	78	13,9	14,2	29,7
	zufrieden	319	56,9	58,1	87,8
	sehr zufrieden	67	11,9	12,2	100,0
	Gesamtsumme	549	97,9	100,0	
Fehlend	-99	12	2,1		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Wie lautet Ihre krankpflegerische Qualifizierung?**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Krankenschwester ohne Zusatzausbildung	302	53,8	55,5	55,5
	Krankenschwester mit Zusatzausbildung	242	43,1	44,5	100,0
	Gesamtsumme	544	97,0	100,0	
Fehlend	-99	17	3,0		
Gesamtsumme		561	100,0		

## 4.2 Häufigkeiten bzgl. Arbeitsumgebung und Organisationsklima

### Arbeitsumgebung

**AU\_Führung\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	238	42,4	47,2	47,2
	hoch	266	47,4	52,8	100,0
	Gesamtsumme	504	89,8	100,0	
Fehlend	System	57	10,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

**AU\_Personaldecke\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	432	77,0	77,3	77,3
	hoch	127	22,6	22,7	100,0
	Gesamtsumme	559	99,6	100,0	
Fehlend	System	2	,4		
Gesamtsumme		561	100,0		

**AU\_Partizipation\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	329	58,6	65,3	65,3
	hoch	175	31,2	34,7	100,0
	Gesamtsumme	504	89,8	100,0	
Fehlend	System	57	10,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

**AU\_Pflegemodell\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	115	20,5	22,2	22,2
	hoch	404	72,0	77,8	100,0
	Gesamtsumme	519	92,5	100,0	
Fehlend	System	42	7,5		
Gesamtsumme		561	100,0		

**AU\_P\_A Beziehung\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	192	34,2	34,7	34,7
	hoch	362	64,5	65,3	100,0
	Gesamtsumme	554	98,8	100,0	
Fehlend	System	7	1,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Organisationsklima**

**autonomie.neu.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	145	25,8	26,7	26,7
	hoch	399	71,1	73,3	100,0
	Gesamtsumme	544	97,0	100,0	
Fehlend	System	17	3,0		
Gesamtsumme		561	100,0		

**formalisierung.neu.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	79	14,1	14,9	14,9
	hoch	452	80,6	85,1	100,0
	Gesamtsumme	531	94,7	100,0	
Fehlend	System	30	5,3		
Gesamtsumme		561	100,0		

**arbeitsbemühungen.neu.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	30	5,3	5,4	5,4
	hoch	521	92,9	94,6	100,0
	Gesamtsumme	551	98,2	100,0	
Fehlend	System	10	1,8		
Gesamtsumme		561	100,0		

**effizienz.neu.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	343	61,1	62,3	62,3
	hoch	208	37,1	37,7	100,0
	Gesamtsumme	551	98,2	100,0	
Fehlend	System	10	1,8		
Gesamtsumme		561	100,0		

**qualität.neu.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	62	11,1	11,3	11,3
	hoch	487	86,8	88,7	100,0
	Gesamtsumme	549	97,9	100,0	
Fehlend	System	12	2,1		
Gesamtsumme		561	100,0		

**leistungsfeedback.neu.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	221	39,4	40,0	40,0
	hoch	331	59,0	60,0	100,0
	Gesamtsumme	552	98,4	100,0	
Fehlend	System	9	1,6		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Mitarbeiterfürsorge.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	281	50,1	52,7	52,7
	hoch	252	44,9	47,3	100,0
	Gesamtsumme	533	95,0	100,0	
Fehlend	System	28	5,0		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Mitarbeiterbeteiligung.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	257	45,8	47,8	47,8
	hoch	281	50,1	52,2	100,0
	Gesamtsumme	538	95,9	100,0	
Fehlend	System	23	4,1		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Schulungen.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	158	28,2	28,8	28,8
	hoch	390	69,5	71,2	100,0
	Gesamtsumme	548	97,7	100,0	
Fehlend	System	13	2,3		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Integration.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	228	40,6	42,1	42,1
	hoch	314	56,0	57,9	100,0
	Gesamtsumme	542	96,6	100,0	
Fehlend	System	19	3,4		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Unterstützung.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	162	28,9	29,6	29,6
	hoch	385	68,6	70,4	100,0
	Gesamtsumme	547	97,5	100,0	
Fehlend	System	14	2,5		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Tradition.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	299	53,3	55,5	55,5
	hoch	240	42,8	44,5	100,0
	Gesamtsumme	539	96,1	100,0	
Fehlend	System	22	3,9		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Innovation\_Flexibilität.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	249	44,4	47,3	47,3
	hoch	277	49,4	52,7	100,0
	Gesamtsumme	526	93,8	100,0	
Fehlend	System	35	6,2		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Ausrichtung\_Außen.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	158	28,2	30,7	30,7
	hoch	356	63,5	69,3	100,0
	Gesamtsumme	514	91,6	100,0	
Fehlend	System	47	8,4		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Klarheit.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	318	56,7	58,7	58,7
	hoch	224	39,9	41,3	100,0
	Gesamtsumme	542	96,6	100,0	
Fehlend	System	19	3,4		
Gesamtsumme		561	100,0		

**Leistungsdruck.alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	77	13,7	14,1	14,1
	hoch	470	83,8	85,9	100,0
	Gesamtsumme	547	97,5	100,0	
Fehlend	System	14	2,5		
Gesamtsumme		561	100,0		

**4.3 Häufigkeiten bzgl. Burnout**

**EE\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	459	81,8	86,0	86,0
	hoch	75	13,4	14,0	100,0
	Gesamtsumme	534	95,2	100,0	
Fehlend	System	27	4,8		
Gesamtsumme		561	100,0		

**DP\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	529	94,3	96,0	96,0
	hoch	22	3,9	4,0	100,0
	Gesamtsumme	551	98,2	100,0	
Fehlend	System	10	1,8		
Gesamtsumme		561	100,0		

**PA\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	114	20,3	21,6	21,6
	hoch	413	73,6	78,4	100,0
	Gesamtsumme	527	93,9	100,0	
Fehlend	System	34	6,1		
Gesamtsumme		561	100,0		



## 4.4 Burnout-Stufen

### Stufe 1: EE $\geq$ 4,00 und DP $\leq$ 4,00

#### Statistiken

EE\_alle\_klassiert =2 &

DP\_alle\_klassiert = 1 (FILTER)

N	Gültig	60
	Fehlend	0

= ca. 11,23 Prozent

### 2. Stufe: EE $\leq$ 4,00 und DP $\geq$ 4,00

#### Statistiken

EE\_alle\_klassiert =1 &

DP\_alle\_klassiert = 2 (FILTER)

N	Gültig	6
	Fehlend	0

= ca. 1,09 Prozent

### 3. Stufe: EE $\geq$ 4,00 & DP $\geq$ 4,00

#### Statistiken

EE\_alle\_klassiert =2 &

DP\_alle\_klassiert = 2 (FILTER)

N	Gültig	15
	Fehlend	0

= ca. 2,8 Prozent

#### 4.5 Burnout-Häufigkeiten und –Stufen in den Abteilungen

##### Gültige Fälle

gültige Fälle	Anästhesiologie	Chirurgie	Gynäkologie	HNO	Innere Medizin	Kinder- und Jugendheilkunde	Neurologie	Orthopädie	Onkologie	Palliativmedizi	Psychosomatik	Rehabilitation	Remobilisation	Urologie
EE	88	103	35	-	108	62	-	9	26	-	-	10	-	-
DP	90	107	35	-	111	-	22	-	27	-	-	-	-	-
PA	90	102	33	4	106	-	-	-	24	21	-	-	-	19

1 = Anästhesiologie und Intensivmedizin (Narkosen, Notfallmedizin, Schmerztherapie)

##### 90 Fälle

###### EE\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	76	84,4	86,4	86,4
	hoch	12	13,3	13,6	100,0
	Gesamtsumme	88	97,8	100,0	
Fehlend	System	2	2,2		
Gesamtsumme		90	100,0		

###### DP\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	84	93,3	93,3	93,3
	hoch	6	6,7	6,7	100,0
	Gesamtsumme	90	100,0	100,0	

###### PA\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	19	21,1	21,8	21,8
	hoch	68	75,6	78,2	100,0
	Gesamtsumme	87	96,7	100,0	
Fehlend	System	3	3,3		
Gesamtsumme		90	100,0		

### Stufe 1: EE >= 4,00

Krankenhausabteilung = 1 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 1

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	7	100,0	100,0	100,0

7/88 = 8,0 Prozent

### 2. Stufe: EE <= 4,00 und DP >= 4,00

Krankenhausabteilung = 1 & EE\_alle\_klassiert = 1 & DP\_alle\_klassiert = 2

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	1	100,0	100,0	100,0

1/90 = 1,1 Prozent

### 3. Stufe: EE >= 4,00 und DP >= 4,00

Krankenhausabteilung = 1 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 2

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	5	100,0	100,0	100,0

5/90 = 5,6 Prozent

### 3 = Chirurgie

108 Fälle

**EE\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	87	80,6	84,5	84,5
	hoch	16	14,8	15,5	100,0
	Gesamtsumme	103	95,4	100,0	
Fehlend	System	5	4,6		
Gesamtsumme		108	100,0		

**DP\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	102	94,4	95,3	95,3
	hoch	5	4,6	4,7	100,0
	Gesamtsumme	107	99,1	100,0	
Fehlend	System	1	,9		
Gesamtsumme		108	100,0		

**PA\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	28	25,9	27,5	27,5
	hoch	74	68,5	72,5	100,0
	Gesamtsumme	102	94,4	100,0	
Fehlend	System	6	5,6		
Gesamtsumme		108	100,0		

### Stufe 1: EE >= 4,00

Krankenhausabteilung = 3 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 1

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	15	100,0	100,0	100,0

15/103 = 14,6 Prozent

### 2. Stufe: EE <= 4,00 und DP >= 4,00

Krankenhausabteilung = 3 & EE\_alle\_klassiert = 1 & DP\_alle\_klassiert = 2

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	3	100,0	100,0	100,0

3/107 = 2,8 Prozent

### 3. Stufe: EE >= 4,00 und DP >= 4,00

Krankenhausabteilung = 3 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 2

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	1	100,0	100,0	100,0

1/102 = 1,0 Prozent

## 5 = Gynäkologie und Geburtshilfe

36 Fälle

EE\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	33	91,7	94,3	94,3
	hoch	2	5,6	5,7	100,0
	Gesamtsumme	35	97,2	100,0	
Fehlend	System	1	2,8		
Gesamtsumme		36	100,0		

DP\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	34	94,4	97,1	97,1
	hoch	1	2,8	2,9	100,0
	Gesamtsumme	35	97,2	100,0	
Fehlend	System	1	2,8		
Gesamtsumme		36	100,0		

PA\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	4	11,1	12,1	12,1
	hoch	29	80,6	87,9	100,0
	Gesamtsumme	33	91,7	100,0	
Fehlend	System	3	8,3		
Gesamtsumme		36	100,0		

### Stufe 1: EE >= 4,00

Krankenhausabteilung = 5 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 1

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	1	100,0	100,0	100,0

1/35 = 2,9 Prozent

### 2. Stufe: EE <= 4,00 und DP >= 4,00

Null in Stufe 2

### 3. Stufe: EE >= 4,00 und DP >= 4,00

Krankenhausabteilung = 5 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 2

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	1	100,0	100,0	100,0

1/35 = 2,9 Prozent

## 6 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### 5 Fälle

PA\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	1	20,0	25,0	25,0
	hoch	3	60,0	75,0	100,0
	Gesamtsumme	4	80,0	100,0	
Fehlend	System	1	20,0		
Gesamtsumme		5	100,0		

keiner hat EE oder DP

## 8 = Innere Medizin

### 113 Fälle

EE\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	80	70,8	74,1	74,1
	hoch	28	24,8	25,9	100,0
	Gesamtsumme	108	95,6	100,0	
Fehlend	System	5	4,4		
Gesamtsumme		113	100,0		

DP\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	104	92,0	93,7	93,7
	hoch	7	6,2	6,3	100,0
	Gesamtsumme	111	98,2	100,0	
Fehlend	System	2	1,8		
Gesamtsumme		113	100,0		



**PA\_alle(Klassiert)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	30	26,5	28,3	28,3
	hoch	76	67,3	71,7	100,0
	Gesamtsumme	106	93,8	100,0	
Fehlend	System	7	6,2		
Gesamtsumme		113	100,0		

**Stufe 1: EE >= 4,00**

Krankenhausabteilung = 8 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 1

**(FILTER)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Selected	22	100,0	100,0	100,0

22/108 = 20,4 Prozent

**2. Stufe: EE <= 4,00 und DP >= 4,00**

Krankenhausabteilung = 8 & EE\_alle\_klassiert = 1 & DP\_alle\_klassiert = 2

**(FILTER)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Selected	1	100,0	100,0	100,0

1/111 = 0,9 Prozent

**3. Stufe: EE >= 4,00 und DP >= 4,00**

Krankenhausabteilung = 8 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 2

**(FILTER)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	Selected	6	100,0	100,0	100,0

6/111 = 5,41 Prozent

## 9 = Kinder- und Jugendheilkunde

### 67 Fälle

		EE_alle(Klassiert)			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	59	88,1	95,2	95,2
	hoch	3	4,5	4,8	100,0
	Gesamtsumme	62	92,5	100,0	
Fehlend	System	5	7,5		
Gesamtsumme		67	100,0		

niemand hat DP, deshalb hat niemand Stufe 2 oder 3.

Stufe 1: 3 haben hohes EE

$3/62 = 4,8$  Prozent

## 13 = Neurologie

### 23 Fälle

		DP_alle(Klassiert)			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	21	91,3	95,5	95,5
	hoch	1	4,3	4,5	100,0
	Gesamtsumme	22	95,7	100,0	
Fehlend	System	1	4,3		
Gesamtsumme		23	100,0		

niemand hat hohes EE und nur einer hat hohes DP. Also hat einer Stufe 2.

$1/21 = 4,5$  Prozent (2. Stufe)

## 15 = Orthopädie

9 Fälle

EE\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	8	88,9	88,9	88,9
	hoch	1	11,1	11,1	100,0
Gesamtsumme		9	100,0	100,0	

1/9 = 11,11 Prozent; nur einer hat hohes EE; also nur einer befindet sich in Stufe 1

## 16 = Onkologie

27 Fälle

EE\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	22	81,5	84,6	84,6
	hoch	4	14,8	15,4	100,0
	Gesamtsumme	26	96,3	100,0	
Fehlend	System	1	3,7		
Gesamtsumme		27	100,0		

DP\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	26	96,3	96,3	96,3
	hoch	1	3,7	3,7	100,0
Gesamtsumme		27	100,0	100,0	

PA\_alle(Klassiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	6	22,2	25,0	25,0
	hoch	18	66,7	75,0	100,0
	Gesamtsumme	24	88,9	100,0	
Fehlend	System	3	11,1		
Gesamtsumme		27	100,0		

**Stufe 1: EE >= 4,00**

Krankenhausabteilung = 16 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 1

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	3	100,0	100,0	100,0

3/26 = 11,5 Prozent

**2. Stufe: EE <= 4,00 und DP >= 4,00**

Keiner hat Stufe 2

**3. Stufe: EE >= 4,00 und DP >= 4,00**

Krankenhausabteilung = 16 & EE\_alle\_klassiert = 2 & DP\_alle\_klassiert = 2

(FILTER)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig Selected	1	100,0	100,0	100,0

1/26 = 3,8 Prozent

**17 = Palliativmedizin**

**21 Fälle**

keiner hat Stufe 1, 2 oder 3

PA\_alle(Klassiert)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig niedrig	2	9,5	9,5	9,5
hoch	19	90,5	90,5	100,0
Gesamtsumme	21	100,0	100,0	

## 19 = Psychosomatik

### 3 Fälle

niemand hat Stufe 1, 2 oder 3  
und keiner ist Leistungsunzufrieden

## 22 = Rehabilitation

10 Fälle

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	8	80,0	80,0	80,0
	hoch	2	20,0	20,0	100,0
	Gesamtsumme	10	100,0	100,0	

niemand ist Leistungsunzufrieden

2/10 = 20 Prozent haben Stufe 1

## 23 = Remobilisation/Akutgeriatrie

### 5 Fälle

keiner hat Stufe 1, 2 oder 3 und keiner ist Leistungsunzufrieden

## 25 = Urologie

### 20 Fälle

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Gültig	niedrig	2	10,0	10,5	10,5
	hoch	17	85,0	89,5	100,0
	Gesamtsumme	19	95,0	100,0	
Fehlend	System	1	5,0		
	Gesamtsumme	20	100,0		

Keiner hat Stufe 1, 2 oder 3

## 5 Bivariate Analysen

### 5.1 Bivariate Zusammenhänge zwischen Arbeitsumgebung, Organisationsklima und Burnout

#### Arbeitsumgebung

Pearson-Korrelation

	EE_alle	DP_alle	PA_alle
AU_Führung_alle	-,359**	-,219**	,220**
AU_Personaldecke_alle	-,455**	-,275**	,291**
AU_Partizipation_alle	-,318**	-,184**	,265**
AU_Pflegemodell_alle	-,329**	-,216**	,305**
AU_P_A_Bezeichnung_alle	-,300**	-,265**	,242**

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

#### Organisationsklima

Pearson-Korrelation

	autonomie. neu.alle	formalisierung. neu.alle	arbeitsbemühungen. neu.alle	effizienz. neu.alle	qualität. neu.alle
EE_alle	-,279**	-,051	-,045	-,186**	-,245**
DP_alle	-,157**	-,159**	-,142**	-,233**	-,277**
PA_alle	,161**	,166**	,178**	,229**	,261**

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

Pearson-Korrelation

	leistungsfeedback. neu.alle	Mitarbeiterfürsorge _alle	Mitarbeiterbeteiligung. alle	Schulungen .alle	Integration. alle
EE_alle	-,217**	-,365**	-,310**	-,264**	-,246**
DP_alle	-,205**	-,269**	-,283**	-,242**	-,288**
PA_alle	,172**	,222**	,241**	,246**	,236**

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

Pearson-Korrelation

	Unterstützung. alle	Tradition .alle	Innovation_Flexibilität. alle	Ausrichtung _Außen.alle	Klarheit. alle	Leistungsdruck. alle
EE_alle	-,366**	,220**	-,334**	-,265**	-,264**	,522**
DP_alle	-,273**	,230**	-,264**	-,296**	-,206**	,362**
PA_alle	,272**	-,198**	,290**	,254**	,238**	-,246**

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

## 5.2 Bivariate Zusammenhänge zwischen Kontrollvariablen und Burnout

### Ordinalskalierte Variablen (Rangkorrelation nach Spearman)

#### Alter

	EE_alle	DP_alle	PA_alle
EE_alle	1,000	,457**	-,391**
DP_alle	,457**	1,000	-,402**
PA_alle	-,391**	-,402**	1,000
Wie alt sind Sie?	-,020	-,185**	,029

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

#### „Berufstätigkeit in Jahren“ und „Berufstätigkeit in aktueller Abteilung in Jahren“

	EE_alle	DP_alle	PA_alle
Seit wie vielen Jahren sind Sie berufstätig?	,006	-,176**	,003
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in der aktuellen Krankenhausabteilung?	,036	-,075	-,029

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

#### Anzahl Patienten

	EE_alle	DP_alle	PA_alle
Für wie viele Patienten mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht die Pflege und Aufsicht übernehmen?	,141**	,083	,009

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

#### Arbeitszufriedenheit

	EE_alle	DP_alle	PA_alle
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?	-,460**	-,369**	,358**

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

## Dichotome Variablen (Kreuztabelle)

### Burnout-Betroffenheit (EE)

**Kreuztabelle EE(Klassiert)\*Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?**

			Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?		Gesamtsumme
			nein	ja	
EE(Klassiert)	niedrig	Anzahl	418	59	477
		Erwartete Anzahl	409,7	67,3	477,0
		Standardresiduum	,4	-1,0	
	hoch	Anzahl	57	19	76
		Erwartete Anzahl	65,3	10,7	76,0
		Standardresiduum	-1,0	2,5	
Gesamtsumme	Anzahl	475	78	553	
	Erwartete Anzahl	475,0	78,0	553,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	8,501 <sup>a</sup>	1	<b>,004</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	7,497	1	,006		
Likelihood-Quotient	7,429	1	,006		
Exakter Test nach Fisher				,007	,005
Zusammenhang linear-mit-linear	8,485	1	,004		
Anzahl der gültigen Fälle	528				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 10,79.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle



## Burnout-Betroffenheit (DP)

Kreuztabelle DP\_alle(Klassiert)\*Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?

			Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?		Gesamtsumme
			nein	ja	
DP_alle(Klassiert)	niedrig	Anzahl	450	73	523
		Erwartete Anzahl	450,1	72,9	523,0
		Standardresiduum	,0	,0	
	hoch	Anzahl	19	3	22
		Erwartete Anzahl	18,9	3,1	22,0
		Standardresiduum	,0	,0	
Gesamtsumme	Anzahl	469	76	545	
	Erwartete Anzahl	469,0	76,0	545,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,002 <sup>a</sup>	1	,966		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,002	1	,966		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,632
Zusammenhang linear-mit-linear	,002	1	,966		
Anzahl der gültigen Fälle	545				

a. 1 Zellen (25,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 3,07.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Burnout-Betroffenheit (PA)

Kreuztabelle PA\_alle(Klassiert)\*Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?

			Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?		Gesamtsumme
			nein	ja	
PA_alle(Klassiert)	niedrig	Anzahl	98	15	113
		Erwartete Anzahl	97,0	16,0	113,0
		Standardresiduum	,1	-,3	
	hoch	Anzahl	349	59	408
		Erwartete Anzahl	350,0	58,0	408,0
		Standardresiduum	-,1	,1	
Gesamtsumme	Anzahl	447	74	521	
	Erwartete Anzahl	447,0	74,0	521,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,102 <sup>a</sup>	1	<b>,749</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,028	1	,867		
Likelihood-Quotient	,104	1	,748		
Exakter Test nach Fisher				,879	,442
Zusammenhang linear-mit-linear	,102	1	,749		
Anzahl der gültigen Fälle	521				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 16,05.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Stresspräventionstraining (EE)

Kreuztabelle EE\_alle(Klassiert)\*Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?

			Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?		Gesamtsumme
			nein	ja	
EE_alle(Klassiert)	niedrig	Anzahl	381	68	449
		Erwartete Anzahl	373,6	75,4	449,0
		Standardresiduum	,4	-,9	
	hoch	Anzahl	55	20	75
		Erwartete Anzahl	62,4	12,6	75,0
		Standardresiduum	-,9	2,1	
Gesamtsumme	Anzahl	436	88	524	
	Erwartete Anzahl	436,0	88,0	524,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	6,105 <sup>a</sup>	1	<b>,013</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	5,309	1	,021		
Likelihood-Quotient	5,500	1	,019		
Exakter Test nach Fisher				,019	,013
Zusammenhang linear-mit-linear	6,094	1	,014		
Anzahl der gültigen Fälle	524				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 12,60.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Stresspräventionstraining (DP)

Kreuztabelle DP\_alle(Klassiert)\*Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?

			Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?		Gesamtsumme
			nein	ja	
DP_alle(Klassiert)	niedrig	Anzahl	431	87	518
		Erwartete Anzahl	430,7	87,3	518,0
		Standardresiduum	,0	,0	
	hoch	Anzahl	18	4	22
		Erwartete Anzahl	18,3	3,7	22,0
		Standardresiduum	-,1	,2	
Gesamtsumme	Anzahl	449	91	540	
	Erwartete Anzahl	449,0	91,0	540,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,029 <sup>a</sup>	1	<b>,865</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,028	1	,866		
Exakter Test nach Fisher				,776	,524
Zusammenhang linear-mit-linear	,029	1	,865		
Anzahl der gültigen Fälle	540				

a. 1 Zellen (25,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 3,71.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Stresspräventionstraining (PA)

**Kreuztabelle PA\_alle(Klassiert)\*Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-  
Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?**

			Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?		Gesamtsumme
			nein	ja	
PA_alle(Klassiert)	niedrig	Anzahl	97	17	114
		Erwartete Anzahl	94,3	19,7	114,0
		Standardresiduum	,3	-,6	
	hoch	Anzahl	330	72	402
		Erwartete Anzahl	332,7	69,3	402,0
		Standardresiduum	-,1	,3	
Gesamtsumme	Anzahl	427	89	516	
	Erwartete Anzahl	427,0	89,0	516,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,559 <sup>a</sup>	1	<b>,455</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,369	1	,544		
Likelihood-Quotient	,575	1	,448		
Exakter Test nach Fisher				,487	,276
Zusammenhang linear-mit-linear	,558	1	,455		
Anzahl der gültigen Fälle	516				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 19,66.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Entspannungsübungen (EE)

Kreuztabelle Praktizieren Sie Entspannungsübungen?\*EE\_alle(Klassiert)

			EE_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Praktizieren Sie Entspannungsübungen?	nein	Anzahl	319	48	367
		Erwartete Anzahl	314,9	52,1	367,0
		Standardresiduum	,2	-,6	
	ja	Anzahl	134	27	161
		Erwartete Anzahl	138,1	22,9	161,0
		Standardresiduum	-,4	,9	
Gesamtsumme	Anzahl	453	75	528	
	Erwartete Anzahl	453,0	75,0	528,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,251 <sup>a</sup>	1	<b>,263</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,967	1	,326		
Likelihood-Quotient	1,220	1	,269		
Exakter Test nach Fisher				,280	,163
Zusammenhang linear-mit-linear	1,249	1	,264		
Anzahl der gültigen Fälle	528				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 22,87.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Entspannungsübungen (DP)

Kreuztabelle Praktizieren Sie Entspannungsübungen?\*DP\_alle(Klassiert)

			DP_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Praktizieren Sie Entspannungsübungen?	nein	Anzahl	365	16	381
		Erwartete Anzahl	365,6	15,4	381,0
		Standardresiduum	,0	,2	
	ja	Anzahl	158	6	164
		Erwartete Anzahl	157,4	6,6	164,0
		Standardresiduum	,0	-,2	
Gesamtsumme	Anzahl	523	22	545	
	Erwartete Anzahl	523,0	22,0	545,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,087 <sup>a</sup>	1	<b>,769</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,003	1	,955		
Likelihood-Quotient	,088	1	,767		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,489
Zusammenhang linear-mit-linear	,086	1	,769		
Anzahl der gültigen Fälle	545				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 6,62.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Entspannungsübungen (PA)

Kreuztabelle Praktizieren Sie Entspannungsübungen?\*PA\_alle(Klassiert)

			PA_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Praktizieren Sie Entspannungsübungen?	nein	Anzahl	83	275	358
		Erwartete Anzahl	78,3	279,7	358,0
		Standardresiduum	,5	-,3	
	ja	Anzahl	31	132	163
		Erwartete Anzahl	35,7	127,3	163,0
		Standardresiduum	-,8	,4	
Gesamtsumme	Anzahl	114	407	521	
	Erwartete Anzahl	114,0	407,0	521,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,137 <sup>a</sup>	1	<b>,286</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,907	1	,341		
Likelihood-Quotient	1,159	1	,282		
Exakter Test nach Fisher				,306	,171
Zusammenhang linear-mit-linear	1,135	1	,287		
Anzahl der gültigen Fälle	521				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 35,67.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle



## Geschlecht (EE)

Kreuztabelle Geschlecht?\*EE\_alle(Klassiert)

			EE_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Geschlecht?	weiblich	Anzahl	390	61	451
		Erwartete Anzahl	386,6	64,4	451,0
		Standardresiduum	,2	-,4	
	männlich	Anzahl	54	13	67
		Erwartete Anzahl	57,4	9,6	67,0
		Standardresiduum	-,5	1,1	
Gesamtsumme	Anzahl	444	74	518	
	Erwartete Anzahl	444,0	74,0	518,0	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,646 <sup>a</sup>	1	<b>,200</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	1,201	1	,273		
Likelihood-Quotient	1,528	1	,216		
Exakter Test nach Fisher				,194	,137
Zusammenhang linear-mit-linear	1,643	1	,200		
Anzahl der gültigen Fälle	518				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 9,57.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Geschlecht (DP)

Kreuztabelle Geschlecht?\*DP\_alle(Klassiert)

			DP_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Geschlecht?	weiblich	Anzahl	451	16	467
		Erwartete Anzahl	447,8	19,2	467,0
		Standardresiduum	,2	-,7	
	männlich	Anzahl	62	6	68
		Erwartete Anzahl	65,2	2,8	68,0
		Standardresiduum	-,4	1,9	
Gesamtsumme	Anzahl	513	22	535	
	Erwartete Anzahl	513,0	22,0	535,0	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	4,385 <sup>a</sup>	1	,036		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	3,123	1	,077		
Likelihood-Quotient	3,504	1	,061		
Exakter Test nach Fisher				,048	,048
Zusammenhang linear-mit-linear	4,377	1	,036		
Anzahl der gültigen Fälle	535				

a. 1 Zellen (25,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 2,80.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Geschlecht (PA)

Kreuztabelle Geschlecht?\*PA\_alle(Klassiert)

			PA_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Geschlecht?	weiblich	Anzahl	94	351	445
		Erwartete Anzahl	97,2	347,8	445,0
		Standardresiduum	-,3	,2	
	männlich	Anzahl	18	50	68
		Erwartete Anzahl	14,8	53,2	68,0
		Standardresiduum	,8	-,4	
Gesamtsumme	Anzahl	112	401	513	
	Erwartete Anzahl	112,0	401,0	513,0	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,988 <sup>a</sup>	1	<b>,320</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,700	1	,403		
Likelihood-Quotient	,950	1	,330		
Exakter Test nach Fisher				,345	,200
Zusammenhang linear-mit-linear	,986	1	,321		
Anzahl der gültigen Fälle	513				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 14,85.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Angestelltenverhältnis (EE)

Kreuztabelle Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?\*EE\_alle(Klassiert)

			EE_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?	Teilzeit	Anzahl	188	25	213
		Erwartete Anzahl	184,0	29,0	213,0
		Standardresiduum	,3	-,7	
	Vollzeit	Anzahl	262	46	308
		Erwartete Anzahl	266,0	42,0	308,0
		Standardresiduum	-,2	,6	
Gesamtsumme	Anzahl	450	71	521	
	Erwartete Anzahl	450,0	71,0	521,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,094 <sup>a</sup>	1	<b>,296</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,839	1	,360		
Likelihood-Quotient	1,110	1	,292		
Exakter Test nach Fisher				,363	,180
Zusammenhang linear-mit-linear	1,092	1	,296		
Anzahl der gültigen Fälle	521				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 29,03.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Angestelltenverhältnis (DP)

Kreuztabelle Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?\*DP\_alle(Klassiert)

			DP_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?	Teilzeit	Anzahl	218	7	225
		Erwartete Anzahl	215,8	9,2	225,0
		Standardresiduum	,1	-,7	
	Vollzeit	Anzahl	298	15	313
		Erwartete Anzahl	300,2	12,8	313,0
		Standardresiduum	-,1	,6	
Gesamtsumme	Anzahl	516	22	538	
	Erwartete Anzahl	516,0	22,0	538,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,943 <sup>a</sup>	1	<b>,331</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,563	1	,453		
Likelihood-Quotient	,971	1	,324		
Exakter Test nach Fisher				,384	,228
Zusammenhang linear-mit-linear	,942	1	,332		
Anzahl der gültigen Fälle	538				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 9,20.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Angestelltenverhältnis (PA)

Kreuztabelle Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?\*PA\_alle(Klassiert)

			PA_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis?	Teilzeit	Anzahl	50	161	211
		Erwartete Anzahl	45,9	165,1	211,0
		Standardresiduum	,6	-,3	
	Vollzeit	Anzahl	62	242	304
		Erwartete Anzahl	66,1	237,9	304,0
		Standardresiduum	-,5	,3	
Gesamtsumme	Anzahl	112	403	515	
	Erwartete Anzahl	112,0	403,0	515,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert		Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,798 <sup>a</sup>		<b>,372</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,616		,433		
Likelihood-Quotient	,793		,373		
Exakter Test nach Fisher				,386	,216
Zusammenhang linear-mit-linear	,796		,372		
Anzahl der gültigen Fälle	515				

Df

## Krankenpflegerische Qualifizierung (EE)

Kreuztabelle Wie lautet Ihre krankenpflegerische Qualifizierung?\*EE\_alle(Klassiert)

			EE_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihre krankenpflegerische Qualifizierung?	Krankenschwester ohne Zusatzausbildung	Anzahl	241	40	281
		Erwartete Anzahl	243,1	37,9	281,0
		Standardresiduum	-,1	,3	
	Krankenschwester mit Zusatzausbildung	Anzahl	208	30	238
		Erwartete Anzahl	205,9	32,1	238,0
		Standardresiduum	,1	-,4	
Gesamtsumme	Anzahl	449	70	519	
	Erwartete Anzahl	449,0	70,0	519,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,293 <sup>a</sup>	1	<b>,588</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	,170	1	,680		
Likelihood-Quotient	,294	1	,587		
Exakter Test nach Fisher				,608	,341
Zusammenhang linear-mit- linear	,293	1	,588		
Anzahl der gültigen Fälle	519				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 32,10.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Krankenpflegerische Qualifizierung (DP)

Kreuztabelle Wie lautet Ihre krankenpflegerische Qualifizierung?\*DP\_alle(Klassiert)

			DP_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihre krankenpflegerische Qualifizierung?	Krankenschwester ohne Zusatzausbildung	Anzahl	282	15	297
		Erwartete Anzahl	284,8	12,2	297,0
		Standardresiduum	-,2	,8	
	Krankenschwester mit Zusatzausbildung	Anzahl	232	7	239
		Erwartete Anzahl	229,2	9,8	239,0
		Standardresiduum	,2	-,9	
Gesamtsumme	Anzahl	514	22	536	
	Erwartete Anzahl	514,0	22,0	536,0	

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,515 <sup>a</sup>	1	<b>,218</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	1,023	1	,312		
Likelihood-Quotient	1,560	1	,212		
Exakter Test nach Fisher				,275	,156
Zusammenhang linear-mit- linear	1,512	1	,219		
Anzahl der gültigen Fälle	536				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 9,81.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle



## Krankenpflegerische Qualifizierung (PA)

Kreuztabelle Wie lautet Ihre krankenpflegerische Qualifizierung?\*PA\_alle(Klassiert)

			PA_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihre krankenpflegerische Qualifizierung?	Krankenschwester ohne Zusatzausbildung	Anzahl	65	214	279
		Erwartete Anzahl	59,8	219,2	279,0
		Standardresiduum	,7	-,3	
	Krankenschwester mit Zusatzausbildung	Anzahl	45	189	234
		Erwartete Anzahl	50,2	183,8	234,0
		Standardresiduum	-,7	,4	
Gesamtsumme		Anzahl	110	403	513
		Erwartete Anzahl	110,0	403,0	513,0

### Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,249 <sup>a</sup>	1	<b>,264</b>		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	1,020	1	,313		
Likelihood-Quotient	1,256	1	,262		
Exakter Test nach Fisher				,281	,156
Zusammenhang linear-mit- linear	1,247	1	,264		
Anzahl der gültigen Fälle	513				

a. 0 Zellen (0,0%) haben die erwartete Anzahl von weniger als 5. Die erwartete Mindestanzahl ist 50,18.

b. Berechnung nur für eine 2x2-Tabelle

## Intervallskalierte Variablen (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson).

### Resilienz

	EE_alle	DP_alle	PA_alle
Resilienz.alle	-,510**	-,272**	,415**

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (zweiseitig).

## Nominalskalierte Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen (Kreuztabelle).

### Familienstand (EE)

Kreuztabelle Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?\*EE\_alle(Klassiert)

			EE_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?	ledig	Anzahl	79	7	86
		Erwartete Anzahl	74,0	12,0	86,0
	in einer Beziehung	Anzahl	105	13	118
		Erwartete Anzahl	101,6	16,4	118,0
	verheiratet	Anzahl	228	44	272
		Erwartete Anzahl	234,2	37,8	272,0
	geschieden	Anzahl	24	3	27
		Erwartete Anzahl	23,2	3,8	27,0
	getrennt	Anzahl	10	5	15
		Erwartete Anzahl	12,9	2,1	15,0
Gesamtsumme		Anzahl	446	72	518
		Erwartete Anzahl	446,0	72,0	518,0

### Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Sig.	Exakte Sig.
Nominal bezüglich Nominal	Phi	,134	,054	,054
	Cramer-V	,134	,054	,054
Anzahl der gültigen Fälle		518		

## Familienstand (DP)

Pearson-Chi-Quadrat

Kreuztabelle Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?\*DP\_alle(Klassiert)

		DP_alle(Klassiert)		Gesamtsumme	
		niedrig	hoch		
Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?	ledig	Anzahl	85	2	87
		Erwartete Anzahl	83,6	3,4	87,0
	in einer Beziehung	Anzahl	114	6	120
		Erwartete Anzahl	115,3	4,7	120,0
	verheiratet	Anzahl	272	11	283
		Erwartete Anzahl	271,9	11,1	283,0
	geschieden	Anzahl	27	1	28
		Erwartete Anzahl	26,9	1,1	28,0
	getrennt	Anzahl	15	1	16
		Erwartete Anzahl	15,4	,6	16,0
Gesamtsumme		Anzahl	513	21	534
		Erwartete Anzahl	513,0	21,0	534,0

## Cramer V

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Sig.	Exakte Sig.
Nominal bezüglich Nominal	Phi	,048	,876	<b>,901</b>
	Cramer-V	,048	,876	,901
Anzahl der gültigen Fälle		534		

## Familienstand (PA)

Kreuztabelle Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?\*PA\_alle(Klassiert)

			PA_alle(Klassiert)		Gesamtsumme
			niedrig	hoch	
Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand?	ledig	Anzahl	19	66	85
		Erwartete Anzahl	18,4	66,6	85,0
	in einer Beziehung	Anzahl	26	93	119
		Erwartete Anzahl	25,8	93,2	119,0
	verheiratet	Anzahl	59	207	266
		Erwartete Anzahl	57,7	208,3	266,0
	geschieden	Anzahl	5	22	27
		Erwartete Anzahl	5,9	21,1	27,0
	getrennt	Anzahl	2	13	15
		Erwartete Anzahl	3,3	11,7	15,0
	Gesamtsumme	Anzahl	111	401	512
		Erwartete Anzahl	111,0	401,0	512,0

Cramer V

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Sig.	Exakte Sig.
Nominal bezüglich Nominal	Phi	,040	,933	<b>,939</b>
	Cramer-V	,040	,933	,939
Anzahl der gültigen Fälle		512		

## 6 Multivariate Analysen

### 6.1 ANOVA

EE

ANOVA

EE\_alle

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Zwischen Gruppen	69,112	13	5,316	3,689	,000
Innerhalb der Gruppen	719,025	499	1,441		
Gesamtsumme	788,136	512			

Varianzhomogenitätstest

EE\_alle

Levene-Statistik	df1	df2	Sig.
1,962	13	499	,022

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: EE\_alle

Games-Howell

(I) In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?	(J) In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
<b>Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	Chirurgie	-,39095	,17670	,621	-,9915	,2096
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,04459	,23157	1,000	-,7616	,8508
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,03030	,53779	1,000	-3,5780	3,6386
	<b>Innere Medizin</b>	<b>-,70426<sup>*</sup></b>	<b>,17967</b>	<b>,009</b>	-1,3147	-,0938
	Kinder- und Jugendheilkunde	,27761	,17722	,952	-,3269	,8821
	Neurologie	,30303	,24714	,992	-,5808	1,1869
	Orthopädie	-,29686	,37656	1,000	-1,8930	1,2993
	Onkologie	-,15346	,31435	1,000	-1,2829	,9760
	Palliativmedizin	,43586	,25203	,891	-,4729	1,3446
	Psychosomatik	-,24747	,78837	1,000	-26,6474	26,1525
	Rehabilitaion	,34141	,53429	1,000	-1,9285	2,6114
	Remobilisation/Akutergeriatrie	,15253	,73033	1,000	-4,0969	4,4019
	Urologie	,05662	,25682	1,000	-,8747	,9880

<b>Chirurgie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,39095	,17670	,621	-,2096	,9915	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,43554	,22732	,810	-,3574	1,2284	
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,42125	,53598	,998	-3,2086	4,0511	
	Innere Medizin	-,31332	,17416	,874	-,9044	,2777	
	<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	<b>,66856</b>	,17163	<b>,010</b>	,0835	1,2536	
	Neurologie	,69398	,24316	,244	-,1787	1,5666	
	Orthopädie	,09409	,37396	1,000	-1,5010	1,6892	
	Onkologie	,23749	,31123	1,000	-,8835	1,3585	
	Palliativmedizin	,82681	,24813	,096	-,0714	1,7251	
	Psychosomatik	,14347	,78713	1,000	-26,6272	26,9141	
	Rehabilitaiton	,73236	,53246	,965	-1,5370	3,0017	
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,54347	,72899	,999	-3,7150	4,8020	
	Urologie	,44757	,25300	,873	-,4737	1,3688	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,04459	,23157	1,000	-,8508	,7616
		Chirurgie	-,43554	,22732	,810	-1,2284	,3574
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde		-,01429	,55648	1,000	-3,4374	3,4089	
Innere Medizin		-,74885	,22964	,089	-1,5488	,0510	
Kinder- und Jugendheilkunde		,23303	,22773	,999	-,5622	1,0282	
Neurologie		,25844	,28553	1,000	-,7482	1,2651	
Orthopädie		-,34145	,40280	1,000	-1,9643	1,2814	
Onkologie		-,19805	,34535	1,000	-1,4203	1,0242	
Palliativmedizin		,39127	,28978	,983	-,6351	1,4176	
Psychosomatik		-,29206	,80123	1,000	-23,3032	22,7191	
Rehabilitaiton		,29683	,55309	1,000	-1,9861	2,5798	
Remobilisation/Akutgeriatrie		,10794	,74420	1,000	-4,0567	4,2726	
Urologie		,01203	,29396	1,000	-1,0327	1,0567	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,03030	,53779	1,000	-3,6386	3,5780	
	Chirurgie	-,42125	,53598	,998	-4,0511	3,2086	

	Gynäkologie und Geburtshilfe	,01429	,55648	1,000	-3,4089	3,4374
	Innere Medizin	-,73457	,53696	,938	-4,3526	2,8834
	Kinder- und Jugendheilkunde	,24731	,53615	1,000	-3,3806	3,8753
	Neurologie	,27273	,56314	1,000	-3,1006	3,6461
	Orthopädie	-,32716	,63075	1,000	-3,4808	2,8265
	Onkologie	-,18376	,59570	1,000	-3,3752	3,0077
	Palliativmedizin	,40556	,56530	1,000	-2,9531	3,7642
	Psychosomatik	-,27778	,93679	1,000	-10,6449	10,0894
	Rehabilitaiton	,31111	,73587	1,000	-2,9135	3,5357
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,12222	,88850	1,000	-4,1001	4,3446
	Urologie	,02632	,56745	1,000	-3,3180	3,3707
<b>Innere Medizin</b>	<b>Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	<b>,70426*</b>	,17967	,009	,0938	1,3147
	Chirurgie	,31332	,17416	,874	-,2777	,9044
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,74885	,22964	,089	-,0510	1,5488
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,73457	,53696	,938	-2,8834	4,3526
	<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	<b>,98188*</b>	,17469	,000	,3867	1,5770
	<b>Neurologie</b>	<b>1,00730*</b>	,24533	,013	,1288	1,8858
	Orthopädie	,40741	,37537	,994	-1,1882	2,0030
	Onkologie	,55081	,31293	,879	-,5747	1,6763
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>1,14012*</b>	,25026	,004	,2364	2,0439
	Psychosomatik	,45679	,78780	,999	-26,1110	27,0246
	Rehabilitaiton	1,04568	,53345	,762	-1,2240	3,3153
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,85679	,72972	,978	-3,3967	5,1103
	Urologie	,76088	,25508	,198	-,1657	1,6874
<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,27761	,17722	,952	-,8821	,3269
	<b>Chirurgie</b>	<b>-,66856*</b>	,17163	,010	-1,2536	-,0835
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,23303	,22773	,999	-1,0282	,5622
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,24731	,53615	1,000	-3,8753	3,3806

	<b>Innere Medizin</b>	<b>-,98188*</b>	,17469	,000	-1,5770	-,3867
	Neurologie	,02542	,24354	1,000	-,8492	,9000
	Orthopädie	-,57447	,37421	,930	-2,1699	1,0210
	Onkologie	-,43107	,31153	,978	-1,5533	,6911
	Palliativmedizin	,15824	,24850	1,000	-,7418	1,0583
	Psychosomatik	-,52509	,78725	,997	-27,2605	26,2103
	Rehabilitaion	,06380	,53263	1,000	-2,2057	2,3333
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	-,12509	,72912	1,000	-4,3828	4,1326
	Urologie	-,22100	,25336	1,000	-1,1440	,7020
<b>Neurologie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,30303	,24714	,992	-1,1869	,5808
	Chirurgie	-,69398	,24316	,244	-1,5666	,1787
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,25844	,28553	1,000	-1,2651	,7482
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,27273	,56314	1,000	-3,6461	3,1006
	<b>Innere Medizin</b>	<b>-</b>	,24533	,013	-1,8858	-,1288
	<b>1,00730*</b>					
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,02542	,24354	1,000	-,9000	,8492
	Orthopädie	-,59989	,41195	,956	-2,2415	1,0417
	Onkologie	-,45649	,35598	,989	-1,7190	,8061
	Palliativmedizin	,13283	,30236	1,000	-,9459	1,2116
	Psychosomatik	-,55051	,80587	,997	-22,5248	21,4238
	Rehabilitaion	,03838	,55979	1,000	-2,2533	2,3300
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	-,15051	,74919	1,000	-4,2895	3,9885
	Urologie	-,24641	,30637	1,000	-1,3419	,8491
<b>Orthopädie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,29686	,37656	1,000	-1,2993	1,8930
	Chirurgie	-,09409	,37396	1,000	-1,6892	1,5010
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,34145	,40280	1,000	-1,2814	1,9643
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,32716	,63075	1,000	-2,8265	3,4808
	Innere Medizin	-,40741	,37537	,994	-2,0030	1,1882
	Kinder- und Jugendheilkunde	,57447	,37421	,930	-1,0210	2,1699



	Neurologie	,59989	,41195	,956	-1,0417	2,2415
	Onkologie	,14340	,45545	1,000	-1,5895	1,8763
	Palliativmedizin	,73272	,41490	,860	-,9157	2,3811
	Psychosomatik	,04938	,85449	1,000	-14,7843	14,8830
	Rehabilitaiton	,63827	,62776	,998	-1,8224	3,0989
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	,44938	,80125	1,000	-3,5368	4,4356
	Urologie	,35348	,41783	1,000	-1,3014	2,0084
Onkologie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,15346	,31435	1,000	-,9760	1,2829
	Chirurgie	-,23749	,31123	1,000	-1,3585	,8835
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,19805	,34535	1,000	-1,0242	1,4203
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,18376	,59570	1,000	-3,0077	3,3752
	Innere Medizin	-,55081	,31293	,879	-1,6763	,5747
	Kinder- und Jugendheilkunde	,43107	,31153	,978	-,6911	1,5533
	Neurologie	,45649	,35598	,989	-,8061	1,7190
	Orthopädie	-,14340	,45545	1,000	-1,8763	1,5895
	Palliativmedizin	,58932	,35939	,925	-,6867	1,8654
	Psychosomatik	-,09402	,82896	1,000	-17,9454	17,7573
	Rehabilitaiton	,49487	,59254	1,000	-1,8443	2,8341
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	,30598	,77396	1,000	-3,7268	4,3388
	Urologie	,21008	,36277	1,000	-1,0788	1,4990
<b>Palliativmedizin</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,43586	,25203	,891	-1,3446	,4729
	Chirurgie	-,82681	,24813	,096	-1,7251	,0714
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,39127	,28978	,983	-1,4176	,6351
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,40556	,56530	1,000	-3,7642	2,9531
	<b>Innere Medizin</b>	- <b>1,14012</b>	,25026	,004	-2,0439	-,2364
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,15824	,24850	1,000	-1,0583	,7418
	Neurologie	-,13283	,30236	1,000	-1,2116	,9459
	Orthopädie	-,73272	,41490	,860	-2,3811	,9157

	Onkologie	-,58932	,35939	,925	-1,8654	,6867
	Psychosomatik	-,68333	,80738	,988	-22,3376	20,9709
	Rehabilitaiton	-,09444	,56197	1,000	-2,3893	2,2004
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	-,28333	,75081	1,000	-4,4145	3,8478
	Urologie	-,37924	,31033	,992	-1,4917	,7332
Psychosomatik	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,24747	,78837	1,000	-26,1525	26,6474
	Chirurgie	-,14347	,78713	1,000	-26,9141	26,6272
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,29206	,80123	1,000	-22,7191	23,3032
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,27778	,93679	1,000	-10,0894	10,6449
	Innere Medizin	-,45679	,78780	,999	-27,0246	26,1110
	Kinder- und Jugendheilkunde	,52509	,78725	,997	-26,2103	27,2605
	Neurologie	,55051	,80587	,997	-21,4238	22,5248
	Orthopädie	-,04938	,85449	1,000	-14,8830	14,7843
	Onkologie	,09402	,82896	1,000	-17,7573	17,9454
	Palliativmedizin	,68333	,80738	,988	-20,9709	22,3376
	Rehabilitaiton	,58889	,93478	,999	-9,3264	10,5041
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	,40000	1,05912	1,000	-7,5422	8,3422
	Urologie	,30409	,80889	1,000	-21,0386	21,6468
Rehabilitaiton	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,34141	,53429	1,000	-2,6114	1,9285
	Chirurgie	-,73236	,53246	,965	-3,0017	1,5370
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,29683	,55309	1,000	-2,5798	1,9861
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,31111	,73587	1,000	-3,5357	2,9135
	Innere Medizin	-	,53345	,762	-3,3153	1,2240
	Kinder- und Jugendheilkunde	1,04568	,53263	1,000	-2,3333	2,2057
	Neurologie	-,03838	,55979	1,000	-2,3300	2,2533
	Orthopädie	-,63827	,62776	,998	-3,0989	1,8224
	Onkologie	-,49487	,59254	1,000	-2,8341	1,8443
	Palliativmedizin	,09444	,56197	1,000	-2,2004	2,3893

