



Master Thesis

„Wirken organisationale Faktoren im Krankenhaus auf die psychische Gesundheit von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal - besteht ein Zusammenhang mit dem Auftreten von Burnout?“

vorgelegt von Anna-Maria Schille

geb. am 28.07.1983

Wien, den 05.08.2011

Betreuer: Prof. Dr. Wolfgang Dür



Diese Arbeit wurde aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
1 Ausgangslage	6
2 Fragestellung und Ziel	6
3 Methodik und Struktur	7
4 Literatur und Stand der Forschung	8
1. Teil	10
1 Definitionen: Versuche	10
2 Erklärungsansätze	11
2.1 Persönlichkeitszentrierter Erklärungsansatz	12
2.2 Sozial-, arbeits- und organisationspsychologischer Erklärungsansatz	13
3 Betrachtungsperspektiven und Symptomatik	15
3.1 Perspektiven	15
3.2 Symptomatik	16
3.2.1 Symptomatik nach Burisch	17
3.2.2 Symptomatik nach Edelwich und Brodsky	20
3.2.3 Symptomatik nach Freudenberger und North	22
3.2.4 Symptomatik nach Aronson, Pines und Kafry	23
3.2.5 Symptomatik nach Maslach, Jackson und Schaufeli	24
4 Stressassoziierte Erkrankungsrisiken	26
4.1 Das Anforderungs-Kontroll-Modell	26
4.2 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen	28
4.3 Messinstrument für das Anforderungs-Kontroll-Modell	30

4.4	Messinstrument für das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen	31
4.5	Gratifikationskrisen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal.....	32
5	Messinstrumente zur Bestimmung von Burnout	33
5.1	Messinstrument nach Maslach und Jackson.....	34
5.2	Messinstrument nach Pines, Aronson und Kafry.....	36
6	Maßnahmen gegen Burnout	37
6.1	Individuelle Maßnahmen.....	37
6.2	Betriebliche und unternehmenskulturelle Maßnahmen – Problem-Lösungsprozess nach Maslach und Leiter	40
7	Zusammenfassung 1. Teil.....	46
	2. Teil	47
1	Burnout bei diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Krankenhaus.....	47
1.1	Organisationale Faktoren im Krankenhaus	48
1.2	Anmerkung	57
2	Burnout und seine Bedeutung für das Pflorgeteam.....	59
3	Burnout und seine Bedeutung für die Organisation.....	61
4	Prävention und Gesundheitsförderung von Burnout im Krankenhaus... 	64
4.1	Prävention und Gesundheitsförderung	64
4.2	Ressourcen des betrieblichen Alltags.....	66
4.3	Implementierung der Ressourcen	70
4.4	Betriebliche Gesundheitsförderung nach dem Modell der Gratifikationskrise	72
4.5	Die theoriegeleitete Intervention eines BGF - Projektes.....	74

5	Zusammenfassung 2.Teil.....	76
	Conclusio	77
	Danksagung	80
	Anhang	81
1	LITERATURVERZEICHNIS	81
2	Abbildungsverzeichnis	89
3	Tabellenverzeichnis	90

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Master Thesis selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Anna-Maria Schille

Einleitung

1 Ausgangslage

In Zeiten der Wirtschaftskrise hat sich sowohl der physische, als auch der psychische Druck auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verstärkt. Die Arbeitsprozesse haben sich verdichtet, Arbeit hat sich beschleunigt und die Arbeitsplatzunsicherheit ist enorm gestiegen. Daraus resultierende Begriffe wie „Stress“ und „Burnout“ scheinen Phänomene der heutigen Arbeitswelt zu sein und machen auch vor sozialen Einrichtungen wie dem Krankenhaus nicht halt.

Besonders der Bereich des Gesundheitsdienstes im Sektor Krankenhaus ist von dem Problem des Auftretens von Burnout stark betroffen. Insbesondere hier die Gruppe der „helfenden Berufe“: diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Dabei sollte man davon ausgehen, dass gerade in einem Bereich, in dem es um Krankheitsverhütung- und Behandlung geht, das Arbeitsumfeld gesundheitsfördernd auf seine Angestellten wirkt.

Im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG 2005) ist verankert, dass laut § 3 „Anwendungsbereich“ bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, welche unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen gesehen wird, dieses einzuhalten ist. Diese Leistungen müssen sich an die Vorgaben des Gesetzes halten und in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden (vgl. Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 – §3, Abs. 1).

2 Fragestellung und Ziel

Ziel dieser Master Thesis ist es, das „Phänomen“ Burnout im Bezug auf organisationsbedingte Strukturen im Krankenhausbetrieb als solches zu verstehen, d.h., es wird herausgearbeitet, welche Faktoren der Organisation die Entstehung begünstigen und der Fokus auf diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal gerichtet.

Weiteres sollen Vorschläge herausgearbeitet werden, wie Prävention und Gesundheitsförderung im Sektor Krankenhaus für diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Bezug auf psychische Belastungen, die Organisation betreffend, verstanden wird.

Ziel dieser Arbeit ist jedoch nicht, Burnout rein als Resultat der organisationsbedingten Faktoren darzustellen, da individuelle Faktoren nicht unberücksichtigt bleiben dürfen.

3 Methodik und Struktur

Im ersten Teil der Arbeit wird ein Kurzüberblick über die bekanntesten Burnout-Forscher geschafft und sowohl Definitionen, als auch Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten abgehandelt. Desweiteren werden die gängigsten Fragebögen zur Erhebung von Burnout-Prozessen vorgestellt und eine Übersicht über die verschiedenen Erklärungsansätze gestaltet, sowie die Entstehung von Stress bedingten psychischen Erkrankungen und Burnout anhand von zwei wissenschaftlichen Modellen.

Im zweiten Teil dieser Master These wird der Bogen zur Forschungsfrage gespannt und der Fokus auf die „Organisation Krankenhaus“ gelegt, wobei hier die institutionellen Faktoren herausgearbeitet werden, die für die Entstehung von Burnout bei diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal verantwortlich zu machen sind. Weiteres werden die Auswirkungen von Burnout auf das Team genannt.

Außerdem werden Beispiele zu Gesundheitsförderung von Burnout im Krankenhaus dargestellt.

Diese Arbeit ist eine reine Literaturrecherche, wobei diese sowohl Fachbücher, Fachzeitschriften, Publikationen und Internetrecherchen umfasst. Die Angaben der verwendeten Internetadressen befinden sich im Literaturverzeichnis.

4 Literatur und Stand der Forschung

Die ersten Veröffentlichungen zum Thema Burnout gab es Mitte der siebziger Jahre, wobei die wichtigsten auf diesem Gebiet der klinische Psychologe und Psychoanalytiker Herbert Freudenberger und der deutsche Psychologe Matthias Burisch waren.

Herbert Freudenberger war einer der ersten Psychologen, der durch seine Arbeit mit Suchtkranken Menschen Kriegsveteranen aus Vietnam behandelte. Außerdem entwickelte er zusammen mit Gail North ein zwölf Punkte Programm, das sowohl zur Burnout-Verhütung, als auch zur Rekonvaleszenz dient. Weiterführend legten die beiden Autoren ihren Fokus, im speziellen, auf die Erscheinung von Burnout bei Frauen. Des Weiteren trugen die Experten zur Diagnostik von Burnout bei, indem sie den Burnout-Prozess in Phasen einteilten.

Der Psychologe Matthias Burisch hatte als Forschungsschwerpunkte Burnout, Stress- und Stressbewältigung, Angewandte Organisationspsychologie, Psychodiagnostik und Persönlichkeitsforschung. Zu diesen Themen veröffentlichte er eine Reihe an Publikationen.

Christina Maslach und Ayala Pines, zwei Psychologinnen aus Amerika, ermöglichten die ersten Messungen von Burnout durch die Entwicklung von jeweils einem Fragebogen. Dieses Messinstrument zählt bis heute zu den bekanntesten, um Burnout festzustellen. Die Autorinnen forschten dafür hauptsächlich im Bereich der sozialen Berufe.

Johannes Siegrist, ein Schweizer Medizinsoziologe postulierte das Modell der beruflichen Gratifikationskrise, welches die Krankheitsentstehung auf Grund der Arbeit durch Stress beschreibt. Dabei entwickelte er ein standardisiertes Messinstrument mit wissenschaftlicher Evidenz und leitete für die betriebliche Gesundheitsförderung daraus Empfehlungen für die Arbeitsverhältnisse ab.

Es gibt eine Vielzahl an Studien, Publikationen und Forschungsergebnissen, die sich mit dem Thema Burnout befassen, doch bisher gibt es noch keine einheitlichen Vorgehensweisen, um die Erkrankung zu beschreiben, zu erfassen oder anschließend: diese zu behandeln oder dieser präventiv entgegen zu wirken. Zwar gibt es standardisierte Messinstrumente, doch gibt es noch keine

europäische Lösung oder Vorschreibung, die angibt, welche Instrumente zur Erfassung von Burnout und psychischen Stress bedingten Arbeitserkrankungen, einheitlich verwendet werden sollten, was den Vergleich von Studien somit erschwert.

1. Teil

1 Definitionen: Versuche

In der wissenschaftlichen Fachliteratur und Forschung gibt es bis heute keine einheitliche Erklärung des Begriffs „Burnout“. Alleine an der Schreibweise ist hier auch zu erkennen, dass es noch zu keinem allgemein verwendbaren Schlagwort gekommen ist. Zunächst ist Burnout auch in folgender Schreibweise zu finden: „Burn – out“, Burnout Phänomen oder auch in der Bezeichnung „Burnout-Syndrom“. Wobei ein „Syndrom“ im wissenschaftlichen Sinne wie folgt definiert ist: *„Symptomenkomplex; Gruppe von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen“*. (zit. Pschyrembel, 1986, S. 1629). Christina Maslach bezeichnete das Fehlen einer Definition, als *„das schwerwiegendste Hindernis für eine fundierte Erforschung des Burnout-Syndroms.“* (zit. nach Maslach 1982b, vgl. Burisch, 1994, S.11)

Die gebräuchlichsten Definitionen lehnen sich an die von Herbert Freudenberger an, wobei manche Autoren und Wissenschaftler diese zum Teil „erweitern“ oder in Publikationen zitieren.

Herbert Freudenberger beschrieb Burnout als *„einen Zustand, der sich langsam, über einen Zeitraum von andauerndem Stress und Energieeinsatz entwickelt.“*(zit. Freudenberger & North, S.26)

Christina Maslach und Ayala Pines forschten 1974 nach Burnout in der Zielgruppe der sozialen Berufe und befragten hier ein Kollektiv, welches mehr als 1000 Personen umfasste. Dabei kamen sie zu folgender Definition: *„Überdruss und Ausbrennen sind Zustände körperlicher, seelischer und geistiger Erschöpfung. Die Betroffenen fühlen sich körperlich verausgabt, hilflos, hoffnungslos und emotional erschöpft. Sie entwickeln negative Einstellungen zum selbst, zu ihrem Beruf, zu anderen Menschen und zu ihrem Leben allgemein. Ausbrennen und Überdruss sind Empfindungen des Unglücks und der Unzufriedenheit, das vergebliche Streben nach Idealen. In extremen Formen berauben sie die Menschen der*

Fähigkeit, sich mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen und sich an ihr zu freuen.“
(zit. Pines, Aronson und Kafry 2006, S.12).

2 Erklärungsansätze

Nachdem bis jetzt also eine einheitliche Definition des Begriffs nicht gelungen ist, sind auch Burnout Konzepte bis heute nicht in eine gängige Herangehensweise eingebettet. Die einzige Unterteilung besteht hier lediglich in zwei unterschiedlichen Sichtweisen: nämlich in der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen, d.h. persönlichkeitszentrierter Ansatz und des sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Ansatzes, je nach Fokus der Experten.

Der Diplom-Psychologe Dr. Burkard Gusy unternahm den Versuch, die verschiedenen Burnout-Ansätze systematisch darzustellen:

a. Persönlichkeitszentrierte Erklärungsansätze:

- Edelwich und Brodsky (1984)
- Fischer (1983)
- Freudenberger und Richelson (1983)
- Lauderdale (1982)
- Meier (1983)
- Burisch (1989)

b. Sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Erklärungsansätze:

- Aronson, Pines und Kafry (1983)
- Barth (1992)
- Berkley Association Planning Group (1977)
- Brahall & Ezel (1981)
- Büssing & Perrar (1989)
- Cherniss (1980)
- Harrison (1983)
- Enzmann & Kleiber (1989)
- Maslach & Jackson (1984)

(zit. Gusy, 1995, S.31)

2.1 Persönlichkeitszentrierter Erklärungsansatz

Wie bereits erwähnt, liegt der Fokus bei den persönlichkeitszentrierten Ansätzen auf der betroffenen Person. Hier führt meist der hohe persönliche Einsatz nicht zu den gewünschten Zielen, d.h. trotz höchster Anstrengung kann das Erwünschte nicht erreicht werden. Zu Beginn gehen die engagierten Personen also mit hohem Idealismus und Enthusiasmus an ihre Arbeit heran. Diese Erklärungsansätze gehen davon aus, dass die Betroffenen nicht ausreichende Adaptationsmöglichkeiten besitzen, um mit ihrer Umwelt und dem darin erlebten Stress und Frust umgehen zu können.

Burisch gibt hier den Verlust von Motivation, Kraft und Hoffnung an, was sich als Burnout äußern kann. Vom Auftreten her wird hier also keine besondere Hervorhebung in der Berufsausübung getroffen. Er schreibt weiteres: *„Burnout wird in Gang gesetzt durch Autonomieeinbußen in gestörten Auseinandersetzungen des Individuums mit seiner Umwelt, genauer: durch die innerer Repräsentation solcher Interaktionen als gestörter und das Scheitern bei ihrer Bewältigung.“* (zit. Burisch, 1994, S.117) D. h. Burisch geht von einem Zeitabschnitt aus; nämlich dem „Jetzt“- oder „Ist“-Zustand und dem zu erreichenden Ziel. Die Zeit dazwischen oder das Ziel als solches beschrieb er als möglichen Störfaktor, der zu Burnout führen kann. Bleibt das Ziel als solches nämlich aus, entspricht es nicht den Erwartungen des Betroffenen oder wird der „Weg zur Zielerreichung“ verlangsamt, verhindert oder erschwert, kann dies ebenso eine Störung hervorrufen.

Edelwich und Brodsky nennen Burnout im Zusammenhang mit Personen, die in helfenden Berufen beschäftigt sind. Weiteres geben sie hier *„den Verlust von Idealismus und Energie als Folge der Arbeitsbedingungen“* an. (zit. Edelwich und Brodsky, 1984, S.12) Diese Einbußen entstehen somit als Folge der Desillusionierung und einer aufeinander aufbauenden Enttäuschung.

Freudenberger und North gehen davon aus, dass nicht zielführende Erwartungen zu Burnout führen können und beschreiben desweiteren, dass es sich um einen Zustand handelt, welcher von Frustration und starker Erschöpfung

geprägt ist. Außerdem sagen die Autoren: *“Burnout ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder von außen – durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft – kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Stress und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt.“* (zit. Freudenberger und North, 1994, S.27)

2.2 Sozial-, arbeits- und organisationspsychologischer Erklärungsansatz

Bei den folgenden Erklärungsansätzen stehen jeweils der ermüdende, erschöpfende Umgang mit Menschen im Berufsleben im Vordergrund und die daraus entstehenden Situationen. Dabei wird ein Augenmerk auf Kollegen, auch auf Vorgesetzte, Patienten, Klienten und Kunden gelegt, also auf Personen der täglichen Arbeitswelt. Hier geht es um ein Missverhältnis von zu leistender Arbeit/Anforderung und der Möglichkeit der Person mit Niederlagen umzugehen, das bedeutet, dass die persönlichen Ressourcen nicht außer Acht gelassen werden. Ein solches Missverhältnis kann entstehen, wenn ein hoher Leistungsdruck vorhanden ist, ständige Unterbrechungen im Arbeitsablauf stattfinden, Konflikte unter und mit Kollegen ermüden, wenn Rollenkonflikte auftreten, sowie Kommunikation mit Vorgesetzten nicht oder nur schwer möglich ist. (Skekic, 1996/2010, S.14) D.h. im Vordergrund steht hier der „von außen kommende Stress“, die Arbeitssituation, in der sich die Betroffenen befinden.

Aronson, Pines und Kafry sprechen von einem Ausbrennen über einen längeren Zeitraum, der durch Wiederholung emotionaler, intensiver Belastung in der Zusammenarbeit mit Menschen entstehen kann. (Pines, Aronson, Kafry, 1993, S.24, 25 folgende). Die Autoren sprechen auch von zu hoch angesetzten Zielen und Hoffnungen, dem Zeitfaktor von andauernder Stresseinwirkung und der fehlenden positiven Resonanz nach geleisteter Arbeit. Hervorzuheben ist, dass hier erstmals die Unterscheidung zwischen Überdruß und Ausbrennen explizit erwähnt wird. Dabei werden beide Faktoren als Reaktion auf emotionale Erschöpfung genannt, wenn sie sich auch als Ursache scheinbar stark voneinander unterscheiden. So wird von Überdruß gesprochen, wenn die

angenehmen Teile des Berufs- und oder Privatlebens die unangenehmen nicht mehr überdecken können und nur noch das Negative im Vordergrund steht. Hier machen die Experten einen Verweis auf das Auftreten von Überdruß in Verbindung mit Burnout vor allen Dingen in bürokratischen Organisationen. Somit wird in diesem Konzept deutlich, dass eine unterschiedliche Sichtweise der helfenden gegenüber den nicht helfenden Berufen und deren Reaktionsweisen auf bestimmte Situationen, generiert wird, jedoch ohne dabei die persönlichen Eigenschaften der Betroffenen zu vergessen. Ob ein Mensch also ausbrennt oder überdrüssig wird, hängt also auch stark von seinen Ressourcen ab, wobei die Arbeits- und Lebenswelt ihn vordergründig in diese Richtung treibt.

Maslach und Jackson geben in ihrem Modell an, dass nicht die Persönlichkeit der Helfer, sondern der schlecht strukturierte Arbeitsalltag und die ungünstigen und unangenehmen Arbeitssituationen die Entstehung von Burnout begünstigen können. (Röhrig und Reiners-Kröncke 2003, S.45) Die Autoren nennen hier u.a.

- Schlechte Arbeitsorganisation
- Hierarchieprobleme
- Mangel an positiver Rückmeldung
- Druck von Vorgesetzten
- problematische institutionelle Vorgaben
- zu starke Involviertheit
- administrative Zwänge
- schlechte Teamarbeit
- mangelnde Ressourcen (Personal, Finanzmittel)

Maslach und Jackson gehen bei der Burnout- Entwicklung von einer Prozesshaftigkeit aus und gliedern diese in drei entscheidende Teile. Sie nennen hier emotionale und physische Erschöpfung als ersten Part, Dehumanisierung als zweiten und das darauf folgende terminale Stadium als den letzten Part. (Röhrig und Reiners-Kröncke 2003, S.45)

Maslach schreibt weiter: *„Unsere umfassenden Studien haben ergeben, dass Burnout nicht das Problem der Menschen selbst ist, sondern das Problem des sozialen Umfeldes, in dem Menschen arbeiten. Die Strukturierung und Ausgestaltung des Arbeitsplatzes prägt die Interaktion zwischen den Menschen und der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit erledigen.“* (zit. nach Maslach und Leiter 2001, S.25-26)

3 Betrachtungsperspektiven und Symptomatik

3.1 Perspektiven

Burnout und die damit verbundenen Symptome lassen sich aus verschiedenen Blickwinkeln beobachten:

1. Aus der Perspektive, welche das individuelle Gefühlsleben und das der Betroffenen darstellt
2. Aus der Betrachtungsweise, welche das Verhalten der Betroffenen zum Thema macht
3. Aus dem Blickwinkel, welcher sich mit den körperlichen Symptomen auseinandersetzt. (Schmidt, 2004, S.33)

Diese Sichtweisen sind für das Verständnis und für die folgende Symptomatik wichtig, zumal diese bereits die unterschiedlichen Burnout-Definitionen einschließt.

Christina Maslach schreibt: *„Ein Burnout-Syndrom liegt vor, wenn sich der Betroffene gefühlsmäßig ausgezehrt fühlt, was mit Empfindungen des ausgelaugt seins und der Überbeanspruchung einhergeht.“* Sie nennt dies emotionale Erschöpfung. Weiteres meint sie: *„Das Erleben der eigenen Nützlichkeit und Effektivität ist stark beeinträchtigt, womit Gefühle der Hilflosigkeit und des ausgeliefert seins verbunden sind.(reduziertes Wirksamkeitserleben) Ein drittes Kennzeichen ist die Versachlichung von menschlichen Beziehungen, die durch gefühllose und abgestumpfte Reaktionen gegenüber Mitmenschen charakterisiert ist. (Depersonalisierung)* (zit. nach Maslach aus Schmidt, 2004, S. 33)

3.2 Symptomatik

Ausgelaugt und erschöpft haben sich bestimmt schon viele Menschen gefühlt, ohne sich in einem Burnout- Prozess zu befinden. Es stellt sich also die Frage, woran man erkennt, ob ein betroffener Mensch sich bereits im Burnout- Prozess befindet. Wichtig ist hier, dass der Zeitfaktor berücksichtigt bleibt. Ein Prozess kann sich sowohl über Jahre als auch über Wochen hinziehen, ohne dass der „Erkrankte“ sich dessen auch bewusst ist. Das kann daran liegen, dass Burnout sich „diffus“ äußern kann. Es können sowohl physische also auch psychische Änderungen stattfinden, welche sich wiederum in unterschiedlichster Art und Weise sichtbar machen können. Rückenschmerzen auf Grund von Verspannungen, sowie Überreiztheit, Schlafstörungen oder Verdauungsprobleme sind nur ein kleiner Teil dessen, was das Ausgebrannt sein ausmacht.

Ähnlich, wie bei den unterschiedlichen Erklärungsansätzen und Betrachtungsperspektiven, unterscheiden sich die Einteilungen der Experten in Symptomatik und Burnout-Prozess. Hier wird eine Unterscheidung nach dem Zeitfaktor vorgenommen und nach der Auswirkung des Burnout auf den Betroffenen.

Für folgende Behandlungsmöglichkeiten und das diagnostizieren eines Burnouts, ist es wichtig, sich von anderen Erkrankungsfeldern abzugrenzen. Nicht selten wird Stress, auch depressive Verstimmungen und Arbeitsunzufriedenheit in Verbindung mit ausbrennen gesehen. Daher ist es wichtig, die Symptome genau zu betrachten und den wichtigsten Faktor, der Burnout prägt, stets zu beachten: die Zeit! Die Prozesshaftigkeit und das stärker werden der Symptome sind für die Betroffenen sehr quälend, wobei es auch sein kann, dass verschiedenste Phasen unterschiedlich lange durchlebt werden.

Während ein Burnout-Prozess erlebt wird, kann es zu starken Beeinträchtigungen im Privatbereich kommen, obwohl zu Beginn evtl. „nur“ das Arbeitsumfeld betroffen war und den Auslöser der Symptomatik darstellte. Das bedeutet für die Betroffenen, dass sie sich in einem schwer zu durchdringenden Regelkreis befinden: die Probleme, die sie in der Arbeitswelt erleben und auf Grund des Burnouts nicht adäquat verarbeiten können, werden mit ins Privatleben genommen und verursachen hier ebenfalls Störungen und der dadurch

entstehende Stress wirkt sich ebenfalls auf die Arbeit aus. Außerdem kann Burnout wie ein grippaler Infekt mehr als einmal auftreten.

Folgend wird die Burnout-Symptomatik in der Unterteilung der persönlichkeitszentrierten Erklärungsansätze, sowie der sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Erklärungsansätze beschrieben. Hier werden die wichtigsten Autoren diesbezüglich genannt.

3.2.1 Symptomatik nach Burisch

Burisch beschreibt anhand der folgenden Tabelle die Burnout-Symptomatik und unterteilt diese in sieben Phasen, welche er dann nochmals kategorisch unterteilt. Er macht auch darauf aufmerksam, dass nicht alle aufgelisteten Symptome vorliegen müssen, um von einem Burnout zu sprechen. (Burisch, 1994, S.16/17) Mit der Auflistung in der Tabelle bemüht er sich, einen groben Überblick über die zeitliche Abfolge der Stadien zu geben und betont, dass nicht jedes Syndrom in einem terminalen Stadium endet.

Außerdem schreibt Burisch, dass sowohl die Reihung, als auch das Auftreten der Symptome von Gegebenheiten abhängig sind, welche im Individuum und/oder dessen Umwelt zu finden sind. Weiteres schreibt er, dass die Unterteilung der Symptome willkürlich erfolgen musste und gibt an, dass andere Experten hier gröbere Einteilungen vorgenommen haben. (Burisch, 1994, S.17, vgl. Maher 1983)

Außerdem unterliegt die Reihung der Symptome laut Autor keinem Zwang und es kann vorkommen, dass manche psychosomatischen Erscheinungen, welche er hier in Kategorie sechs anspricht, bereits in der Anfangsphase auftreten.

In den bekannten Publikationen wird überschneidend oft die Meinung vertreten, dass zu Beginn eines Burnout-Prozesses im Berufsleben die Betroffenen der Berufsausübung an sich, einem Ziel für Patienten, Kunden..., überengagiert nachkommen. Das bedeutet, dass die Betroffenen zu Beginn ihrer Erkrankung als sehr „tatkräftige“ Mitarbeiter wahrgenommen werden. (Burisch, 1994, S.17)

Tab. 1: Burnout-Symptomatik nach Burisch (Quelle: Burisch, 1994, S.16,17)

Burnout-Symptomatik nach Burisch	
1. Warnsymptome der Anfangsphase	
a) Überhöhter Energieeinsatz	b) Erschöpfung
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht Abschalten können • Energiemangel • Unausgeschlafenheit • Erhöhte Unfallgefahr
2. Reduziertes Engagement	
a) Für Klienten, Patienten, etc.	b) Für andere allgemein
<ul style="list-style-type: none"> • Desillusionierung • Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten • Größere Distanz zu Klienten • Meidung von Kontakt mit Klienten und oder den 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, Patienten... • Betonung von Fachjargon • Dehumanisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit zu geben • Kälte • Verlust der Empathie • Unfähigkeit zur Transposition • Verständnislosigkeit • Schwierigkeiten anderen zuzuhören • Zynismus
c) Für die Arbeit	d) Erhöhte Ansprüche
<ul style="list-style-type: none"> • Desillusionierung • Negative Einstellung zur Arbeit • Widerwillen und Überdruß • Widerstand zur Arbeit zu gehen • Ständiges auf-die-Uhr-sehen • Fluchtphantasien • Tagträume • Überziehen von Arbeitspausen • Verspäteter Arbeitsbeginn • Vorverlegter Arbeitsschluss • Fehlzeiten • Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende • Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Idealismus • Konzentration auf die eigenen Ansprüche • Gefühl von mangelnder Anerkennung • Gefühl, ausgebeutet zu werden • Eifersucht • Partnerprobleme • Konflikte mit den eigenen Kindern

3. Emotionale Reaktionen und Schuldzuweisung	
a) Depression	b) Aggression
<ul style="list-style-type: none"> • Schuldgefühle • Reduzierte Selbstachtung • Insuffizienzgefühle • Gedankenverlorenheit • Selbstmitleid • Humorlosigkeit • Unbestimmte Angst und Nervosität • Abrupte Stimmungsschwankungen • Verringerte emotionale Belastbarkeit • Bitterkeit • Abstumpfung, Gefühl von abgestorben-sein und Leere • Schwächegefühl • Neigung zum Weinen • Ruhelosigkeit • Gefühl des Festgefahreenseins • Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle • Pessimismus, Fatalismus • Apathie • Selbstmordgedanken 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	b) der Motivation
<ul style="list-style-type: none"> • Konzentrations- und Gedächtnisschwäche • Unfähigkeit zu komplexen Anweisungen • Ungenauigkeit • Desorganisation • Entscheidungsunfähigkeit • Unfähigkeit zu klaren Anweisungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerte Initiative • Verringerte Produktivität • Dienst nach Vorschrift
c) der Kreativität	d) Entdifferenzierung
<ul style="list-style-type: none"> • Verringerte Phantasie • Verringerte Flexibilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigides Schwarzweißdenken • Widerstand gegen Veränderungen aller Art
5. Verflachung	
a) des emotionalen Lebens	b) des sozialen Lebens
<ul style="list-style-type: none"> • Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen • Gleichgültigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne • Meidung informeller Kontakte • Suche nach interessanten Kontakten • Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit • „Eigenbröteleien“ • Mit sich selbst beschäftigt sein • Einsamkeit
c) des geistigen Lebens	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufgeben von Hobbys • Desinteresse • Langeweile 	

6. Psychosomatische Reaktionen	7. Verzweiflung
<ul style="list-style-type: none"> • Schwächung der Immunreaktion • Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit • Schlafstörungen • Alpträume • Sexuelle Probleme • Gerötetes Gesicht • Herzklopfen • Enge-Gefühl in der Brust • Atembeschwerden • Beschleunigter Puls • Erhöhter Blutdruck • Muskelverspannungen • Rückenschmerzen • Kopfschmerzen • Nervöse Tics • Verdauungsstörungen • Übelkeit • Magen-Darm-Geschwüre • Gewichtsveränderungen • Veränderte Essgewohnheiten • Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Negative Einstellung zum Leben • Hoffnungslosigkeit • Gefühl der Sinnlosigkeit • Selbstmordabsichten • Existentielle Verzweiflung

3.2.2 Symptomatik nach Edelwich und Brodsky

Die Autoren unterteilen den Burnout-Prozess und dessen Symptomatik im Vergleich zu Burisch in fünf Stadien, wobei sie hier den Schwerpunkt wie bereits erwähnt, in der beruflichen Laufbahn sehen. Sie beschreiben, dass der Verlust von Kraft, Energiereserven und Interesse durch die Desillusionierung auf Grund der Gegebenheiten in der Arbeit geschieht, auf die der Mensch reagieren muss. Folgende Tabelle gibt einen klaren Überblick. (Poppelreuter/ Mierke, 2005, S.76, zit. nach Edelwich und Brodsky 1980)

Tab. 2: Burnout-Symptomatik nach Edelwich und Brodsky

Burnout-Symptomatik nach Edelwich & Brodsky	
1. Stadium	Idealistische Begeisterung
2. Stadium	Stagnation
3. Stadium	Frustration
4. Stadium	Apathie
5. Stadium	Interventionsphase

Das erste Stadium beschreibt hier die unrealistische Zielsetzung vor allen Dingen der Berufsanfänger. Das heißt für die Betroffenen, dass sie sich jetzt keine Illusionen mehr machen, da die Arbeit und die darin herrschenden Bedingungen nicht dem Erwarteten entsprechen. Hier wird auch der Begriff der Desillusionierung verwendet.

Von Stagnation wird gesprochen, wenn die Motivation verloren gegangen ist und sich die erbrachten Leistungen in der Arbeit nur noch auf das notwendige Minimum beschränken. In diesem Stadium könnten positive Veränderungen wie soziale Stärkung durch Kollegen, Vorgesetzte und Anerkennung der Arbeit durch Finanzmittel wie z.B. etwa Gehaltserhöhung, das Fortschreiten in das nächste Burnout-Stadium verhindern.

Die dritte Phase der Frustration umfasst das Problem, dass der Mitarbeiter nun keinen Sinn mehr in seiner beruflichen Tätigkeit sieht. Daher stellt er diese in Frage und hat nun mit den Folgen von unangenehmer Zunahme an Krankheiten zu rechnen und dem daraus resultierenden Anstieg von krankheitsbedingten Fehltagen.

Das vierte Stadium beschreibt den Übergang in der der Erkrankte seine Hoffnung verliert, sein Gefühlsleben zu emotionaler Gleichgültigkeit tendiert und er anfängt zu resignieren. Weiteres kann es nun zu unfreundlichem Auftreten im Kundenumgang kommen, was natürlich dem Unternehmen schaden kann.

Das fünfte Stadium gibt hier den Verweis auf Möglichkeiten, um Burnout gezielt zu behandeln. Hier ist vor allen Dingen die gelebte Kommunikation in einem Betrieb, einer Firma, einer Organisation von Bedeutung, um bei der Burnout Therapie

Die Experten geben den Verweis, dass die genaue Abgrenzung der Stadien nicht realistisch ist, da sich die Phasen über Jahre hinweg entwickeln können oder aber das Gegenteil der Fall sein kann; je nach Häufung negativ erlebter Arbeitssituationen.

3.2.3 Symptomatik nach Freudenberger und North

Freudenberger und North unterteilen Burnout-Prozesse ebenfalls in Stadien, wobei sie auch darauf aufmerksam machen, dass die Reihenfolge nicht bei jedem Verlauf wie folgt ablaufen muss: (Freudenberger und North, 1992, S.12)

Tab. 3: Burnout-Symptomatik nach Freudenberger und North

Burnout-Symptomatik nach Freudenberger und North	
1. Stadium	Zwang, sich zu beweisen
2. Stadium	Verstärkter Einsatz
3. Stadium	Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
4. Stadium	Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Stadium	Umdeutung von Werten
6. Stadium	Leugnung von Problemen
7. Stadium	Rückzug
8. Stadium	Beobachtbare Verhaltensänderungen
9. Stadium	Depersonalisation/ Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit
10. Stadium	Innere Leere
11. Stadium	Depression
12. Stadium	Völlige Erschöpfung

(Quelle: Freudenberger und North, 1994, S.38)

Die Autoren geben ergänzend dazu an, dass es passieren kann, dass es während einem Burnout-Prozess zu einem „hin- und herspringen“ zwischen den einzelnen Stadien kommen kann. Dabei kann es für manchen Betroffenen sein, dass die Phase, in der er sich gerade befindet, ihm mehr zusetzt, als einer anderen Person, die gerade das selbe Stadium durchlebt. Das hängt natürlich von den speziellen Situation ab, in der sich ein Mensch gerade befindet und vom Individuum und dessen Bewältigungsstrategien.

Des Weiteren weisen Freudenberger und North darauf hin, dass zwar im Stadium elf der Begriff „Depression“ verwendet wird, es sich hier aber nicht um eine

„klassische Depression“ handelt, welche vom Verlauf her eher chronisch auftritt. Das Erleben der Burnout- Depression fühle sich zwar für die Erkrankten ähnlich an, wie die bereits genannte „klassische Depression“, sei jedoch anderes zu therapieren und habe unterschiedliche Entstehungsursachen. Als markantes Merkmal nennen die Autoren hier, dass Trauer nach dem Tod einer geliebten Person, sowie Scheidung, der Verlust eines Partners oder ein tragisches Ereignis einen Menschen depressiv werden lassen. Bei einem Burnout- Prozess kommt diese Art des Gefühlserlebens jedoch nicht vor, wenn der Betroffene von Freunden oder ihm wichtigen Menschen umgeben ist. D.h. dass eine klassische Depression das Gefühlsleben ständig beeinflusst, während ein Burnout situativ gebunden ist. (Freudenberger und North, 1994, S.40)

3.2.4 Symptomatik nach Aronson, Pines und Kafry

Die Autoren nannten Burnout erstmals in Verbindung mit Überdruß und entwickelten hier einen speziellen Fragebogen, welchen ich später noch vorstellen werde. Sie gehen davon aus, dass überwiegend institutionelle Bedingungen für die Entstehung eines Burnout- Prozesses verantwortlich sind. Hier untersuchten sie vor allen Dingen Arbeitsbelastungen, welche bei helfenden Berufen zu finden sind. Sie nannten als Hauptsymptome:

Tab. 4: Burnout-Symptomatik nach Aronson, Pines und Kafry

Burnout-Symptomatik nach Aronson, Pines und Kafry	
Körperliche Erschöpfung	<ul style="list-style-type: none"> • Energiemangel • Chronische Müdigkeit • Allgemeine Übelkeit • Allgemeine Schwäche • Verspannungen • Wirbelsäulenschmerzen • Zu- und Abnahme des Körpergewichts • Grippale Infekte • Alkohol-/Drogenabusus • Nikotinabusus

Emotionale Erschöpfung	<ul style="list-style-type: none"> • Rückzug vor Gesellschaft • Reizbarkeit und Nervosität • Identifikationsverlust bezogen auf den Beruf • Mutlosigkeit • Hoffnungslosigkeit
Geistige Erschöpfung	<ul style="list-style-type: none"> • Entmenschlichung • Konzentrationsverlust • Gehetzt sein • Aggression • Zynismus • Flexibilitätsverlust • Negativismus zu Arbeit und Leben allgemein

(Pines, Aronson und Kafry, 2006, S.7, 27-31)

3.2.5 Symptomatik nach Maslach, Jackson und Schaufeli

Wie bereits erwähnt, lässt sich die Burnout-Symptomatik von Maslach und Jackson; hier zusammen mit dem klinischen Psychologen Wilmar Schaufeli, zu den Sozial-, Arbeits- und Organisationspsychologischen Ansätzen einteilen.

Die Autoren teilen Burnout-Verläufe in Ebenen ein, welche sie hier als die Körperliche Ebene, die der Psyche, die Ebene des Verhaltens und die der sozial- und einstellungsbedingten Ebene bezeichnen. Dadurch wird klar, dass auch hier keine reine Einteilung der Phasen in institutionelle Faktoren geschehen kann, da die Symptomatik auch das Privatleben der Betroffenen erschwert. Folgende Tabelle soll Überblick über die Einteilung geben:

Tab. 5: Burnout-Symptomatik nach Maslach, Jackson und Schaufeli

Ebene 1: Psyche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emotionen: <ul style="list-style-type: none"> • Große Ablehnung, jeden Tag zur Arbeit zu gehen • Versagensängste • Ärger und Schuldgefühle • Vertrauensverlust 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kognitiv <ul style="list-style-type: none"> • Rigides Denken • Konzentrationsverlust • Veränderungsscheu 3. Motorik <ul style="list-style-type: none"> • Nervosität • Anspannung
Ebene 2: Körper	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychosomatik <ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfungszustände • Übersteigerte Müdigkeit nach getaner Arbeit • Verändertes Schlafverhalten • Minderung von sexuellem Lustempfinden 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> • Gehäufte grippale Infekte • Magen- Darm- Probleme • Muskelverspannungen 3. Physiologie <ul style="list-style-type: none"> • Cholesterinspiegel steigt • Puls und Pulsfrequenz steigen
Ebene 3: Verhalten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Person <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol-, Drogen-, Nikotin- und Koffeinabusus • Aggression 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Arbeitswelt <ul style="list-style-type: none"> • Fehlzeiten nehmen zu • Veränderte Pausengestaltung • Produktivität nimmt ab
Ebene 4: Soziales Erleben	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kundenzentriert <ul style="list-style-type: none"> • Negatives Gefühlserleben gegenüber Kunden • Vermeidung von Kunden-/ Klienten-Kontakten • Unfähigkeit auf Kunden einzugehen 2. Kollegen <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Auseinandersetzungen • Abkapseln vom Team 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Privatleben <ul style="list-style-type: none"> • Vereinsamung • Ehekrisen • Dys-Balancen in der Familie
Ebene 5: Einstellung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kunden <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Empathie • Zynisches Verhalten • Unangebrachter Humor 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Arbeit <ul style="list-style-type: none"> • Negativismus • Verlust von Idealen • Desillusionierung

(Quelle: Maslach und Schaufeli, 1993, S.25)

4 Stressassoziierte Erkrankungsrisiken

In der aktuellen Forschung wird der Begriff „Stress“ hinsichtlich der Entstehung von stressassoziierten Erkrankungen verwendet. Dabei wird Stress in Verbindung mit psychischen Störungen genannt. Hier unterscheidet die Wissenschaft zwischen dem Begriff des „Eu - Stress“ und des „Distress“. Beide Begriffe beinhalten zwar den selben Wortlaut, beschreiben jedoch zwei grundlegend unterschiedliche Dinge.

Eu – Stress beschreibt einen „positiven Stress“, der sich auf die (gesunde) Leistungssteigerung eines Individuums auswirkt und im Kontext einer befriedigenden Arbeit oder Lebenssituation verwendet wird. Die Person ist zwar „gestresst“, aber erlebt diesen Stress nicht negativ, weil sie sich durch ihre Arbeit oder die Situation, in der sie sich befindet, „beflügelt“ fühlt.

„Distress“ hingegen beschreibt den „negativen Stress“, wobei das Präfix „dis“ eine „Disharmonie“ ausdrückt. Im Kontext bedeutet das, dass die betroffene Person unter dieser Stressform leidet.