	Psychosomatik	-,58889	,93478	,999	-10,5041	9,3264
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	-,18889	,88638	1,000	-4,1578	3,7800
	Urologie	-,28480	,56413	1,000	-2,5828	2,0132
Remobilisation/Aku tgeriatrie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,15253	,73033	1,000	-4,4019	4,0969
	Chirurgie	-,54347	,72899	,999	-4,8020	3,7150
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,10794	,74420	1,000	-4,2726	4,0567
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,12222	,88850	1,000	-4,3446	4,1001
	Innere Medizin	-,85679	,72972	,978	-5,1103	3,3967
	Kinder- und Jugendheilkunde	,12509	,72912	1,000	-4,1326	4,3828
	Neurologie	,15051	,74919	1,000	-3,9885	4,2895
	Orthopädie	-,44938	,80125	1,000	-4,4356	3,5368
	Onkologie	-,30598	,77396	1,000	-4,3388	3,7268
	Palliativmedizin	,28333	,75081	1,000	-3,8478	4,4145
	Psychosomatik	-,40000	1,05912	1,000	-8,3422	7,5422
	Rehabilitaiton	,18889	,88638	1,000	-3,7800	4,1578
	Urologie	-,09591	,75244	1,000	-4,2194	4,0276
Urologie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,05662	,25682	1,000	-,9880	,8747
	Chirurgie	-,44757	,25300	,873	-1,3688	,4737
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,01203	,29396	1,000	-1,0567	1,0327
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,02632	,56745	1,000	-3,3707	3,3180
	Innere Medizin	-,76088	,25508	,198	-1,6874	,1657
	Kinder- und Jugendheilkunde	,22100	,25336	1,000	-,7020	1,1440
	Neurologie	,24641	,30637	1,000	-,8491	1,3419
	Orthopädie	-,35348	,41783	1,000	-2,0084	1,3014
	Onkologie	-,21008	,36277	1,000	-1,4990	1,0788
	Palliativmedizin	,37924	,31033	,992	-,7332	1,4917
	Psychosomatik	-,30409	,80889	1,000	-21,6468	21,0386
	Rehabilitaiton	,28480	,56413	1,000	-2,0132	2,5828
	Remobilisation/Aku tgeriatrie	,09591	,75244	1,000	-4,0276	4,2194

\*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

## DP

### ANOVA

DP\_alle

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Zwischen Gruppen	45,394	13	3,492	2,880	,000
Innerhalb der Gruppen	625,726	516	1,213		
Gesamtsumme	671,120	529			

### Varianzhomogenitätstest

DP\_alle

Levene-Statistik	df1	df2	Sig.
2,755	13	516	,001

### Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: DP\_alle

Games-Howell

(I) In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?	(J) In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?	Mittelwert differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
<b>Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	Chirurgie	,16417	,17797	1,000	-,4410	,7694
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,52476	,20500	,381	-,1817	1,2312
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,67333	,41095	,877	-1,5153	2,8620
	Innere Medizin	-,17928	,18130	,999	-,7955	,4370
	Kinder- und Jugendheilkunde	,55758	,17048	,074	-,0237	1,1389
	Neurologie	,22424	,25578	1,000	-,6873	1,1357
	Orthopädie	,43333	,35016	,985	-1,0215	1,8881
	Onkologie	,52963	,22533	,526	-,2573	1,3166
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>,80476*</b>	,19297	,006	,1337	1,4758
	Psychosomatik	-,36667	1,60601	1,000	-59,7044	58,9711
	Rehabilitaion	,27333	,35713	1,000	-1,1803	1,7270
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,27333	,32385	,999	-1,3384	1,8851

	Urologie	,37333	,25698	,968	-,5484	1,2951	
<b>Chirurgie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,16417	,17797	1,000	-,7694	,4410	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,36059	,18745	,807	-,2894	1,0106	
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,50916	,40248	,968	-1,7197	2,7380	
	Innere Medizin	-,34345	,16120	,679	-,8903	,2034	
	Kinder- und Jugendheilkunde	,39340	,14893	,323	-,1135	,9003	
	Neurologie	,06007	,24194	1,000	-,8134	,9335	
	Orthopädie	,26916	,34019	1,000	-1,1801	1,7184	
	Onkologie	,36546	,20950	,889	-,3737	1,1046	
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>,64059*</b>	,17422	,032	,0281	1,2530	
	Psychosomatik	-,53084	1,60387	1,000	-60,6118	59,5501	
	Rehabilitaiton	,10916	,34736	1,000	-1,3357	1,5540	
	Remobilisation/Akutge riatrie	,10916	,31304	1,000	-1,5374	1,7557	
	Urologie	,20916	,24321	1,000	-,6759	1,0942	
	<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,52476	,20500	,381	-1,2312	,1817
		Chirurgie	-,36059	,18745	,807	-1,0106	,2894
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde		,14857	,41515	1,000	-2,0248	2,3220	
<b>Innere Medizin</b>		<b>-,70404*</b>	,19062	,026	-1,3639	-,0442	
Kinder- und Jugendheilkunde		,03281	,18037	1,000	-,5961	,6617	
Neurologie		-,30052	,26247	,996	-1,2356	,6346	
Orthopädie		-,09143	,35508	1,000	-1,5524	1,3696	
Onkologie		,00487	,23290	1,000	-,8120	,8217	
Palliativmedizin		,28000	,20175	,979	-,4290	,9890	
Psychosomatik		-,89143	1,60709	,999	-59,8611	58,0783	
Rehabilitaiton		-,25143	,36196	1,000	-1,7124	1,2096	
Remobilisation/Akutge riatrie		-,25143	,32916	1,000	-1,8539	1,3510	
Urologie		-,15143	,26364	1,000	-1,0962	,7934	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,67333	,41095	,877	-2,8620	1,5153	
	Chirurgie	-,50916	,40248	,968	-2,7380	1,7197	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,14857	,41515	1,000	-2,3220	2,0248	

	Innere Medizin	-,85261	,40397	,687	-3,0737	1,3685
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,11576	,39923	1,000	-2,3628	2,1313
	Neurologie	-,44909	,44243	,995	-2,5603	1,6621
	Orthopädie	-,24000	,50292	1,000	-2,4256	1,9456
	Onkologie	-,14370	,42555	1,000	-2,2855	1,9980
	Palliativmedizin	,13143	,40934	1,000	-2,0665	2,3293
	Psychosomatik	-1,04000	1,64609	,998	-48,9723	46,8923
	Rehabilitaiton	-,40000	,50781	1,000	-2,5834	1,7834
	Remobilisation/Akutge riatrie	-,40000	,48497	,999	-2,6383	1,8383
	Urologie	-,30000	,44312	1,000	-2,4117	1,8117
Innere Medizin	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,17928	,18130	,999	-,4370	,7955
	Chirurgie	,34345	,16120	,679	-,2034	,8903
	<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	<b>,70404*</b>	,19062	,026	,0442	1,3639
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,85261	,40397	,687	-1,3685	3,0737
	<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	<b>,73686*</b>	,15289	,000	,2167	1,2570
	Neurologie	,40352	,24441	,919	-,4764	1,2835
	Orthopädie	,61261	,34194	,841	-,8372	2,0625
	Onkologie	,70891	,21233	,079	-,0385	1,4563
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>,98404*</b>	,17762	,000	,3615	1,6066
	Psychosomatik	-,18739	1,60424	1,000	-60,1380	59,7632
	Rehabilitaiton	,45261	,34908	,979	-,9935	1,8987
	Remobilisation/Akutge riatrie	,45261	,31495	,937	-1,1867	2,0919
	Urologie	,55261	,24566	,600	-,3387	1,4439
<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,55758	,17048	,074	-1,1389	,0237
	Chirurgie	-,39340	,14893	,323	-,9003	,1135
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,03281	,18037	1,000	-,6617	,5961
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,11576	,39923	1,000	-2,1313	2,3628
	<b>Innere Medizin</b>	<b>-,73686*</b>	,15289	,000	-1,2570	-,2167
	Neurologie	-,33333	,23649	,973	-1,1931	,5264
	Orthopädie	-,12424	,33633	1,000	-1,5727	1,3242
	Onkologie	-,02795	,20318	1,000	-,7495	,6936

	Palliativmedizin	,24719	,16657	,964	-,3438	,8382
	Psychosomatik	-,92424	1,60306	,999	-61,2910	59,4425
	Rehabilitaiton	-,28424	,34359	1,000	-1,7269	1,1584
	Remobilisation/Akutge riatrie	-,28424	,30885	,997	-1,9488	1,3803
	Urologie	-,18424	,23779	1,000	-1,0562	,6877
Neurologie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,22424	,25578	1,000	-1,1357	,6873
	Chirurgie	-,06007	,24194	1,000	-,9335	,8134
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,30052	,26247	,996	-,6346	1,2356
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,44909	,44243	,995	-1,6621	2,5603
	Innere Medizin	-,40352	,24441	,919	-1,2835	,4764
	Kinder- und Jugendheilkunde	,33333	,23649	,973	-,5264	1,1931
	Orthopädie	,20909	,38662	1,000	-1,3061	1,7243
	Onkologie	,30539	,27864	,997	-,6839	1,2947
	Palliativmedizin	,58052	,25318	,570	-,3304	1,4914
	Psychosomatik	-,59091	1,61436	1,000	-57,1785	55,9966
	Rehabilitaiton	,04909	,39295	1,000	-1,4713	1,5695
	Remobilisation/Akutge riatrie	,04909	,36296	1,000	-1,5396	1,6378
	Urologie	,14909	,30480	1,000	-,9382	1,2364
Orthopädie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,43333	,35016	,985	-1,8881	1,0215
	Chirurgie	-,26916	,34019	1,000	-1,7184	1,1801
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,09143	,35508	1,000	-1,3696	1,5524
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,24000	,50292	1,000	-1,9456	2,4256
	Innere Medizin	-,61261	,34194	,841	-2,0625	,8372
	Kinder- und Jugendheilkunde	,12424	,33633	1,000	-1,3242	1,5727
	Neurologie	-,20909	,38662	1,000	-1,7243	1,3061
	Onkologie	,09630	,36719	1,000	-1,3815	1,5741
	Palliativmedizin	,37143	,34827	,995	-1,0849	1,8278
	Psychosomatik	-,80000	1,63197	1,000	-52,2496	50,6496
	Rehabilitaiton	-,16000	,46000	1,000	-1,9399	1,6199
	Remobilisation/Akutge riatrie	-,16000	,43466	1,000	-1,9644	1,6444

	Urologie	-,06000	,38742	1,000	-1,5786	1,4586	
Onkologie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,52963	,22533	,526	-1,3166	,2573	
	Chirurgie	-,36546	,20950	,889	-1,1046	,3737	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,00487	,23290	1,000	-,8217	,8120	
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,14370	,42555	1,000	-1,9980	2,2855	
	Innere Medizin	-,70891	,21233	,079	-1,4563	,0385	
	Kinder- und Jugendheilkunde	,02795	,20318	1,000	-,6936	,7495	
	Neurologie	-,30539	,27864	,997	-1,2947	,6839	
	Orthopädie	-,09630	,36719	1,000	-1,5741	1,3815	
	Palliativmedizin	,27513	,22238	,992	-,5126	1,0629	
	Psychosomatik	-,89630	1,60981	,999	-58,9547	57,1621	
	Rehabilitaiton	-,25630	,37385	1,000	-1,7366	1,2240	
	Remobilisation/Akutgeriatrie	-,25630	,34219	1,000	-1,8434	1,3308	
	Urologie	-,15630	,27974	1,000	-1,1540	,8415	
	<b>Palliativmedizin</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,80476*	,19297	,006	-1,4758	-,1337
		<b>Chirurgie</b>	<b>-,64059*</b>	,17422	,032	-1,2530	-,0281
Gynäkologie und Geburtshilfe		-,28000	,20175	,979	-,9890	,4290	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde		-,13143	,40934	1,000	-2,3293	2,0665	
<b>Innere Medizin</b>		<b>-,98404*</b>	,17762	,000	-1,6066	-,3615	
Kinder- und Jugendheilkunde		-,24719	,16657	,964	-,8382	,3438	
Neurologie		-,58052	,25318	,570	-1,4914	,3304	
Orthopädie		-,37143	,34827	,995	-1,8278	1,0849	
Onkologie		-,27513	,22238	,992	-1,0629	,5126	
Psychosomatik		-1,17143	1,60560	,994	-60,6506	58,3078	
Rehabilitaiton		-,53143	,35528	,944	-1,9859	,9230	
Remobilisation/Akutgeriatrie		-,53143	,32181	,877	-2,1531	1,0902	
Urologie		-,43143	,25440	,902	-1,3528	,4899	
Psychosomatik		Anästhesiologie und Intensivmedizin	,36667	1,60601	1,000	-58,9711	59,7044
		Chirurgie	,53084	1,60387	1,000	-59,5501	60,6118



	Gynäkologie und Geburtshilfe	,89143	1,60709	,999	-58,0783	59,8611
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1,04000	1,64609	,998	-46,8923	48,9723
	Innere Medizin	,18739	1,60424	1,000	-59,7632	60,1380
	Kinder- und Jugendheilkunde	,92424	1,60306	,999	-59,4425	61,2910
	Neurologie	,59091	1,61436	1,000	-55,9966	57,1785
	Orthopädie	,80000	1,63197	1,000	-50,6496	52,2496
	Onkologie	,89630	1,60981	,999	-57,1621	58,9547
	Palliativmedizin	1,17143	1,60560	,994	-58,3078	60,6506
	Rehabilitaiton	,64000	1,63348	1,000	-50,4031	51,6831
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,64000	1,62653	1,000	-52,3276	53,6076
	Urologie	,74000	1,61455	1,000	-55,7875	57,2675
Rehabilitaiton	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,27333	,35713	1,000	-1,7270	1,1803
	Chirurgie	-,10916	,34736	1,000	-1,5540	1,3357
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,25143	,36196	1,000	-1,2096	1,7124
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,40000	,50781	1,000	-1,7834	2,5834
	Innere Medizin	-,45261	,34908	,979	-1,8987	,9935
	Kinder- und Jugendheilkunde	,28424	,34359	1,000	-1,1584	1,7269
	Neurologie	-,04909	,39295	1,000	-1,5695	1,4713
	Orthopädie	,16000	,46000	1,000	-1,6199	1,9399
	Onkologie	,25630	,37385	1,000	-1,2240	1,7366
	Palliativmedizin	,53143	,35528	,944	-,9230	1,9859
	Psychosomatik	-,64000	1,63348	1,000	-51,6831	50,4031
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,00000	,44030	1,000	-1,8052	1,8052
	Urologie	,10000	,39373	1,000	-1,4238	1,6238
Remobilisation/Akutgeriatrie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,27333	,32385	,999	-1,8851	1,3384
	Chirurgie	-,10916	,31304	1,000	-1,7557	1,5374
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,25143	,32916	1,000	-1,3510	1,8539
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,40000	,48497	,999	-1,8383	2,6383
	Innere Medizin	-,45261	,31495	,937	-2,0919	1,1867

	Kinder- und Jugendheilkunde	,28424	,30885	,997	-1,3803	1,9488
	Neurologie	-,04909	,36296	1,000	-1,6378	1,5396
	Orthopädie	,16000	,43466	1,000	-1,6444	1,9644
	Onkologie	,25630	,34219	1,000	-1,3308	1,8434
	Palliativmedizin	,53143	,32181	,877	-1,0902	2,1531
	Psychosomatik	-,64000	1,62653	1,000	-53,6076	52,3276
	Rehabilitaiton	,00000	,44030	1,000	-1,8052	1,8052
	Urologie	,10000	,36381	1,000	-1,4914	1,6914
Urologie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,37333	,25698	,968	-1,2951	,5484
	Chirurgie	-,20916	,24321	1,000	-1,0942	,6759
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,15143	,26364	1,000	-,7934	1,0962
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,30000	,44312	1,000	-1,8117	2,4117
	Innere Medizin	-,55261	,24566	,600	-1,4439	,3387
	Kinder- und Jugendheilkunde	,18424	,23779	1,000	-,6877	1,0562
	Neurologie	-,14909	,30480	1,000	-1,2364	,9382
	Orthopädie	,06000	,38742	1,000	-1,4586	1,5786
	Onkologie	,15630	,27974	1,000	-,8415	1,1540
	Palliativmedizin	,43143	,25440	,902	-,4899	1,3528
	Psychosomatik	-,74000	1,61455	1,000	-57,2675	55,7875
	Rehabilitaiton	-,10000	,39373	1,000	-1,6238	1,4238
	Remobilisation/Akutge riatrie	-,10000	,36381	1,000	-1,6914	1,4914

\*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

PA

ANOVA

PA\_alle

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Zwischen Gruppen	31,404	13	2,416	3,051	<b>,000</b>
Innerhalb der Gruppen	390,377	493	,792		
Gesamtsumme	421,781	506			

Varianzhomogenitätstest

PA\_alle

Levene-Statistik	df1	df2	Sig.
1,939	13	493	<b>,024</b>

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: PA\_alle

Games-Howell

(I) In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?	(J) In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?	Mittelwert differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95 % Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
<b>Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	Chirurgie	,17360	,13794	,993	-,2953	,6425
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,26424	,16916	,950	-,8526	,3241
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,09662	,45697	1,000	-3,2070	3,0137
	Innere Medizin	-,00287	,13505	1,000	-,4619	,4562
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,11811	,15741	1,000	-,6560	,4198
	Neurologie	-,51478	,18448	,271	-1,1744	,1449
	Orthopädie	-,43343	,21347	,730	-1,2956	,4287
	Onkologie	-,24246	,19798	,992	-,9485	,4636
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>-,67549*</b>	,17571	,024	-1,3010	-,0500
	Psychosomatik	-,50287	,26913	,779	-5,8637	4,8580
	<b>Rehabilitaiton</b>	<b>-,72787*</b>	,13489	,000	-1,2106	-,2452
	Remobilisation/Akutgeriatrie	-,70287	,33297	,686	-2,5217	1,1159
	Urologie	-,48972	,17796	,292	-1,1280	,1486

<b>Chirurgie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	-,17360	,13794	,993	-,6425	,2953	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,43783	,16667	,344	-1,0182	,1425	
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,27022	,45606	1,000	-3,3920	2,8515	
	Innere Medizin	-,17647	,13191	,987	-,6242	,2713	
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,29170	,15472	,831	-,8204	,2370	
	<b>Neurologie</b>	<b>-,68838*</b>	,18220	,031	-1,3415	-,0352	
	Orthopädie	-,60703	,21150	,300	-1,4668	,2527	
	Onkologie	-,41605	,19585	,681	-1,1160	,2839	
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>-,84909*</b>	,17332	,001	-1,4675	-,2306	
	Psychosomatik	-,67647	,26757	,622	-6,2469	4,8940	
	<b>Rehabilitaiton</b>	<b>-,90147*</b>	,13175	,000	-1,3747	-,4282	
	Remobilisation/Akutgeriatrie	-,87647	,33171	,471	-2,7015	,9486	
	<b>Urologie</b>	<b>-,66331*</b>	,17559	,032	-1,2949	-,0317	
	Gynäkologie und Geburtshilfe	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,26424	,16916	,950	-,3241	,8526
		Chirurgie	,43783	,16667	,344	-,1425	1,0182
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,16761	,46645	1,000	-2,8377	3,1729	
	Innere Medizin	,26136	,16428	,942	-,3116	,8344	
	Kinder- und Jugendheilkunde	,14613	,18311	1,000	-,4877	,7800	
	Neurologie	-,25054	,20684	,993	-,9826	,4815	
	Orthopädie	-,16919	,23307	1,000	-1,0680	,7297	
	Onkologie	,02178	,21897	1,000	-,7515	,7950	
	Palliativmedizin	-,41126	,19907	,719	-1,1142	,2917	
	Psychosomatik	-,23864	,28493	,993	-4,1379	3,6606	
	Rehabilitaiton	-,46364	,16416	,254	-1,0498	,1225	
	Remobilisation/Akutgeriatrie	-,43864	,34586	,971	-2,2076	1,3303	
	Urologie	-,22548	,20105	,997	-,9386	,4876	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,09662	,45697	1,000	-3,0137	3,2070	

	Chirurgie	,27022	,45606	1,000	-2,8515	3,3920
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,16761	,46645	1,000	-3,1729	2,8377
	Innere Medizin	,09375	,45519	1,000	-3,0390	3,2265
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,02148	,46232	1,000	-3,0697	3,0267
	Neurologie	-,41815	,47222	,997	-3,3702	2,5339
	Orthopädie	-,33681	,48428	1,000	-3,2065	2,5329
	Onkologie	-,14583	,47766	1,000	-3,0519	2,7603
	Palliativmedizin	-,57887	,46887	,966	-3,5616	2,4039
	Psychosomatik	-,40625	,51127	,999	-3,4891	2,6766
	Rehabilitaiton	-,63125	,45515	,933	-3,7657	2,5032
	Remobilisation/A kutgeriatrie	-,60625	,54757	,989	-3,3828	2,1703
	Urologie	-,39309	,46971	,998	-3,3683	2,5821
<b>Innere Medizin</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,00287	,13505	1,000	-,4562	,4619
	Chirurgie	,17647	,13191	,987	-,2713	,6242
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,26136	,16428	,942	-,8344	,3116
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	-,09375	,45519	1,000	-3,2265	3,0390
	Kinder- und Jugendheilkunde	-,11523	,15215	1,000	-,6354	,4049
	Neurologie	-,51190	,18001	,249	-1,1591	,1353
	Orthopädie	-,43056	,20963	,716	-1,2883	,4272
	Onkologie	-,23958	,19383	,992	-,9340	,4548
	<b>Palliativmedizin</b>	<b>-,67262*</b>	,17102	,020	-1,2847	-,0606
	Psychosomatik	-,50000	,26609	,777	-6,2848	5,2848
	<b>Rehabilitaiton</b>	<b>-,72500*</b>	,12872	,000	-1,1897	-,2603
	Remobilisation/A kutgeriatrie	-,70000	,33052	,684	-2,5313	1,1313
	Urologie	-,48684	,17333	,268	-1,1123	,1386
<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,11811	,15741	1,000	-,4198	,6560
	Chirurgie	,29170	,15472	,831	-,2370	,8204
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,14613	,18311	1,000	-,7800	,4877

	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,02148	,46232	1,000	-3,0267	3,0697
	Innere Medizin	,11523	,15215	1,000	-,4049	,6354
	Neurologie	-,39667	,19734	,754	-1,0944	,3011
	Orthopädie	-,31532	,22468	,968	-1,1946	,5640
	Onkologie	-,12435	,21002	1,000	-,8660	,6173
	Palliativmedizin	-,55738	,18918	,193	-1,2237	,1089
	Psychosomatik	-,38477	,27811	,908	-4,7916	4,0221
	<b>Rehabilitaiton</b>	<b>-,60977*</b>	,15201	,013	-1,1464	-,0732
	Remobilisation/Akutgeriatrie	-,58477	,34027	,850	-2,3719	1,2023
	Urologie	-,37161	,19126	,792	-1,0492	,3060
<b>Neurologie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,51478	,18448	,271	-,1449	1,1744
	<b>Chirurgie</b>	<b>,68838*</b>	,18220	,031	,0352	1,3415
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,25054	,20684	,993	-,4815	,9826
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,41815	,47222	,997	-2,5339	3,3702
	Innere Medizin	,51190	,18001	,249	-,1353	1,1591
	Kinder- und Jugendheilkunde	,39667	,19734	,754	-,3011	1,0944
	Orthopädie	,08135	,24441	1,000	-,8504	1,0131
	Onkologie	,27232	,23101	,995	-,5481	1,0928
	Palliativmedizin	-,16071	,21223	1,000	-,9179	,5965
	Psychosomatik	,01190	,29428	1,000	-3,3850	3,4088
	Rehabilitaiton	-,21310	,17990	,994	-,8704	,4442
	Remobilisation/Akutgeriatrie	-,18810	,35361	1,000	-1,9393	1,5631
	Urologie	,02506	,21410	1,000	-,7410	,7911
<b>Orthopädie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,43343	,21347	,730	-,4287	1,2956
	Chirurgie	,60703	,21150	,300	-,2527	1,4668
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,16919	,23307	1,000	-,7297	1,0680
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,33681	,48428	1,000	-2,5329	3,2065

	Innere Medizin	,43056	,20963	,716	-,4272	1,2883
	Kinder- und Jugendheilkunde	,31532	,22468	,968	-,5640	1,1946
	Neurologie	-,08135	,24441	1,000	-1,0131	,8504
	Onkologie	,19097	,25476	1,000	-,7661	1,1481
	Palliativmedizin	-,24206	,23787	,998	-1,1571	,6730
	Psychosomatik	-,06944	,31327	1,000	-2,8947	2,7558
	Rehabilitaion	-,29444	,20953	,963	-1,1594	,5705
	Remobilisation/A kutgeriatrie	-,26944	,36956	1,000	-2,0183	1,4794
	Urologie	-,05629	,23953	1,000	-,9772	,8646
Onkologie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,24246	,19798	,992	-,4636	,9485
	Chirurgie	,41605	,19585	,681	-,2839	1,1160
	Gynäkologie und Geburtshilfe	-,02178	,21897	1,000	-,7950	,7515
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,14583	,47766	1,000	-2,7603	3,0519
	Innere Medizin	,23958	,19383	,992	-,4548	,9340
	Kinder- und Jugendheilkunde	,12435	,21002	1,000	-,6173	,8660
	Neurologie	-,27232	,23101	,995	-1,0928	,5481
	Orthopädie	-,19097	,25476	1,000	-1,1481	,7661
	Palliativmedizin	-,43304	,22407	,798	-1,2292	,3631
	Psychosomatik	-,26042	,30293	,994	-3,3117	2,7908
	Rehabilitaion	-,48542	,19372	,435	-1,1879	,2170
	Remobilisation/A kutgeriatrie	-,46042	,36083	,973	-2,1973	1,2765
	Urologie	-,24726	,22583	,997	-1,0515	,5570
<b>Palliativmedizin</b>	<b>Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	<b>,67549*</b>	,17571	,024	,0500	1,3010
	<b>Chirurgie</b>	<b>,84909*</b>	,17332	,001	,2306	1,4675
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,41126	,19907	,719	-,2917	1,1142
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,57887	,46887	,966	-2,4039	3,5616
	<b>Innere Medizin</b>	<b>,67262*</b>	,17102	,020	,0606	1,2847