Der Medizinsoziologe Johannes Siegrist (Siegrist, 2010) beschreibt berufliche Gratifikationsrisiken, womit er berufliche Anstrengungen in der Arbeitswelt meint, die auf Dauer nicht ausreichend belohnt werden und dadurch zu psychosozialen Stress führen. Hier sind außerdem schlechte Arbeitsentschädigung wie Gehalt, niedriger Status und geringe Anerkennung als „nicht ausreichende Belohnung“ genannt.

Nachdem Burnout immer mit Stress und Stressverarbeitung in Verbindung gebracht wird, sollen folgende wissenschaftliche Modelle einen Überblick verschaffen.

4.1 Das Anforderungs-Kontroll-Modell

Siegrist beschreibt das Anforderungs-Kontroll-Modell nach R. Karasek und T. Theorell (1990), indem er sagt, dass die Stress auslösenden Tätigkeitsmerkmale, also jene, die dem Beschäftigten im Rahmen seiner Arbeit gestellt werden gesundheitsschädigend wirken können, wenn dieser nicht ausreichend Möglichkeiten besitzt, um die Art und Weise der Erledigung der Arbeitsaufgaben

selbst bestimmen zu können. Daraus entsteht eine hohe quantitative Anforderung (z.B. hoher Zeitdruck) im Kontext einer geringen Entscheidungsmöglichkeit. Das bedeutet für den Betroffenen, dass Aufgaben nicht aktiv selbst gesteuert werden können und die Arbeitsumwelt also nicht seiner Kontrolle unterliegt. Siegrist beschreibt diesen Zustand als „fehlende Selbstwirksamkeit“. (Siegrist, J. & Rödel, A. 2004)

Dieses Modell wurde von dem Amerikaner Robert Karasek Anfang der 70er Jahre generiert. Dabei werden die psychischen Anforderungen, die die Arbeit an ein Individuum stellt in qualitative und quantitative Anforderungen unterteilt und beinhalten sowohl die Anstrengungen, die durch die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten entstehen, als auch jene, die durch Kollegen verursacht werden. (dabei sind z.B. Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen gemeint, welche nicht selbst gesteuert werden können) Bei der Kontrolle der Arbeitsaufgaben geht es darum, die individuellen Erkenntnisse und Fähigkeiten anwenden und entwickeln zu können und in welcher Form Entscheidungen getroffen werden können. Außerdem ist die Möglichkeit der Kreativität in der Gestaltung der Arbeitsaufgaben gefragt, also wie weit die Organisation diese Möglichkeit bietet und zulässt. (Friedel & Orfeld, 2002)

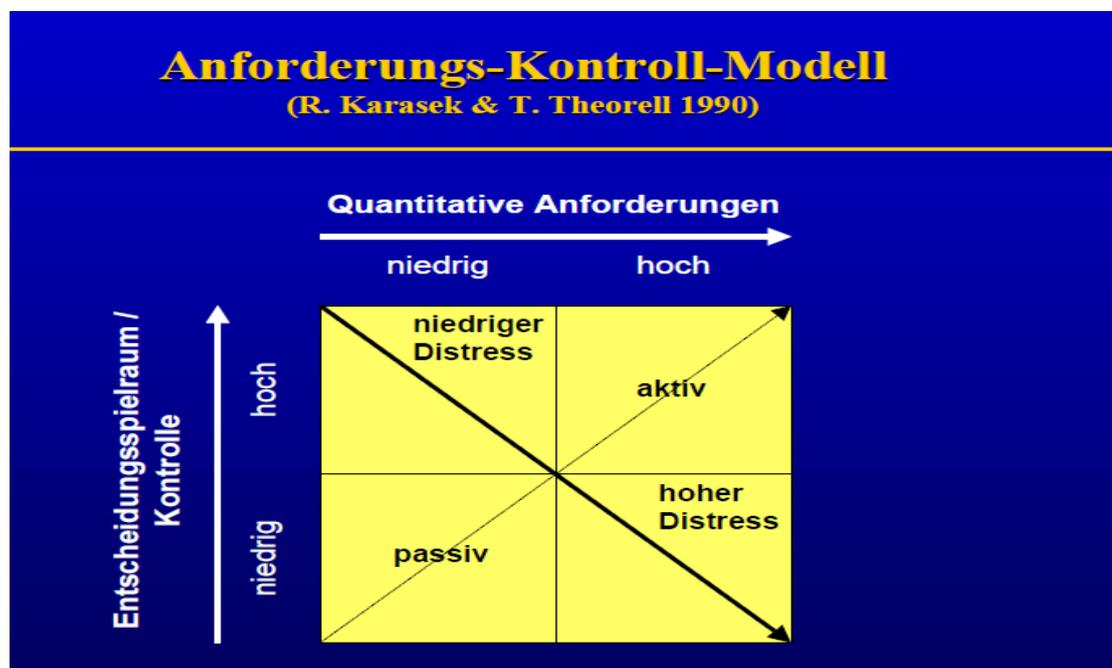


Abb.1: Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek & Theorell

(Quelle: Siegrist, Johannes (2010), Institut für medizinische Soziologie, Heinrich - Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland: Tagungsveranstaltung: "Gesund pflegen - gesund arbeiten im Krankenhaus", am 21.01.2010 in Köln, Deutschland: "Stress und Burnout in der Krankenpflege", Fachvortrag)

Das bedeutet, dass dieses Modell den stressigen Arbeitsmerkmalen die Situation gegenüber gestellt wird: also die Exposition gegenüber den zu hohen Anforderungen gemeinsam mit wenig Entscheidungsmöglichkeit. Die mangelnde individuelle Kontrolle lässt die Betroffenen keine Selbstwirksamkeit erleben. (Siegrist & Rödel, 2004)

4.2 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Dieses Modell beschreiben Siegrist und Rödel (Siegrist & Rödel, 2004) ebenso wie das Anforderungs- Kontroll- Modell als besonders erfolgreich, um die Krankheitsentstehung im Arbeitskontext zu erklären. Dabei besagt das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen, dass das Missverhältnis zwischen erbrachter Arbeitsleistung und Belohnung (wie schlechte Bezahlung, mangelnde Anerkennung, schlechte Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsplatzunsicherheit) krank machen kann. Dabei haben die Betroffenen zwar Möglichkeiten, diesen Krisen auszuweichen, aber es werden Gründe genannt, warum diese das nicht tun:

- Die Arbeitsmarktsituation bietet schlechte Möglichkeiten, den Arbeitsplatz zu wechseln.
- Die Betroffenen haben strategische Gründe: sie gehen von Aufstiegsmöglichkeiten aus, wenn sie den Arbeitsplatz beibehalten.
- Die Betroffenen haben eine übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung, d.h. sie besitzen eine distanzlose Identifikation mit dem beruflichen Alltag.

Die distanzlose Identifikation wird als unrealistisches Gleichgewicht zwischen Arbeit und Belohnung beschrieben, was die Betroffenen dazu anregt, noch mehr zu leisten, ohne eine ausreichende Belohnung dafür zu erhalten. Dieser Umstand führt dann auf Dauer zur chronischen Erschöpfung. Hier liegt also der Fokus auf

der Erfüllung des Arbeitsvertrages. Der soziale Vertrag zwischen Menschen definiert für diese Pflichten, wobei diese bestimmte Menge an Aufgaben im Gegenzug auch Rechte gewährt, ähnlich wie in einem Arbeitsvertrag. Diese Norm wird als „Reziprozitätsnorm“ bezeichnet. Wird diese Norm nicht eingehalten oder gar verletzt, kommt es für den Betroffenen im Bezug auf seine Arbeit zu einem Verlust an Status.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet das, dass das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen Ableitungen für die Arbeitsverhältnisse zulässt.

Das heißt, dass für ihn die Statuskontrolle fehlt. Folgendes Modell stellt dies schematisch dar:

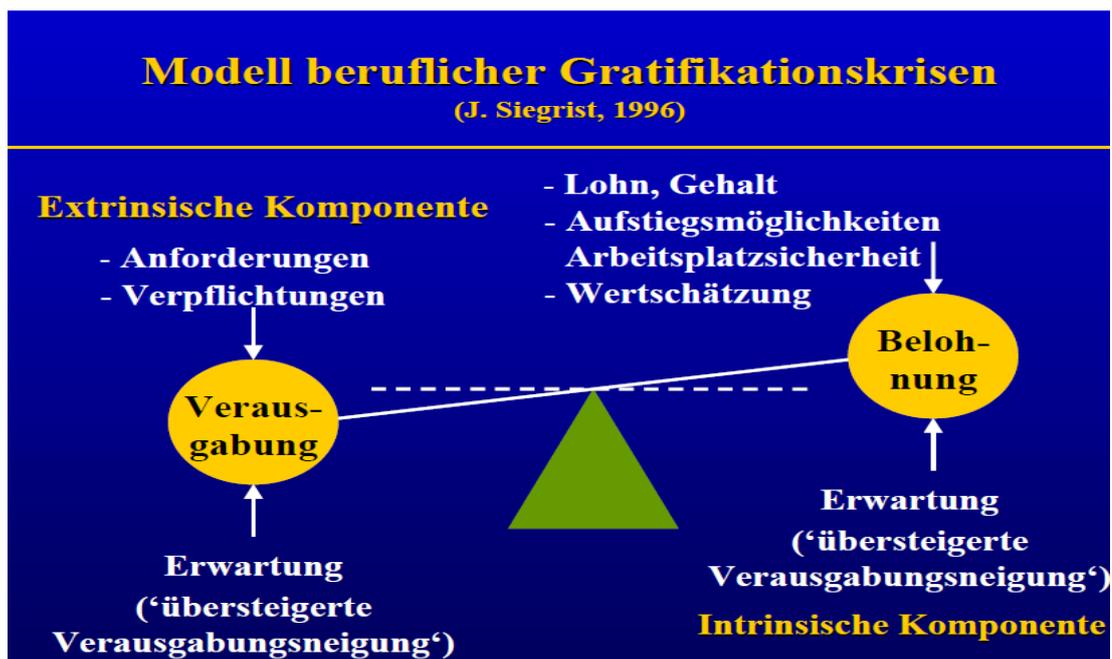


Abb. 2: Modell beruflicher Gratifikationskrisen

(Quelle: Quelle: Siegrist, Johannes (2010), Institut für medizinische Soziologie, Heinrich - Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland: Tagungsveranstaltung: "Gesund pflegen - gesund arbeiten im Krankenhaus", am 21.01.2010 in Köln, Deutschland: "Stress und Burnout in der Krankenpflege", Fachvortrag)

Die beiden genannten Modelle geben den Zusammenhang zwischen psychosozialer Arbeitsbelastung und dem Erkrankungsrisiko, welches daraus entsteht wieder. Inzwischen gibt es, laut Siegrist & Rödel (2004) eine fundierte

empirische Basis, um festzuhalten, dass zwischen beruflichem Distress und psychosozialen depressiven Störungen ein Zusammenhang besteht.

Nachdem die beiden Arbeitsstressmodelle bereits erklärt wurden, werden anschließend die Messinstrumente für die Stressforschung erläutert.

4.3 Messinstrument für das Anforderungs-Kontroll-Modell

In der folgenden Tabelle sind jene Merkmale enthalten, die für das Feststellen und Beurteilen von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz notwendig sind und die der Kontrolle über die Arbeitsaufgaben. Beides wird in Karasek's Messinstrument berücksichtigt.

Tab. 6: Anforderungs-Kontroll-Modell: Messinstrument nach Karasek

Psychische Anforderungen	Kontrolle über die Arbeitsaufgaben
<ul style="list-style-type: none"> ■ Extrem hoher Arbeitsanfall ■ Widersprüchliche Anforderungen ■ Nicht ausreichend Zeit, die Arbeit zu tun ■ Schnelles Arbeiten ■ Anstrengendes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Möglichkeiten, immer etwas hinzuzulernen ■ Fähigkeiten können weiterentwickelt werden ■ Hohe Qualifikation erforderlich ■ Arbeit ist abwechslungsreich ■ Kreativität ist gefragt ■ Nicht repetitive Arbeit ■ Freiheit zu eigenen Entscheidungen ■ Ausführung der Arbeit kann bestimmt werden ■ Mitreden können bei der Arbeit ■ Teilnahme an wichtigen Entscheidungen

(Quelle: Friedel Heiko & Orfeld Barbara, Essen (2002): Das Anforderungs-Kontroll-Modell; Psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind einfach zu ermitteln: BKK- Bundesverband Deutschland: Die BKK 2/2002, S. 51)

Dabei hat sich zur Datenerhebung ein standardisiertes Verfahren herauskristallisiert. Hier kann die Befragung sowohl persönlich, als auch per Telefon oder als Fragebogen von den Befragten selbst vorgenommen werden. Bei dem Anforderungs-Kontroll-Modell werden die Fragen mit einem Arbeitsinhaltsfragebogen ermittelt. Dabei sind 46 Fragen zu beantworten, bei

denen die beiden Kategorien der oben dargestellten Tabelle berücksichtigt werden. Das Messinstrument nennt sich „Job Content Questionnaire“, kurz „JCQ“. Dieses wurde bereits in mehrere Sprachen übersetzt und wird international verwendet. (Siegrist & Rödel, 2004)

Dabei lässt das Anforderungs-Kontroll-Modell Schlüsse ziehen, um Arbeitstätigkeiten gesundheitsförderlich zu gestalten.

4.4 Messinstrument für das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen

Bei diesem Fragebogen werden 17 Fragen zu der beruflichen Verausgabung und der daraus resultierenden Belohnung gestellt. Dabei werden 11 Fragen zur beruflichen Belohnung gestellt. Hier werden die Items „Gehalt und beruflicher Aufstieg“, sowie „Wertschätzung“ und „Arbeitsplatzsicherheit“ erfragt. Das Messinstrument nennt sich „Effort-reward imbalance“, kurz „ERI“. Dabei wird das fehlende Gleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung mit Hilfe eines Quotienten berechnet, der sich aus den Summenwerten der beiden Skalen rückschließen lässt. Außerdem wird die distanzlose Identifikation mit dem beruflichen Alltag, also die berufliche Verausgabungsneigung mit Hilfe von weiteren 6 Fragen ermittelt. Der Verausgabungs-Belohnungsquotient wird aus der Summe der Verausgabung, geteilt durch die Summe der Belohnung, nach der Menge der genannten Items berechnet. Die Skala der beruflichen Verausgabungsneigung steht für das individuelle psychische Muster, in der der Betroffene die Bewältigung von Anforderungen und Belohnungen vornimmt.

Bezüglich dieses Messinstruments liegen Angaben vor, die besagen, dass dieser Fragebogen in international vergleichbaren Studien, ebenso wie der „JCQ“, implementiert wurde und *„auf die Erfüllung psychometrischer Kriterien getestet wurde“*. (zit. Siegrist & Rödel, 2004) Auch zur Validität gibt Rödel (2004) an, dass dazu sowohl gruppenbezogen, als auch prädikativ Hinweise vorliegen, die die

Verwendbarkeit der Messinstrumente betonen. (vgl. Rödel, 2004, in Siegrist & Rödel, 2004)

Zur Evidenz der beiden genannten Messinstrumente geben Siegrist & Rödel (2004) einige Studien an, die die Effekte zu psychosozialen Arbeitsbelastungen bestätigen. Die Autoren betonen dennoch, dass diese zwar bis jetzt empirische Einzelergebnisse seien, diese jedoch aufschlussreiche Resultate liefern würden.

Auch die Übertragung der Instrumente und Verwendung in Ländern, die in einem anderen sozioökonomischen System leben, ist gelungen. Dabei wurden statistisch signifikante Werte erhoben, die das Zusammenspiel von psychosozialen Arbeitsbelastungen und daraus resultierenden depressiven Störungen zeigen.

4.5 Gratifikationskrisen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

Im speziellen erklärt Siegrist im Bezug auf die **Situation der Gesundheits- und Krankenpflege**, dass hier folgende Punkte Probleme für die Betroffenen verursachen:

- **Gesundheitsgefahren** wie stressassoziierte Erkrankungen(Herz-Kreislauf- Erkrankungen und affektive Störungen)
- Psycho-biologische Mechanismen
- Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen
- **Disengagemnet** wie Absentismus, Burnout und innere Kündigung und Berufsausstieg
- **Obstruktion** wie der Verstoß gegen soziale Normen und Gewaltanwendung

(vgl. Siegrist, Johannes (2010), Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich - Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland: Tagungsveranstaltung: "Gesund pflegen - gesund arbeiten im Krankenhaus", am 21.01.2010 in Köln, Deutschland: Stress und Burnout in der Krankenpflege, Fachvortrag)

5 Messinstrumente zur Bestimmung von Burnout

Nachdem bisher keine einheitliche Definition und in Folge dessen keine einzugrenzenden Symptom-Komplexe für Burnout bestimmt werden konnten, ist es umso schwerer, Messinstrumente zu verwenden, welche allgemein gültig sind.

Die „Diagnose“ oder Erkrankung Burnout wird in der Medizin in der ICD-10 Klassifizierung als Unterklassifizierung dargestellt. ICD-10 ist eine internationale Klassifizierung von Krankheiten und dient zur Verschlüsselung von Diagnosen (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/basisinfo-klassi.pdf>). Burnout wird hier als Zusatzdiagnose bei den psychischen Störungen im Anhang genannt und erhält die Codierung Z73.0.

Wäre Burnout als eigenständige Diagnose bei den psychiatrischen Erkrankungen eingestuft, müssten dadurch allgemein gültige Leitlinien zur Diagnostik, sowie Symptom-Erkennung und daraus resultierende Messinstrumente abzuleiten sein.

Die Problematik der Bemühung um eine Diagnose, liegt also im Messinstrument. Zwar konnten Maslach und Jackson den ersten qualitativen Fragebogen Anfang der 80er Jahre präsentieren, doch das gesamte Erscheinungsbild von Burnout damit nicht erfassen. Das Krankheitsbild stellt sich im Gesamten als zu komplex dar. Dennoch ist ihr Fragebogen bis heute in vielen Studien verwendet worden und ermöglichte hier einen Vergleich der Ergebnisse und gilt als verlässliche Fragemethode. (Langballe, 2006)

Ebenso entwickelten zu Beginn der 80er Jahre Pines, Aronson und Kafry einen Fragebogen, der auch heute noch verwendet wird. Ähnliche Fragebögen leiteten sich auch aus diesem Erhebungsmittel ab.

Trotz dieser vorliegenden Erhebungsmethoden ist es für Ärzte nicht einfach Burnout einheitlich zu diagnostizieren, da die Fragebögen sich nur auf die Selbsteinschätzungen der Betroffenen beziehen und daher keine objektive Sichtweise zulassen.

5.1 Messinstrument nach Maslach und Jackson

Der Maslach Burnout Inventory, kurz MBI, ist das am häufigsten verwendete Befragungsinstrument zum Erkennen eines Burnouts. Dabei handelt es sich um Fragen, welche sich nach Emotionen, individueller Leistungsfähigkeit und nach Depersonalisation erkundigen. Bei der Befragung geht es darum, die einzelnen Burnout – Phasen zu erfassen.

Der Fragebogen ist inzwischen in drei ähnlichen, jedoch sich unterscheidenden Versionen verfügbar, da die Autoren zur ursprünglichen Fassung, welche sich für Pflegeberufe eignet, Änderungen für andere Berufsgruppen vorgenommen haben. Umfragen für Lehrer und zuletzt ein allgemeiner Fragebogen für weitere Berufsfelder, welche nicht strikt eingeteilt werden, sind hinzu gekommen. (Maslach und Leiter, 2001, S.161)

Die 7- stufigen **Antwortmöglichkeiten** gehen von: 0 = nie bis 6 = täglich,

Auswertung:

Wie oft: 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

Wie stark: 1 = sehr schwach, kaum wahrzunehmen , 4 = mäßig, 6 = sehr stark

Die Fragen:

1. Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.
2. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt.
3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.
4. Es gelingt mir gut, mich in meine Klienten hineinzusetzen.
5. Ich glaube, ich behandle einige Klienten, als ob sie unpersönliche „Objekte“ wären.
6. Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.
7. Den Umgang mit Problemen meiner Klienten habe ich sehr gut im Griff.

8. Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.
9. Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiver beeinflusse.
10. Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.
11. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.
12. Ich fühle mich voller Tatkraft.
13. Meine Arbeit frustriert mich.
14. Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.
15. Bei manchen Klienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/ mit ihnen wird.
16. Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich sehr.
17. Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Klienten herzustellen.
18. Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Klienten gearbeitet habe.
19. Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.
20. Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende.
21. In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.
22. Ich spüre, dass die Klienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.
23. Ich fühle mich meinen Klienten in vieler Hinsicht ähnlich.
24. Von den Problemen meiner Klienten bin ich persönlich berührt.

25. Ich fühle mich unbehaglich bei dem Gedanken daran, wie ich einige meiner Klienten behandelt habe.

(Govindah, 2009, nach Enzmann und Kleiber, 1989, S. 204 ff.)

5.2 Messinstrument nach Pines, Aronson und Kafry

Die Autoren entwickelten ebenfalls einen Fragebogen, welcher 21 Fragen umfasst. Hier sollen die drei Aspekte der körperlichen, seelischen und geistigen Erschöpfung gemessen werden.

Hier reichen die Antworten von 1= niemals bis 7 = immer, wobei ein Gesamtwert am Ende der Befragung entsteht, welcher wiederum von 1 = Euphorie bis 7 = extremes Burnout reichen kann. Testergebnisse zwischen dem Wert 2 und 3 gelten als *gutes Befinden*, Werte ab 5 werden als *akute Krise* beschrieben.

Auswertung:

Wie oft: 1= niemals, 2 = fast niemals, 3 = selten, 4 = manchmal, 5 = oft, 6 = meistens und 7 = immer

Die Fragen:

1. Ich bin müde.
2. Ich fühle mich niedergeschlagen.
3. Ich habe einen guten Tag.
4. Ich bin körperlich erschöpft.
5. Ich bin emotional erschöpft.
6. Ich bin glücklich.
7. Ich bin „erledigt“.
8. Ich bin „ausgebrannt“.
9. Ich bin unglücklich.

10. Ich fühle mich abgearbeitet.
11. Ich fühle mich wertlos.
12. Ich fühle mich gefangen
13. Ich bin überdrüssig.
14. Ich bin bekümmert.
15. Ich bin über andere verärgert oder enttäuscht.
16. Ich fühle mich schwach.
17. Ich fühle mich hoffnungslos.
18. Ich fühle mich zurückgewiesen.
19. Ich bin optimistisch
20. Ich fühle mich tatkräftig.
21. Ich habe Angst.

(Pines, Aronson und Kafry, 1993, S. 236 in Enzmann und Kleiber, 1989, S.203)

6 Maßnahmen gegen Burnout

6.1 Individuelle Maßnahmen

Um einen Burnout-Prozess zu stoppen, gibt es verschiedenste individuelle Maßnahmen, die ein Betroffener selbst setzen kann. Folgend wird nur einen Teil der bekannten Möglichkeiten vorgestellt, da eine komplette Zusammenfassung hier den Rahmen eindeutig sprengen würde. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass der Grad der Ausprägung der Burnout-Erkrankung und somit auch die Behandlungsmöglichkeiten hier unberücksichtigt bleiben, da allgemeine Möglichkeiten vorgestellt werden. Es wird sicher, je nach Fall, die Unterstützung von professioneller Hilfe für den Betroffenen (durch Psychologen, Ärzte etc.) nötig sein.

Die wahrscheinlich bekannteste Art mit Stress umzugehen ist die **Selbstpflege**. Sie ist wie folgt definiert. *„Der Begriff der Selbstpflege hat mehrere Synonyme, wie Selbstsorge, Selbstfürsorge, Selbsthilfe, die in unterschiedlichen Wissens- und Praxisgebieten eingesetzt werden. Die Fähigkeit der Selbstpflege umfasst alle alltäglichen und spezifischen Handlungen, um das Notwendige für die eigene Versorgung zu planen, zu organisieren und durchzuführen.“* (zit. Kollak, 2008, S. 14, nach Pschyrembel 2007, S. 685 ff.) Weiter: *„Im Kontext von Stress und Burnout geht es darum, den persönlichen Bedarf an Selbstpflege ins Verhältnis mit den vorhandenen Fähigkeiten zur persönlichen Selbstpflege zu setzen.“* (zit. Kollak, 2008, S. 14) Kollak schreibt außerdem, dass die Selbstpflege darauf abzielt, die individuellen Kraftreserven wieder aufzufüllen und vor allen Dingen festzustellen, dass es diese (noch) gibt. (Kollak, 2008, S. 12)

Die Selbstpflege-Verfahren, die Kollak vorstellt, sind von den Krankenkassen (in Deutschland) anerkannt. Das bedeutet, dass gesundheits-wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt wurden. Zusammenfassend zähle ich Selbstpflegeverfahren anschließend auf, ohne jedes Einzelne ausführlich zu beschreiben. Ergänzend dazu ist klar, dass diese Verfahren am besten mit professionell ausgebildeten Trainern oder Coachs erlernt werden sollten, um effektiv zu wirken. Ebenso werden individuelle Trainingsplanung und Handlungspläne, sowie das Heraussuchen des „richtigen Verfahrens“ für die Betroffenen wichtig.

1. Yoga zum Umgang mit Stress und Burnout
2. Tai Chi – als bewegungsorientierte Entspannungsmethode
3. Qigong – Gesundheitstraining nach der traditionellen chinesischen Medizin
4. Progressive Muskelrelaxation nach Edmund Jacobson
5. Autogenes Training zur Selbstpflege

(vgl. Kollak, 2008)

Freudenberger und North schreiben, dass Burnout heilbar ist und der Schlüssel dazu in der Selbstachtung liegt. Sie haben eine Liste verfasst, die Betroffenen Hilfestellung bieten soll, Kausalitäten bewusst zu machen und „Symptome rückgängig zu machen.“ (zit. Freudenberger und North, 2003, S. 304)

Die Autoren haben die Liste in der direkten Rede verfasst, welche hier nicht wortwörtlich übernehmen werden:

1. Mit dem Verleugnen aufhören! (von Stress und Zwängen jeglicher Art)
2. Isolation vermeiden! (Beziehungen pflegen)
3. Lebensumstände ändern! (belastende Arbeit oder Beziehungen: wenn möglich ändern, wenn nicht gehen)
4. Verstärkten Einsatz reduzieren! (Druckentlastung von Bereichen, in denen Überengagement stattfindet)
5. Kein Überfürsorgliches Verhalten mehr! (Probleme anderen nicht abnehmen)
6. „Nein“ sagen! (zusätzliche Anforderungen zurückweisen)
7. Kürzer treten! (Arbeiten delegieren)
8. Sich neue Werte geben! (wichtiges von unwichtigem trennen)
9. Persönliches Tempo bestimmen! (was will man im Leben erreichen? Arbeit mit Spiel und Entspannung ins Gleichgewicht bringen)
10. Sich um den Körper kümmern! (regelmäßig essen, Schlafen, Arzttermine wahr nehmen)
11. So wenig wie möglich Sorgen machen und ängstigen! (weniger Zeit mit Grübeln verbringen, sich um wirkliche Bedürfnisse kümmern)
12. Den Sinn für Humor nicht verlieren! (Freude und Glück ins Leben lassen)

(Freudenberger und North, 2003, S.304, 305)

6.2 Betriebliche und unternehmenskulturelle Maßnahmen – Problem-Lösungsprozess nach Maslach und Leiter

Maslach und Leiter vertreten die Meinung, dass individuelle Anstrengungen bei der Krisenintervention von Burnout dem Betroffenen allein nicht ausreichend weiterhelfen, um mit der Situation zu recht zu kommen. Nachdem ihr Erklärungsansatz beschreibt, wie Burnout entstehen kann, ist auch klar, dass die Missverhältnisse, die zwischen Individuum und Arbeitssituation herrschen auf beiden Seiten gelöst werden müssen. Das bedeutet, dass nicht der Betroffene allein Änderungen vornehmen kann, die dann sein Burnout beheben. Wobei das natürlich nicht bedeuten soll, dass Menschen sich nicht um ihre seelische Gesundheit kümmern sollten.

Nachdem die Autoren das Arbeitsumfeld für die Manifestierung der Erkrankung hauptsächlich verantwortlich machen, müssen ihrer Meinung nach auch hier die Lösungen liegen.

Ihr Problemlösungsprozess geht von den Missverhältnissen zwischen Mensch und Arbeit aus und soll auf die drei Dimensionen von Burnout einwirken: Erschöpfung, Zynismus und Ineffizienz. Das Ziel des Prozesses ist, dass der Mitarbeiter sich wieder mit seiner Arbeit identifizieren kann und es wieder zu Kommunikation mit dem Unternehmen kommt. Dabei ist auch hier- wie bei der Burnout- Entstehung zu beachten, dass ein Prozess immer einen Verlauf darstellt und sich dieser stets über einen gewissen Zeitraum hinzieht. Schnelle, meist kurzfristige Lösungen sind in dieser Dynamik nicht zu finden.

Krisenintervention bedeutet hier die Problemlinderung, wobei sich das Problem als Missverhältnis zwischen Individuum und Arbeit darstellt und die Lösung den Bezug zur Arbeitswelt und zum Arbeitsumfeld dem Mitarbeiter wieder nahe bringen soll.

Auch für die Prävention von Burnout hat dieser Prozess Bedeutung.

Um den Problemlösungsprozess ins Rollen zu bringen, gibt es hier unterschiedliche Möglichkeiten. Es können manche Mitarbeiter den Startschuss geben, da für sie die Arbeitssituation unerträglich geworden ist oder eine Einzelperson, welche dann Kollegen anregt, in der Gruppe Lösungen für die

Arbeitsmissverhältnisse zu finden. Außerdem besteht hingegen die günstigere Möglichkeit, den Prozess vom Unternehmen einzuleiten. Hier geht es eher um langfristige Problemlösungen, die präventiv wirken sollen, Burnout in Zukunft zu vermeiden. Für den Arbeitgeber sollte schon allein aus Kostengründen, die durch Burnout entstehen, großes Interesse an langfristigen Problemlösungen bestehen. Leider ist es meist noch der Mitarbeiter, der die Missverhältnisse in seiner Arbeit zu bekämpfen versucht und nicht die Organisation. (Maslach und Leiter, 2001, S.87)

Folgende Tabelle soll einen klaren Überblick über die beiden Lösungsprozesse geben:

Tab. 5: Problemlösungsprozess nach Maslach und Leiter

Individueller Ansatz	Ansatz des Unternehmens
<ul style="list-style-type: none"> • Beginnt bei einer Person 	<ul style="list-style-type: none"> • Beginnt beim Management
<ul style="list-style-type: none"> • Wird zum Gruppenprojekt 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird zum Projekt des Unternehmens
<ul style="list-style-type: none"> • Und überträgt sich auf das Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Und überträgt sich auf die Menschen
<p>→ <i>Das Resultat beider Ansätze wirkt sich auf damit in Verbindung stehende Missverhältnisse aus!</i></p>	
<p>→ Das Ergebnis ist ein Prozess</p>	

(Quelle: Maslach und Leiter, 2001, S.85/87)

Individueller Ansatz

Schritt 1: Der Beginn bei einer Person

Ein Mitarbeiter gründet im Arbeitsteam eine Gruppe, welche sowohl das Problem anspricht, als auch etwaige Lösungen vorschlägt. Dies muss nicht unbedingt von der Führungskraft ausgehen, jedoch wird der Gruppengründer hier eine führende Rolle einnehmen müssen, um Anregungen zu schaffen, damit direkte Interventionen gesetzt werden, um die missliche Lage zu verbessern.

Schritt 2: Es wird zum Gruppenprojekt

Um den Prozess voran zu treiben und zu fördern, bedarf es der Arbeitsgruppe. Ohne diese können keine Entwicklungen stattfinden. Dabei kommt es auf den Fokus der dringlichsten Probleme an und den damit zu schaffenden Handlungsrahmen. Dabei ist der Gruppenzusammenhalt wichtig, um den Prozess in Gang zu halten.

Schritt 3: Es überträgt sich auf das Unternehmen

Die Ausarbeitungen der Arbeitsgruppe können zwar zum Teil allein von dieser umgesetzt werden, doch dazu bedarf es der Möglichkeit innerhalb der Organisation.

Schritt 4: Das Resultat wirkt sich auf die Missverhältnisse aus

Das Resultat wirkt sich also auf die sechs Missverhältnisse von Burnout aus. Diese sind nochmals zusammengefasst: (Maslach und Leiter, 2001, S. 28)

1. Arbeitsüberlastung
2. Mangel an Kontrolle

3. Unzureichende Entschädigung für die Arbeit
4. Ungerechtigkeiten
5. Zusammenbruch der Gemeinschaft
6. Wertekonflikte

Das bedeutet allerdings nicht, dass die Arbeitsgruppe Interventionen setzen kann, die gleichzeitig alle Missverhältnisse behandeln. Der Verlauf der Problemlösung ist zielgerichteter, wenn er sich auf ein Missverhältnis fokussiert, wenn diese -klarer Weise- miteinander in Verbindung stehen. Wenn es gelingt, zumindest eine Intervention in je einem Handlungsfeld der Problembereiche zu setzen, können positive Resultate erreicht werden.

Schritt 5: Das Ergebnis ist ein Prozess

Das Ergebnis ist die erfolgreiche Implementierung eines Handlungsrahmens in eine Arbeitswelt, die häufigen Änderungen unterlegen ist. Hier weisen die Autoren darauf hin, nicht jeden Handlungsschritt explizit zu erklären, da bereits der Startschuss des Problemlösungsprozesses bereits einen Schritt auf einem positiven Weg bedeutet. (Maslach und Leiter, 2001, S. 89)

Ansatz des Unternehmens

Schritt 1: Es beginnt beim Management

Wenn man die heutige Wirtschaftslage betrachtet, wird einem bewusst, dass auch Bereiche wie der öffentliche Dienst mit geringerem Finanzbudget haushalten müssen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Wettbewerbsdruck auf die Organisationen gestiegen ist. Das bedeutet für das Management eines Unternehmens, dass es im Sinne sozialer Verantwortung seinen Mitarbeitern gegenüber, versuchen sollte den Druck auf seine Arbeitnehmer zu senken. Wenn die Führung diese Werte in ihrem Unternehmen implementiert und fördert, hat sie es auf Dauer mit hoch qualifizierten Mitarbeitern zu tun, die komplexe

Problemlösungen in ihrer Arbeit bewältigen können. Ein Umfeld, das seinen Mitarbeitern Platz für gesundes Engagement bietet, steht in Folge dessen für den Erfolg einer Organisation. Die positive Reaktion der Mitarbeiter auf das Management bedeutet hier, dass diese sich mit dem Unternehmen identifizieren können. Der Führungsebene steht für die Umsetzung dieser wichtigen Möglichkeiten unter anderem ein bestimmtes Maß an Finanzen zu, außerdem kann diese Beratung von Experten hin nutzen, um effizientere Arbeitsabläufe zu ermöglichen.

Schritt 2: Es wird zum Projekt des Unternehmens

Damit die Implementierung zur Schaffung von Identifikation mit der Organisation gelingt und in Folge dessen die Entstehung von Burnout verhindert wird, ist es wichtig zu verstehen, dass es sich hier um ein gelebtes Projekt handelt. Damit ist klar, dass die gesamte Organisation eingebunden ist. Das bedeutet, dass sowohl das mittlere Management, Führungspersonen aller Art, sowie die zentrale Steuerung den Prozess mittragen und unterstützen müssen ohne dabei die Sinnhaftigkeit und Wertigkeit des Projekts aus den Augen zu verlieren. Um den Kontakt zu seinen Angestellten zu garantieren, müssen sinnvolle Kommunikationsmöglichkeiten bestehen, damit das Management mit einem möglichst großen Informationsfluss arbeiten kann, der wenn möglich, die Meinungen von vielen Angestellten enthält. Hier nennen Maslach und Leiter den horizontalen Informationsfluss innerhalb einzelner Teilbereiche der Organisation. Die vertikale Ausrichtung von Kommunikation muss in der Hierarchie ebenso vorhanden sein, was aber eher noch eine unüblichere Form in großen Unternehmen darstellt.

Für den Problemlösungsprozess bedeutet das, dass die für die Arbeitnehmer wichtigsten Themen der Führung bekannt sein müssen und entsprechend kommuniziert werden. Dadurch entsteht Wertschätzung, die den im Betrieb beschäftigten Personen zu Gute kommt. Als erstes Mittel der Kommunikation gilt hier die Mitarbeiterbefragung.

Schritt 3: Es überträgt sich auf die Menschen

Für die Umsetzung des Projekts ist es wichtig, dass alle Arbeitnehmer aktiv am Prozess teilhaben können. Dadurch wird ihnen der Stellenwert dieser gelebten Aufgabe bewusst und sie können ihr Engagement in die Organisation einbringen. Um Wirksamkeit zu erzielen, müssen die unternehmenspolitischen Inhalte so kommuniziert werden, dass sie für jede Arbeitsgruppe verständlich ist. Außerdem geht es darum, Möglichkeiten zu entwickeln, die die Probleme zwischen Angestellten und ihrer Arbeit verringern. Wenn das gelingt, werden die Arbeitnehmer ihren täglichen Aufgaben auch in Zukunft mit Engagement und Effizienz nachgehen können.

Schritt 4: Das Resultat wirkt sich auf damit in Verbindung stehende Missverhältnisse aus

Um die Gemeinschaft zu stärken, kann das Projekt in seiner Umsetzung auf Grund der Kommunikation zwischen den Arbeitsgruppen schon einen wichtigen Beitrag leisten. Dadurch wird gegenseitiges Verständnis gefördert und das Konfliktpotential sinkt. In Folge dessen fühlen sich Angestellte fairer behandelt und können sich im gemeinsamen Erreichen der zuvor definierten Ziele wieder mit dem Unternehmen identifizieren, was zur Folge hat, dass Wertekonflikte nicht mehr so schnell entstehen und Schaden anrichten können.

Schritt 5: Das Ergebnis ist ein Prozess

Sind die Arbeitsabläufe nun effizienter und die Unternehmenskultur den Mitarbeitern gerecht, kann die Organisation durch die Förderung ihrer engagierten Angestellten Burnout verhindern. Das bedeutet aber auch, dass es weiterhin eine ausgewogene Kommunikation geben muss, Befragungen nötig sind, um das hergestellte Gleichgewicht zu erhalten. Ein Prozess bedeutet also eine stetige Anpassung an eine sich verändernde Arbeitswelt. Auf lange Sicht gesehen kann dies sowohl für die Mitarbeiter, als auch für die Organisation an sich einen positiven Effekt darstellen. (Maslach und Leiter, S. 112-116)

7 Zusammenfassung 1. Teil

Im ersten Teil der Arbeit wurden unterschiedliche Definitionen, sowie Erklärungsansätze für Burnout vorgestellt. Sowohl durch diese, also auch durch die verschiedenen Sichtweisen auf das Phänomen, wird klar, dass es sich hier um ein sehr komplexes Thema handelt. Anhand der Vielzahl an Symptomen und Erscheinungsbildern, sowie den daraus resultierenden Messinstrumenten, ist zu erkennen, dass Burnout sich unterscheidenden Dimensionen und Einflussfaktoren unterliegt. Das bedeutet auch für die Lösungsansätze, dass es (noch) keine standardisierten Vorgehensweisen gibt, um Burnout zu bekämpfen. Zwar gibt es sehr wohl standardisierte Messinstrumente, auch Empfehlungen, die daraus präventiv abgeleitet werden können, jedoch besteht die Schwierigkeit hier in der subjektiven Einschätzung der Betroffenen und in der Vielzahl an vorliegenden Messinstrumenten, um deren Ergebnisse miteinander zu vergleichen.

2. Teil

1 Burnout bei diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal im Krankenhaus

Die Erscheinung von Burnout wurde zunächst bei den „helfenden Berufen“ und den Sozialberufen beschrieben. (Burisch, 1994, S.4)

Dazu gibt es Feststellungen bei Krankenschwestern (*Friel & Tehan, 1980, Gaudinski, 1979, Lammert 1981, Lewiston et al., 1981*, zit. Burisch, 1994, S.15) und Oberschwestern, sowie Gemeindeschwestern.

Die Burnout-Prävalenz wird in der erwerbstätigen Bevölkerung in Österreich mit 7% angegeben, (Ärztomagazin Österreich, 2007, Ausgabe 42/07), bei Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal hingegen wird beschrieben, dass jede dritte Krankenschwester im Lauf ihres Berufslebens an Burnout erkrankt. (Frauengesundheitszentrum Kärnten, (2011), Burnout-Bericht: www.fgz-kaernten.at/16933.htm) Hier weise ich darauf hin, dass dieser Prozentsatz nur den Frauenanteil in der Berufsgruppe beschreibt, da dieser eindeutig höher ist, als der männliche.