	Kinder- und Jugendheilkunde	,55738	,18918	,193	-,1089	1,2237
	Neurologie	,16071	,21223	1,000	-,5965	,9179
	Orthopädie	,24206	,23787	,998	-,6730	1,1571
	Onkologie	,43304	,22407	,798	-,3631	1,2292
	Psychosomatik	,17262	,28887	1,000	-3,4983	3,8436
	Rehabilitaiton	-,05238	,17090	1,000	-,6763	,5715
	Remobilisation/A kutgeriatrie	-,02738	,34911	1,000	-1,7892	1,7344
	Urologie	,18578	,20659	1,000	-,5536	,9252
Psychosomatik	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,50287	,26913	,779	-4,8580	5,8637
	Chirurgie	,67647	,26757	,622	-4,8940	6,2469
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,23864	,28493	,993	-3,6606	4,1379
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,40625	,51127	,999	-2,6766	3,4891
	Innere Medizin	,50000	,26609	,777	-5,2848	6,2848
	Kinder- und Jugendheilkunde	,38477	,27811	,908	-4,0221	4,7916
	Neurologie	-,01190	,29428	1,000	-3,4088	3,3850
	Orthopädie	,06944	,31327	1,000	-2,7558	2,8947
	Onkologie	,26042	,30293	,994	-2,7908	3,3117
	Palliativmedizin	-,17262	,28887	1,000	-3,8436	3,4983
	Rehabilitaiton	-,22500	,26601	,989	-6,0420	5,5920
	Remobilisation/A kutgeriatrie	-,20000	,40427	1,000	-2,5900	2,1900
	Urologie	,01316	,29024	1,000	-3,5863	3,6126
Rehabilitaiton	<b>Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	<b>,72787*</b>	,13489	,000	,2452	1,2106
	<b>Chirurgie</b>	<b>,90147*</b>	,13175	,000	,4282	1,3747
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,46364	,16416	,254	-,1225	1,0498
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,63125	,45515	,933	-2,5032	3,7657
	<b>Innere Medizin</b>	<b>,72500*</b>	,12872	,000	,2603	1,1897



	<b>Kinder- und Jugendheilkunde</b>	<b>,60977*</b>	,15201	,013	,0732	1,1464
	Neurologie	,21310	,17990	,994	-,4442	,8704
	Orthopädie	,29444	,20953	,963	-,5705	1,1594
	Onkologie	,48542	,19372	,435	-,2170	1,1879
	Palliativmedizin	,05238	,17090	1,000	-,5715	,6763
	Psychosomatik	,22500	,26601	,989	-5,5920	6,0420
	Remobilisation/Akutgeriatrie	,02500	,33046	1,000	-1,8091	1,8591
	Urologie	,23816	,17321	,977	-,3987	,8751
Remobilisation/Akutgeriatrie	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,70287	,33297	,686	-1,1159	2,5217
	Chirurgie	,87647	,33171	,471	-,9486	2,7015
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,43864	,34586	,971	-1,3303	2,2076
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,60625	,54757	,989	-2,1703	3,3828
	Innere Medizin	,70000	,33052	,684	-1,1313	2,5313
	Kinder- und Jugendheilkunde	,58477	,34027	,850	-1,2023	2,3719
	Neurologie	,18810	,35361	1,000	-1,5631	1,9393
	Orthopädie	,26944	,36956	1,000	-1,4794	2,0183
	Onkologie	,46042	,36083	,973	-1,2765	2,1973
	Palliativmedizin	,02738	,34911	1,000	-1,7344	1,7892
	Psychosomatik	,20000	,40427	1,000	-2,1900	2,5900
	Rehabilitaion	-,02500	,33046	1,000	-1,8591	1,8091
	Urologie	,21316	,35025	1,000	-1,5465	1,9728
<b>Urologie</b>	Anästhesiologie und Intensivmedizin	,48972	,17796	,292	-,1486	1,1280
	<b>Chirurgie</b>	<b>,66331*</b>	,17559	,032	,0317	1,2949
	Gynäkologie und Geburtshilfe	,22548	,20105	,997	-,4876	,9386
	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	,39309	,46971	,998	-2,5821	3,3683
	Innere Medizin	,48684	,17333	,268	-,1386	1,1123

Kinder- und Jugendheilkunde	,37161	,19126	,792	-,3060	1,0492
Neurologie	-,02506	,21410	1,000	-,7911	,7410
Orthopädie	,05629	,23953	1,000	-,8646	,9772
Onkologie	,24726	,22583	,997	-,5570	1,0515
Palliativmedizin	-,18578	,20659	1,000	-,9252	,5536
Psychosomatik	-,01316	,29024	1,000	-3,6126	3,5863
Rehabilitaiton	-,23816	,17321	,977	-,8751	,3987
Remobilisation/A kutgeriatrie	-,21316	,35025	1,000	-1,9728	1,5465

\*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

### 6.1.1 EE-, DP- und PA-Mittelwerte in den Abteilungen

Abteilung = 1 (Anästhesie)

		Statistiken		
		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	88	90	87
	Fehlend	2	0	3
Mittelwert		2,31	1,43	4,50

3 = Chirurgie

		Statistiken		
		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	103	107	102
	Fehlend	5	1	6
Mittelwert		2,70	1,27	4,32

5 = Gynäkologie und Geburtshilfe

		Statistiken		
		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	35	35	33
	Fehlend	1	1	3
Mittelwert		2,26	,91	4,76

6 = Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

		Statistiken		
		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	4	5	4
	Fehlend	1	0	1
Mittelwert		2,28	,76	4,59

8 = Innere Medizin

		Statistiken		
		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	108	111	106
	Fehlend	5	2	7
Mittelwert		3,01	1,61	4,50

9 = Kinder- und Jugendheilkunde

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	62	66	64
	Fehlend	5	1	3
Mittelwert		2,03	,88	4,62

13 = Neurologie

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	22	22	21
	Fehlend	1	1	2
Mittelwert		2,01	1,21	5,01

15 = Orthopädie

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	9	9	9
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		2,60	1,00	4,93

16 = Onkologie

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	26	27	24
	Fehlend	1	0	3
Mittelwert		2,46	,90	4,74

17 = Palliativmedizin

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	20	21	21
	Fehlend	1	0	0
Mittelwert		1,87	,63	5,17

19 = Psychosomatik

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	2	2	2
	Fehlend	1	1	1
Mittelwert		2,56	1,80	5,00

22 = Rehabilitation

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	10	10	10
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		1,97	1,16	5,23

23 = Remobilisation/Akutgeriatrie

**Statistiken**

		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	5	5	5
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		2,16	1,16	5,20

25 = Urologie

**Statistiken**

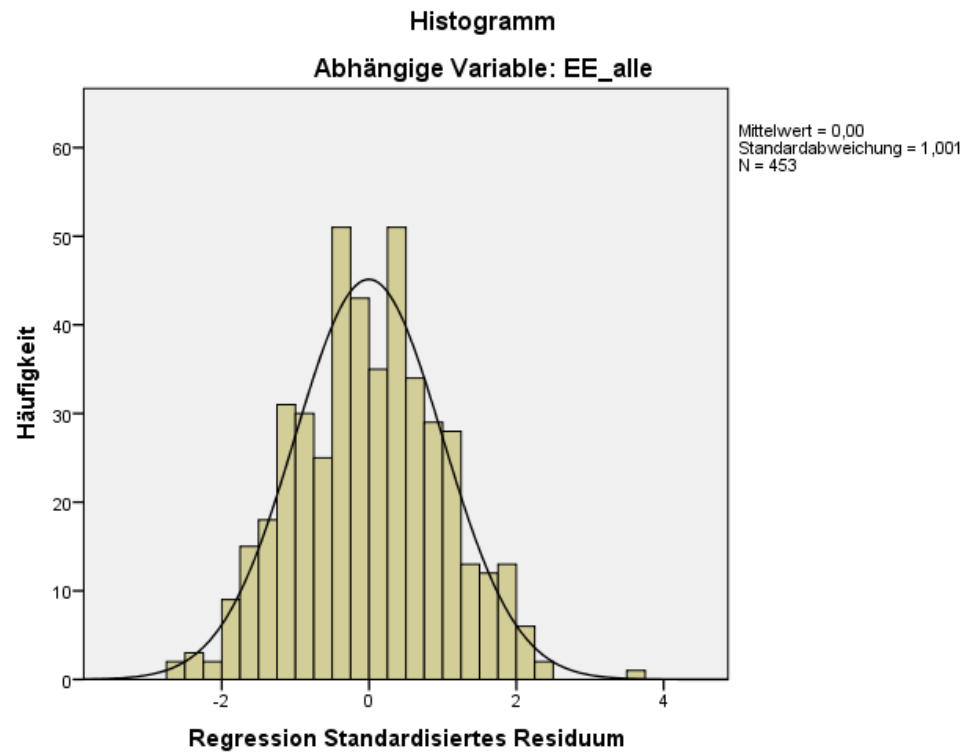
		EE_alle	DP_alle	PA_alle
N	Gültig	19	20	19
	Fehlend	1	0	1
Mittelwert		2,25	1,06	4,99

## 6.2 Binäre logistische Regression

### 6.2.1 Überprüfung der Voraussetzungen für multiple Regression

Beispiel aus der Arbeitsumgebung : Führung (EE)

#### 1. Überprüfung der Normalverteilung der Residuen



## 2. Überprüfung auf Multikollinearität (VIF- und Toleranzwert)

Koeffizienten<sup>a</sup>

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	Sig.	Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	5,527	,242		22,844	,000		
	Resilienz.alle	-,868	,067	-,523	-12,888	,000	1,000	1,000
2	(Konstante)	6,343	,255		24,881	,000		
	Resilienz.alle	-,729	,066	-,439	-10,960	,000	,917	1,090
	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?	-,363	,050	-,291	-7,271	,000	,917	1,090
3	(Konstante)	7,132	,271		26,300	,000		
	Resilienz.alle	-,672	,064	-,405	-10,496	,000	,901	1,110
	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?	-,330	,048	-,265	-6,892	,000	,908	1,102
4	AU_Führung_alle	-,442	,067	-,247	-6,604	,000	,961	1,040
	(Konstante)	6,767	,303		22,361	,000		
	Resilienz.alle	-,660	,064	-,398	-10,344	,000	,896	1,116
	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?	-,322	,048	-,259	-6,755	,000	,904	1,106
5	AU_Führung_alle	-,451	,067	-,252	-6,779	,000	,959	1,043
	Für wie viele Patienten mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht die Pflege und Aufsicht übernehmen?	,080	,030	,097	2,652	,008	,986	1,014
	(Konstante)	6,407	,343		18,668	,000		

<b>Resilienz.alle</b>	-,643	,064	<b>-,387</b>	-10,052	,000	,884	1,132
<b>Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?</b>	-,315	,048	<b>-,253</b>	-6,623	,000	,900	1,111
<b>AU_Führung_alle</b>	-,470	,067	<b>-,263</b>	-7,036	,000	,943	1,061
Für wie viele Patienten mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht die Pflege und Aufsicht übernehmen?	,081	,030	,099	2,700	,007	,986	1,014
Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?	,274	,125	,081	2,190	,029	,966	1,035

a. Abhängige Variable: EE\_alle



### 3. Überprüfung auf Autokorrelation (Durbin-Watson-Test)

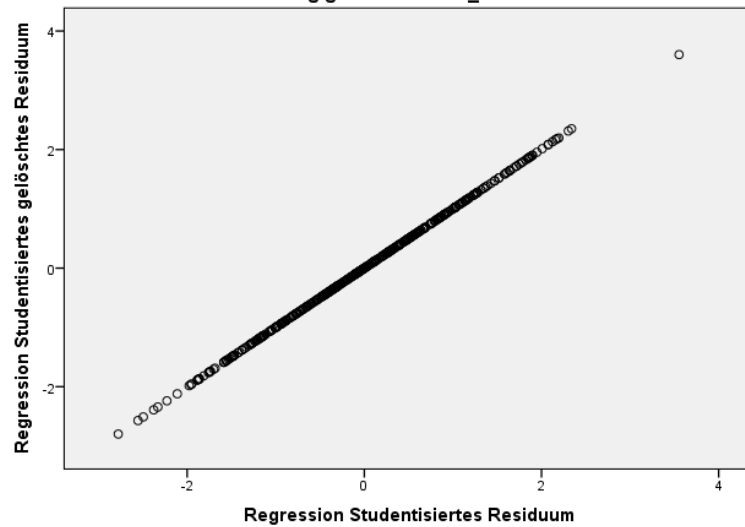
Modellübersicht<sup>f</sup>

Modell	R	R-Quadrat	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung	Durbin-Watson
1	,523 <sup>a</sup>	,273	,271	1,07931	
2	,592 <sup>b</sup>	,351	,348	1,02106	
3	,640 <sup>c</sup>	,409	,405	,97504	
4	,647 <sup>d</sup>	,419	,413	,96842	
5	,652 <sup>e</sup>	,425	,419	,96426	1,914

### Überprüfung auf Homoskedastizität

Streudiagramm

Abhängige Variable: EE\_alle



## 6.2.2 Binäre logistische Regression

### 6.2.2.1 Emotionale Erschöpfung (EE)

Arbeitsumgebung

Führung (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,053	,136	60,330	1	,000	2,867	2,198	3,741
	Konstante	-1,548	,421	13,510	1	,000	,213		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,021	,157	42,511	1	,000	2,775	2,042	3,772
	Resilienz.alle	1,445	,235	37,673	1	,000	4,241	2,673	6,727
	Konstante	-6,058	,921	43,255	1	,000	,002		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,055	,168	39,563	1	,000	<b>2,871</b>	2,067	3,989
	Resilienz.alle	1,375	,243	32,063	1	,000	<b>3,954</b>	2,457	6,364
	AU_Führung_alle	1,057	,268	15,539	1	,000	<b>2,878</b>	1,701	4,868
	Konstante	-8,357	1,172	50,876	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): AU\_Führung\_alle.

## Personaldecke (EE)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,033	,130	62,837	1	,000	2,810	2,177	3,628
Konstante	-1,518	,409	13,784	1	,000	,219		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,970	,145	44,683	1	,000	2,638	1,985	3,507
Resilienz.alle	1,240	,212	34,186	1	,000	3,456	2,281	5,237
Konstante	-5,307	,822	41,661	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,964	,161	35,888	1	,000	<b>2,622</b>	1,913	3,594
Resilienz.alle	1,034	,222	21,753	1	,000	<b>2,813</b>	1,821	4,345
AU_Personaldecke_alle	1,715	,379	20,448	1	,000	<b>5,555</b>	2,642	11,680
Konstante	-7,552	1,046	52,097	1	,000	,001		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): AU\_Personaldecke\_alle.

## Partizipation (EE)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,042	,136	58,775	1	,000	2,836	2,172	3,701
Konstante	-1,494	,422	12,525	1	,000	,224		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,012	,153	43,753	1	,000	2,751	2,038	3,712
Resilienz.alle	1,250	,225	30,992	1	,000	3,491	2,248	5,421
Konstante	-5,395	,877	37,858	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,957	,158	36,479	1	,000	<b>2,603</b>	1,908	3,551
Resilienz.alle	1,270	,227	31,257	1	,000	<b>3,560</b>	2,281	5,555
AU_Partizipation_alle	1,334	,385	12,012	1	,001	<b>3,797</b>	1,785	8,075
Konstante	-8,149	1,244	42,911	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): AU\_Partizipation\_alle.

## Pflegemodell (EE)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,023	,135	57,662	1	,000	2,781	2,136	3,622
Konstante	-1,469	,423	12,048	1	,001	,230		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,996	,152	43,148	1	,000	2,708	2,012	3,645
Resilienz.alle	1,288	,221	34,083	1	,000	3,627	2,353	5,589
Konstante	-5,521	,872	40,123	1	,000	,004		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,960	,159	36,430	1	,000	<b>2,613</b>	1,913	3,569
Resilienz.alle	1,272	,224	32,349	1	,000	<b>3,568</b>	2,302	5,531
AU_Pflegemodell_alle	1,579	,402	15,423	1	,000	<b>4,848</b>	2,205	10,658
Konstante	-9,573	1,421	45,377	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): AU\_Pflegemodell\_alle.

## P-A-Beziehung (EE)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,014	,131	59,808	1	,000	2,757	2,132	3,565
Konstante	-1,416	,412	11,823	1	,001	,243		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,951	,147	42,059	1	,000	2,589	1,942	3,450
Resilienz.alle	1,234	,213	33,472	1	,000	3,434	2,261	5,216
Konstante	-5,184	,825	39,483	1	,000	,006		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

**Organisationsklima (EE)**

**Mitarbeiterfürsorge (EE)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,013	,132	58,749	1	,000	2,753	2,125	3,567
	Konstante	-1,422	,415	11,762	1	,001	,241		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,971	,149	42,707	1	,000	2,640	1,973	3,533
	Resilienz.alle	1,261	,220	32,742	1	,000	3,529	2,291	5,436
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	-5,357	,860	38,774	1	,000	,005		
	Arbeitszufriedenheit	,917	,155	34,812	1	,000	<b>2,501</b>	1,845	3,392
	Resilienz.alle	1,226	,225	29,574	1	,000	<b>3,408</b>	2,191	5,301
	Mitarbeiterfürsorge_alle	1,090	,293	13,840	1	,000	<b>2,975</b>	1,675	5,284
	Konstante	-7,397	1,086	46,395	1	,000	,001		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Mitarbeiterfürsorge\_alle.

**Autonomie.neu (EE)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,023	,131	61,246	1	,000	2,781	2,153	3,593
	Konstante	-1,492	,411	13,163	1	,000	,225		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,953	,145	42,930	1	,000	2,592	1,950	3,447
	Resilienz.alle	1,226	,212	33,347	1	,000	3,407	2,248	5,166
	Konstante	-5,212	,819	40,451	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,024	,159	41,459	1	,000	<b>2,785</b>	2,039	3,805
	Resilienz.alle	1,203	,223	29,137	1	,000	<b>3,330</b>	2,152	5,154
	autonomie.neu.alle	1,309	,288	20,672	1	,000	<b>3,702</b>	2,106	6,507
	Konstante	-8,674	1,203	51,971	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): autonomie.neu.alle.



## Mitarbeiterbeteiligung (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,036	,132	61,906	1	,000	2,818	2,177	3,648
	Konstante	-1,525	,411	13,795	1	,000	,218		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,981	,147	44,799	1	,000	2,668	2,002	3,557
	Resilienz.alle	1,225	,214	32,887	1	,000	3,406	2,240	5,177
	Konstante	-5,282	,829	40,562	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,993	,154	41,479	1	,000	<b>2,700</b>	1,996	3,653
	Resilienz.alle	1,176	,217	29,378	1	,000	<b>3,241</b>	2,119	4,959
	Mitarbeiterbeteiligung.alle	1,007	,297	11,461	1	,001	<b>2,738</b>	1,528	4,905
	Konstante	-7,422	1,100	45,535	1	,000	,001		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Mitarbeiterbeteiligung.alle.

## Schulungen (EE)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,033	,131	62,112	1	,000	2,808	2,172	3,631
Konstante	-1,518	,411	13,655	1	,000	,219		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,969	,145	44,576	1	,000	2,636	1,983	3,504
Resilienz.alle	1,213	,213	32,524	1	,000	3,363	2,217	5,103
Konstante	-5,227	,824	40,243	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,959	,148	42,061	1	,000	2,609	1,952	3,485
Resilienz.alle	1,222	,215	32,315	1	,000	3,394	2,227	5,172
Schulungen.alle	,474	,242	3,833	1	,050	1,607	,999	2,582
Konstante	-6,470	1,072	36,447	1	,000	,002		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Schulungen.alle.

## Integration (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,043	,132	62,278	1	,000	2,839	2,191	3,678
	Konstante	-1,567	,416	14,159	1	,000	,209		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,972	,147	43,941	1	,000	2,643	1,983	3,524
	Resilienz.alle	1,223	,213	32,979	1	,000	3,396	2,238	5,155
	Konstante	-5,264	,823	40,940	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,960	,148	41,994	1	,000	<b>2,611</b>	1,953	3,490
	Resilienz.alle	1,162	,211	30,424	1	,000	<b>3,197</b>	2,115	4,831
	Integration.alle	,683	,292	5,463	1	,019	<b>1,979</b>	1,116	3,508
	Konstante	-6,729	1,063	40,049	1	,000	,001		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Integration.alle.

## Unterstützung (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,039	,132	61,965	1	,000	2,826	2,182	3,660
	Konstante	-1,543	,415	13,827	1	,000	,214		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,996	,148	45,006	1	,000	2,706	2,023	3,620
	Resilienz.alle	1,325	,220	36,172	1	,000	3,761	2,443	5,792
	Konstante	-5,671	,864	43,047	1	,000	,003		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,013	,163	38,532	1	,000	2,753	2,000	3,791
	Resilienz.alle	1,290	,237	29,525	1	,000	3,632	2,281	5,783
	Unterstützung.alle	1,251	,264	22,520	1	,000	3,495	2,084	5,859
	Konstante	-8,921	1,228	52,758	1	,000	,000		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.  
 b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.  
 c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Unterstützung.alle.

**Formalisierung.neu (EE)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,014	,133	58,408	1	,000	2,755	2,125	3,573
	Konstante	-1,457	,416	12,246	1	,000	,233		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,964	,149	42,018	1	,000	<b>2,622</b>	1,959	3,509
	Resilienz.alle	1,246	,216	33,241	1	,000	<b>3,478</b>	2,277	5,313
	Konstante	-5,309	,845	39,424	1	,000	,005		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

## Tradition (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,026	,131	61,655	1	,000	2,789	2,159	3,603
	Konstante	-1,522	,410	13,769	1	,000	,218		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,964	,145	44,198	1	,000	2,623	1,974	3,485
	Resilienz.alle	1,221	,212	33,163	1	,000	3,390	2,237	5,136
	Konstante	-5,245	,821	40,830	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,942	,152	38,387	1	,000	2,564	1,904	3,454
	Tradition.alle	-1,018	,279	13,276	1	,000	,361	,209	,625
	Resilienz.alle	1,230	,216	32,307	1	,000	3,423	2,239	5,232
	Konstante	-2,688	1,047	6,598	1	,010	,068		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.  
 b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.  
 c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Tradition.alle.

**Tradition (EE) (Tradition wurde rekodiert)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,026	,131	61,655	1	,000	2,789	2,159	3,603
	Konstante	-1,522	,410	13,769	1	,000	,218		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,964	,145	44,198	1	,000	2,623	1,974	3,485
	Resilienz.alle	1,221	,212	33,163	1	,000	3,390	2,237	5,136
	Konstante	-5,245	,821	40,830	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,942	,152	38,387	1	,000	<b>2,564</b>	1,904	3,454
	Resilienz.alle	1,230	,216	32,307	1	,000	<b>3,423</b>	2,239	5,232
	Trad_alle_rekodiert	1,018	,279	13,276	1	,000	<b>2,768</b>	1,601	4,786
	Konstante	-7,779	1,134	47,084	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Trad\_alle\_rekodiert.

## Innovation (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,019	,131	60,860	1	,000	2,771	2,145	3,580
	Konstante	-1,508	,410	13,517	1	,000	,221		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,965	,146	43,898	1	,000	2,624	1,973	3,490
	Resilienz.alle	1,219	,214	32,503	1	,000	3,384	2,225	5,145
	Konstante	-5,244	,829	39,971	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,924	,153	36,501	1	,000	<b>2,518</b>	1,866	3,398
	Resilienz.alle	1,231	,221	30,957	1	,000	<b>3,424</b>	2,219	5,282
	Innovation_Flexibilität.alle	1,338	,369	13,179	1	,000	<b>3,811</b>	1,851	7,847
	Konstante	-8,276	1,260	43,167	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Innovation\_Flexibilität.alle.



## Ausrichtung nach Außen (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,001	,132	57,735	1	,000	2,722	2,102	3,524
	Konstante	-1,447	,415	12,133	1	,000	,235		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,950	,146	42,273	1	,000	2,585	1,941	3,441
	Resilienz.alle	1,186	,213	30,908	1	,000	3,275	2,155	4,975
	Konstante	-5,105	,832	37,639	1	,000	,006		
Schritt 3 <sup>c</sup>	<b>Arbeitszufriedenheit</b>	,943	,152	38,491	1	,000	<b>2,568</b>	1,906	3,459
	<b>Resilienz.alle</b>	1,175	,215	29,887	1	,000	<b>3,239</b>	2,125	4,936
	<b>Ausrichtung_Außen.alle</b>	,970	,280	12,026	1	,001	<b>2,637</b>	1,525	4,563
	Konstante	-7,591	1,153	43,379	1	,000	,001		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Ausrichtung\_Außen.alle.

## Klarheit der Organisationsziele (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,023	,131	61,182	1	,000	2,782	2,153	3,594
	Konstante	-1,489	,411	13,104	1	,000	,226		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,967	,146	43,825	1	,000	2,629	1,975	3,501
	Resilienz.alle	1,242	,213	34,009	1	,000	3,463	2,281	5,258
	Konstante	-5,303	,830	40,876	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,015	,155	43,033	1	,000	<b>2,760</b>	2,038	3,737
	Resilienz.alle	1,283	,215	35,499	1	,000	<b>3,609</b>	2,366	5,504
	Klarheit.alle	1,072	,288	13,834	1	,000	<b>2,922</b>	1,661	5,142
	Konstante	-7,911	1,154	47,005	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Klarheit.alle.