Die Quote des männlichen Anteils an Diplomierten Krankenpflegepersonen im Krankenhaus beträgt nur 21% (Arbeitsmarktservice Wien, 2009), wobei in psychiatrischen Einrichtungen der Männeranteil in der Berufsgruppe mit 36 % am höchsten ist.

Durch die Burnout-Prävalenz lässt sich rückschließen, dass Pflegepersonen im Krankenhaus einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt sind, an Burnout zu erkranken, als die restliche erwerbstätige Bevölkerung in Österreich.

1.1 Organisationale Faktoren im Krankenhaus

Nachdem also bei diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Burnout gehäuft vorkommt, stellt sich die Frage, welche Faktoren im Krankenhaus die Entstehung begünstigen.

Das Gesundheitsstrukturgesetz, welches im Jahr 1993 in Deutschland verabschiedet wurde, zwang die Krankenhäuser dazu, sich mit einer hohen Geschwindigkeit und Dynamik, an das Gesetz anzupassen. Hier kamen folgende Punkte zum tragen:

- *Zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens, verbunden mit dem (vermeintlichen) Wegbrechen bisheriger Werte und Orientierungen,*
- *Perspektivenwandel hin zur Gesundheitswirtschaft*
- *Verschiebungen im Machtgefüge der Krankenhäuser*
- *Weit reichende Arbeitsverdichtung durch kürzere Liegezeiten und einen gestiegenen administrativen Aufwand*
- *Einführung von Qualitätsmanagementsystemen*
- *Starker Personalabbau im pflegerischen Bereich*
- *Outsourcing von Unternehmensbereichen und*
- *Rationalisierungs- und Einsparmaßnahmen*
- *Differenzierungen von Leistungen, neue (einrichtungsübergreifende) Versorgungsformen*
- *Privatisierungen, Fusionen und Trägerwechsel*
- *Angst vor Einkommens- und Arbeitsplatzverlust*
- *In Teilbereichen überdurchschnittlich hohe Krankheitsquote*
- *Zunahme psychischer Erkrankungen*
- *Vorzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf und Abwanderungen im Ärztlichen Dienst*

(zit. Müller 2010, in Faller 2010, S. 253-254)

Diese Punkte haben natürlich eine hohe Auswirkung auf die Organisation der Krankenhäuser und das Personal, das hier arbeitet.

Dass der Pflegeberuf mit einer hohen Zahl von Arbeitsbelastungen einhergeht, ist bekannt. Hier sind neben Stress, wenig Freizeit durch ungünstige Arbeitszeiten und geringer Verdienst auch schlechte Karriereöglichkeiten zu nennen. Außerdem stellt der Beruf eine starke körperliche Belastung dar. Hier müssen anstrengende Pflegetätigkeiten am Menschen erbracht werden, wie schweres heben, beim Aufstehen unterstützen, sowie das dauernde Erleben von Tod und Leid. (Hallström, 2004, S.14)

Nachdem im 1 Teil der Master Thesis die Entstehung von Burnout erläutert wurde, wird folgend die Einteilung der organisationalen Faktoren im Krankenhaus, die für die Entstehung zuständig sind dargestellt. Dazu wird die Einteilung nach den Missverhältnissen von Maslach und Leiter vorgenommen und diese dann in den Kontext der Fragestellung gesetzt.

Missverhältnis 1: Die Arbeitsüberlastung

Häufige Nachtdienste, Wochenendarbeit und Schichtdienst sind körperlich sehr anstrengend und bringen den biologischen Rhythmus des Körpers ins Wanken. Dadurch wird es für Krankenpflegepersonen immer schwieriger, ihre physiologische Erholungsfähigkeit zu erhalten. (Hallström, 2004)

Nachtdienste können auch auf die körperliche Gesundheit einwirken und sogar für Herzinfarkte bei Krankenpflegepersonal verantwortlich gemacht werden. Dies wurde in der *Nurses health study* untersucht. Hier ging man von Nachtdiensten über einen Zeitraum von fünf Jahren aus und kam zu dem Ergebnis, dass diese Dienstform zu Erhöhung des Herzinfarkttrisikos um die Hälfte verantwortlich gemacht werden kann. (Österreichische Ärztezeitung, 2010, vgl. Prof. Joannidis)

Lärm wird ebenfalls als starke Arbeitsbelastung empfunden. Dazu wird hier festgehalten, dass es sich nicht um Lärm handelt, der das Gehör beeinträchtigt, sondern eher um dauernde Unruhe und einen belästigenden Geräuschpegel. (BGW und DAK, 2000 in NEXT-Studie) Diesbezüglich erhob die NEXT – Studie, sehr interessante Werte. (Simon M., Tackenberg P. Hasselhorn H. -M., Kümmerling A., Büscher A. & Müller B.H (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT - Studie in Deutschland, Universität Wuppertal., S.13)

Des weiteren leiden Gesundheits- und Krankenpflegepersonen unter Hitze und Kälte, was in dieser Studie als witterungsbedingte Belastung eingestuft wird. (S.13) Aber auch gefährliche Stoffe werden als Arbeitsbelastung genannt. Hier ist vor allen Dingen der Umgang mit Desinfektionsmittel sowie mit Chemotherapeutikum zu nennen. Bei der Verabreichung oder Überwachung dieser Medikamente, ist höchste Konzentration und Fachwissen gefordert. Zu den körperlichen Belastungen / Überlastungen zählen folgende Tätigkeiten, die in der NEXT – Studie explizit erfragt wurden:

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

(zit. Simon M., Tackenberg P. Hasselhorn H. -M., Kümmerling A., Büscher A. & Müller B.H (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT - Studie in Deutschland, Universität Wuppertal., S.16)

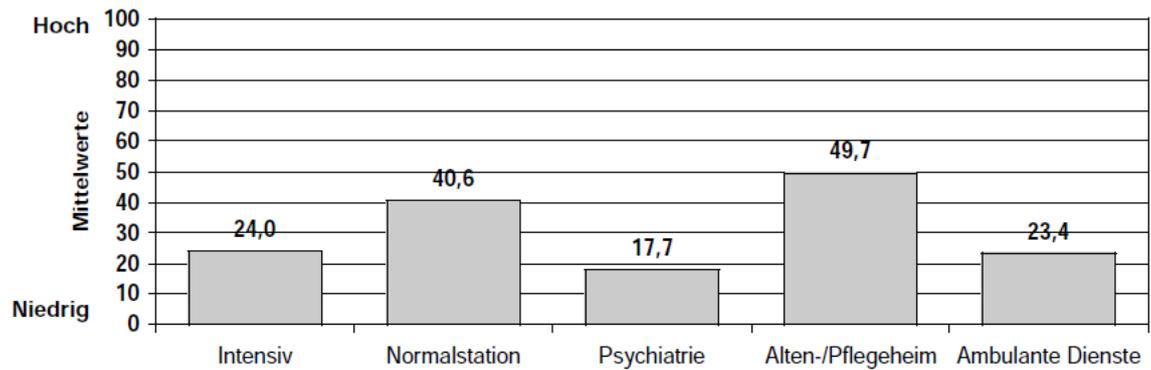


Abb. 3.9: Mittelwerte für Heben und Tragen nach Fachbereichen ($n_{ges}=3.097$; $n_{Intensiv}=795$; $n_{Normalstation}=1.216$; $n_{Psychiatrie}=218$; $n_{Alten-/Pflegeheim}=522$; $n_{Ambulante\ Dienste}=346$)

Abbildung 1: Mittelwerte für Heben und Tragen

(Quelle: Simon M., Tackenberg P., Hasselhorn H. -M., Kümmerling A., Büscher A. & Müller B.H (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT - Studie in Deutschland, Universität Wuppertal., S.16)

Hier wurden fixe Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die Antworten daraus dann addiert und auf mögliche Werte umgerechnet bzw. die Mittelwerte berechnet. Je höher der Wert, desto höher die körperliche Anstrengung. Aus der Grafik ist zu entnehmen, dass die höchste körperliche Belastung im Bereich der Alten- und Pflegeheime zu finden war und der zweit höchste Wert im Bereich der „Normalstation“ im Krankenhaus.

Damit bestätigt die Studie das hohe Maß an körperlicher Belastung im Pflegeberuf, welches durch häufiges Auftreten dann zur Arbeitsüberlastung wird.

Isfort und Weidner (2010) nehmen in ihrer Befragung von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Deutschland auf die Frage der geleisteten Überstunden, die in den sechs Monaten vor Studienbeginn erbracht wurden, eine Hochrechnung vor. Dabei errechneten sie, dass in den genannten sechs Monaten vor der Befragung geleistete Überstunden für 15000 Vollzeitkräfte erbracht wurden. Das bedeutet, dass nur zwei von fünf diplomierten Pflegekräften ihre Überstunden auch in Freizeit umwandeln konnten. Außerdem gaben hier zwei von drei Pflegepersonen an, dass sie ihre Pausen im Arbeitsbereich verbringen mussten. Als hoch belastet bezeichneten die Autoren jene Gesundheits- und

Krankenpflegepersonen, die ihre Überstunden nicht zeitnah abbauen konnten. Daraus ergab sich ein Wert von 21,5% hoch belastetem Personal.

Missverhältnis 2: Mangel an Kontrolle

Dass es im Krankenhaus immer wieder zu Änderungen im Tagesablauf kommt, ist durch die Betreuung und das Zusammenarbeiten von Menschen vorgegeben. Sei es durch medizinische Notfälle verursacht oder ungeplante akute Aufnahmen von Patienten.

Häufige Änderungen und Unterbrechungen im Arbeitsablauf, Leistungsdruck und ineffiziente oder fehlerhafte Gestaltung der Arbeit sind organisatorisch bedingte Stressoren. (Kernen und Meier 2005, S. 67)

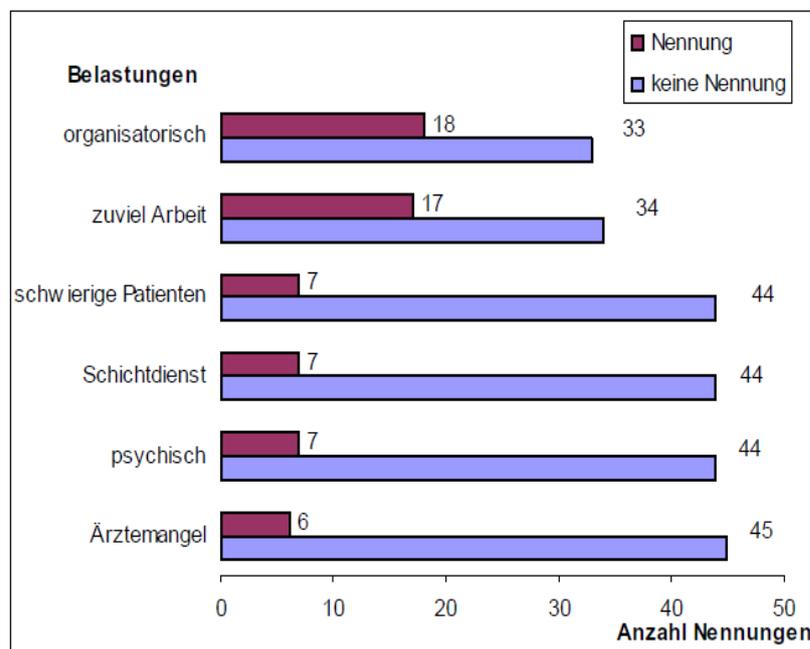
Außerdem unterliegen Pflegepersonen oft einer hohen Anspruchshaltung von Patienten und Angehörigen und haben dazu eher einen geringen Einfluss, da sie in stark hierarchisch aufgebauten Krankenhäusern auf der niedrigsten Entscheidungsebene stehen. Das bedeutet für die Pflege, dass sie häufig Arbeiten zu verrichten hat, die an sie weitergegeben wird.

So dient die Bürokratisierung in der Pflege zwar einerseits der Absicherung der Beschäftigten, führt aber andererseits dazu, dass für die pflegerischen Tätigkeiten zu wenig Zeit bleibt. Hinzu kommen erschwerend der steigende Personalmangel, lange Arbeitszeiten und anstrengende Konfrontation durch Patientenangehörige. Diese Faktoren sind von Angehörigen der Pflege nicht selbst bestimmbar und führen damit zu einer Wahrnehmung, dass über die Arbeitsabläufe, Arbeitsgestaltung und Arbeitsumfeld, keine Kontrolle mehr besteht.

Die gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege in Deutschland gab dazu an, dass sowohl die körperliche, als auch psychische Belastung im Pflegealltag in den letzten Jahren gestiegen ist. Hier wird die Zunahme der Arbeitsdichte (38 %), häufige Arbeitsunterbrechungen (28 %) und das Problem, keine Pausen einhalten zu können (29%), von den Betroffenen genannt. (DAK – BGW- Gesundheitsreport 2005, Stationäre Krankenpflege, S.14)

Für das Missverhältnis „Mangel an Kontrolle“ nach Maslach und Leiter bedeutet das, dass anscheinend die Unmöglichkeit der effizienten Mitgestaltung des Arbeitstages, mangelnde Pausen und Leistungsdruck in Kombination mit den Arbeitsunterbrechungen, hier den Kern der Problematik ausmachen.

Abbildung 2 zeigt, dass in der Studie, die organisatorischen Belastungen für das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, am stärksten gewichtet waren. Hier wurde eine quantitative Untersuchung mit dem Maslach-Burnout-Inventory (MBI) bei 160 Krankenpflegepersonen in Deutschland durchgeführt. Dabei wurden als organisatorische Belastungen Arbeitsunterbrechungen, ungünstige Abläufe und Telefonunterbrechungen genannt. (Moosler, 2006, S.29)



62 Nennungen insgesamt
Mehrfachnennungen möglich

Abbildung 2: Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal
(Quelle: Moosler, (2006): Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal, S. 29)

Missverhältnis 3: Unzureichende Entschädigung

Viele Pflegepersonen können ihr Gehalt bezogen auf die dafür geleistete Arbeit nicht als Belohnung empfinden. Dies mag einerseits daran liegen, dass es im öffentlichen Dienst keine zusätzliche Entlohnung für z.B. besonderes engagierte Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger gibt, die vermehrt Fortbildungen und bestimmte Zusatzqualifikationen erwerben, andererseits herrschen auch in der Bezahlung Unterschiede; je nach Dienstvertrag und Dienstgeber. Das kann sich sowohl auf die Überstundenkultur, als auch auf deren Bezahlung auswirken. Dabei kommt es darauf an, ob man in einer privaten Einrichtung arbeitet, oder im öffentlichen Dienst in einem Krankenhaus angestellt ist.

Isfort und Weidner et al (2010) konnten dazu in ihrer Befragung von deutschen Pflegekräften folgende Werte festmachen:

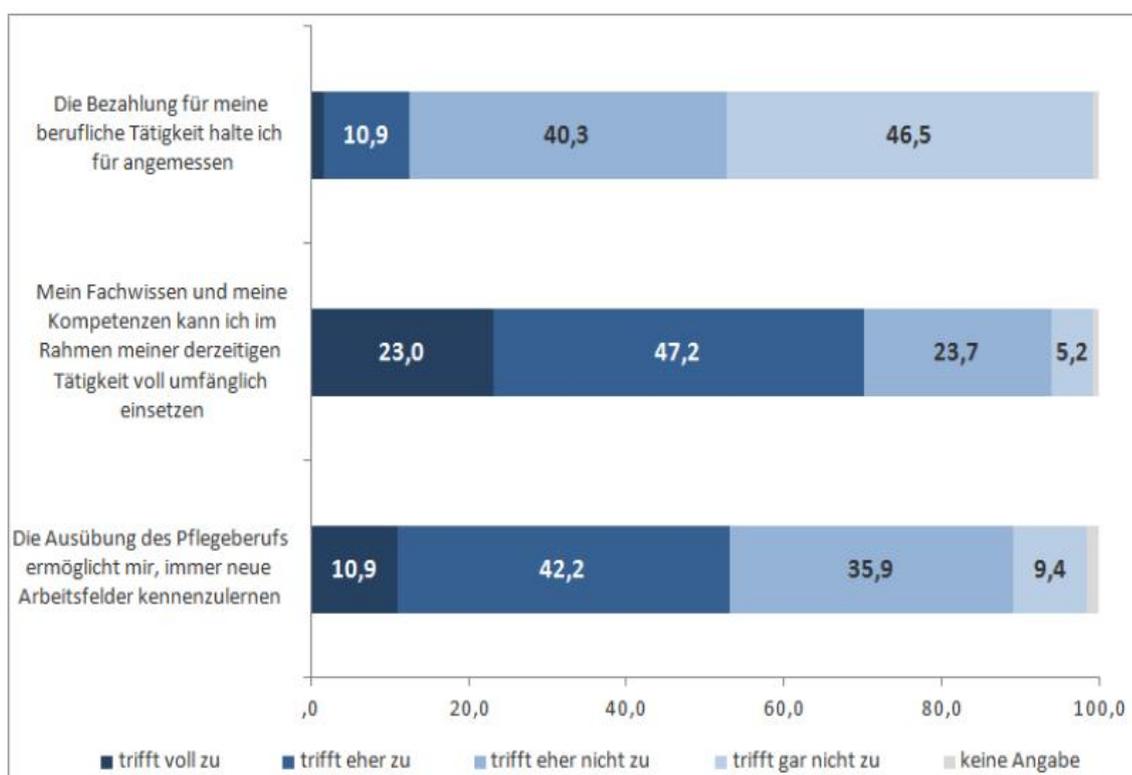


Abbildung 3: Einschätzung zur beruflichen Situation der Pflege
(Quelle: Isfort & Weidner et al 2010)

Hier wurde die Berufsbewertung der Betroffenen erfragt. Dazu wurde die Vielseitigkeit des Berufs, sowie die Möglichkeit, individuelles Wissen einzubringen

und die Bezahlung für die geforderte Arbeit erhoben. Dabei kam heraus, dass vier von fünf Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen unzufrieden mit ihrem Gehalt sind und sie dieses als unzureichend empfinden.

Missverhältnis 4: Ungerechtigkeiten

Hier ist der Unterschied zu nennen, den es laut den Tarifverträgen in Deutschland noch bis Mitte der 50er Jahre gegeben hat. Demnach wurde in der Auszahlung der Gehälter ein Unterschied zwischen Krankenschwester und Krankenpfleger vorgenommen. Begründet wurde dies durch die körperliche Schwerarbeit, die bevorzugt Männer in dieser Berufsgruppe ausführen würden. Daher verdienten Krankenpfleger um 5 % mehr als Krankenschwestern. Dies wurde inzwischen zwar angepasst, aber die Situation der Gehaltsunterschiede ist in Deutschland noch immer gegeben. Hier kommt es darauf an, in welchem Bundesland man lebt und arbeitet, der Geschlechtsunterschied wird in der Bezahlung nicht mehr vorgenommen. Es wird jedoch noch immer eine Unterteilung in das frühere Bundesgebiet und die sog. „Neuen Länder“ vorgenommen. So besteht z. B. ein Unterschied in der Gehaltsauszahlung, errechnet am Bruttomonatsverdienst einer Krankenschwester zwischen dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern von 294 Euro. (vgl. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2009, 3. Bruttoverdienste von weiblichen Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2006 nach ausgewählten Berufen)

Im Vergleich dazu kann man in Österreich den Einkommensunterschied daran feststellen, ob man als Krankenpflegeperson im Großraum Wien beschäftigt ist, oder „am Land“ lebt und arbeitet.

Diese Gehaltsunterschiede werden oft als ungerecht empfunden und bieten immer wieder Anlass als Diskussionsgrundlage.

Des Weiteren wird der Unterschied von Anerkennung und geleisteter Bemühung als ungerecht empfunden, hier kann man unter anderem Patienten nennen, die wegen Kleinigkeiten (aus der Sicht der Pflege) die betreuende Krankenschwester rufen. Da bei der Berücksichtigung des Pflegeauftrags einmal die Seite des Patienten gesehen werden muss, der diesen erteilt und zum zweiten die Seite der Pflegekraft, die diesen selbst definiert, oder von der Organisation vorgegeben

bekommt, kann es hier natürlich zu Problemen kommen. Denn wenn *„dieses „Sollen“ aufgrund irgendwelcher Bedingungen nicht gegeben ist, so ist es dringend ratsam, den Pflegeauftrag an jemand anderen zu übertragen.“* (zit. Schmidt, 2004, Burnout in der Pflege, S.208) Dass das im Krankenhausalltag nicht immer möglich ist, versteht sich.

Missverhältnis 5: Zusammenbruch der Gemeinschaft

Im Zusammenhang mit dem Gemeinschaftserleben in einem Pflergeteam steht unmittelbar die Führungsebene. Im Pflergeteam ist diese Hierarchie normalerweise in Krankenschwester, Stationsschwester oder Stationsleitung, Oberschwester und Pflegedirektion eingeteilt. Hier gibt es einige Studien darüber, dass die Arbeitszufriedenheit unmittelbar an das Führungsverhalten gekoppelt ist. Hierzu ist laut des deutschen BGW-Projekts „Führung und Gesundheit“ herausgekommen, dass schlechte Organisation, unzureichende Kommunikation, geringer Handlungsspielraum und geringe soziale Rückendeckung zu den ungünstigen Arbeitsbelastungen zählen, die für die Entstehung von Burnout und Depression verantwortlich gemacht werden können. Im Gegenzug dazu ist ein positives Führungsverhalten, also das Gegenteil hier als „Puffer“ für die genannten Probleme zu nennen, die durch die Führung hier nicht zum Tragen kommen. (Dr. Zimber (2005) BGW – Projekt: Führung und Gesundheit)

Außerdem kann der Zusammenbruch der Gemeinschaft auch durch den steigenden Personalmangel initiiert werden:

Dies bezüglich erhielt die Schweizerische Beratungs- und Vermittlungsstelle für das Gesundheitswesen AG bei einer Befragung in Akutspitälern in der Schweiz folgendes Ergebnis: (Glass, 2005, Vgl. Kindschi, Held, Lechmann, Karges und Rechsteiner 2001)

- es fehlt an qualifiziertem Personal in Spezialbereichen
- Gespräche mit Patienten werden unterlassen
- Unterlassung von Therapien für Patienten
- Informationsverlust für Patienten

- Bettenstreicherung
- Fehlerrate des Personals steigt
- Qualitätsabbau für das Krankenhaus in vielen Bereichen
- Hohe Fluktuation von 19%
- Ständige Einarbeitung neuer Mitarbeiter, bei Minimalbesetzung der Stellen

Missverhältnis 6: Der Wertekonflikt

Die bereits erwähnte europäische NEXT-Studie, ist eine longitudinale Datenanalyse in zehn europäischen Ländern vorgenommen, bei der die Fragen nach dem Berufsausstieg, sowie Arbeit, Alter, Arbeitsinhalt- und Organisation gestellt werden. Die Studie findet sowohl in der ambulanten, sowie stationären Altenpflege statt, als auch in Krankenhäusern. Kernziel dieser Studie ist es, zu klären, warum es so viele Berufsaussteiger gibt. Dabei wurde in einem Zwischenbericht festgehalten, dass man nach Auswertung der ersten Daten zu dem vorläufigen Ergebnis gekommen ist, dass besonders jene Krankenpflegepersonen, die im Hinterkopf den Berufsausstieg haben, sich nur noch wenig mit ihrer Berufsausübung und der sozialen Einrichtung, in der sie tätig sind, *identifizieren*. Das bringt einen Wertekonflikt mit sich, da das geleistete Engagement nicht mehr den Werten entspricht, die die Arbeitnehmer sich von der Organisation, in der sie beschäftigt sind, erwarten. (Maslach und Leiter, 2001, S.59)

Des Weiteren hat die Studie mehrere Arbeitsbereiche untersucht und wäre hier in meiner Einteilung nach den Missverhältnissen nach Maslach und Leiter in jedem Bereich einzuordnen.

1.2 Anmerkung

Die hier genannten Studien sind größten Teils bewusst aus dem europäischen Raum gewählt, sowie hauptsächlich aus Deutschland und Österreich um ähnliche Bedingungen vorzufinden. Amerikanische Studien liegen zwar in gehäufte Form vor, sind jedoch für dieses Kapitel ungeeignet, da sich die Krankenhaushierarchie

in Amerika in vielen Punkten von der deutschen oder österreichischen unterscheidet.

Das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal erhält in Amerika eine andere Ausbildung, die mit dem der Krankenpflege in den genannten Ländern nicht viel gemein hat. Die Ausbildung einer Krankenschwester erfolgt in den USA über ein College und es kann hier ein Akademischer Grad erreicht werden. („Bachelor of Science of Nursing“ oder „Master Degree“.) Dadurch unterscheidet sich die Arbeit der „registered nurse“ in vielen Punkten, so dass hier ein Vergleich mit dem europäischen Raum nicht zielführend ist, da die Missverhältnisse in der Arbeit andere sind.

Die einzig angeführte Studie aus dem Amerikanischen Raum ist in diesem Kapitel die Nurses health study. Diese konnte auf Grund sich überschneidender Missverhältnisse (u.a. Auswirkung von Nachtdienst auf den weiblichen Körper als kleiner Teil der Studie) hier angeführt werden und wurde auch in Deutschland, Finnland, Dänemark und vielen anderen Ländern durchgeführt.

Weiteres wird angemerkt, dass der Begriff der „Krankenschwester“ einige Synonyme aufweist, die in der Arbeit zum Teil verwendet werden: Dipl.-Gesundheits- und KrankenpflegerIn, Dipl.-KrankenpflegerIn, Dipl.-Krankenschwester, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Diplomierte Pflegeperson, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Diplomierter Krankenpfleger, Diplomierte Krankenpflegerin, Diplomierte Krankenschwester, Diplomiertes Pflegepersonal, DiplomkrankenpflegerIn, Diplomkrankenschwester, Diplom-Pflege-Fachkraft, DiplompflegerIn, Diplomschwester.

Weiteres „Krankenpflegepersonal“, sowie „Pflegekräfte“ oder „Angehörige des Pflegedienstes“ liegen sowohl umgangssprachlich, sowie in dieser Arbeit vor und finden Verwendung. In der Berufsbezeichnung wird sowohl in Deutschland, als auch in Österreich von der „diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester“ oder dem „diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger“ gesprochen.

Außerdem wird dazu ergänzt, dass bei der Bezeichnung der Berufsgruppe meist die männliche Ansprechform aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit gewählt wurde. Gemeint sind jedoch beide Geschlechter. Die weibliche Berufsbezeichnung

wird nur gewählt, wenn es sich aus dem Kontext ergibt, oder explizit, z.B. wenn Studien für den weiblichen Teil der Berufsgruppe angesprochen werden.

2 Burnout und seine Bedeutung für das Pflorgeteam

Nachdem die Missverhältnisse von Maslach und Leiter und die damit verbundenen „Schwachstellen“ in der Organisation Krankenhaus jetzt verdeutlicht sind, stellt sich natürlich Frage, was es für ein Pflorgeteam bedeutet, wenn eine Krankenschwester als Mitglied dieser Gruppe an Burnout erkrankt ist.

Natürlich ist klar, dass es auch hier auf die Phase der Erkrankung ankommt, da eine Krankenschwester, die sich im Endstadium eines Burnout-Prozesses befindet, zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich nicht arbeiten kann. Das würde natürlich für das Pflorgeteam bedeuten, dass es die langen Fehlzeiten der erkrankten Arbeitskraft ausgleichen muss und sich somit entweder der Arbeitsdruck auf das gesamte Team erhöhen würde, in dem es die „Arbeitszeit aufteilt“ oder/und es würde sich sowohl der Arbeitsdruck, als auch die Menge der Arbeit erhöhen, je nachdem, welche Aufgaben die Kollegin oder der Kollege vor seinem Krankenstand übernommen hat. (z.B. Zusatzaufgaben wie Medikamentenbestellung, Wartung von Geräten oder Spezialaufgaben wie Hygienefachkraft oder ähnliches).

Doch bevor es soweit kommt, dass eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson auf Grund des Burnouts aus dem Team ausscheidet, besteht noch während sie arbeitet das Problem, dass sie die Kollegen mit der eigenen emotionalen Lage „anstecken“ kann. Dass Menschen sich von Emotionen anstecken lassen, ist jedem bewusst, der schon einmal ein Konzert oder ein großes Sportereignis besucht hat. Dabei wird am deutlichsten klar, wie sich eine Gruppe von Emotionen leiten lässt.

Toterdell et al. (1998) vertreten hier die Meinung, dass eine Ansteckung von Stimmungen auf einen Prozess zurückzuführen ist, den sie als „gegenseitiges mitreißen“ bezeichnen. Dazu führten die Autoren eine Studie durch, in der sie ein Team von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal untersuchten auf eben diese These. Dabei konnten sie bestätigen, dass die Tagesstimmung der

einzelnen Krankenpflegeperson mit der vom Rest des Teams signifikant korrelierte. In den Kontrollgruppen-Teams herrschte ebenso die Stimmung, die hier gegeben war und sprach mit der der einzelnen Mitglieder des Teams überein. Dabei kam außerdem heraus, dass das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal verhältnismäßig wenig Zeit mit dem Team verbrachte.(auf Grund der Arbeit am Patienten) Dieses Ergebnis interpretierten die Forscher so, dass hier der Zeitfaktor in der „Ansteckung“ der Stimmung also keine Rolle spielte und die Übertragung dieser auf den intensiven Kontakt der Teammitglieder untereinander zurück zu führen sei. Das sei durch den starken emotionalen Austausch im Weitergeben von Informationen, meinen die Autoren.

Ist Burnout also ansteckend? – Diese Frage ist eindeutig mit „ja!“ zu beantworten. Zu diesem Ergebnis kommt auch der deutsche Psychologe Jörg Fengler (2007), der Burnout als sozial ansteckend bezeichnet. Weiteres sagt er: *„Burnout kann ganze Abteilungen und Unternehmen erfassen und er stelle immer häufiger ein kollektives Burnout-Syndrom fest.“* Durch den Konformitätsdruck unter Kollegen würde sich die „schlechte Stimmung“ verbreiten. Er gibt an, dass schätzungsweise jede zweite Krankenschwester und jeder zweite Krankenpfleger von Burnout betroffen ist. Darüber hinaus nennt er

- Aufkeimen von Mobbing in der Gruppe
- Verlust von Leistung
- Verlust von Selbstwert und Selbstbewusstsein
- Sarkasmus
- Konzentrationsverlust
- Gedächtnisbeschwerden
- Körperliche Probleme (Kreuzschmerzen,...)

Diese genannten Probleme führen mehr oder weniger ausgeprägt zu einem Leistungsabfall in der pflegerischen Versorgung der Patienten. So viel ist sicher: je unkonzentrierter ein Mensch arbeitet und je schwieriger es für ihn wird, sich Sachverhalte zu merken, desto größer ist natürlich rückschließend auch die Gefahr, Fehler zu machen.

3 Burnout und seine Bedeutung für die Organisation

Welche Gefahren für ein Pflorgeteam bestehen, wenn eines der Teammitglieder an Burnout erkrankt ist, habe ich bereits erörtert, doch was bedeutet das folglich für das Krankenhaus und seine Patienten?

Dass die Fehlerhäufigkeit bei gestresstem und an Burnout erkranktem Personal zunimmt scheint klar zu sein. Dazu beschreibt ein Artikel in der Österreichischen Pflegezeitschrift einen sehr interessanten Ansatz. (Suditu, 2005, S.19) Dabei geht es darum, ob es durch Personalmangel (durch Krankenstand, wirtschaftlichem Zwang, Personalstruktur usw.) wirklich zur Zunahme der Fehlerhäufigkeit kommt. Dabei kann diese Frage jedoch nicht eindeutig geklärt werden, weil hier zwei Gesichtspunkte zu beachten sind: Zunächst die Leistungsverbesserung der Arbeit, die unter einem bestimmten Druck entstehen kann und dann das genaue Gegenteil, dass es zu Leistungsabfall, Konzentrationsverlust und je nach Zeitfaktor, sprich dem andauern von Stress zu den bekannten Auswirkungen und Burnout kommen kann. Hier wird eine amerikanische Studie zitiert (vgl. Panknin, 2003, S.129-130), die bei über sechs Millionen Patienten durchgeführt wurde. Diese konnte eindeutig nachweisen, dass sich die Fehlerquote und Komplikationsquote bezogen auf die Patienten, sich direkt proportional mit der Personalstruktur entwickelt. Das bedeutet also, dass die Fehlerhäufigkeit mit sinkendem Personalstand steigt.

Das Gegenteil konnte ebenfalls eine Studie aus dem amerikanischen Raum bestätigen. Dabei wurde nachgewiesen, dass es bei sehr hohem Personalstand auch gleichzeitig zu noch mehr arbeitsbedingten Fehlern kommt! (vgl. Panknin, 2003, S.66-67)

Ebenfalls konnten Querschnittstudien im Krankenhaus über den Bereich der Verwaltungsebene zeigen, dass ein geringer Personalschlüssel der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege mit einer Erhöhung der Patientenmortalität einhergeht. Hierzu kam in der in der „Nurse staffing and inpatient hospital mortality-Studie“ heraus, das ein Personalschlüssel unter dem Richtwert mit der Mortalität der Patienten assoziiert. Abschließend ließ sich daraus ableiten, dass der Personalschlüssel unbedingt auf die Personenanzahl von Patienten abzustimmen ist. (Needleman et al., 2011)

Hier wurde nicht explizit nach der Burnout-Rate der Angestellten gefragt, mir scheint es jedoch wichtig, die Bedeutung von Personalmangel zu verdeutlichen, da dieser natürlich aus den verschiedensten Gründen entstanden sein kann. Mein Fokus ist auf der einen Seite die Annahme, dass es auf Grund von Burnout zu langen Fehlzeiten des Personals kommen kann oder die umgekehrte Richtung, welche die oben genannte Studie bestätigt: dass es auf Grund von Personalmangel zu Burnout kommt. Natürlich darf der wirtschaftliche Aspekt und finanzielle Druck, dem Krankenhäuser unterliegen, dabei nicht vergessen werden.

Eine weitere englische Studie belegt dazu, dass Komplikationsraten und Mortalität in Krankenhäusern mit geringem Personalschlüssel an Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal deutlich höher ausfallen, als bei einem adäquaten Personalstand. Dazu untersuchte die Studie den Zusammenhang, indem sie Daten von 118752 Patienten in 30 Krankenhäusern auswertete. Dabei wurden parallel Fragebögen sowohl an das Diplomierte, als auch an das Nicht-Diplomierete Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ausgeteilt. Das Pflegepersonal wurde dabei befragt nach der subjektiven Arbeitszufriedenheit, sowie den gesundheitlichen Beschwerden. Daraus ergab sich ein relevanter Zusammenhang zwischen

- der Sterblichkeit der Patienten
- der Komplikationsrate beim Genesungsprozess der Patienten
- der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals
- der Burnout-Rate des Pflegepersonals
- der Anzahl der zu versorgenden Patienten pro Pflegeperson

Die Studie konnte also mit statistischer Relevanz nachweisen, dass die Patientensterblichkeit sich um 26 % erhöht hat, je höher die Anzahl an zu betreuenden Patienten pro Krankenschwester war und eine 29%-ige Komplikationswahrscheinlichkeit beim Genesungsprozess der Patienten im Krankenhaus mit geringem Personalschlüssel. Außerdem eine doppelt so hohe Arbeitsunzufriedenheit als in den Organisationen mit adäquatem Personalschlüssel und auf Grund der schlechten Qualität der Pflege 80% mehr Anzeichen eines Burnouts. (Rafferty et al., 2006)

Für die Organisation Krankenhaus bedeutet das, dass das Vorkommen von Burnout und ein geringer Personalschlüssel an Krankenpflegepersonal zu einem Anstieg der Mortalitätsrate der Patienten führen kann.

Aiken et al. zeigten in ihrer Studie (2002), dass die Gesamtbesetzung der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Bezug auf die Arbeitsbelastung in der Chirurgie im Krankenhaus mit jedem neuen Patienten pro Pflegeperson, ein Risiko darstellt, denn dadurch kam es zu

- einem Anstieg des Sterblichkeitsrisikos für Patienten um 7% (gemessen innerhalb der ersten 30 Tage nach Einweisung ins Krankenhaus)
- zu einem Anstieg der Arbeitsunzufriedenheit der Pflegepersonen pro Neuaufnahme um 15%
- dem Anstieg der Burnout-Rate von 23%.

(vgl. Glass 2005, vgl. Aiken et al)

Aiken et al (2002) zeigten in einer anderen Studie, ebenfalls aus dem Jahr 2002, dass hier sogar ein Anstieg von Burnout beim Pflegepersonal von 34% bis 35% zu verzeichnen war! Diese Werte lagen bei den 10319 Pflegepersonen aus 301 Spitälern damit eindeutig über der für medizinische Personen vorgegebenen Norm. (vgl. Glass 2005, vgl. Aiken et al.)

Vor dem Hintergrund, der hier genannten Studien ist klar, dass sich aus dem chronischen Personalmangel, der in Krankenhäusern herrscht somit auch markante Mängel in der Patientenversorgung zu finden sind.

Weiteres haften die Krankenhäuser dafür, dass sie mit ausreichend Personal ausgestattet sind. Wenn die inadäquate Personalausstattung zu einem (vorhersehbaren) Schaden beim Patienten führt, sind die Häuser zu einer Schadensersatzpflicht gezwungen. (Götzinger, 1998)

Fazit

Aus den untersuchten Studien geht hervor, dass das Auftreten von Burnout zusätzlichen Druck auf die gesamte Belegschaft des Krankenpflegepersonals ausübt, da es zu längeren Fehlzeiten kommen kann. Zusammenfassend bedeutet das, dass der herrschende Personalmangel noch steigt. Deswegen kommt es zu folgenden Problemen, die sich für die Organisation der Krankenhäuser mit bereits strengem Finanzbudget weiter auswirken:

- Zunahme der Fehlerhäufigkeit des Pflegepersonals
- Leistungsabfall der pflegerischen Tätigkeiten
- Komplikationsrate im Genesungsprozess der Patienten steigt
- Zunahme der Mortalitätsrate der Patienten
- Zunahme der Arbeitsunzufriedenheit und damit möglicher Ausstieg aus dem Beruf, ebenso weitere Auswirkung auf die „Gesamtstimmung“ der Belegschaft
- Weiterer Anstieg und vermehrtes Vorkommen von Burnout

Aus diesen genannten Gründen ist es also für die Krankenhäuser von enormer Wichtigkeit, Burnout zu verhindern und Möglichkeiten für das Personal zu schaffen, damit es in einem gesunden Arbeitsfeld auch gesund arbeiten und leben kann.