## Arbeitsbemühungen (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,031	,130	62,518	1	,000	2,804	2,172	3,621
	Konstante	-1,514	,409	13,701	1	,000	,220		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,969	,145	44,552	1	,000	<b>2,635</b>	1,983	3,502
	Resilienz.alle	1,239	,212	34,124	1	,000	<b>3,452</b>	2,278	5,231
	Konstante	-5,300	,822	41,558	1	,000	,005		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

**Effizienz.neu (EE)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,033	,130	62,837	1	,000	2,810	2,177	3,628
	Konstante	-1,518	,409	13,784	1	,000	,219		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,971	,145	44,782	1	,000	<b>2,641</b>	1,987	3,510
	Resilienz.alle	1,240	,212	34,135	1	,000	<b>3,457</b>	2,280	5,240
	Konstante	-5,309	,823	41,640	1	,000	,005		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

## Qualität.neu (EE)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,046	,132	62,783	1	,000	2,847	2,198	3,687
Konstante	-1,530	,413	13,706	1	,000	,217		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,987	,148	44,542	1	,000	2,683	2,008	3,585
Resilienz.alle	1,271	,217	34,392	1	,000	3,565	2,331	5,453
Konstante	-5,416	,840	41,587	1	,000	,004		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,007	,152	43,833	1	,000	2,738	2,032	3,689
Resilienz.alle	1,216	,221	30,181	1	,000	3,375	2,187	5,209
qualität.neu.alle	,676	,277	5,972	1	,015	1,965	1,143	3,379
Konstante	-7,399	1,211	37,360	1	,000	,001		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): qualität.neu.alle.

**Leistungsdruck (EE)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,017	,131	60,361	1	,000	2,764	2,139	3,572
	Konstante	-1,472	,412	12,758	1	,000	,229		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,947	,146	41,969	1	,000	2,579	1,936	3,435
	Resilienz.alle	1,239	,212	34,124	1	,000	3,451	2,277	5,229
	Konstante	-5,236	,821	40,689	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,904	,157	33,085	1	,000	<b>2,469</b>	1,815	3,360
	Resilienz.alle	1,090	,216	25,582	1	,000	<b>2,975</b>	1,950	4,540
	Leistungsdruck.alle	-1,822	,383	22,632	1	,000	<b>,162</b>	,076	,342
	Konstante	1,354	1,548	,764	1	,382	3,871		

a. In Schritt 1 eingeebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

### Leistungsdruck (EE) (Leistungsdruck wurde rekodiert)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,017	,131	60,361	1	,000	2,764	2,139	3,572
Konstante	-1,472	,412	12,758	1	,000	,229		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,947	,146	41,969	1	,000	2,579	1,936	3,435
Resilienz.alle	1,239	,212	34,124	1	,000	3,451	2,277	5,229
Konstante	-5,236	,821	40,689	1	,000	,005		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,904	,157	33,085	1	,000	2,469	1,815	3,360
Resilienz.alle	1,090	,216	25,582	1	,000	2,975	1,950	4,540
Leist_dr_alle_rekodiert	1,822	,383	22,632	1	,000	6,187	2,920	13,108
Konstante	-7,759	1,072	52,425	1	,000	,000		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Leist\_dr\_alle\_rekodiert.

## Leistungsfeedback.neu (EE)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	1,031	,130	62,518	1	,000	2,804	2,172	3,621
	Konstante	-1,514	,409	13,701	1	,000	,220		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,966	,145	44,201	1	,000	2,627	1,976	3,492
	Resilienz.alle	1,245	,212	34,353	1	,000	3,474	2,291	5,268
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	-5,314	,823	41,734	1	,000	,005		
	Arbeitszufriedenheit	,974	,148	43,400	1	,000	2,650	1,983	3,541
	Resilienz.alle	1,262	,213	34,994	1	,000	3,533	2,326	5,368
	leistungsfeedback.neu.alle	,517	,245	4,465	1	,035	1,677	1,038	2,710
	Konstante	-6,643	1,066	38,851	1	,000	,001		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): leistungsfeedback.neu.alle.



### 6.2.2.2 Depersonalisation (DP)

#### Arbeitsumgebung

#### Führung (DP)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	1,025	,212	23,326	1	,000	<b>2,787</b>	1,839	4,225
Konstante	,120	,567	,045	1	,833	1,127		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Personaldecke (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,855	,187	20,862	1	,000	2,352	1,630	3,396
	Konstante	,405	,544	,555	1	,456	1,500		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,792	,207	14,579	1	,000	2,208	1,470	3,316
	AU_Personaldecke_alle	1,912	,595	10,345	1	,001	6,768	2,111	21,703
	Konstante	-2,500	1,014	6,072	1	,014	,082		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,812	,212	14,611	1	,000	2,252	1,485	3,415
	Geschlecht.rekodiert	1,249	,548	5,195	1	,023	3,487	1,191	10,209
	AU_Personaldecke_alle	2,024	,621	10,610	1	,001	7,567	2,239	25,572
	Konstante	-4,985	1,538	10,506	1	,001	,007		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): AU\_Personaldecke\_alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Partizipation (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,941	,207	20,591	1	,000	2,561	1,706	3,845
	Konstante	,326	,574	,322	1	,570	1,385		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,893	,220	16,468	1	,000	2,442	1,587	3,758
	AU_Partizipation_alle	1,388	,578	5,763	1	,016	4,005	1,290	12,435
	Konstante	-2,418	1,268	3,637	1	,057	,089		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,928	,226	16,927	1	,000	<b>2,530</b>	1,626	3,937
	Geschlecht.rekodiert	1,114	,583	3,646	1	,056	<b>3,046</b>	,971	9,558
	AU_Partizipation_alle	1,379	,582	5,613	1	,018	<b>3,972</b>	1,269	12,430
	Konstante	-4,502	1,695	7,059	1	,008	,011		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): AU\_Partizipation\_alle.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Pflegemodell (DP)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,917	,195	22,170	1	,000	2,501	1,708	3,664
Konstante	,225	,554	,164	1	,685	1,252		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,884	,204	18,756	1	,000	2,421	1,622	3,612
AU_Pflegemodell_alle	1,414	,548	6,673	1	,010	4,114	1,407	12,031
Konstante	-3,403	1,488	5,229	1	,022	,033		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): AU\_Pflegemodell\_alle.

## P-A-Beziehung (DP)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,859	,187	21,202	1	,000	2,362	1,638	3,405
Konstante	,379	,543	,488	1	,485	1,461		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,756	,204	13,792	1	,000	2,130	1,429	3,174
AU_P_A_Bezeichnung_alle	1,257	,352	12,730	1	,000	3,513	1,762	7,007
Konstante	-2,303	,918	6,290	1	,012	,100		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,794	,207	14,749	1	,000	2,213	1,475	3,319
Geschlecht.rekodiert	1,157	,542	4,564	1	,033	3,180	1,100	9,193
AU_P_A_Bezeichnung_alle	1,273	,357	12,712	1	,000	3,570	1,774	7,185
Konstante	-4,532	1,418	10,210	1	,001	,011		
Schritt 4 <sup>d</sup>								
Alter	,226	,113	4,010	1	,045	1,254	1,005	1,565
Arbeitszufriedenheit	,802	,210	14,545	1	,000	2,231	1,477	3,369
Geschlecht.rekodiert	1,291	,558	5,362	1	,021	3,636	1,219	10,845
AU_P_A_Bezeichnung_alle	1,452	,379	14,666	1	,000	4,271	2,032	8,980
Konstante	-6,378	1,759	13,143	1	,000	,002		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): AU\_P\_A\_Bezeichnung\_alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

d. In Schritt 4 eingegebene Variable(n): Alter.

## Organisationsklima mit DP

### Mitarbeiterfürsorge (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,878	,195	20,167	1	,000	2,406	1,640	3,529
	Konstante	,413	,560	,543	1	,461	1,511		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,801	,212	14,249	1	,000	2,228	1,470	3,377
	Mitarbeiterfürsorge_alle	1,392	,443	9,866	1	,002	4,023	1,688	9,588
	Konstante	-2,151	,981	4,811	1	,028	,116		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Mitarbeiterfürsorge\_alle.

## Autonomie.neu (DP)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,854	,187	20,862	1	,000	2,349	1,628	3,389
Konstante	,390	,544	,514	1	,473	1,477		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,844	,197	18,444	1	,000	2,326	1,582	3,419
autonomie.neu.alle	,971	,367	6,984	1	,008	2,641	1,285	5,425
Konstante	-2,018	1,034	3,807	1	,051	,133		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,860	,199	18,653	1	,000	<b>2,362</b>	1,599	3,489
Geschlecht.rekodiert	1,041	,536	3,773	1	,052	<b>2,832</b>	,991	8,094
autonomie.neu.alle	,929	,364	6,502	1	,011	<b>2,532</b>	1,240	5,171
Konstante	-3,844	1,403	7,512	1	,006	,021		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.  
 b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): autonomie.neu.alle.  
 c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Mitarbeiterbeteiligung (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,895	,193	21,486	1	,000	2,447	1,676	3,572
	Konstante	,334	,549	,371	1	,543	1,397		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,898	,213	17,718	1	,000	<b>2,455</b>	1,616	3,730
	Mitarbeiterbeteiligung.alle	1,324	,435	9,281	1	,002	<b>3,758</b>	1,603	8,806
	Konstante	-2,510	1,063	5,581	1	,018	,081		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Mitarbeiterbeteiligung.alle.



## Schulungen (DP)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,865	,191	20,470	1	,000	2,375	1,633	3,454
Konstante	,417	,552	,571	1	,450	1,517		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,853	,202	17,770	1	,000	2,346	1,578	3,488
Schulungen.alle	,897	,341	6,929	1	,008	2,452	1,257	4,782
Konstante	-1,785	,983	3,294	1	,070	,168		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,868	,207	17,634	1	,000	<b>2,381</b>	1,588	3,570
Geschlecht.rekodiert	1,138	,538	4,475	1	,034	<b>3,120</b>	1,087	8,956
Schulungen.alle	,896	,346	6,696	1	,010	<b>2,449</b>	1,243	4,826
Konstante	-3,877	1,412	7,544	1	,006	,021		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Schulungen.alle.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Integration (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,866	,188	21,208	1	,000	2,377	1,644	3,435
	Konstante	,345	,547	,399	1	,527	1,413		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,837	,198	17,865	1	,000	2,310	1,567	3,406
	Integration.alle	1,054	,392	7,235	1	,007	2,870	1,331	6,188
	Konstante	-2,090	1,038	4,056	1	,044	,124		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,865	,202	18,412	1	,000	<b>2,375</b>	1,600	3,526
	Geschlecht.rekodiert	1,108	,535	4,287	1	,038	<b>3,027</b>	1,061	8,637
	Integration.alle	1,058	,396	7,146	1	,008	<b>2,882</b>	1,326	6,262
	Konstante	-4,179	1,470	8,083	1	,004	,015		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Integration.alle.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Unterstützung (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,867	,188	21,194	1	,000	2,379	1,645	3,440
	Konstante	,353	,547	,416	1	,519	1,423		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,855	,203	17,801	1	,000	<b>2,351</b>	1,580	3,496
	Unterstützung.alle	,906	,320	8,016	1	,005	<b>2,475</b>	1,322	4,633
	Konstante	-1,938	,951	4,150	1	,042	,144		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Unterstützung.alle.

## Formalisierung.neu.alle (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,846	,196	18,708	1	,000	2,331	1,588	3,420
	Konstante	,491	,568	,747	1	,387	1,634		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,877	,202	18,775	1	,000	2,403	1,616	3,573
	formalisierung.neu.alle	,897	,379	5,612	1	,018	2,452	1,167	5,149
	Konstante	-2,083	1,190	3,064	1	,080	,125		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,910	,207	19,247	1	,000	<b>2,484</b>	1,654	3,730
	Geschlecht.rekodiert	1,075	,543	3,916	1	,048	<b>2,929</b>	1,010	8,495
	formalisierung.neu.alle	,811	,376	4,657	1	,031	<b>2,250</b>	1,077	4,698
	Konstante	-3,867	1,507	6,583	1	,010	,021		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): formalisierung.neu.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Tradition (DP)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
							Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,848	,187	20,539	1	,000	2,335	1,618	3,369
Konstante	,400	,544	,540	1	,462	1,491		
Schritt 2 <sup>b</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,803	,195	17,000	1	,000	2,233	1,524	3,272
Tradition.alle	-,885	,365	5,882	1	,015	,413	,202	,844
Konstante	2,766	1,159	5,699	1	,017	15,890		
Schritt 3 <sup>c</sup>								
Arbeitszufriedenheit	,813	,199	16,714	1	,000	2,255	1,527	3,330
Geschlecht.rekodiert	1,021	,529	3,717	1	,054	2,775	,983	7,832
Tradition.alle	-,872	,372	5,500	1	,019	,418	,202	,867
Konstante	,859	1,530	,315	1	,574	2,361		

- a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.
- b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Tradition.alle.
- c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

**Tradition (DP) (Tradition wurde rekodiert)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,848	,187	20,539	1	,000	2,335	1,618	3,369
	Konstante	,400	,544	,540	1	,462	1,491		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,803	,195	17,000	1	,000	2,233	1,524	3,272
	Trad_alle_rekodiert	,885	,365	5,882	1	,015	2,423	1,185	4,955
	Konstante	-1,660	,990	2,809	1	,094	,190		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,813	,199	16,714	1	,000	<b>2,255</b>	1,527	3,330
	Trad_alle_rekodiert	,872	,372	5,500	1	,019	<b>2,391</b>	1,154	4,953
	Geschlecht.rekodiert	1,021	,529	3,717	1	,054	<b>2,775</b>	,983	7,832
	Konstante	-3,499	1,381	6,425	1	,011	,030		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Trad\_alle\_rekodiert.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Innovation (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,904	,197	21,071	1	,000	2,469	1,679	3,632
	Konstante	,343	,556	,380	1	,537	1,409		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,855	,214	15,981	1	,000	<b>2,350</b>	1,546	3,573
	Innovation_Flexibilität.alle	1,610	,514	9,799	1	,002	<b>5,004</b>	1,826	13,713
	Konstante	-3,094	1,201	6,639	1	,010	,045		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Innovation\_Flexibilität.alle.

## Ausrichtung nach Außen (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Ausrichtung_Außen.alle	1,857	,403	21,223	1	,000	6,403	2,906	14,109
	Konstante	-1,497	,918	2,658	1	,103	,224		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,732	,213	11,794	1	,001	2,080	1,369	3,159
	Ausrichtung_Außen.alle	1,722	,418	16,977	1	,000	5,598	2,467	12,703
	Konstante	-3,451	1,116	9,569	1	,002	,032		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,766	,219	12,275	1	,000	<b>2,151</b>	1,401	3,301
	Geschlecht.rekodiert	1,220	,564	4,673	1	,031	<b>3,388</b>	1,121	10,241
	Ausrichtung_Außen.alle	1,721	,424	16,506	1	,000	<b>5,591</b>	2,437	12,825
	Konstante	-5,732	1,580	13,167	1	,000	,003		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Ausrichtung\_Außen.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.



## Klarheit der Organisationsziele (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,857	,187	21,023	1	,000	2,356	1,633	3,398
	Konstante	,379	,544	,485	1	,486	1,460		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,874	,191	21,039	1	,000	<b>2,397</b>	1,650	3,484
	Geschlecht.rekodiert	1,074	,524	4,207	1	,040	<b>2,927</b>	1,049	8,168
	Konstante	-1,614	1,109	2,118	1	,146	,199		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

**Arbeitsbemühungen.neu.alle (DP)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,854	,187	20,748	1	,000	2,348	1,626	3,390
	Konstante	,408	,544	,563	1	,453	1,504		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,903	,197	21,055	1	,000	<b>2,468</b>	1,678	3,629
	arbeitsbemühungen.neu.alle	,870	,380	5,233	1	,022	<b>2,386</b>	1,133	5,026
	Konstante	-2,516	1,380	3,327	1	,068	,081		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): arbeitsbemühungen.neu.alle.

## Effizienz.neu (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,855	,187	20,862	1	,000	2,352	1,630	3,396
	Konstante	,405	,544	,555	1	,456	1,500		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,855	,196	18,932	1	,000	2,351	1,600	3,455
	effizienz.neu.alle	1,180	,398	8,782	1	,003	3,254	1,491	7,100
	Konstante	-2,017	,964	4,384	1	,036	,133		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,874	,200	19,135	1	,000	<b>2,396</b>	1,620	3,545
	Geschlecht.rekodiert	1,027	,538	3,649	1	,056	<b>2,793</b>	,974	8,015
	effizienz.neu.alle	1,150	,399	8,323	1	,004	<b>3,160</b>	1,446	6,903
	Konstante	-3,873	1,381	7,867	1	,005	,021		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): effizienz.neu.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

**Qualität.neu (DP)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,907	,193	22,188	1	,000	2,478	1,699	3,615
	Konstante	,307	,548	,314	1	,575	1,360		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,978	,217	20,377	1	,000	<b>2,658</b>	1,739	4,064
	qualität.neu.alle	1,460	,381	14,667	1	,000	<b>4,304</b>	2,039	9,084
	Konstante	-4,196	1,291	10,561	1	,001	,015		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): qualität.neu.alle.

**Leistungsfeedback.neu (DP)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,854	,187	20,748	1	,000	2,348	1,626	3,390
	Konstante	,408	,544	,563	1	,453	1,504		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,873	,191	20,859	1	,000	<b>2,395</b>	1,646	3,484
	Geschlecht.rekodiert	1,086	,523	4,309	1	,038	<b>2,963</b>	1,063	8,262
	Konstante	-1,613	1,111	2,106	1	,147	,199		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Geschlecht.rekodiert.

## Leistungsdruck (DP)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,853	,196	18,955	1	,000	2,346	1,598	3,444
	Konstante	,498	,568	,768	1	,381	1,645		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,704	,215	10,727	1	,001	2,022	1,327	3,081
	Leistungsdruck.alle	-1,675	,572	8,560	1	,003	,187	,061	,575
	Konstante	6,533	2,226	8,613	1	,003	687,702		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Leistungsdruck.alle.

## Leistungsdruck mit DP (Leistungsdruck wurde rekodiert)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Arbeitszufriedenheit	,853	,196	18,955	1	,000	2,346	1,598	3,444
	Konstante	,498	,568	,768	1	,381	1,645		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,704	,215	10,727	1	,001	2,022	1,327	3,081
	Leist_dr_alle_rekodiert	1,675	,572	8,560	1	,003	5,338	1,738	16,392
	Konstante	-1,841	,943	3,814	1	,051	,159		

### 6.2.2.3 Persönliche Leistungsfähigkeit (PA)

#### Arbeitsumgebung

#### Führung (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,987	,163	36,604	1	,000	2,683	1,949	3,693
	Konstante	-2,047	,544	14,140	1	,000	,129		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,361	,117	9,537	1	,002	1,434	1,141	1,803
	Resilienz.alle	,848	,169	25,223	1	,000	2,336	1,677	3,252
	Konstante	-2,823	,618	20,841	1	,000	,059		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Personaldecke (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,935	,155	36,350	1	,000	2,547	1,880	3,452
	Konstante	-1,865	,519	12,937	1	,000	,155		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,366	,113	10,485	1	,001	1,442	1,155	1,800
	Resilienz.alle	,792	,161	24,201	1	,000	2,208	1,611	3,028
	Konstante	-2,649	,589	20,228	1	,000	,071		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.



## Partizipation (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,969	,164	34,819	1	,000	2,635	1,910	3,635
	Konstante	-1,932	,545	12,570	1	,000	,145		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Resilienz.alle	,930	,166	31,388	1	,000	<b>2,533</b>	1,830	3,507
	AU_Partizipation_alle	,899	,261	11,873	1	,001	<b>2,458</b>	1,474	4,100
	Konstante	-3,804	,791	23,151	1	,000	,022		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): AU\_Partizipation\_alle.

## Pflegemodell (PA)

Variablen in der Gleichung

	B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)		
							Unterer	Oberer	
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,925	,159	34,034	1	,000	2,523	1,849	3,443
	Konstante	-1,844	,531	12,050	1	,001	,158		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Resilienz.alle	,894	,161	30,877	1	,000	2,445	1,784	3,351
	AU_Pflegemodell_alle	1,013	,275	13,522	1	,000	2,753	1,605	4,722
	Konstante	-4,508	,920	24,022	1	,000	,011		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,301	,121	6,220	1	,013	1,351	1,066	1,711
	Resilienz.alle	,786	,166	22,460	1	,000	2,195	1,586	3,038
	AU_Pflegemodell_alle	,905	,280	10,438	1	,001	2,471	1,427	4,279
	Konstante	-4,891	,939	27,101	1	,000	,008		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): AU\_Pflegemodell\_alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

**P\_A\_Beziehung (PA)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,930	,155	36,010	1	,000	2,534	1,870	3,432
	Konstante	-1,863	,519	12,873	1	,000	,155		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,357	,113	9,934	1	,002	1,430	1,145	1,786
	Resilienz.alle	,793	,161	24,310	1	,000	2,209	1,612	3,027
	Konstante	-2,640	,592	19,917	1	,000	,071		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Organisationsklima

### Mitarbeiterfürsorge (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,889	,158	31,561	1	,000	2,434	1,784	3,319
	Konstante	-1,739	,533	10,662	1	,001	,176		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,338	,114	8,819	1	,003	1,402	1,122	1,752
	Resilienz.alle	,760	,164	21,469	1	,000	2,138	1,550	2,949
	Konstante	-2,472	,602	16,849	1	,000	,084		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

**Autonomie.neu (PA)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,937	,156	36,103	1	,000	2,553	1,880	3,466
	Konstante	-1,863	,521	12,797	1	,000	,155		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,374	,114	10,697	1	,001	<b>1,453</b>	1,161	1,817
	Resilienz.alle	,792	,162	23,848	1	,000	<b>2,207</b>	1,606	3,033
	Konstante	-2,664	,593	20,177	1	,000	,070		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Mitarbeiterbeteiligung (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,910	,156	34,225	1	,000	2,485	1,832	3,371
	Konstante	-1,803	,520	12,032	1	,001	,165		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,359	,113	10,032	1	,002	1,432	1,147	1,788
	Resilienz.alle	,771	,161	22,771	1	,000	2,161	1,575	2,966
	Konstante	-2,569	,590	18,986	1	,000	,077		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Schulungen (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,938	,156	36,231	1	,000	2,556	1,883	3,470
	Konstante	-1,864	,520	12,828	1	,000	,155		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,345	,114	9,137	1	,003	1,412	1,129	1,766
	Resilienz.alle	,803	,162	24,650	1	,000	2,233	1,626	3,067
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	-2,603	,590	19,430	1	,000	,074		
	Arbeitszufriedenheit	,315	,117	7,207	1	,007	<b>1,370</b>	1,089	1,723
	Resilienz.alle	,804	,163	24,253	1	,000	<b>2,235</b>	1,623	3,077
	Schulungen.alle	,365	,183	3,954	1	,047	<b>1,440</b>	1,005	2,063
	Konstante	-3,471	,746	21,653	1	,000	,031		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Schulungen.alle.

## Integration (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,937	,156	35,902	1	,000	2,552	1,878	3,467
	Konstante	-1,856	,521	12,678	1	,000	,156		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Resilienz.alle	,872	,157	30,709	1	,000	2,392	1,757	3,257
	Integration.alle	,590	,217	7,415	1	,006	1,804	1,180	2,758
	Konstante	-3,127	,711	19,335	1	,000	,044		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,285	,118	5,861	1	,015	<b>1,329</b>	1,056	1,673
	Resilienz.alle	,762	,163	21,918	1	,000	<b>2,144</b>	1,558	2,950
	Integration.alle	,538	,218	6,084	1	,014	<b>1,713</b>	1,117	2,628
	Konstante	-3,615	,751	23,171	1	,000	,027		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Integration.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.



## Unterstützung (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,899	,156	33,031	1	,000	2,457	1,808	3,339
	Konstante	-1,744	,525	11,038	1	,001	,175		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,363	,114	10,177	1	,001	1,437	1,150	1,796
	Resilienz.alle	,764	,162	22,233	1	,000	2,147	1,563	2,950
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	-2,545	,598	18,095	1	,000	,078		
	Arbeitszufriedenheit	,326	,118	7,599	1	,006	<b>1,385</b>	1,099	1,745
	Resilienz.alle	,716	,165	18,817	1	,000	<b>2,047</b>	1,481	2,829
	Unterstützung.alle	,461	,180	6,561	1	,010	<b>1,586</b>	1,114	2,258
	Konstante	-3,518	,722	23,719	1	,000	,030		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Unterstützung.alle.

## Formalisierung.neu (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,914	,157	33,702	1	,000	2,494	1,832	3,395
	Konstante	-1,777	,526	11,402	1	,001	,169		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,416	,115	13,051	1	,000	<b>1,515</b>	1,209	1,898
	Resilienz.alle	,763	,163	21,854	1	,000	<b>2,145</b>	1,558	2,954
	Konstante	-2,700	,606	19,849	1	,000	,067		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

**Tradition (PA)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,943	,157	36,227	1	,000	2,567	1,889	3,490
	Konstante	-1,889	,522	13,094	1	,000	,151		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,334	,114	8,542	1	,003	<b>1,397</b>	1,116	1,748
	Resilienz.alle	,811	,163	24,872	1	,000	<b>2,250</b>	1,636	3,094
	Konstante	-2,600	,591	19,370	1	,000	,074		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Innovation und Flexibilität und PA

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,956	,159	36,315	1	,000	2,601	1,906	3,550
	Konstante	-1,928	,527	13,372	1	,000	,145		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,363	,115	10,051	1	,002	1,438	1,149	1,800
	Resilienz.alle	,817	,164	24,698	1	,000	2,264	1,640	3,124
	Konstante	-2,713	,600	20,424	1	,000	,066		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,309	,120	6,670	1	,010	1,362	1,077	1,721
	Resilienz.alle	,796	,165	23,107	1	,000	2,216	1,602	3,065
	Innovation_Flexibilität.alle	,644	,265	5,915	1	,015	1,905	1,133	3,202
	Konstante	-3,995	,818	23,854	1	,000	,018		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Innovation\_Flexibilität.alle.