4 Prävention und Gesundheitsförderung von Burnout im Krankenhaus

4.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Wenn man von Prävention im Kontext von Arbeit, Erhaltung und Entwicklung der Angestelltengesundheit spricht, ist es wichtig zu wissen, wovon man redet. Leider werden sowohl in der Theorie, als auch in der gelebten Anwendung unterschiedliche Begriffsbestimmungen verwendet. Weiteres bedeutet das dann in

der Praxis, dass aus den vorgegebenen Begriffen, bestimmte Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen generiert werden, oder es werden bestimmte Annahmen dazu getätigt. Außerdem werden Synonyme verwendet, welche jedoch auch gewichtet eingesetzt werden. Daraus entsteht natürlich Verwirrung und es *„wird der Zugang zu einem professionellen betrieblichen Gesundheitshandeln erschwert.“* (zit. Faller, 2010, S.23)

Der Begriff der „Prävention“ oder auch „Krankheitsprävention“ fand seine Entstehung bereits im 19. Jahrhundert im Bereich der Sozialmedizin. Damit verbunden wurden die Begriffe der Vorbeugung, Vorsorge oder der Prophylaxe und gingen von einer Vermeidung des Auftretens von Krankheiten aus. Dabei hatten diese zum Ziel, sowohl die Verbreitung von Krankheiten zu minimieren, als deren Auswirkungen auf die Menschen zu verringern. Dieser Grundsatz hat sich bis heute gehalten und beschäftigt sich schwerpunktmäßig damit, *„auslösende Faktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder diese ganz auszuschalten“*. (zit. Raczynski und Di Clemente, 2000, in Hurrelmann et al., 2010)

Anfang des 19. Jahrhunderts erkannte man, dass vor allen Dingen der Mangel an Hygiene im Leben der Menschen und die Krankmacher in ihrer Arbeit sich als Hauptproblem hinsichtlich der geringen Lebensqualität und Lebensdauer, ausmachen ließen. Daraus wurden erste präventive Ansätze formuliert. (Abholz, 2006)

„Gesundheitsförderung“ ist ein Begriff, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägt wurde und sich nach dem Begriff der „Gesundheit“, welcher sich wie folgt definiert, entwickelte: *„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das frei sein von Krankheit und Gebrechen.“* (WHO 1946, zit. Hurrelmann, 2010) Umsetzungsmöglichkeiten wurden bei einer Gesundheitskonferenz in Ottawa (WHO 1986, zit. Hurrelmann, 2010) herausgearbeitet. Dabei wurden Strategien entwickelt, bei der es um die Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen ging, um ihnen dadurch eine Stärkung in den gesundheitlichen Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. (Hurrelmann, 2010) Gesundheitsförderung ist wie folgt definiert: *„Gesundheitsförderung bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen.“* (zit. Hurrelmann, 2010)

Zusammenfassend bedeutet das, dass der Ansatz der Prävention, als auch der der Gesundheitsförderung, beide das Ziel haben, Gesundheit zu gewinnen. Hier wird unterschieden durch das Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten und der Förderung von gesundheitlichen Ressourcen. (vgl. Hurrelmann, 2010) Die Prävention von Krankheiten befasst sich dabei mit dem Entstehen von Erkrankungen, wobei die Gesundheitsförderung sich mit dem Entstehen von Gesundheit befasst. Hier kommt der Begriff der „Salutogenese“ hinzu, den Antonovsky Ende der 80er Jahre geprägt hat. Dabei beschäftigt sich dieser damit, wie ein Mensch trotz unterschiedlicher Lebensbedingungen und Bedingungen, die Krankheiten auslösen können, dennoch gesund bleibt, im Gegensatz zu dem Begriff der „Pathogenese“, bei dem es um die Entstehung von Krankheiten geht. (Scekic, 1996/ 2010)

4.2 Ressourcen des betrieblichen Alltags

Kernen und Meier haben ein Ressourcenmodell entwickelt, welches sie für den betrieblichen Alltag konkretisiert haben. Darin sind alle genannten Ressourcen für die betriebliche Gesundheitsförderung ausschlaggebend. Dabei kommt es natürlich auch auf die persönliche Situation des Mitarbeiters an, sowie die der Organisation oder des Teams, um im Kontext festzustellen, welche Ressourcen die höchste Bedeutung beigemessen werden sollte. Die Gesundheitsförderung setzt hier an der gegebenen Basis an und möchte für jeden Mitarbeiter ein gesundheitsförderndes Umfeld schaffen. Dabei wird zunächst eine Ist – Analyse des Betriebes durchgeführt, in der alle Ressourcen Beachtung finden. Dabei haben sich für Kernen und Meier spezifisch wirksame Ressourcen dargestellt, die sowohl gegen Burnout – Entstehung wirken, als sich auch auf die Leistung der Angestellten auswirkt. Da es nicht einfach ist, die genannten Ressourcen im beruflichen Alltag zu erfassen, haben die Autoren versucht, diese an deren Indikatoren zu bemessen. (Kernen und Meier, 2005)

In der nationalen Tagung betrieblicher Gesundheitsförderung 2005 stellte Kernen folgendes Modell vor: (Quelle: www.kernenag.ch, Kernen, 2005)



Abbildung 4: Ansatzpunkte für Betriebliche Gesundheitsförderung

Nachdem die in Abbildung 4 dargestellten Ressourcen gegen die Entstehung von Burnout im betrieblichen Kontext wirken, werden sie folgend genauer erläutert.

Kohärenzgefühl als persönliche Ressource

Das Kohärenzgefühl wurde von Antonovsky zusammen mit dem oben genannten Begriff der Salutogenese generiert. Dabei beschreibt und definiert er dieses Gefühl als eine global gesehene Orientierung, die aussagt, in welchem Ausmaß ein Mensch Vertrauen besitzt und dieses sich durchdringend, dynamisch und andauernd darstellt. Weiter beschreibt er dieses Gefühl, als „*Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben*“ (zit. Sekic, 1996/ 2010, S. 24), außerdem in einer gewissen Struktur vorliegen, vorher zu sehen sind und sich erklären lassen. Das Individuum besitzt diese Ressourcen, um den Forderungen der genannten Stimuli zu entsprechen und damit die genannten Anforderungen eine Herausforderung darstellen, für die es sich lohnt, Anstrengung und Engagement zu investieren. (Antonovsky, 1997, S. 36) Außerdem spricht Antonovsky den „Sense of Coherence“, kurz: „SOC“ mit seinen wichtigsten Komponenten an, die das Kohärenzgefühl beschreiben:

1. Verstehbarkeit
2. Handhabbarkeit
3. Sinnhaftigkeit

Dabei betont der Forscher, dass seiner Meinung nach die Sinnhaftigkeit die bedeutendste der genannten Teile des SOC sind, da sich ohne diesen und ohne eine positive Erwartungshaltung dem Leben gegenüber, sich kein gesunder hoher Wert des SOC entwickeln kann, auch wenn Verstehbarkeit und Handhabbarkeit vorliegen. Die Sinnhaftigkeit beschreibt hier das emotionale Empfinden. Das bedeutet für das Leben an sich, dass die Herausforderungen, vor die es den Betroffenen stellt, als willkommen aufgefasst werden und nicht als schwer zu schleppende Last. (Antonovsky, 1997, S. 34) Menschen, die ihr Leben mit einer hohen Sinnhaftigkeit erleben, können den Anforderungen, auch jenen, die die Arbeit ihnen stellt, besser begegnen und empfinden diese nicht als Belastung.

Scekic (1996/2010, S. 25, vgl. Meier, 2003, S. 95) schreibt zur Beeinflussung des Kohärenzgefühls, dass ein stark ausgebildetes Kohärenzgefühl mit einem guten Organisationsklima auftreten kann. Was bedeutet, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit einem guten Organisationsklima einhergeht. Damit wird eine andere Meinung, als die von Antonovsky vertreten, der davon ausgeht, dass der SOC sich in der Kindheit entwickelt und im Erwachsenenalter mit etwa 30 Jahren fertig ausgebildet ist.

Soziale Unterstützung als Ressource

Dass arbeiten mit netten Kollegen mehr Spaß macht und gesund hält, ist nach zu vollziehen; zu diesem Schluss kommen auch Keren und Meier (2005). Sie formulieren wissenschaftlich, dass der Wert, den Menschen ihrer Arbeit geben, davon abhängt, wie viele soziale Bindungen und Bedingungen in ihrer Arbeitswelt erfüllt sind. Dabei greifen die Autoren auf Untersuchungen von Semmer und Udris (2004), zurück. (Scekic, 1996/ 2007, S. 25, vgl. Kernem und Meier, 2005, S.27)

Professionelle Ressourcen im Arbeitskontext

Jede Person erlebt eigene Möglichkeiten, sich während der Arbeit weiter zu entwickeln. Der Arbeitsplatz kann also dabei helfen, die individuellen Fähigkeiten auszubauen. Dabei kann man folgende Punkte unterscheiden:

- Variabilität der Aufgaben (Abwechslungsreichtum der Arbeit)

- Transparenz der Arbeit (Wirkung der geleisteten Arbeit, was geschieht damit?)
- Ganzheitlichkeit (Vollständigkeit des Arbeitsprozesses)
- Qualifikationsmöglichkeit (individuelle Fähigkeiten kommen zum Einsatz, Entwicklungsmöglichkeiten sind gegeben)
- Entscheidungsmöglichkeit und Kontrolle (eigene Entscheidungen in der Arbeitseinteilung)

(Kernen und Meier, 2005, S.110)

Institutionelle Ressourcen

Um eine institutionelle Ressource darzustellen, darf ein Mensch von seiner Arbeit weder überfordert, noch unterfordert sein. Hier nennen die Forscher die positive Herausforderung, die sich für die Arbeitnehmer als gesund herausstellt. Dabei muss ein Gleichgewicht zwischen Beanspruchung und Arbeit bestehen. So kann es phasenweise zu stärkeren Herausforderungen im Arbeitskontext kommen, etwa durch neue Projekte und Aufgaben, es muss jedoch auch wieder zu geringerer Arbeitsanstrengung kommen, um das Gleichgewicht von Belastung und Erholung wieder herzustellen. Als Beispiel können hier auch fachfremde Arbeiten, wie kopieren und Administration genannt werden. Dabei kann sich das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal kurz erholen, um dann zu größeren Herausforderungen überzugehen.

Für ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld ist es wichtig, dass die Zusammenarbeit zwischen Kollegen gut funktioniert. Dabei wird Vertrauen als Indikator genannt. Vorgesetzte sollten möglichst ein unterstützendes Verhalten zeigen und ihre Mitarbeiter fair behandeln. (Kernen und Meier, 2005, S.111)

Ressourcen des Organisationsklima

Wie in der oben gezeigten Abbildung zu sehen ist, teilen die Wissenschaftler das Organisationsklima in drei Ebenen auf. Das Lern – und Innovationsklima wird hier als Fehlerkultur genannt, in der Fehler nicht „abgestraft“ werden, sondern ein Lernerfolg aus diesen gezogen wird. Außerdem sind Fort- und Weiterbildung ein wesentlicher Bestandteil der Organisation. Das Vertrauensklima beschreibt, dass die Angestellten dem Topmanagement und seinen Entscheidungen trauen können und keine Angst vor Arbeitsplatzverlust besteht. Das Kooperationsklima sagt aus, dass Konfliktsituationen in sachlicher Form geregelt werden und am Entstehungsort geregelt werden, sowie, dass die Abteilungen des Hauses grenzüberschreitend arbeiten. (Scekic, 1996/ 2006, S.27)

4.3 Implementierung der Ressourcen

Die Implementierung der Ressourcen bedeutet für das Krankenhaus, dass die genannten Zusammenhänge der betriebliche Gesundheitsförderung sowohl die Entstehung von Burnout und seinen Folgen prophylaktisch entgegenwirken, sowie zu einer Leistungssteigerung der Angestellten führt. Wie bereits erwähnt steht zu Beginn der Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung die Ist – Analyse, in der mit wissenschaftlichen Instrumenten der Erhebung festgestellt wird, welcher Schwerpunkt bei den Angestellten vorherrscht. Vereinfacht gesagt: „Wo drückt der Schuh am meisten?“. Dabei setzen sich das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit seiner Situation auseinander, indem es die Fragen des Erhebungsinstruments beantwortet. Die Antworten daraus dienen dann als Grundlage für die Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzeptes. Das bedeutet, dass das Erhebungsinstrument sowohl zur Intervention verwendet wird, als auch zur „Diagnose“ des Krankenhauses. Die teilnehmenden Kollegen müssen dies freiwillig tun, außerdem wird empfohlen, die Unternehmensberatung für das Krankenhaus von externen Fachberatern durchführen zu lassen *und* *“die Daten sollten unbedingt dazu genutzt werden, die Arbeitsgestaltung analog der Auswertung anzupassen.“* (zit. Scekic, 1996/2010, S.29)

Zur Implementierung eines Unterstützungssystems für die Gesundheitsförderung der Organisation, beschreibt das Konzept gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit Österreich (2008) folgende Aspekte:

- *Gesundheitsförderung braucht einen klaren Rückhalt durch die Leitung und muss zu einem expliziten Leitbild der Einrichtung werden*
- *Teilziele und Vorhaben sollen in einem organisationsinternen Strategiedokument für Gesundheitsförderung definiert sein*
- *Ein jährlicher Aktionsplan für Gesundheitsförderung und die projektförmige Umsetzung unterstützen die Implementierung*
- *Ein für Gesundheitsförderung gewidmetes Budget und*
- *eine spezifische Management – Struktur für Gesundheitsförderung bzw. eine Festschreibung der organisationsinternen Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung quer durch die Hierarchieebenen*
- *Entwicklung von Zielen und die Umsetzung auf die Information, Einbeziehung und Partizipation der Mitarbeiter aller Ebenen*
- *Sicherung der Qualität durch Weiterentwicklung durch Analyse von Strukturen und Prozessen (Assessment), Identifizierung von gesundheitsfördernden (empowernden, partizipativen) Beiträgen zu deren Verbesserung, Priorisierung der gefundenen Interventionsbereiche*
- *Integrierung der gesundheitsfördernden Entwicklungen in professionelle Standards, Leitlinien und klinische Pfade*
- *Gesundheitsförderungsprogramme für bestimmte Lebensstile und Zielgruppen, sowie für bestimmte Erkrankungen, Gestaltung der Einrichtung als Lebenswelt (Setting)*
- *Gesundheitsfördernde Aus - , Fort – und Weiterbildung der Mitarbeiter, sowie ein entsprechendes Führungskräfte-Training.*

(zit. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Pelikan, Dietscher, Kajic: Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Konzept und Praxis in Österreich, S. 36/37)

In der betrieblichen Gesundheitsförderung liegt inzwischen eine große Zahl an Erhebungsinstrumenten vor. Eine Sammlung solcher Leitlinien, findet sich laut Vorschlag des Bundesministeriums, auf der Website der Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen: http://www.allian-gf-wien.at/htm/leit_arbeitsplatz.htm (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, Pelikan, Dietscher, Kajic: Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Konzept und Praxis in Österreich, S. 32)

4.4 Betriebliche Gesundheitsförderung nach dem Modell der Gratifikationskrise

Siegrist nennt wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitsbelastungen und den stressassoziierten Erkrankungen. Dazu schreibt er, dass zunächst eine Identifizierung der kritischen Belastungen stattfinden muss. (Theorie und Messung) Dann muss der Handlungsbedarf empirisch gestützt werden, um ihn zu rechtfertigen, indem man epidemiologische Studien, sowie experimentelle Studien heranzieht und diese nachweist. Des weiteren werden Orientierungshilfen geboten, um organisatorische Veränderungen zu implementieren. Dazu können Interventionsstudien herangezogen werden. Er nennt als gesundheitsförderlichen Ansatz drei Komponenten, wo diese ansetzen können:

- **Intrapersonell:** das Individuum wird gestärkt in seiner Problemlösungskompetenz und erlernt Entspannungstechniken und Verfahren.
- **Interpersonell:** die Gruppe, die aus den Einzelpersonen gebildet wird, erlernt, mit Konflikten umzugehen, sowie eine Stärkung von Führungsverhalten sollte stattfinden.

- **Strukturell:** Es werden Änderungen in der Organisation vorgenommen, die sowohl die Personalentwicklung, sowie die Arbeitszeit und Arbeitsorganisation einschließt.

Die intrapersonelle Ebene setzt die Stärkung des Individuums durch Aufklärung über Stress und Krankheitsentwicklungen um und gibt die Möglichkeit, den Umgang damit zu verbessern. Das heißt, dass Stress erkannt und bewältigt werden kann. Des Weiteren sollen Entspannungstechniken erlernt werden und das Verhalten der Angestellten geschult werden, um übersteigerte Verausgabungen in der Arbeit zu vermeiden.

Die interpersonelle Ebene setzt bei Verbesserungen von Kooperationsbeziehungen und des vertikalen Kommunikationsflusses an. Außerdem legt diese Ebene die Aufmerksamkeit auf das Führungsverhalten der Vorgesetzten und versucht in der Organisation eine sog. Anerkennungskultur zu schaffen.

Die strukturelle Ebene unterteilt Siegrist in 2 Ebenen. Die erste Ebene des Anforderungs-Kontroll-Modells beschreibt hier, dass der Handlungsspielraum der Mitarbeiter erweitert werden soll, indem u.a. Tätigkeiten „*angereichert*“ werden. („*Job-enrichment, Job-enlargement*“..) Außerdem sollte die Partizipation und der Informationsfluss verbessert werden. Günstig wirkt sich außerdem eine flache Hierarchie im Unternehmen aus. Sofern diese noch nicht besteht kann an dieser Stelle angesetzt werden. Fortbildungen und Weiterbildungen bedeuten für die Mitarbeiter Lernchancen, sowie die Möglichkeit, sich zu entwickeln oder gar Aufstiegschancen. Die zweite Ebene der strukturellen Einteilung befasst sich mit „*Verbesserungen der Gattifikationsstruktur*“. Siegrist schreibt dazu, dass dies durch Verbesserungen in der Leistungsgestaltung von Erwerbseinkommen möglich ist. Als Beispiel werden kompensatorische Lohndifferentiale und Tarifflexibilität genannt. Um dem Mitarbeiter die Möglichkeit zu bieten, sich am Gewinn des Unternehmens zu beteiligen, sollten Bonussysteme dazu etabliert werden. Außerdem könnte die Arbeitszeitgestaltung individueller strukturiert sein. Das Halten der Betriebstreue sollte durch einen qualifikationsgerechten Aufstieg

ermöglicht und honoriert werden. Die Sicherheit, den Arbeitsplatz nicht zu verlieren, spielt in dieser Ebene ebenso eine große Rolle. (vgl. Siegrist,2010)

Anhand eines Beispiels beschreibt der Forscher die genauen Implementierungsschritte in das Krankenhausgeschehen. Das nächste Kapitel soll hier einen genauen Überblick verschaffen.

4.5 Die theoriegeleitete Intervention eines BGF - Projektes

Entwicklung einer theoriegeleiteten Intervention zur gesundheitsfördernden Arbeitsgestaltung im Krankenhaus, das Beispiel "Quebec 1"

1. Phase

- *Bündnis zwischen Forscherteam und Initiativkreis (ärztliche und pflegerische Entscheidungsträger*
- *Auswahl des geeigneten Krankenhauses oder der geeigneten Krankenhäuser, in der die Intervention stattfinden soll*
- *Informationsveranstaltungen, Durchführung von Medienarbeit*

2. Phase

- *Baselinebefragung der Beschäftigten zu Arbeitsbelastungen als standardisierte Befragung*
- *Darstellung von Ergebnissen, Expertengespräche, Vorbereitung der Entscheidung inklusive Organisation und Finanzen*
- *Bildung eines Interventionsteams (IT) nach den Prinzipien betrieblicher Gesundheitszirkel*

3. Phase

- *Entwicklung einer Liste von Interventionszielen durch das IT*
- *Abstimmung der Konzeption mit der Betriebsleitung*

4. Phase

- *Umsetzung der Maßnahmen auf einzelnen Stationen oder Abteilungen*
- *Nach Möglichkeit begleitende Struktur- und Prozessevaluation*
- *Nach Möglichkeit Einrichtung eines begleitenden Gremiums (zum Teil extern) zur Klärung auftretender Konflikte, Hemmnisse*

5. Phase

- *Ergebnisevaluation und Maßnahmen zur dauerhaften Implementation und Ausweitung der Intervention*
- *Öffentlichkeitsarbeit, Veröffentlichungen, Stärkung der "Corporate Identity"*

(zit. Siegrist, 2004: Bourbonnais A, Brisson C, Vinet A, Vézina M., Lower A, 2006)

Dabei sind auch die Grundsätze zur Bildung eines Interventionsteams zu beachten. Dabei ist es wichtig, dass das Team aus unterschiedlichen Hierarchieebenen zusammengesetzt ist. Außerdem müssen die relevanten Berufsgruppen entsprechend vertreten sein und das Interventionsteam muss Unterstützung durch die Betriebsleitung erhalten. Die Moderation der Sitzungen des Teams sollte durch externe Fachkräfte geschehen und reguläre Treffen während der Arbeitszeit, am besten in zeitlichen Abständen von 14 Tagen über 2-3 Monate hinweg, sollten ermöglicht werden.

Die genannten Probleme bei der Umsetzung der Intervention sind vor allen Dingen:

- Motivation und Zusammenarbeit des Teams
- Personalentwicklung
- Arbeitsorganisation (zeitlicher Ablauf und Arbeitsteilung)
- Fortbildung und Weiterbildung
- Verbesserung von Kommunikation und Informationsfluss

- Ergonomische Probleme

(vgl. Siegrist, 2004: Bourbonnais A, Brisson C, Vinet A, Vézina M., Lower A, 2006)

Das genannte Beispiel von Gesundheitsförderung im Krankenhaus macht die Schwierigkeiten der Umsetzung nochmals deutlich, da die Intervention nur erfolgreich sein kann, wenn die gegebenen Phasen sowohl durch die Interventionsgruppe, als auch durch das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und die anderen Berufsgruppen mitgetragen wird.

5 Zusammenfassung 2.Teil

Im zweiten Teil der vorliegenden Master Thesis wurde Burnout bei diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, sowie die Bedeutung der organisationalen Faktoren im Krankenhaus erläutert. Anhand der Missverhältnisse nach Maslach und Leiter, konnte im Kontext dargestellt werden, dass die beschriebenen organisationalen Faktoren für die Entstehung von Burnout mitverantwortlich zu machen sind.

Außerdem wurde die Bedeutung des Auftretens von Burnout im Pflorgeteam, sowie die Bedeutung für die Organisation Krankenhaus und die draus resultierende betriebliche Gesundheitsförderung anhand des Ressourcen – Modells von Kernan und Meier beschrieben.