## Ausrichtung Außen (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,905	,161	31,514	1	,000	2,473	1,803	3,392
	Konstante	-1,691	,536	9,938	1	,002	,184		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,295	,118	6,247	1	,012	1,343	1,066	1,692
	Resilienz.alle	,791	,167	22,404	1	,000	2,205	1,589	3,058
	Konstante	-2,326	,606	14,743	1	,000	,098		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Klarheit der Organisationsziele (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,915	,155	34,968	1	,000	2,496	1,843	3,381
	Konstante	-1,817	,518	12,302	1	,000	,163		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,351	,113	9,623	1	,002	1,421	1,138	1,774
	Resilienz.alle	,780	,160	23,641	1	,000	2,182	1,593	2,989
	Konstante	-2,580	,590	19,152	1	,000	,076		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,333	,115	8,332	1	,004	1,395	1,113	1,748
	Resilienz.alle	,772	,161	23,135	1	,000	2,165	1,580	2,965
	Klarheit.alle	,450	,197	5,229	1	,022	1,569	1,066	2,308
	Konstante	-3,510	,726	23,374	1	,000	,030		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Klarheit.alle.

## Arbeitsbemühungen (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,928	,155	35,823	1	,000	2,530	1,867	3,428
	Konstante	-1,849	,519	12,712	1	,000	,157		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Resilienz.alle	,989	,159	38,607	1	,000	2,689	1,968	3,673
	arbeitsbemühungen.neu.alle	,860	,220	15,253	1	,000	2,363	1,535	3,639
	Konstante	-4,846	,949	26,081	1	,000	,008		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,365	,116	9,855	1	,002	1,441	1,147	1,809
	Resilienz.alle	,846	,165	26,232	1	,000	2,329	1,685	3,219
	arbeitsbemühungen.neu.alle	,856	,223	14,747	1	,000	2,353	1,520	3,641
	Konstante	-5,606	1,002	31,276	1	,000	,004		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): arbeitsbemühungen.neu.alle.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## Effizienz.neu (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,924	,154	36,114	1	,000	2,519	1,864	3,406
	Konstante	-1,817	,514	12,486	1	,000	,162		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,393	,112	12,340	1	,000	1,481	1,190	1,844
	Resilienz.alle	,771	,160	23,251	1	,000	2,161	1,580	2,956
	Konstante	-2,660	,586	20,641	1	,000	,070		
Schritt 3 <sup>c</sup>	Arbeitszufriedenheit	,373	,114	10,682	1	,001	1,452	1,161	1,817
	Resilienz.alle	,754	,161	21,894	1	,000	2,126	1,550	2,916
	effizienz.neu.alle	,521	,192	7,367	1	,007	1,683	1,156	2,452
	Konstante	-3,688	,709	27,043	1	,000	,025		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): effizienz.neu.alle.



## Qualität.neu (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,924	,154	35,937	1	,000	2,519	1,862	3,407
	Konstante	-1,840	,516	12,732	1	,000	,159		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,391	,112	12,232	1	,000	1,479	1,188	1,842
	Resilienz.alle	,771	,160	23,128	1	,000	2,161	1,579	2,958
Schritt 3 <sup>c</sup>	Konstante	-2,682	,587	20,848	1	,000	,068		
	Arbeitszufriedenheit	,382	,115	11,072	1	,001	1,465	1,170	1,834
	Resilienz.alle	,720	,163	19,438	1	,000	2,054	1,491	2,828
	qualität.neu.alle	,528	,200	6,965	1	,008	1,696	1,146	2,511
	Konstante	-4,133	,820	25,370	1	,000	,016		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

c. In Schritt 3 eingegebene Variable(n): qualität.neu.alle.

## Leistungsdruck (PA)

Variablen in der Gleichung

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,941	,155	37,046	1	,000	2,562	1,893	3,469
	Konstante	-1,876	,517	13,187	1	,000	,153		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,393	,113	12,022	1	,001	<b>1,481</b>	1,186	1,849
	Resilienz.alle	,788	,161	24,041	1	,000	<b>2,199</b>	1,605	3,012
	Konstante	-2,721	,590	21,277	1	,000	,066		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

**Leistungsfeedback.neu (PA)**

**Variablen in der Gleichung**

		B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer	Oberer
Schritt 1 <sup>a</sup>	Resilienz.alle	,921	,154	35,891	1	,000	2,511	1,858	3,393
	Konstante	-1,810	,514	12,406	1	,000	,164		
Schritt 2 <sup>b</sup>	Arbeitszufriedenheit	,390	,112	12,153	1	,000	<b>1,477</b>	1,186	1,839
	Resilienz.alle	,769	,160	23,194	1	,000	<b>2,158</b>	1,578	2,951
	Konstante	-2,649	,585	20,482	1	,000	,071		

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): Resilienz.alle.

b. In Schritt 2 eingegebene Variable(n): Arbeitszufriedenheit.

## 7 Fragebogen

**Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,  
vielen Dank, dass Sie sich an dieser Studie beteiligen!**

### **Worum geht es?**

Diese Umfrage ist Teil einer Dissertation, die an der kulturwissenschaftlichen Fakultät am Lehrstuhl für Sprachgebrauch und Therapeutische Kommunikation der Europa-Universität Viadrina (Frankfurt an der Oder) durchgeführt wird.

Mein Name lautet Tobias Schramm und ich verfolge mittels dieser Umfrage das Ziel, die aktuelle **Burnout-Prävalenz** von Pflegekräften in bayerischen Krankenhäusern zu erfassen und diese hinsichtlich **organisationsklimatischer** und **arbeitsplatzbezogener** Faktoren zu untersuchen.

### **Warum sollten Sie teilnehmen?**

Im Rahmen meiner Arbeit sollen wichtige Erkenntnisse über das Burnout-Syndrom gewonnen werden. Durch Ihre Teilnahme können Sie einen wichtigen Beitrag zur Burnout-Forschung leisten.

### **Was erwartet Sie?**

Im ersten Teil des Fragebogens geht es darum, Ihre Arbeitsumgebung zu beurteilen. Daraufhin werden Sie gebeten das generelle Organisationsklima ihres Krankenhauses zu bewerten. Im dritten Schritt werden Ihnen arbeitsbezogene Gefühle und Gedanken vorgelegt, mit dem Appell anzugeben, wie oft Sie diese erleben. Schließlich erfolgt die Bitte, Angaben bezüglich Ihrer Widerstandsfähigkeit, Ihrer Person sowie Ihrer Tätigkeit zu machen.

Alle Ihre Angaben und Daten werden **streng vertraulich behandelt, anonymisiert und nur für Forschungszwecke** verwendet. **Namen werden zu keiner Zeit erfragt.**

Bei Fragen und Unklarheiten können Sie mich jederzeit über folgende Email-Adresse kontaktieren (Betreff: „Dissertation“):

[euv152971@europa-uni.de](mailto:euv152971@europa-uni.de)

**Ich bedanke mich im Vorfeld für Ihre Unterstützung und für Ihre Mitarbeit an diesem Forschungsprojekt!**

Tobias Schramm M.A.

### **Bearbeitungshinweise:**

Bitte kreuzen Sie bei der Beantwortung der Fragen die jeweilige Antwortmöglichkeit an, die Ihr **spontanes Urteil** am ehesten wiedergibt. Ihre **persönliche Einschätzung** ist von Interesse, daher gibt es **keine richtigen oder falschen Antworten**.

Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, so geben Sie **diejenige Antwort** an, die **Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft**. Bitte beantworten Sie alle Fragen **sorgfältig** und **lassen Sie keine Frage aus**, auch wenn diese einer vorangegangenen Frage ähnlich zu sein scheint.

**Zuerst wollen wir Sie bezüglich Ihrer Arbeitsumgebung befragen. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen bezüglich Ihrer Abteilung, in der Sie derzeit tätig sind:**

**Beschreiben folgende abteilungsspezifischen Aussagen Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?**

(1 = stimme überhaupt nicht zu; 2 = stimme nicht zu; 3 = stimme zu; 4 = stimme völlig zu)

	stimme überhaupt nicht zu		stimme völlig zu	
	①	②	③	④
Der/die Pflegedienstleiter(in) kann gut managen und führen.	①	②	③	④
Es ist genug Pflegepersonal da, um die Pflegearbeiten erledigen zu können.	①	②	③	④
Es findet viel Teamwork zwischen Ärzten und Pflegenden statt.	①	②	③	④
Der/die Pflegedienstleiter(in) steht dem Pflegepersonal bei Entscheidungen bei, auch wenn es um einen Konflikt mit einem Arzt geht.	①	②	③	④
Es gibt genug Pflegepersonal, damit eine qualitativ hochwertige Patientenpflege geleistet werden kann.	①	②	③	④
Ärzte und Pflegende haben gute Arbeitsbeziehungen.	①	②	③	④
Der/die Pflegedienstleiter(in) verwendet Fehler seitens des Pflegepersonals nicht zur Kritik, sondern als Lernmöglichkeit.	①	②	③	④
Das Krankenhaus bietet adäquate Unterstützungen, die es dem Pflegepersonal ermöglichen, ausreichend Zeit mit den Patienten zu verbringen.	①	②	③	④
Ärzte und Pflegende arbeiten gut zusammen.	①	②	③	④
Der/die Pflegedienstleiter(in) unterstützt das Pflegepersonal.	①	②	③	④
Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, Patientenpflege-Probleme mit anderen Kollegen aus dem Pflegepersonal zu besprechen.	①	②	③	④
Der/die Pflegedienstleiter(in) lobt das Pflegepersonal und bringt diesem auch Anerkennung entgegen.	①	②	③	④

**Die nachfolgenden Aussagen sind nun krankenausübergreifend!**

**Beschreiben folgende krankenausübergreifenden (also nicht abteilungsspezifischen) Aussagen Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?**

(1 = stimme überhaupt nicht zu; 2 = stimme nicht zu; 3 = stimme zu; 4 = stimme völlig zu)

	stimme überhaupt nicht zu		stimme völlig zu	
	①	②	③	④
Es gibt ein aktives berufsbegleitendes/kontinuierliches Weiterbildungs-Programm für das Pflegepersonal.	①	②	③	④
Die Leitung erwartet, dass hohe Standards in der Krankenpflege eingehalten werden.	①	②	③	④
Es gibt stets aktuelle, schriftliche Pflegepläne für alle Patienten.	①	②	③	④
Es gibt eine klare Pflegephilosophie, die die Patientenpflege durchdringt und bestimmt.	①	②	③	④
Die Pflegearbeit basiert eher auf einem krankenpflegerischen, denn einem medizinischen Modell.	①	②	③	④
Das Pflegepersonal ist klinisch kompetent.	①	②	③	④
Es gibt eine Bestimmung, welche die Pflege-Kontinuität fördert (= ein Patient wird in der jeweiligen Abteilung immer von der-/derselben Krankenschwester/-pfleger versorgt).	①	②	③	④
Diagnosen durch das Pflegepersonal werden anerkannt und auch verwendet.	①	②	③	④
Es existiert ein aktives Qualitätssicherungsprogramm.	①	②	③	④
Es gibt ein Lehrer-Programm für neu angeworbenes Pflegepersonal.	①	②	③	④

**Bitte geben Sie auch hier an:**

**Beschreiben folgende krankenhausesübergreifenden (also nicht abteilungsspezifischen) Aussagen Ihre aktuelle Beschäftigungssituation?**

(1 = stimme überhaupt nicht zu; 2 = stimme nicht zu; 3 = stimme zu; 4 = stimme völlig zu)

	stimme überhaupt nicht zu		stimme völlig zu	
	①	②	③	④
Es gibt Möglichkeiten auf der Karriereleiter aufzusteigen.	①	②	③	④
Der/Die Pflegedirektor/Pflegedirektorin ist gegenüber dem Pflegepersonal sehr präsent und sehr zugänglich.	①	②	③	④
Es gibt für das Pflegepersonal die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung.	①	②	③	④
Die Krankenhausleitung hört sich die Anliegen des Pflegepersonals an und antwortet auch auf diese.	①	②	③	④
Das Pflegepersonal hat die Möglichkeit an krankenhauspolitischen Entscheidungen teilzunehmen.	①	②	③	④
Das Pflegepersonal wird in der internen Führung des Krankenhauses miteinbezogen.	①	②	③	④
Die Pflegeleiter/innen beraten sich mit dem Pflegepersonal über tägliche Probleme und Vorgehensweisen.	①	②	③	④
Das Pflegepersonal besitzt die Möglichkeit an Krankenhaus- und Krankenpfleger-Ausschüssen teilzunehmen.	①	②	③	④
Der oberste Pflegedienstleiter/die oberste Pflegedienstleiterin ist in Macht und Autorität zu anderen Führungskräften im Krankenhaus gleichgestellt.	①	②	③	④

**4. Als nächstes würden wir Sie bitten, das allgemein vorherrschende Organisationsklima in Ihrem Krankenhaus zu charakterisieren. Treffen folgende Aussagen zu?**

(1 = völlig falsch; 2 = größtenteils falsch; 3 = größtenteils richtig; 4 = völlig richtig)

	völlig falsch		völlig richtig	
	①	②	③	④
Diese Krankenhausorganisation versucht immer die höchsten Qualitätsstandards zu erreichen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden erhalten hier für gewöhnlich ein Feedback über ihre geleistete Arbeitsqualität.	①	②	③	④
Das Arbeitstempo hier ist sehr entspannt.	①	②	③	④
Schlechte Ablaufpläne und Arbeitspläne führen oftmals zum Nichterreichen von Zielen.	①	②	③	④
Die Leitung bemerkt es sehr schnell, wenn Änderungen vorgenommen werden müssen.	①	②	③	④
Es entsteht keine große Aufruhr, wenn die Mitarbeitenden die Regeln verletzen.	①	②	③	④
Man kann sich darauf verlassen, dass die unmittelbaren Vorgesetzten den Mitarbeitenden gute Anweisungen entgegenbringen.	①	②	③	④
Die Leitung gebraucht einen zu strengen Führungsstil.	①	②	③	④
Die Krankenhausorganisation beachtet die Interessen der Mitarbeitenden wenig.	①	②	③	④
Veränderungen werden vollzogen, ohne dass mit den davon betroffenen Mitarbeitenden gesprochen wird.	①	②	③	④
Es gibt hier sehr wenig Konflikte zwischen den Abteilungen.	①	②	③	④

**Bitte geben Sie auch hier an:**

**Treffen folgende Aussagen hinsichtlich des Organisationsklimas zu?**

(1 = völlig falsch; 2 = größtenteils falsch; 3 = größtenteils richtig; 4 = völlig richtig)

	völlig falsch			völlig richtig
Die Krankenhausorganisation sorgt sich um ihre Mitarbeitenden.	①	②	③	④
Es gibt oftmals Kommunikationsprobleme.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden werden stark dazu animiert, ihre Fähigkeiten zu entwickeln.	①	②	③	④
Die Leitung ist nicht sonderlich daran interessiert neue Ideen auszuprobieren.	①	②	③	④
Unterstützung bei der Entwicklung neuer Ideen ist stets vorhanden.	①	②	③	④
Dieses Krankenhaus sieht sich kontinuierlich nach neuen Möglichkeiten im externen Markt um.	①	②	③	④
In diesem Krankenhaus nimmt man sich immer wieder Zeit, um organisationale Ziele zu überdenken.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden sind sich über die Ziele des Krankenhauses nicht im Klaren.	①	②	③	④
Die Art und Weise, wie Mitarbeitende ihre Aufgaben erledigen, wird selten beurteilt.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden sind enthusiastisch bezüglich ihrer Arbeit.	①	②	③	④
Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihre Mitarbeitenden verstehen.	①	②	③	④
Im Allgemeinen ist es für einen schwer, die Qualität seiner eigenen Leistung zu beurteilen.	①	②	③	④
Es wird von den Mitarbeitenden erwartet, viel zu viel Arbeit pro Tag zu erledigen.	①	②	③	④
Die Krankenhausorganisation ist sehr nach innen gerichtet: sie kümmert sich nicht darum, wie sich generell die Patientenbedürfnisse entwickeln und welche medizinischen Neuerungen am Markt präsentiert werden.	①	②	③	④
Jeder Arbeitsschritt muss nach dem Handbuch vollzogen werden.	①	②	③	④
In diesem Krankenhaus herrscht sehr wenig Respekt zwischen einigen Abteilungen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden werden ausreichend geschult, bevor neue Arbeitsgeräte zum Einsatz kommen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden gehen mit der Arbeitseinstellung zu Werke, so wenig wie möglich zu leisten.	①	②	③	④
Es könnten Zeit und Geld gespart werden, falls die Arbeit besser organisiert wäre.	①	②	③	④
Die Leitung erlaubt es den Mitarbeitenden meistens eigene Entscheidungen zu treffen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden besitzen kein Mitspracherecht in Entscheidungen, die ihre Arbeit betreffen.	①	②	③	④
Die Krankenhausorganisation ist sehr flexibel: sie kann schnell Arbeitsweisen verändern, um neuen Bedingungen zu genügen, und Probleme lösen, wenn sie auftauchen.	①	②	③	④
Es wird als extrem wichtig erachtet, die Regeln zu befolgen.	①	②	③	④
Relevante Informationen werden offen geteilt.	①	②	③	④
Die Krankenhausorganisation versucht sich um ihre Mitarbeitenden zu kümmern.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden misstrauen anderen Abteilungen.	①	②	③	④
Qualität wird hier sehr wichtig genommen.	①	②	③	④



**Bitte geben Sie auch hier an:**

**Treffen folgende Aussagen hinsichtlich des Organisationsklimas zu?**

(1 = völlig falsch; 2 = größtenteils falsch; 3 = größtenteils richtig; 4 = völlig richtig)

	völlig falsch			völlig richtig
Die Mitarbeitenden werden unter Druck gesetzt, die vorgegebenen Ziele zu erreichen.	①	②	③	④
Es ist in diesem Krankenhaus wichtig, Dinge zunächst mit dem Chef zu besprechen, bevor eine Entscheidung getroffen werden kann.	①	②	③	④
Die oberste Führungsebene hält gerne an bewährten und traditionellen Arbeitsweisen fest.	①	②	③	④
Die Leitung bezieht die Mitarbeitenden mit ein, wenn Entscheidungen getroffen werden, die sie beeinflussen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden erhalten von der Krankenhausorganisation nur minimale Schulung, die sie brauchen, um ihre Arbeit ausführen zu können.	①	②	③	④
Es ist nicht notwendig Vorgehensweisen genau nach Vorschrift zu erledigen.	①	②	③	④
Die Leitung fordert von den Mitarbeitenden, extrem hart zu arbeiten.	①	②	③	④
Neue Ideen werden hier schnell bejaht und angenommen.	①	②	③	④
In dieser Krankenhausorganisation wird die Art und Weise, wie die Mitarbeitenden zusammenarbeiten, ohne weiteres geändert, wenn dies die Leistung verbessert.	①	②	③	④
In diesem Krankenhaus werden Ziele im Falle wechselnder Umstände geändert.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden leisten hier nicht mehr als sie müssen.	①	②	③	④
Im Allgemeinen sind hier die Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden nicht besonders hoch.	①	②	③	④
Die jeweiligen unmittelbaren Vorgesetzten können die Probleme ihrer Mitarbeitenden sehr gut verstehen.	①	②	③	④
Die Arbeitsweisen dieses Krankenhauses haben sich nie großartig verändert.	①	②	③	④
Patientenbedürfnisse werden hier nicht als höchste Priorität erachtet.	①	②	③	④
Die unmittelbaren Vorgesetzten zeigen, dass sie ihren Mitarbeitenden vertrauen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden können formale Vorgehensweisen und Regeln ignorieren, falls dies ihnen dabei hilft ihre Arbeit zu erledigen.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden werden nicht ausreichend in neue Maschinen oder Geräte eingeschult.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden haben das Gefühl, dass Entscheidungen meistens über ihre Köpfe hinweg getroffen werden.	①	②	③	④
Die Leitung vertraut den Mitarbeitenden und lässt diesen ohne vorherige Erlaubnis arbeitsbezogene Entscheidungen treffen.	①	②	③	④
Führungskräfte kontrollieren in starkem Ausmaß die Arbeit ihrer Untergebenen.	①	②	③	④
Die Krankenhausorganisation versucht in den Handlungen gegenüber seinen Mitarbeitenden fair zu sein.	①	②	③	④
Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen ist sehr effektiv.	①	②	③	④
Die unmittelbaren Vorgesetzten sind hier freundlich und sehr zugänglich.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden aus den verschiedenen Abteilungen sind bereit Informationen untereinander zu teilen.	①	②	③	④
Veränderungen bezüglich Arbeitsweisen geschehen hier sehr langsam.	①	②	③	④
Man macht sich wenig Gedanken darüber, wie man die Dienste an den Patienten verbessern könnte.	①	②	③	④

**Bitte geben Sie auch hier an:****Treffen folgende Aussagen hinsichtlich des Organisationsklimas zu?**

(1 = völlig falsch; 2 = größtenteils falsch; 3 = größtenteils richtig; 4 = völlig richtig)

	völlig falsch			völlig richtig
Die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus suchen stets nach neuen Wegen Probleme anzugehen.	①	②	③	④
Dieses Krankenhaus reagiert nur langsam auf Patientenbedürfnisse.	①	②	③	④
Die Methoden, die in diesem Krankenhaus verwendet werden, um die Arbeit zu erledigen, werden oft diskutiert.	①	②	③	④
Jeder, der hier arbeitet, ist gut über die Langzeitpläne und -ausrichtungen des Krankenhauses informiert.	①	②	③	④
Es gibt eine klare Wahrnehmung darüber, in welche Richtung sich dieses Krankenhaus bewegt.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden sind bereit, einen besonderen Aufwand zu leisten, um eine gute Arbeit leisten zu können.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden wissen hier nicht, wie gut sie ihre Arbeiten erledigen, da sie kein Feedback erhalten.	①	②	③	④
Die Leistung von Mitarbeitenden wird regelmäßig gemessen.	①	②	③	④
Dieses Krankenhaus besitzt kein großes Ansehen bezüglich qualitativ hochwertiger Behandlung und Pflege.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden glauben, dass der Unternehmenserfolg des Krankenhauses von der hohen Arbeitsqualität abhängt.	①	②	③	④
Die Produktivität könnte erhöht werden, falls Aufgaben besser organisiert und geplant werden würden.	①	②	③	④
Arbeiten könnten sehr viel effektiver ausgeführt werden, falls die Mitarbeitenden regelmäßig innehalten würden, um nachzudenken.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden wollen immer gemäß ihrer Fähigkeiten das bestmögliche leisten.	①	②	③	④
Die Mitarbeitenden haben ein gutes Verständnis darüber, welche Ziele das Krankenhaus verfolgt.	①	②	③	④
Zukünftige Ausrichtungen des Krankenhauses werden allen immer klar kommuniziert.	①	②	③	④
Es gibt regelmäßige Diskussionen zu dem Thema, ob die Mitarbeitenden in diesem Krankenhaus effektiv zusammenarbeiten.	①	②	③	④
Das Krankenhaus reagiert schnell darauf, wenn Veränderungen getätigt werden müssen.	①	②	③	④

**Fortsetzung auf der nächsten Seite!**

Es folgen nun 22 Aussagen über arbeitsbezogene Gefühle und Gedanken. Bitte beantworten Sie entsprechend der Skala, wie oft Sie das Gefühl oder den Gedanken erleben.

Verwenden Sie dazu folgende Bewertungsskala:

0	1	2	3	4	5	6
nie	einige Male im Jahr und seltener	einmal im Monat	einige Male im Monat	einmal pro Woche	einige Male pro Woche	täglich

Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.	0	1	2	3	4	5	6
Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.	0	1	2	3	4	5	6
Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hineinzusetzen.	0	1	2	3	4	5	6
Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob sie unpersönliche "Objekte" wären.	0	1	2	3	4	5	6
Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.	0	1	2	3	4	5	6
Den Umgang mit den Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff.	0	1	2	3	4	5	6
Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.	0	1	2	3	4	5	6
Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiv beeinflusse.	0	1	2	3	4	5	6
Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.	0	1	2	3	4	5	6
Ich befürchte, dass diese Arbeit mit emotional verhärtet.	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich voller Tatkraft.	0	1	2	3	4	5	6
Meine Arbeit frustriert mich.	0	1	2	3	4	5	6
Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.	0	1	2	3	4	5	6
Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird.	0	1	2	3	4	5	6
Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.	0	1	2	3	4	5	6
Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich erheitert und beschwingt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann und am Ende bin.	0	1	2	3	4	5	6
In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.	0	1	2	3	4	5	6
Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.	0	1	2	3	4	5	6

**Wie würden Sie Ihre persönliche Widerstandsfähigkeit einschätzen?  
Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen:**

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	weder/ noch	stimme zu	stimme völlig zu
Ich tendiere dazu, nach schwierigen Zeiten schnell wieder auf die Beine zu kommen.	①	②	③	④	⑤
Es fällt mir schwer, stressreiche Ereignisse zu meistern.	①	②	③	④	⑤
Ich brauche nicht lange, um mich von einem stressreichen Ereignis zu erholen.	①	②	③	④	⑤
Es fällt mir schwer, mich von einem schlimmen Ereignis zu erholen.	①	②	③	④	⑤
Gewöhnlich überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	①	②	③	④	⑤
Ich brauche tendenziell viel Zeit, um mit Rückschlägen in meinem Leben fertig zu werden.	①	②	③	④	⑤

**Bitte beantworten sie auch die nachfolgenden Fragen:**

	Ja	Nein
Waren Sie in Ihrem Leben schon einmal selbst von Burnout betroffen?	①	②
Nahmen Sie in Ihrem Leben schon einmal an einem Stresspräventions-Training bzw. an einem Training zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft teil?	①	②
Praktizieren Sie Entspannungsübungen?	①	②

**Schließlich bitten wir Sie zu persönlichen und tätigkeitsbezogenen Fragen Stellung zu nehmen:**

Wie alt sind Sie:  15-20     21-25     26-30     31-35     36-40     41-45     46-50  
 51-55     56 und älter

Was ist Ihr Geschlecht:  männlich     weiblich

Wie lautet Ihr derzeitiger Familienstand:  ledig     in einer Beziehung     verheiratet  
 geschieden     getrennt

Jahre:	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	≥ 31
Seit wie vielen Jahren sind Sie als Pflegekraft berufstätig?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in der aktuellen Krankenhausabteilung?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

**Bitte beantworten Sie auch die nachfolgenden Fragen.**

**In welcher Krankenhausabteilung sind Sie tätig?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie und Intensivmedizin<br>(Narkosen, Notfallmedizin, Schmerztherapie)                          | <input type="checkbox"/> Osteopathie, Akupunktur)                                 |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde  | <input type="checkbox"/> Neurologie   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie (Operationen aller Art)   | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie  | <input type="checkbox"/> Orthopädie   |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe<br>(Frauenheilkunde)   | <input type="checkbox"/> Onkologie (sowohl für Erwachsene als auch für<br>Kinder) |
| <input type="checkbox"/> Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde  | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin   |
| <input type="checkbox"/> Humangenetik  | <input type="checkbox"/> Physiotherapie   |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin  | <input type="checkbox"/> Psychosomatik  |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendheilkunde   | <input type="checkbox"/> Psychiatrie (für Erwachsene)                             |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie   | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik und Radiologie                         |
| <input type="checkbox"/> Klinische Toxikologie   | <input type="checkbox"/> Rehabilitation   |
| <input type="checkbox"/> Komplementärmedizin<br>(Naturheilverfahren, Körpertherapieverfahren,<br>Entspannungsverfahren, Homöopathie, | <input type="checkbox"/> Remobilisation/Akutgeriatrie                             |
|  | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie-Radioonkologie                          |
|  | <input type="checkbox"/> Urologie   |
|  | <input type="checkbox"/> Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde                         |

**Für wie viele Patienten mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht die Pflege und Aufsicht übernehmen?**

- 0-3    4-5    6-7    7-8    9 oder mehr Patienten

**Wie lautet Ihr Angestelltenverhältnis:**  Vollzeit    Teilzeit

**Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Beruf?**

- sehr unzufrieden    unzufrieden    weder/noch    zufrieden    sehr zufrieden

**Wie lautet Ihre krankenschwesterliche Qualifizierung?**

- Krankenschwester ohne Zusatzausbildung    Krankenschwester mit Zusatzausbildung

**Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!**

**Tobias Schramm M.A.**

## Literaturverzeichnis

- Abati, V. S. (2007).** Burnout: Erkennen – vorbeugen – verhindern. Zürich: SPEKTRAMedia.
- Aiken, L. H. & Clarke, S. P. & Sloane, D. M. & Lake, E. T. & Cheney, T. (2008).** Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal Of Nursing Administration*, 38, 223-229.
- Aiken, L. H. & Clarke, S. P. & Sloane, D. M. & Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002).** Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken, L. H. & Sloane, D. M. (1997).** Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: The case of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 203-222.
- Aiken, L. H. & Sloane, D. M. & Lake, E. T. (1997).** Satisfaction with inpatient AIDS care: A national comparison of dedicated and scattered-bed units. *Medical Care*, 35, 948-962.
- Aiken, L. H. & Sloane, D. M. & Klocinski, J. L. (1997).** Hospital nurses' occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87, 103-107.
- Aiken, L. H. & Smith, H. L. & Lake, E. T. (1994).** Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32, 771-787.
- Albrecht, S. (2008).** Burnout – der Weg danach: Burnout im Lichte von Theorie und Praxis. Saarbrücken: VDM-Verlag.
- Albrecht, H. & Engelke, D. R. (1980).** Der Arbeitsmarkt für Krankenpflegeberufe. Eine empirische Untersuchung über die Zugänge und Abgänge der Krankenhausbeschäftigten in Berlin (West) für das Jahr 1979. BASiG-Papier Nr. G 75.
- Annett, J. (1969).** Feedback and human behaviour. Harmondsworth, U.K.: Penguin.
- Aronson, E. & Pines, A. M. & Kafry, D. (1983).** Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Aronson, E. & Pines, A. M. & Kafry, D. (1983).** Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bäcker, G. (1987).** Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege. WSI-Projektgruppe „Humanisierung der Arbeit“: Arbeitspapier Nr. 12.
- Backhaus, K. & Erichson, B. & Plinke, W. & Weiber, R. (2006).** Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung 11. Aufl. Berlin: Springer.
- Badura, B. (1990).** Interaktionsstreß. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft. *Zeitschrift für Soziologie*, 5, 317-328.
- Badura, B. (2002).** Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein neues Forschungs- und Praxisfeld für Gesundheitswissenschaftler. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10, 100-118.
- Badura B. & Greiner, W. & Rixens, P. & Ueberle, M. & Behr, M. (2008).** Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin: Springer.
- Badura, B. & Walter, U. & Hehlmann, T. (2010).** Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007).** The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22, 309-328.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. & Verbeke, W. (2004).** Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83- 104.

- Bakker, A. B. & Le Blanc, P. M. & Schaufeli, W. B. (2005).** Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Bandura, A. (1977).** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. & Adams, N. (1977).** Analysis of self-efficacy theory of behavior change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 297-304.
- Bartholomeyczik, S. (1993).** Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: B. Badura & G. Feuerstein & T. Schott (Hrsg.) System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung (83-100). Weinheim: Juventa.
- Bäuerle, D. (1969).** Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. *Neues Beginnen*, 1969, 21ff.
- Baumann, M. & Zell, U. (1992).** Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern. In: Prognos AG (Hrsg.) Auf dem Weg aus der Pflegekrise?: neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege (41-65). Berlin: edition sigma.
- Becker, E. S. & Hoyer, J. (2005).** Generalisierte Angststörung. Göttingen: Hogrefe.
- Benner, P. (1994).** Stufen der Pflegekompetenz: From Novice to Expert. Bern: Huber.
- Bergner, T. M. H. (2010).** Burnout-Prävention: Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Blanchard, K. & Carlos, J. P. & Randolph, A. (1998).** Das neue Führungskonzept: Mitarbeiter bringen mehr, wenn sie mehr dürfen. Hamburg: Rowohlt.
- Bluen, S. D. (1986).** Consequences and moderators of industrial relations stressors. (Unpublished Doctoral Dissertation). Johannesburg: University of the Witwatersrand.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006).** Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Boyas, J. & Wind, L. H. (2010).** Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review*, 32, 380-388.
- Breymann, R. & Schahn, K. (1992).** Psychische Belastungen in der stationären Krankenpflege. Reihe PROJEKT Band 5. Hannover: Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft.
- Brill, P. L. (1984).** The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Bruckenberger, E. (1989).** Dauerpatient Krankenhaus: Diagnosen und Heilungsansätze. Freiburg: Lambertus.
- Brühlmann, T. (2007).** Was ist Burnout? *Praxis*, 96, 901-905.
- Bühl, A. (2014).** SPSS 22: Einführung in die moderne Datenanalyse. 14. Aufl. Hallbergmoos: Pearson.
- Bunce, D. & West, M. A. (1994).** Changing work environments: Innovative coping responses to occupational stress. *Work and Stress*, 8, 319-331.
- Bundespsychotherapeutenkammer-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und Burnout. (2012):**  
Online: [[http://www.bptk.de/uploads/media/20120606\\_AU-Studie-2012.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012.pdf)], Abruf 04.04.2016.
- Burchardi, T. (1996).** Pflegemanagement. Mit neuen Ansätzen aus der Krise der Krankenhaus-Informationssysteme. *Info der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Krankenpflegepersonen e.V. (Balk)*, 7, 23-31.
- Burisch, M. (2010).** Das Burnout-Syndrom. 4. Aufl. Berlin: Springer.

- Busch, M. W. (2014).** Die uniforme Organisation: Auszehrung der Mitarbeiter als Folge von Konformitätsdruck in Teams. In: D. von der Oelsnitz & F. Schirmer & K. Wüstner (Hrsg.) Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt (133-155). Wiesbaden: Springer.
- Büssing, A. (1997).** Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1998).** Managerial stress and burnout. Collaborative international study of managerial stress (CISMS). Deutscher Beitrag (Bericht Nr. 44 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1999).** Interaktionsarbeit: Konzept, Methoden der Erfassung im Krankenhaus. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (Themenheft: Personenbezogene Dienstleistung – Arbeit der Zukunft)*, 53, 164-173.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2001).** Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege. Innovation in der Pflege. In: M. Landenberger & M. München (Hrsg.) Neue Pflegequalität durch Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung (71-81). Bern: Huber.
- Büssing, A. & Glaser, J. & Höge, T. (1999).** Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich. Entwicklung eines Screeningverfahrens für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus. (Bericht Nr. 49 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1988).** Burnout – ein neues Phänomen der psychosozialen Arbeitswelt? Ein Über- und Ausblick. In: W. Schönplüg (Hrsg.) Bericht über den 36. Kongreß der DGfPs, Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Büssing, A. & Perrar, K. M. (1992).** Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328-353.
- Butcher, J. N. & Mineka, S. & Hooley, J. M. (2009).** Klinische Psychologie. 13. Aufl. München: Pearson.
- Callan, V. J. (1993).** Subordinate–manager communication in different sex dyads: consequences for job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 13–27.
- Campbell, J. P. & Dunnette, M. D. & Lawler, E.E. & Weick, K. E. (1970).** Managerial behavior, performance, and eveciveness. New York: McGraw Hill.
- Carr, J. Z. & Schmidt, A. M. & Ford, J. K. & DeShon, R.P. (2003).** Climate perception matter: A meta-analytic path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 88, 605-619.
- Chambliss, D. F. (1996).** Beyond caring: hospitals, nurses and the social organization of ethics. London: The University of Chicago Press.
- Cherniss, C. (1980a).** Professional Burnout in Human Service Organizations. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b).** Staff Burnout: Job Stress in the Human Service. Beverly Hills: Sage.
- Cherns, A. (1976).** The principles of socio-technical systems design. *Human Relations*, 29, 783-792.
- Cimiotti, J. P. & Aiken, L. H. & Sloane, D. M. & Wu, E. S. (2012).** Nurse staffing, burnout, and health care – associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40, 486-490.



- Clarenbach, P. (2013).** Schlafstörungen. In: J. Jörg (Hrsg.) Neurologische Therapie. 2. Aufl. (87-117). Berlin: Springer.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999).** Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: Wiley.
- Coch, L. & French, J. R. (1948).** Overcoming resistance to change. *Human Relations*, 1, 512-532.
- Cohen, J. (1988).** Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cronin-Stubbs, D. & Brophy, E. B. (1985).** Burnout: Can social support save the psych nurse? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23, 8-13.
- Cummins, R. C. (1990).** Job stress and the buffering effect of supervisory support. *Group and Organization Studies*, 15, 92-104.
- Dawis, R. V. & Lofquist, L. H. (1978).** Values as second-order needs in the Theory of Work Adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 12, 12-19.
- DBfK: Definition der Pflege.**  
Online: [<http://www.dbfk.de/download/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK.pdf>], Abruf 10.04.2015.
- De Dreu, C. K. W. & Nijstad, B. A. & van Knippenberg, D. (2008).** Motivated information processing in group judgment and decision making. *Personality and Social Psychology Review*, 12, 22-49.
- Demerouti, E. & Bakker, A.B. & Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001).** "The job demands-resources model of burnout". *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Deming, W. E. (1986).** Out of the crisis. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dettmeyer, R. (2001).** Medizin & Recht für Ärzte. Berlin: Springer.
- Deutsches Krankenhausverzeichnis: Online:**  
[[www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de)], Abruf 15.07.2015
- Dewe, P. J. (1987).** Identifying the causes of nurses' stress: a survey of New Zealand nurses. *Work and Stress*, 1, 15-24.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (2000).** American Psychiatric Association.
- Dion, G. & Tessier, R. (1994).** Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26, 210-227.
- Dittmann, K. H. & Matschinger, H. & Siegrist, J. (1985).** Fragebogen zur Messung von Kontrollambitionen. In: Skalenhandbuch (1-18). Mannheim: Zentrum für Umfrage, Methoden, Analysen.
- Drumm, H. J. (2008).** Personalwirtschaft. Berlin: Springer.
- Dunkel, W. (1988).** Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. *Soziale Welt*, 49, 66-85.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980).** Burn-Out. Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Sciences Press.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984).** Ausgebrannt – Das Burn-Out-Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg: AVM-Verlag.
- Edwards, D. & Burnard, P. & Coyle, D. & Fothergill, A. & Hannigan, B. (2000).** Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7, 7-14.
- Edwards, J. R. & Caplan, R. D. & van Harrison, R. (2001).** Person-environment fit theory. In: C. L. Cooper (Ed.) Theories of organizational stress. (28-67). Oxford: University Press.

- Eisenberger, R. & Stinglhamber, F. & Vandenberghe, C. & Sucharski, I. & Rhoades, L. (2002).** Perceived supervisor support: contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, 87, 565–573.
- Endler, N. & Magnusson, D. (1976).** Interactional psychology and personality. Washington, DC.: Hemisphere.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989).** Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger.
- Escribà-Agüir, V. (1992).** Nurses' Attitudes Towards Shiftwork and Quality of Life: *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 20, 115-118.
- Escribà-Agüir, V. & Martin-Baena, D. & Pérez-Hoyos, S. (2006).** Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80, 127-133.
- Evers, W. J. G. & Brouwers, A. & Tomic, W. (2002).** Burnout and self-efficacy: A study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 227-243.
- Faltermaier, T. (1987).** Lebensereignisse und Alltag: Konzeption einer lebensweltlichen Forschungsperspektive und eine qualitative Studie über Belastungen und Bewältigungsstile von jungen Krankenschwestern. München: Profil.
- Farber, B. A. (2000a).** Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 589-594.
- Field, A. (2013).** Discovering Statistics Using SPSS. Los Angeles, CA: SAGE.
- Firth, H. & McIntee, J. & McKeown, P. & Britton, P. (1986).** Interpersonal support amongst nurses at work. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 273-282.
- Fischer, H. J. (1983).** A psychoanalytic view of burnout. In: B. A. Farber (Ed.) Stress and Burnout in the Human Service Professions. New York: Pergamon.
- Freudenberger, H. J. (1974).** Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. & North, G. (1992).** Burnout bei Frauen: Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt/Main: Fischer.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980).** Ausgebrannt: Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden. München: Kindler.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980).** Burn-Out. The High Cost of High Achievement. Garden City, N.Y.: Anchor Press.
- Friese, C. R. (2005).** Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 32 (4). 765-772.
- Fuchs, T. (2006).** Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen- Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Was ist gute Arbeit? 2. Aufl. Dortmund: BAuA.
- Fuchs, J. & Himmel, W. & Wilhelm, J. (1987).** Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege und ihre Auswirkungen. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift*, 1, 50-54.
- Füreder, B. (2005).** Burnout – Strukturelle Ursachen für die Entstehung des Burnout beim Pflegepersonal und dessen Auswirkung auf die Patienten. (Fachbereichsarbeit). Linz.
- Furnham, A. & Goodstein, L. D. (1997).** The Organizational Climate Questionnaire (OCQ). *The 1997 Annual: Consulting*, 2, 163-181.
- Gamsjäger, E. (1994).** Burnout. Eine empirische Studie über das Ausbrennen der HauptschullehrerInnen im Bundesland Salzburg unter Berücksichtigung situativer Variablen in Abhängigkeit zu Persönlichkeitsmerkmalen und Bewältigungsstrategien. (Dissertation). Universität Salzburg.

- García, G. M. & Calvo, J. C. A. (2011).** Emotional exhaustion of nurse staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*, 59, 101-107.
- Garrahan, P. & Stewart, P. (1992).** The Nissan enigma: Flexibility at work in a local economy. London: Mansell.
- Garrett, D. K. & McDaniel, A. M. (2001).** A New Look at Nurse Burnout: The Effects of Environmental Uncertainty and Social Climate. *The Journal of Nursing Administration*, 31, 91-96.
- Gattiker, U. E. (1995).** Firm and taxpayer returns from training of semiskilled employees. *Academy of Management Journal*, 38, 1152-1173.
- George, D. & Mallery, P. (2002).** SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 11.0 Update. 4. Aufl. Boston: Allyn & Bacon.
- Gerhards, J. (1988).** Emotionsarbeit. Zur Kommerzialisierung von Gefühlen. *Soziale Welt*, 39, 47-65.
- Ginsburg, S. G. (1974).** The problem of the burned out executive. *Personnel Journal*, 53, 598-600.
- Gito, M. & Ihara, H. & Ogata, H. (2013).** The relationship of resilience, hardiness, depression and burnout among Japanese psychiatric hospital nurses. *Journal of Nursing Education & Practice*, 3, 12-18.
- Glaser, J. & Höge, T. (2005).** Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund: BAuA.
- Golembiewski, R. T. (1982).** Organizational development (OD) interventions: Changing interaction, structures and policies. In: W. S. Paine (Ed.) *Job Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage.
- Grauwinkel, K. & Jamros, G. & Ohrndorf, P. & Seegers, S. (1996).** Pflegende sind im Nachtdienst besonders gefährdet. *Pflegezeitschrift*, 4, 264-266.
- Grawe, K. (1998).** Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Regli, D. & Smith, E. & Dick, A. (1999).** Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 200-226.
- Gray-Toft, P. & Anderson, T. G. (1981b).** Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 15A, 539-647.
- Greene, G. (1961).** A burnt-out case. New York: Viking.
- Güntert, B. & Orendi, B. & Weyermann, U. (1989).** Die Arbeitssituation des Pflegepersonals. Strategien zur Verbesserung. Bern: Huber.
- Guest, D. (1998).** Is the psychological contract worth taking seriously? *Journal of Organizational Behavior*, 19, 649-664.
- Gusy, B. (1995).** Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout: eine Kausalanalyse. München: Profil.
- Hacker, W. & Richter, P. (1998).** Belastung und Beanspruchung: Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980).** Work Redesign. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- Hackman, J. R. & Wageman, R. (1995).** Total quality management: empirical, conceptual, and practical issues. *Administrative Science Quarterly*, 40, 309-342.
- Hall, R. H. (1991).** Organizations: Structures, processes and outcomes. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hanrahan, N. P. & Aiken, L. H. & McClaine, L. & Hanlon, A. L. (2010).** Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in mental health nursing*, 31, 198-207.

- Hargie, O. & Tourish, P. (2000).** Handbook of communication audits. London: Routledge.
- Harrison, W. D. (1983).** A social competence model of burnout. In: B. A. Farber (Hrsg.) Stress and burnout in the human service professions (29-39). New York: Pergamon.
- Hasselhorn, M. (2005).** Berufsausstieg aus der Pflege – die europäische NEXT-Studie. In: BAuA: Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor. Frühjahrstagung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin vom 7. Bis 8. Juni 2004 (Hrsg.) (Schriftenreihe der BAuA, Tb 142, 81 ff.) Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hatzinger, R. & Hornik, K. & Nagel, H. (2011).** R: Einführung durch angewandte Statistik. München: Pearson.
- Hedderich, I. (2012).** Burnout: Ursachen, Formen, Auswege. München: Beck.
- Heller, F. & Pusić, E. & Strauss, G. & Wilpert, B. (1998).** Organizational participation: Myth and reality. Oxford: Oxford University Press.
- Henning, A. & Kaluza, J. (1995).** Krankenschwester Ost. Die Arbeitswelt des Pflegepersonals im Krankenhaus nach der Einheit. Eine empirische Untersuchung. Berlin: trafo.
- Hering, T. (2008).** Organisationsprofile und Gesundheit im bundesdeutschen Rettungsdienst: Die Bedeutung von Anforderungen und Ressourcen der Arbeit für Engagement, Commitment, Burnout und Wohlbefinden bei Einsatzkräften im Rettungsdienst. (Dissertation). Freie Universität Berlin.
- Hering, T. & Beerlage, I. & Kleiber, D. (2010).** Organisationsklima und Gesundheit: Handlungsebenen zur Burnoutprävention und Förderung des Engagements im Rettungsdienst. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 64-74
- Herkner, W. (2008).** Lehrbuch Sozialpsychologie. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Herschbach, P. (1991a).** Psychische Belastungen von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: VCH Edition Medizin.
- Herschbach, P. (1991b).** Stress im Krankenhaus – Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 41, 176-186.
- Herzberg, F. (1966).** Work and the nature of man. Cleveland: World Pub. Co.
- Herzberg, F. & Mausner, B. & Snyderman, B. (1959).** The Motivation to Work. New York: Wiley.
- Hirsch, R. D. (1983).** Arbeitsbelastung und deren Bewältigung: Soziale, psychische und somatische Belastungen, Bewältigung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. München: Holler.
- Hollander, E. P. & Offerman, L. R. (1990).** Power and leadership in organizations: relationships in transition. *American Psychologist*, 45, 179–189.
- Holz, M. M. L. (2006).** Kundenorientierung als persönliche Ressource im Stressprozess – eine Längsschnittstudie. (Dissertation). Frankfurt/Main: Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Howell, J. M. & Avolio, B. J. (1992).** The ethics of charismatic leadership: submission or liberation? *Academy of Management Executive*, 6, 43-54.
- Huber, G. K. M. (1983).** Streß und Konflikte bewältigen. Landsberg: Verlag Moderne Industrie.
- Hülshager, U. R. & Anderson, N. & Salgado, J. F. (2009).** Team-level predictors of innovation at work: A comprehensive meta-analysis spanning three decades of research. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1128-1145.
- ICN:** definition of nursing. Online: [<http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>], Abruf 10.04.2015.

- Iseringhausen, O. (2010).** Psychische Belastungen und gesundheitliches Wohlbefinden von Beschäftigten im Krankenhaus. In: B. Badura & H. Schröder & J. Klose & K. Macco (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2009 (117-127). Berlin: Springer.
- Jaggi, F. (2008).** Burnout-praxisnah. Stuttgart: Thieme.
- James, L. A. & James, L. R. (1989).** Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology*, 74, 739-751.
- James, L. R. & McIntyre, M. D. (1996).** Perceptions of organizational climate. In: K. R. Murphy (Ed.) Individual differences and behaviour in organizations (416-450). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- James, L. R. & Sells, S. B. (1981).** Psychological climate: theoretical perspectives and empirical research. In: D. Magnusson (Ed.) Toward a psychology of situations: An interactional perspective (275-292). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kahn, R. L. (1978).** Job burnout. Prevention and remedies. *Public Welfare*, 36, 61-63.
- Kampmann, A. (1996).** Weisungsgebundenheit oder Arbeitsverweigerung? *Pflege Aktuell*, 6, 422-424.
- Kanai-Pak, M. & Aiken, L. H. & Sloane, D. M. & Poghosyan, L. (2008).** Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3324-3329.
- Kiel, V. (2013).** Gestalttherapeutische Prinzipien im Coaching. In: E. Lippmann (Hrsg.) Coaching: Angewandte Psychologie für die Beratungspraxis. 3. Aufl. (63-74). Berlin: Springer.
- Kiesler, S. & Sproull, L. (1982).** Managerial responses to changing environments: perspectives on problem sensing from social cognition. *Administrative Science Quarterly*, 27, 548-570.
- Killmer, C. (1999).** Burnout bei Krankenschwestern – Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen, beruflichen Kontrollbestrebungen und dem Burnout-Phänomen. Berlin: Lit.
- King, N. & Anderson, N. (1995).** Innovation and change in organizations. London: Routledge.
- Klapp, B. F. (1985).** Psychosoziale Intensivmedizin. Untersuchungen zum Spannungsfeld von medizinischer Technologie und Heilkunde. Berlin: Springer.
- Kleiber, D. & Enzmann, D. (1990).** Burnout: Eine internationale Bibliographie. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, J. A. (1991).** A reexamination of autonomy in light of new manufacturing processes. *Human Relations*, 44, 21-38.
- Koch, A. & Kühn, S. (2008).** Ausgepowert. Hilfe bei Burnout und Stress. Offenbach: Gabal.
- Kopelman, R. E. (1986).** Objective feedback. In: E. A. Locke (Ed.) Generalizing from laboratory to field settings (119-145). Lexington, MA: Lexington Books.
- Korzak, D. & Kister, Ch. & Huber, B. (2010).** Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. 1. Aufl. In: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Bd. 105. Köln: DIMDI.
- Kramer, M. & Hafner, L. (1989).** Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38, 172-177.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C. (1988 a).** Magnet hospitals: Part I. Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18, 13-24.