Ein Beispiel von betrieblicher Gesundheitsförderung nach dem Modell der Gratifikationskrise von Siegrist veranschaulicht die Implementierung eines Projektes und macht auf die Schwierigkeiten in der Umsetzung aufmerksam. Daraus wird klar, dass die Problembereiche von betrieblicher Gesundheitsförderung im Kontext in der Umsetzung immer von menschlichem Miteinander abhängig sind.

Conclusio

Die Fragestellung der vorliegenden Master Thesis „Wirken organisationale Faktoren im Krankenhaus auf die psychische Gesundheit von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal- besteht ein Zusammenhang mit dem Auftreten von Burnout?“, konnte im 2. Teil dieser Arbeit beantwortet werden. Dabei wurde anhand von (möglichst aktuellen) Studien dargelegt, wie sich die Missverhältnisse nach Maslach und Leiter, im Kontext der Fragestellung, auf die psychische Gesundheit des diplomierten Pflegepersonals auswirken. Zusätzlich wurde für die praktische Umsetzbarkeit von Gesundheitsförderung im Krankenhaus die Thematik anhand des Ressourcenmodells von Kern und Meier erläutert. Außerdem konnte anhand eines weiteren praktischen Beispiels die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes, im Kontext der Gratifikationskrise, erklärt werden. Dabei bleiben auch die Probleme in der Umsetzung nicht unberücksichtigt, was die Problematik und Verhütung von psychischen Erkrankungen nochmals verdeutlicht hat.

Die vorliegende Arbeit bietet somit zwar einen guten Überblick über den Burnout-Prozess und auch über mögliche Gesundheitsförderung, vermag jedoch die Komplexität des Erkrankungsbildes bei weitem nicht erfassen.

Burnout ist ein ernst zu nehmendes Problem im öffentlichen Dienst, im Sektor Krankenhaus. Die bestehenden Gesundheitsförderungsprogramme sind schon ein wichtiger Beitrag für ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld und bieten noch sehr viel Platz für Weiterentwicklung. Als „gutes Beispiel“ gehen hier die bereits im Text erwähnten „gesundheitsfördernden Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ in Österreich voran.

Es bedarf noch an Forschung, um Burnout aus der Sicht der organisationalen Faktoren, sowie im individuellen Kontext zu bekämpfen und die Burnout-Raten so weit wie möglich zu reduzieren, damit die Mitarbeiter des Krankenhauses in einem gesunden Umfeld agieren und sie gesund bleiben können. Die Bedeutung von „gesunder Arbeit“ ist auch maßgeblich für die Genesung der Patienten. Daher sollte der Fokus der Öffentlichkeit hier verstärkt auf der Gesundheit von diplomiertem Pflegepersonal liegen, da die Pflegebedürftigkeit der Menschen auf

Grund der Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren steigen wird und somit auch der Bedarf an fähigem, engagiertem Personal steigen wird.

Außerdem nehmen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Gesellschaft als Gesundheitsfachperson eine Vorbildfunktion ein. Dieses „Vorleben“ sollte hinsichtlich der gesellschaftlichen Anerkennung auf Grund von gesunden Arbeitsbedingungen und zufriedenen Kollegen noch mehr an Bedeutung gewinnen.

Hinzu sollten Gesundheitsförderungsprogramme den Aspekt der „älter werdenden Mitarbeiter“ berücksichtigen, um auch ihnen Möglichkeiten zu bieten, lange in einem Arbeitsumfeld zu arbeiten, dass auch Platz für sie bietet. Dabei wären unterschiedliche Arbeitszeitmodelle erstrebenswert, um dem älteren Personal die Möglichkeit zu bieten, keine Nachtdienste mehr leisten zu müssen. Außerdem wären diese Mitarbeiter für administrative Tätigkeiten und für z.B. die Zubereitung von Infusionstherapien je nach Interessensgebiet, geeignet und würden so ihre jüngeren Kollegen bei der Arbeit am Patienten entlasten und diese könnten von der Erfahrung ihrer älteren Kollegen lernen und profitieren.

Insbesondere wären „erfahrenere“ diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Mentoren für die „jüngeren Kollegen“ geeignet. Sie könnten in verschiedenen Bereichen des Krankenhauses oder des Gesundheitssystems ihr Fachwissen und ihre langjährige Erfahrung einbringen, ohne dabei körperliche Belastung zu erfahren. Außerdem würde somit das Potential dieser Kollegen nicht verloren gehen.

Um „jüngere“ diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nach der Ausbildung nicht an einen anderen Beruf zu „verlieren“, wäre es sicherlich erstrebenswert, besonders hier Programme zu entwickeln, die sich bereits während der Ausbildung mit den Ressourcen des betrieblichen Alltags beschäftigen und die individuellen Selbstpflegekonzepte den angehenden Krankenpflegepersonen nahe bringen.

Für das Bild der Krankenschwester und des Krankenpflegers in der Gesellschaft, wäre die Akademisierung des Berufsstandes erstrebenswert. Dabei müssten Jobmöglichkeiten geschaffen werden, die dem Personal auch dahin gehend weiterhelfen, indem dieses nicht mehr gezwungen wäre, Pflegtätigkeiten am

Patienten durchführen zu müssen, wenn es sich akademisch fortgebildet hat, sondern hier die Möglichkeit bekommt, zum Beispiel auf die Prozess- und Strukturverbesserung der Arbeitsabläufe im Rahmen der Personalentwicklung einwirken zu können. Dabei würden praxisnahe Tipps auf die Zusammenarbeit der Hierarchieebenen der Personalentwicklung, sowie auf deren Arbeit, positiv auf das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal einwirken.

Weiterbildungen und Spezialisierungen, die danach nicht oder nur sehr gering entgeltet werden, stellen für die Pflege keinen großen Anreiz dar. Müssen diese auch noch aus eigener Tasche finanziert werden, werden sich nur die „Überengagierten“ Pflegepersonen fortbilden, was aus diesem Blickwinkel einen Verlust an Potential für den Berufsstand und die Gesellschaft bedeuten würde.

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt meinem Betreuer, Dr. Dür, der mich einerseits sehr selbständig arbeiten ließ, mich andererseits aber durch seine direkten Hilfestellungen voll unterstützt hat.

Insbesondere danke ich meiner Lehrerin Ella Presch-Burger für ihre Hilfe zur Erstellung meines Arbeitsplans und für ihre großartige Motivation.

Außerdem danke ich meinen Eltern und meiner Familie für ihren seelischen Beistand während des Studiums und meinen Freunden für ihre Geduld und Unterstützung meines Durchhaltevermögens!

Überdies bedanke ich mich bei meinen Studienkollegen und Kolleginnen für die interessanten, spannenden und lustigen Stunden während des Studiums.

Ebenso gilt ein besonderer Dank der Lehrgangsführung und „der guten Seele“ im Sekretariat für den stets freundlichen Umgang und die nicht selbstverständlichen Bemühungen!

Schließlich danke ich meinen Arbeitskolleginnen und Kollegen, die mich durch die täglichen Bemühungen des Berufsalltages auf die Relevanz des Themas aufmerksam gemacht haben.

Danke!

Anhang

1 LITERATURVERZEICHNIS

Abholz, H.H. (2006): Prävention in der Medizin. Prävention und Gesundheitsförderung, (S.51 ff.)

Antonovsky, Aron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, (S.36), Tübingen, Deutschland, Verlag: Dgvt,

Ärztemagazin Österreich, 1997, Ausgabe 42/07, (Interview: "Die Professionalität leidet" von Prof. Dr. Lalouschek)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT; FAMILIE UND JUGEND(Hrsg.)-
Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen: Konzept und Praxis in Österreich (2008): Gesundheitsqualitätsgesetz (S.142); Dietscher C., Krajic K, Pelikan J.: Implementierung eines Unterstützungssystems für Gesundheitsförderung in der Organisation, (S.36/37)

BGW - Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben, Bereich Psychologie der Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation,, Dr. Andreas Zimmer; Bereich Personalentwicklung, Qualifizierung, Organisationsentwicklung

Bourbonnais A, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Lower A (2006): Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital, Occup Environ Med: 63: 326-334

Bourbonnais A, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M.(2006), Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med*: 63: 335-342

Burisch,M.: Das Burnout -Syndrom(1994), Theorie der inneren Erschöpfung (S.16/17/S.117),Berlin, Springer-Verlag,

DAK – BGW- Gesundheitsreport (2005): Stationäre Krankenpflege: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Zentrale Präventionsdienste, Bereich Gesundheits- und Mobilitätsmanagement und DAK Zentrale, Geschäftsbereich Produktmanagement, Team Prävention/ Betriebliche Gesundheitsförderung, (S.14)

DR.DR.W.PSCHYREMBEL.Pschyrembel Klinisches Wörterbuch,255.Auflage (S.1629)

Edelwich J. und Brodsky A.(1984): Ausgebrannt - das Burnout Syndrom in den Sozialberufen

Enzmann D. und Kleiber D(1989): Helfer leiden-Stress und Burnout in psychosozialen Berufen, S.203,204 ff, Heidelberg, Roland Asanger Verlag

Faller, Gudrun (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung: Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext, (S.23), Verlag Hans Huber

Fengler, Jörg (15.10.2007):Kranke Firmen: Burnout ist ansteckend; Süddeutsche Zeitung,

Freudenberger H. und North G. : Burn - out bei Frauen (1992), S.26,Frankfurt, Fischer Verlag

Freudenberger H. und North G. (1994): Burn-out bei Frauen, Über das Gefühl des Ausgebranntseins; S. 38. Frankfurt, Fischer Taschenbuch Verlag

Friedel Heiko & Orfeld Barbara, Essen (2002): Das Anforderungs-Kontroll-Modell; Psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind einfach zu ermitteln: BKK-Bundesverband Deutschland: Die BKK 2/2002, (S.50-53)

Glass Tracy, MSc, Institut für klinische Epidemiologie, Basel , Schweiz, (2005), Schlussbericht Bundesamt für Gesundheit: Rich-Nursing Study, Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients and Nurses Outcomes, in Kooperation mit Institute of Nursing Science University of Basel und Penn Nursing, University of Pennsylvania: (S.2-3), (Vgl. Kindschi, Held, Lechmann, Karges und Rechsteiner 2001)

Götzinger, Claudia (1998): Risk-Management im Krankenhaus, in Pflegemanagement (1998),37Jg., Nr.7, (S. 592-597)

Hallström, Ingrid, (2004): Präventionsprojekt der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt: Pflegefit, sichere Arbeit, 3, (S. 14)

Hurrelmann Klaus, Theodor Klotz, Jochen Haisch (2010), 3.Auflage: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber (S.13)

Isfort, M.,Weidner, F.et al (2010), Pflege-Thermometer 2009, Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung imKrankenhaus. Herausgegeben von:Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.(S.7 ff.)

Kernen H. und Meier G. (2005): Burnout-Prophylaxe im Management. Erfolgreiches individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement (S.67, S.110/ 111); Bern, Stuttgart, Wien, Haupt Verlag

Kollak Ingrid (2008): Burnout und Stress,, Anerkannte Verfahren zur Selbstpflege in Gesundheitsfachberufen, (S.12,14 ff.) Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Malsach und Leiter (2001): Die Wahrheit über Burnout; Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können (S.25-26 / S. 59 / S.161), Wien-New York, SpringerWienNewYork

Maslach C. und Schaufeli W.:Professional Burnout (1993): Recent Developments in theory and reserach, (S.25) Washington; Taylor & F.Inc.

Meyenburg - Altwarg ; Tecklenburg Andreas, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland, (2009), Qualitätssteigerung durch qualifikationsorientierten Personaleinsatz und teamorientierter Zusammenarbeit

Moosler, Gabriele (2006): Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal, S.29)

Müller, Brigitte (2010)...und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens in Faller, Gudrun (2010): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung(2010), Verlag Hans Huber, (S.252-253)

Needleman J., Buerhaus P., Pankratz VS, Leibson CL., Stevens SR., Harris M., (2011): Nurse staffing and inpatient hospital mortality; Department of Health

Österreichische Ärztezeitung (2010), Nr.1-2-,Art. vom 25.01.2010

Pines, Ayala M., Aronson, Elliot und Kafry, Ditsa (2006): Vom Überdruß zur Selbstenfaltung (S.7/ 12, S. 27-31), Deutschland, Klett-Cotta Verlag

Pines, Ayala M., Aronson, Elliot und Kafry, Ditsa (1993): Vom Überdruß zur Selbstentfaltung (S.24 / 25 ff.)

Poppelreuter Stefan und Mierke Katja (2005): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz; Ursachen - Auswirkungen - Handlungsmöglichkeiten (S.76/77), Deutschland, Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.

Rafferty A. M., Clarke SP., Coles J., Kugel J, James P., M McKee, Aiken LH (1997): International outcomes study; outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals cross-sectional analysis of data and discharge records; Int. J. Nurs stud.2007 Feb, 44(2): 175-82 Epub 2006 Okt. 24

Rafferty Anne Marie et al.(2006); Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Corss- sectional analysis data an discharge records, International Journal of Nursing Studies (2006):doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.2003

Röhrig,Sindy und Werner Reiners Kröncke (2003): Burnout in der sozialen Arbeit (S.45)

Scekic Nebojas, (1996/ 2010) : Burnout-Prophylaxe und betriebliche Gesundheitsförderung; Beispiele konkreter Ansatzpunkte innerhalb der Unternehmensorganisation von Institutionen im Sozialwesen (S.11,12, 17,24 - 29)

Schmidt, Brinja (2004): Burnout in der Pflege (S.33, S. 208)

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

Siegrist J (2002) Effort-reward Imbalance at Work and Health. In: P Perrewe & D Ganster (Eds). Research in Occupational Stress and Well Being, Vol. 2: Historical and Current Perspectives on Stress and Health. New York: JAI Elsevier, 261-291

Siegrist J (2008) Effort-reward imbalance and health in a globalized economy. Special Issue Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 6: 163-168

Siegrist, Johannes (2010), Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich - Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland: Tagungsveranstaltung: Gesund pflegen - gesund arbeiten im Krankenhaus, am 21.01.2010 in Köln, Deutschland: Stress und Burnout in der Krankenpflege, Fachvortrag

Siegrist, J., Rödel, A. (2004): Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tagungsbericht Tb 138: Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen; zur Bedeutung arbeitsbedingter Faktoren für das Auftreten depressiver Störungen, Workshop vom 1.07.2004, Berlin: Chronischer Disstress im

Erwerbsleben und depressive Störungen: epidemiologische und psychobiologische Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention; Wirtschaftsverlag NW; Verlag für neue Wissenschaften GmbH, (S.27-37)

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Deutschland,(vom 27.08.08, Ergänzung der Tabellen vom 19.01.2009) Artikelnummer: 5621108069004, (2009), 3. Bruttoverdienste von weiblichen Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2006 nach ausgewählten Berufen)

Services, University of California, Los Angeles, School of Public Health, Los Angeles, USA: N Engl J Med.2011 Mar.,17, 364 (11): 1037-45

Suditu Claudiu, (2005): Fehlermanagement in der Gesundheits- und Krankenpflege, Ausgabe 06-07/05, (S.19)

Totterdell, P., Kellet S.,Teuchmann K., Briner R.B., (1998) Evidence of mood linkage in work groups: Journal of Personality and Social Psychology, 74/6, 1504-1515

Tomaschek Hans und Thomas J. Nagy (2008): Coaching am Rande des Burnout, Chancen, Möglichkeiten und Grenzen

Internetrecherche:

<http://hilfe-bei-burnout.de/erklaerungsansaetze/organisationsorientiert/burnout-erklaerungsansatz-nach-cherniss/>

<http://hilfe-bei-burnout.de/erklaerungsansaetze/organisationsorientiert/burnout-erklaerungsansatz-nach-pines-aronson-kafry/>

<http://hilfe-bei-burnout.de/erklaerungsansaetze/ueberblick/>

http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung_Allgemeines/2011_nationale_tagung_BGF/referentInnen.php

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/suche.html>

http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten/burnout/burnout_diagnostik.php

<http://www.bridgew.edu/SoAS/jiws/May08/JinkyLu.pdf>

<http://translate.google.at/translate?hl=de&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700194/&ei=vuQqTtaOMI7Osga4pO3kCw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=4&ved=0CEEQ7gEwAw&prev=/search%3Fq%3Dlangballe%2B2006%2BStudie%2Bmbi%26hl%3Dde%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DV9J%26rls%3Dorg.mozilla:de:official%26prmd%3Divns>

<http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2809%2900111-4/abstract>

<http://www.govindah.de/Download/Burn-Out-Test.pdf>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700194/>

www.ncbi.nlm.nih.gov › [Journal List](#) › [NIHPA](#)

<http://www.selbstakademie.org/selbst-test/mbi-maslach-burnout-inventory-nach-maslach-jackson.html>

<http://www.selbstakademie.org/selbst-test/ues-ueberdrusskala-nach-pines-aronson-und-kafry.html>

<http://www.fgz-kaernten.at/16933.htm>

<http://www.scheibenpflug.at/pflegefit.pdf>

<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2010/oeaez-12-25012010/interview-zu-nachtdienst-koerper-in-alarmbereitschaft-michael-joannidis.html>

<http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?aktuelle-auswertung>

http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheits-_und_Krankenpfleger

<http://surena.de/Surena/nurse/Erfahrungsbericht.htm>

http://bis.ams.or.at/qualibarometer/berufsfeld.php?id=212&show_detail=1&query
(Statistik Krankenpflegepersonal, Stand von 2009)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410372?dopt=Abstract>

<http://www.kernenag.ch>

<http://www.soft-skills.com/glossar/eustress.php>

http://content.alpha.ch/b2c/1-ratgeber-hr-informationen/4-wissen-weiterbildung/1_alpha-aktuell/burnout-syndrom-ausbrennen-killmer/

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699003883>

http://www.uni-duesseldorf.de/medicalsociology/Effort-reward_imbalance_at_wor.112.0.html#134

[http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/psych_b
el_ermittlung.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/psych_b
el_ermittlung.pdf)

2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek & Theorell

(Quelle: Siegrist, Johannes (2010), Institut für medizinische Soziologie, Heinrich - Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland: Tagungsveranstaltung: "Gesund pflegen - gesund arbeiten im Krankenhaus", am 21.01.2010 in Köln, Deutschland: "Stress und Burnout in der Krankenpflege", Fachvortrag)

Abbildung 2: Modell beruflicher Gratifikationskrisen

(Quelle: Quelle: Siegrist, Johannes (2010), Institut für medizinische Soziologie, Heinrich - Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland: Tagungsveranstaltung: "Gesund pflegen - gesund arbeiten im Krankenhaus", am 21.01.2010 in Köln, Deutschland: "Stress und Burnout in der Krankenpflege", Fachvortrag)

Abbildung 3: Mittelwerte für Heben und Tragen

(Quelle: Simon M., Tackenberg P. Hasselhorn H. -M., Kümmerling A., Büscher A. & Müller B.H (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT - Studie in Deutschland, Universität Wuppertal., S.16)

Abbildung 4: Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal

(Quelle: Moosler, (2006): Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal, S. 29)

Abbildung 5: Einschätzung zur beruflichen Situation der Pflege

(Quelle: Isfort und Weidner et al. (2010))

Abbildung 6: Ansatzpunkte für Betriebliche Gesundheitsförderung

(Quelle: www.kernenag.ch, Kernen, 2005)

3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Burnout- Symptomatik nach Burisch

(Quelle: Burisch, 1994, S. 16/ 17)

Tabelle 2: Burnout- Symptomatik nach Edelwich und Brodsky

(Poppelreuter & Mierke, 2005, S.76, zit. Edelwich und Brodsky)

Tabelle 3: Burnout-Symptomatik nach Aronson, Pines und Kafry

(Pines, Aronson & Kafry, 2006, S.7, S. 27-31)

Tabelle 4: Burnout-Symptomatik nach Maslach, Jackson und Schaufeli

(Maslach & Schaufeli, 1993, S.26)

Tabelle 5: Anforderungs-Kontroll-Modell: Messinstrument nach Karasek

(Quelle: Friedel Heiko & Orfeld Barbara, Essen (2002): Das Anforderungs-Kontroll-Modell; Psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind einfach zu ermitteln: BKK- Bundesverband Deutschland: Die BKK 2/2002, S. 51)

Tabelle 6: Problemlösungsprozess nach Maslach und Leiter

(Quelle: Malsach & Leiter, 2001, S. 85-87)