- Kramer, M. & Schmalenberg, C. (1988 b).** Magnet hospitals: Part II. Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18, 11-19.
- Kreis, J. & Bödeker, W. (2003).** Literaturstudie zur Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Essen: BKK BV.
- Krankenhausabteilungen:Online:**  
[https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Spitalsabteilungen\_HK.html], Abruf 10.04.2015.
- Kühn, H. (1988).** Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 13, 30-46.
- Kuhn, T. & Weibler, J. (2012).** Führungsethik in Organisationen. In: D. von der Oelsnitz & J. Weibler (Hrsg.) *Organisation und Führung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kutney-Lee, A. & Wu, E. S. & Sloane, D. M. & Aiken, L. H. & Fagin, C. M. (2013).** Changes in hospital work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 195-201.
- Lake, E. T. (2002).** Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188.
- Lake E. T. & Friese C. R. (2006).** Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55, 1-9.
- Lambert, E. G. & Hogan, N. L. & Barton-Bellessa, S. M. & Jiang, S. (2012).** Examining the relationship between supervisor and management trust and job burnout among correctional staff. *Criminal Justice Behavior*, 39, 938-957.
- Lauderdale, M. (1981).** Burnout. Austin, TX: Learning Concepts.
- Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967).** Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 10, 21-38.
- Lazarus, R. S. (1966).** Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill.
- Leineweber, C. & Westerlund, H. & Singh Chungkham, H. & Lindqvist, R. & Rundesdotter, S. & Tishelman, C. (2014).** Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PLOS ONE*, 9 (5), e96991. doi:10.1371/journal.pone.0096991
- Leiter, M. P. (1993).** Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: W. B. Schaufeli & C. Maslach & T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (237-250). New York: Taylor & Francis.
- Lenhardt, U. (2003).** Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11, 18-37.
- Levert, T. & Lucas, M. & Ortlepp, K. (2000).** Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a Sense of Coherence. *South African Journal of Psychology*, 30, 36-43.
- Levine, L. (2001).** A shortage of registered nurses: Is it on the horizon or already here? Washington, DC: Congressional Research Service.
- Lewin, K. (1951).** Field Theory in Social Science. New York: Harper & Row.
- Linhart, M. (1995).** Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals als Grundlage betriebsinterner Interventionen. *Pflege*, 8, 255-264.
- Litwin, G. H. & Stringer, R. A. (1968).** Motivation and organizational climate. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Liu, K. & You, L. & Chen, S. & Hao, Y. & Zhu, X. & Zhang, L. & Aiken, L. H. (2012).** The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1476-1485.

- Locke, E. A. (1991).** The motivation sequence, the motivation hub, and the motivation core. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 288-299.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990).** A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lohmann-Haislah, A. (2012).** Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund: BauA.
- Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. (2007).** Online: [[http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger\\_Dekl\\_Mai2014.pdf](http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf)], Abruf 07.04.2016.
- Maslach, C. (1978).** Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36, 56-58.
- Maslach, C. (1981).** Burnout: A social psychological analysis. In: J. Jones (Ed.) The burnout syndrome: Current research, theory and interventions. Park Ridge, Ill.: London House.
- Maslach, C. (1982a).** Burnout- The Cost of Caring. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1982b).** Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: W. S. Paine (Ed.) Job Stress and Burnout. Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981).** Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981).** The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1984).** Patterns of Burnout among a National Sample of Public Contact Workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 189-212.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986).** Maslach Burnout Inventory Manual (2nd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997).** The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C. & Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001).** Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCaol, K. D. & Hinsz, V. B. & McCaol, H. S. (1987).** The effects of commitment to performance goal on effort. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 437-452.
- McClure, M. L. & Poulin, M. A. & Sovie, M. C. & Wandelt, M. A. (1983).** Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Nurses Association.
- McHugh, M. D. & Kutney-Lee, A. & Cimiotti, J. P. & Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (2011).** Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health Affairs*, 30, 202-210.
- Medizin-Lexikon:** Definition von Krankenschwester.  
Online: [<http://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/krankenschwester>], Abruf 29.01.2015.
- Meggeneder, O. (1991).** Psychische Überforderung und Rollenkonflikte. *Krankenpflege*, 12, 680-682.
- Meier, S. T. (1983).** Toward a Theory of Burnout. *Human Relations*, 36, 899-910.
- Mergner, U. (1990).** Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege: Oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen. In: H-H. Abholz & G. Bäcker & P. Botschafter & E. Göbel & B. Guthke & H. Kühn & U. Leonhardt (Hrsg.) „Gesundheitsreform“ und die Folgen (140-166). Hamburg: Argument.

- Mieth, D. (1969).** Die Einheit von vita activa und vita contemplativa in den deutschen Predigten und Traktaten Meister Eckharts und bei Johannes Tauler. Regensburg: Pustet.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2001).** Applying Regression & Correlation – A Guide for Students and Researchers. London: SAGE.
- Miller, A. (2003).** An analysis of the relationship between the perceived organizational climate and professional burnout in libraries and computing centers in West Virginia public higher education institutions. (Dissertation). Virginia: Marshall University.
- Miller, K. I. & Monge, P. R. (1986).** Participation, satisfaction and productivity: a meta-analytic review. *Academy of Management Journal*, 29, 727–793.
- Moosler, G. (2006).** Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal. (Masterarbeit). Graz: Interuniversitärer Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz/ Schloss Seggau.
- Mor Barak, M. E. & Levin, A. & Nissly, J. A. & Lane, C. J. (2006).** Why do they leave? Modelling child welfare workers turnover intentions. *Children Youth Services Review*, 28, 548-577.
- Morrow, C. C. & Jarrett, M. Q. & Rupinski, M. T. (1997).** An investigation of the effect and economic utility of corporate-wide training. *Personnel Psychology*, 50, 91–119.
- Müller-Fohrbrodt, G. & Cloetta, B. & Dann, H.-D. (1978).** Der Praxisschock bei jungen Lehrern. Stuttgart: Klett.
- Mullins, L. (1989).** Management and organizational behaviour. London: Pitman.
- Multon, K. D. & Brown, S. D. & Lent, R. W. (1991).** Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: a meta-analytic investigation. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 30-38.
- Nagy, M. S. (2002).** Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 77-86.
- Nauta, A. & Sanders, K. (2000).** Interdepartmental negotiation behavior in manufacturing organizations. *International Journal of Conflict Management*, 11, 135-161.
- Nelting, M. (2010).** Burnout: Wenn die Maske zerbricht. Wie man Überbelastung erkennt und neue Wege geht. 6. Aufl. München: Goldmann.
- Nestmann, F. (1987).** „Macht vierzehnzehntzig – Beratung inklusiv!“ Natürliche Helfer im Dienstleistungssektor. In: H. Keupp & B. Röhrle (Hrsg.) Soziale Netzwerke (268-299). Frankfurt: Campus.
- Offermanns, M. & Bergmann, K. O. (2010).** Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Begutachtung weiterer Berufsgruppen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- O'Reilly, C. A. & Chatman, J. A. & Caldwell, D. F. (1991).** People and organizational culture: a profile comparison approach assessing Person-Organization Fit. *Academy of Management Journal*, 34, 487-516.
- Orlando, I. J. (1996).** Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Bern: Huber.
- Ostner, I. & Beck-Gernsheim, E. (1979).** Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/M: Campus.
- Ostroff, C. & Schmitt, N. (1993).** Configurations of organizational effectiveness and efficiency. *Academy of Management Journal*, 36, 1345–1362.
- Otrebski, D. A. (2013).** Unternehmenskultur – Instrument zur Umsetzung von Unternehmenszielen. In: M. Landes & E. Steiner (Hrsg.) Psychologie der Wirtschaft (641-658). Wiesbaden: Springer.



- Overlander, G. (1996).** Die Last des Mitfühlens: Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Paine, W. S. (1982b).** The burnout syndrome in context. In: J. W. Jones (Ed.) *The Burnout Syndrome*. Park Ridge, Ill.: London House Press.
- Patrick, P. K. S. (1979).** Burnout: job hazard for health care workers. *Hospitals*, 53, 87-90.
- Patrick, K. & Lavery, J. F. (2007).** Burnout In Nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, 43-48.
- Patterson, M. G. & West, M. A. & Shackleton, V. J. & Dawson, J. F. & Lawthom, R. & Maitlis, S. & Robinson, D. L. & Wallace, A. M. (2005).** Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408.
- Peplau, H. E. (1995).** Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom.
- Peretzki-Leid, U. (1986).** Gesundheit ist keine Ware. Hamburg: VSA.
- Pfaff, H. & Badura, B. & Pühlhofer, F. & Siewerts, D. (2005).** Das Sozialkapital der Krankenhäuser — wie es gemessen und gestärkt werden kann. In: B. Badura & H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2004* (81-109). Berlin: Springer.
- Pieper, R. (1992).** Lexikon Management. Wiesbaden: Gabler.
- Piko, B. F. (2006).** Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988).** Career Burnout. New York: The Free Press.
- Pines, A. & Aronson, E. & Kafry, D. (1981).** Burnout: From Tedium to Personal Growth. New York: The Free Press.
- Pines, A. & Aronson, E. & Kafry, D. (2006).** Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pines, A. & Maslach, C. (1978).** Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Poghosyan, L. & Clarke, S. P. & Finlayson, M. & Aiken, L.H. (2010).** Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33, 288-298.
- Pohlmann, M. (2006).** Die Pflegende-Patienten-Beziehung: Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege*, 19, 156-162.
- Polzin, B. & Weigl, H. (2014).** Führung, Kommunikation und Teamentwicklung im Bauwesen: Grundlagen – Anwendungen – Praxistipps. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Priester, K. (1993).** Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern. HLT Report Nr. 371. Wiesbaden: HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung.
- Pröll, H. & Streich, W. (1984).** Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. *Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Forschungsbericht Nr. 386)*. Dortmund: BauA.
- Pugh, D. S. & Hickson, D. J. & Hinings, C. R. & Turner, C. (1968).** Dimensions of organizational structure. *Administrative Science Quarterly*, 13, 65–91.
- Rainey, D. W. (1999).** Sources of stress, burnout, and intention to terminate among basketball referees. *Journal of Sport Behavior*, 22, 578-590.
- Rani Rout U. (2000).** Stress amongst district nurses: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 303-309.
- Reime, B. (2000).** Gesundheitsverhalten erwerbstätiger Frauen im Kontext von Burnout, Sozialer Unterstützung und Gender. Münster: Waxmann.
- Rexroth, M. & Peters, A. & Sonntag, K. H. (2012).** Flexibilisierung und Entgrenzung der Arbeit aus arbeitspsychologischer Sicht am Beispiel des Projekts „Work-Life-

- Balance: Wege zur nachhaltigen Verankerung von Work-Life-Balance in der Kultur von Unternehmen“. In: B. Badura & A. Ducki & H. Schröder & J. Klose & M. Meyer (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2012: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft – Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen-Risiken minimieren (131-139). Berlin: Springer.
- Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002).** Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.
- Richter, G. (2006).** Gesundheitsförderung und Reduzierung psychischer und physischer Belastungen für Gesundheitsberufe. Weltgesundheitstag 2006: Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998).** Belastung und Beanspruchung: Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.
- Riedel, W. & Steininger, S. (1992).** Der Arbeitsmarkt für Krankenpflegeberufe. Bestimmungsfaktoren, zukünftige Entwicklungen und Lösungsansätze. In: Prognos (Hrsg.) Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege (17-41). Berlin: edition sigma.
- Riemann, D. (2007).** Chronic Fatigue Syndrom. In: H. Peter & Th. Penzel & J. H. Peter (Hrsg.) Enzyklopädie der Schlafmedizin (203-207). Heidelberg: Springer.
- Riley, L. (1981).** Psychoneuroendocrine influences an immunocompetence and neoplasia. *Science*, 212, 1100-1109.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997).** Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In: O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.) Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten: Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation (281-296). Zürich: vdf.
- Rizzo, J. R. & House, R. J. & Lirtzman, S. I. (1970).** Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1987).** Berufliche Motivation von Krankenpflegepersonal: eine qualitative Studie mit Literaturanalyse. Psychologische Forschungsgruppe Schönhals. J. Taubert (Mitverf.). Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robinson, S. L. & Rousseau, D. M. (1994).** Violating the psychological contract: not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 245–259.
- Röhring, S. & Reiners-Kröncke, W. (2003).** Burnout in der sozialen Arbeit. Augsburg: Ziel.
- Rook, M. (1998).** Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung: eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standbestimmung. Hamburg: Kovac.
- Rotter, J. B. (1954).** Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs/N. J.: Prentice Hall.
- Rotter, J. B. (1966).** Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rudow, B. (1994).** Die Arbeit des Lehrers: Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrerberlastung und Lehrerergesundheit. Bern: Huber.
- Rupp, H. (1929).** Die Aufgaben der psychotechnischen Arbeits- Rationalisierung. *Psychotechnische Zeitschrift*, 4, 17- 19.
- Sackmann, S. A. (2009).** Möglichkeiten der Erfassung und Entwicklung von Unternehmenskultur. In: B. Badura & H. Schellschmidt, & C. Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen (15-22). Berlin: Springer.
- Salanova, M. & Agut, S. & Peiró, J.M. (2005).** “Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate”. *Journal of Applied Psychology*, 80, 1217-1227.

- Salanova, M. & Grau, R. M. & Cifre, E. & Llorens, S. (2000).** Computer trainings, frequency of usage and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 16, 575-590.
- Savicki, V. (2003).** A cross-cultural study of burnout and job roles. *Social Work in Europe*, 10, 41-48.
- Savicki V. & Cooley, E. (1987).** The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Counselling and Development*, 65, 249-252.
- Scarpello, V. & Campbell, J. P. (1983).** Job satisfaction: Are all the parts there? *Personnel Psychology*, 36, 577-600.
- Schatz, M. (2010).** Belastungen im Pflegeberuf – Die „Krankenschwester“ als potentieller Patient (Fachbereichsarbeit).Wien
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004).** Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. & van Rhenen, W. (2009).** How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schaufeli, W. & Buunk, B. (1999).** Burnout. Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions. Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998).** The burnout companion to study & practice. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. & Girault, N. (1993).** Measurement of burnout: a review. In: W. B. Schaufeli & C. Maslach & T. Marek (Eds.) Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research (199-215). Washington DC: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. & van Dierendonck, D. (1993).** The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W. & van Dierendonck, D. (1995).** A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Report*, 76, 1083-1090.
- Schiepek, G. (1991).** Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Braunschweig: Vieweg.
- Schippers, M. C. & West, M. A. & Dawson, J. F. (2012).** Team reflexivity and innovation: the moderating role of team context. *Journal of Management*, 41, 769-788.
- Schlüter, G. (1992).** Berufliche Belastungen der Krankenpflege: Eine empirische Untersuchung. Melsungen: Bibliomed.
- Schmidbauer, W. (1977).** Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek: Rowohlt.
- Schmidbauer, W. (1997).** Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek: Rowohlt. (überarbeitete Ausgabe).
- Schmidbauer, W. (2002).** Helfersyndrom und Burnoutgefahr. München: Urban und Fischer.
- Schneider, F. & Dreer, E. (2013).** Volkswirtschaftliche Analyse eines rechtzeitigen Erkennens von Burnout.  
Online:  
[[http://download.opwz.com/wai/Studie\\_UNI\\_Linz\\_Burnout\\_Volkswirtschaft\\_041213.pdf](http://download.opwz.com/wai/Studie_UNI_Linz_Burnout_Volkswirtschaft_041213.pdf)], Abruf 05.04.2016.
- Schönflug, W. (1987).** Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit- Konzepte und Theorien. In: U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.) Enzyklopädie der Psychologie: Band Arbeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

- Schröck, R. (1988).** Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. *Pflege*, 2, 84-93.
- Schröer, A. & Sochert, R. & Voß, K.-D. (2006).** Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 78-82.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2013).** Forschungsmethoden und Statistik: Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler. 2. Aufl. München: Pearson.
- Sekiguchi, T. (2004).** Person-Organization Fit and Person-Job Fit in employee selection: A review of the literature. *Osaka Keidai Ronshu*, 54, 179-196.
- Seligman, M. E. P. (1975).** Helplessness. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1979).** Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg.
- Selye, H. (1976).** Stress in Health and Disease. London: Butterworths.
- Selye, H. (1979).** Stress, cancer, and the mind. In: J. Tache & H. Selye & S. B. Day (Eds.) Cancer, Stress, and Death. New York: Plenum.
- Shubin, S. (1978).** Rx for stress – your stress. *Nursing*, 79, 52-55.
- Siegrist, J. (1978).** Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Enke.
- Siegrist, J. (1990).** Berufliche Gratifikationskrisen und körperliche Erkrankung – Zur Soziologie menschlicher Emotionalität. In: H. Oswald (Hrsg.) Macht und Recht (79-94). Festschrift für H. Popitz.
- Siegrist, J. (1996).** Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. & Peter, R. (1994).** Indicators of effort-reward imbalance at work: Dimensions and Validity. Düsseldorf: Unpublished Manual.
- Smith, B. W. & Dalen, J. & Wiggins, K. & Tooley, E. & Christopher, P. & Bernard, J. (2008).** The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Sochert, R. (1999).** Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel: Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Dortmund: BAuA.
- Sowinski, C. (1992).** Seelische Belastungsfaktoren in der stationären Altenpflege. *Krankenpflege*, 5, 286-290.
- Spaans M. (1991).** Als Werk Een Zorg Is: Een Theoretisch En Empirisch Onderzoek Naar Stress En Burnout Bij Psychiatrisch Verpleegkundigen (When Work Is a Concern: a Theoretical and Empirical Study About Stress and Burnout Among Psychiatric Nurses). Andragogisch Instituut, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, the Netherlands.
- Spence Laschinger, H. K. & Leiter, M. P. (2006).** The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/ engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2003).** Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz – Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Forschungsband 977. Bremerhaven: WNW.
- Stahl, K. (1988).** Auswirkungen des Computereinsatzes im Krankenhaus auf das Krankheitsverständnis, die Pflege des Patienten und die medizinische Forschung. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 13, 20-25.
- Steinhöfel, D. (2014).** Physische und psychische Belastungen vom Pflegepersonal. Hamburg: Disserta.
- Stoß, S. (2010).** Belastungen und Stress in der ambulanten Pflege: Ein Vergleich Stadt- Land unter Verwendung des Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege. (Diplomarbeit). Wien.

- Storlie, F. J. (1979).** Burnout: The elaboration of a concept. *American Journal of Nursing*, 12, 2108-2111.
- Suppinger, A. & Schneider, S. (2009).** Klassifikation psychischer Störungen. In: S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (111-123). Berlin: Springer.
- Tagiuri, R. (1968).** The concept of organizational climate. In: R. Tagiuri & G. H. Litwin (Hrsg.) *Organizational climate. Explorations of a concept* (11-32). Boston: Harvard University.
- Tagiuri, R. & Litwin, G. L. (1968).** *Organizational climate: Explorations of a concept*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Taira, K. (1996).** Compatibility of human resource management, industrial relations and engineering under mass production and lean production: an exploration. *Applied Psychology: An International Review*, 45, 97–117.
- Taku, K. (2013).** Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Journal of Personality and Individual Differences*, 59, 120-123.
- Taris, T. W. & Feij, J. A. (2004).** “Learning and strain among newcomers: a three-wave study on the effects of job demands and job control”. *Journal of Psychology*, 138, 543-563.
- Taubert, J. (1992).** Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie:** Online: [<http://www.psy.wi.tum.de/Projekt.php?7>], Abruf 08.04.2016.
- Teng, C. & Shyu, Y. L. & Chiou, W. & Fan, H. & Lam, S. M. (2010).** Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1442-1450.
- Tom, V. R. (1971).** The Role of Personality and Organizational Images in the Recruiting Process. *Organizational Behavior & Human Performance*, 6, 573-592.
- Travelbee, J. (1971).** *Interpersonal aspects of nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Davis.
- Trefalt, E. (2003).** Stress und Gesundheit bei Anästhesisten: Bedeutung von Arbeitsplatzbedingungen, Copingstrategien, sozialer Unterstützung und Arbeitsplatzklima. Innsbruck: Universität Innsbruck, Naturwissenschaftliche Fakultät.
- Udris, I. & Kraft, U. & Mussmann, C. & Rimann, M. (1992).** Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: I. Udris (Hrsg.) *Arbeit und Gesundheit. Psychosozial*, Band 52. (9-22). Weinheim: PVU.
- Udris, I. & Rimann, M. (2000).** Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte von SOC und ein Validierungsversuch. In: H. Wydler & P. Kolip & T. Abel (Hrsg.) *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (129-147). Weinheim: Juventa.
- Uhle, Th. & Treier, M. (2011).** Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Berlin: Springer.
- Ullrich, A. (1987).** Krebsstation: Belastungen der Helfer: eine empirische Studie an Kliniken in Bayern. Frankfurt/M.: Lang.
- Urban, D. & Mayerl, J. (2008).** *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Vahey, D. C & Aiken, L. H. & Sloane, D. M. & Clarke, S. P. & Vargas, D. (2004).** Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, 42, 57-66.

- van Bogaert, P. & Kowalski, C. & Mace Weeks, S. & van Heusden, D. & Clarke, S. P. (2013).** The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1667-1677.
- van Gorp, K. & Schaufeli, W. & Hopstaken, L. (1993).** Burnout en cognitief terugtrek gedrag vanuit social uitwisselingsperspectief (Burnout and cognitive withdrawal from a social exchange perspective). *Gedrag & Gezondheid*, 21, 274-285.
- van Servellen, G. & Leake, B. (1993).** Burnout in hospital nurses: A comparison of AIDS, oncology, general medical, and ICU nurse samples. *Journal of Professional Nursing*, 9, 169-177.
- Veldsman, F. H. J. (1995).** Die invloed van enkele biografiese veranderlikes op die werknemer se persepsie van organisasieklimaat en organisasieverbondenheid. Unpublished master's thesis, University of Pretoria, Pretoria.
- Vester, E. (1978).** Phänomen Streß. München:dtv.
- von Känel, R. (2008).** Das Burnout Syndrom: eine medizinische Perspektive. *Praxis*, 97, 477-487.
- von Rosenstiel, L. & Nerdinger, F. W. (2011).** Grundlagen der Organisationspsychologie: Basiswissen und Anwendungshinweise. 7. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Waterhouse, J. M. & Minors, D. S. & Waterhouse, M. E (1992).** Die innere Uhr. Mit ihr leben – und nicht gegen sie. Bern: Huber.
- Watts, J. & Robertson, N. & Winter, R. (2013).** Evaluation of organizational culture and nurse burnout. *Nursing Management*, 20, 24-29.
- Weimer, S. & Pöll, M. (2012).** Burnout – ein Behandlungsmanual: Baukastenmodell für Einzeltherapie und Gruppen, Klinik und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weise, G. (1975).** Psychologische Leistungstests. Göttingen: Hogrefe.
- Wenche, K. (2001).** Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Ursachen – Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten. Berlin: Erich Schmidt.
- West, M. A. (1996).** Reflexivity and work group effectiveness: a conceptual integration. In M. A. West (Ed.) *Handbook of work group psychology* (555-579). Chichester: Wiley.
- West, M. A. (2000).** Reflexivity, revolution, and innovation in work teams. In M. M. Beyerlein & D. A. Johnson & S. T. Beyerlein (Eds.) *Product development teams* (1-29). Stamford, CT: JAI Press.
- West, M. A. & Farr, J. L. (1990).** Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies. Chichester: Wiley.
- Widmer, M. (1988).** Stress, Stressbekämpfung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal. Aarau: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen SKI.
- Wilkesmann, U. (2000).** Die Anforderungen an die interne Unternehmenskommunikation in neuen Organisationskonzepten. *Publizistik*, 45, 476-495.
- Winkler, K. (1996).** Die persönlich-pflegerische Beziehung. Menschlicher Beistand: ein Grundbedürfnis. *Krankenpflege*, 9, 10-15.
- Wong, A. & Tjosvold, D. & Su, F. (2007).** Social face for innovation in strategic alliances in China: The mediating roles of resource exchange and reflexivity. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 961-978.
- Yates, A. J. (1971).** Frustration. In: W. Arnold & R. Meili & H. J. Eysenck (Hrsg.) *Lexikon der Psychologie*. Freiburg: Herder.

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Dies ist meine erste Teilnahme an einer Doktorprüfung. Ich versichere ehrenwörtlich, dass ich an keinen weiteren Doktorprüfungen früher teilgenommen habe.

Im Rahmen der ehrenwörtlichen Erklärung versichere ich hiermit, dass ich die Abhandlung selbst verfasst habe, mich keiner unzulässigen fremden Hilfe vor oder während der Dissertation bedient habe, keine anderen als die im Schriftenverzeichnis der Abhandlung angeführten Schriften benutzt habe, alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autoren entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe und dass die Abhandlung keiner anderen Universität, Hochschule oder Fakultät mit dem Ergebnis der Promotion oder des endgültigen Nichtbestehens der Doktorprüfung vorgelegen hat.

Frankfurt/Oder, 2016

Tobias Schramm

## **Danksagung**

Recht herzlich will ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. Hartmut Schröder dafür bedanken, dass er mir während der Dissertation als unterstützender und fachlich exzellenter Ratgeber bei Fragen und Anregungen zur Seite stand. Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. phil Hartmut Schröder dafür, dass ich für die Planung und Durchführung des Promotionsvorhabens genügend akademischen Freiraum erhalten habe, und somit mein individuelles Forschungsdesign umsetzen durfte. Auch will ich mich lobend bei meiner Zweit-Betreuerin Frau Prof. Dr. phil. Sandra Müller herzlichst bedanken, dass Sie mir bei Fragen und Anliegen zur Seite stand.

Darüber hinaus ist es mir wichtig, mich bei den teilnehmenden Krankenhäusern, Pflegedienstleitern, Abteilungsleitern und Pflegekräften für die Partizipation an diesem Forschungsprojekt zu bedanken.