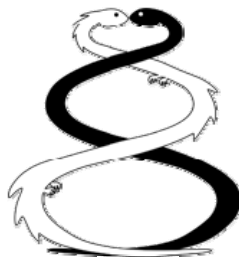


# Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung  
Graz / Schloss Seggau ([college@inter-uni.net](mailto:college@inter-uni.net), [www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net))

vorgelegt von

Gabriele Moosler

Graz, im Juni 2006

Gabriele Moosler

Gabriele.Moosler.res@inter-uni.net

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2006

**Thesis angenommen im Juni 2006**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>1</b>
1.1	<b>Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal</b>	<b>1</b>
1.2	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.2.1	<i>Hintergrund und Stand des Wissens</i>	<b>1</b>
1.2.2	<i>Forschungsfragen</i>	<b>1</b>
1.3	<b>Methodik</b>	<b>2</b>
1.3.1	<i>Design</i>	<b>2</b>
1.3.2	<i>TeilnehmerInnen</i>	<b>2</b>
1.3.3	<i>Durchführung</i>	<b>2</b>
1.3.4	<i>Fragebogen und statistische Analyse</i>	<b>2</b>
1.4	<b>Ergebnisse</b>	<b>2</b>
1.4.1	<i>Überblick</i>	<b>2</b>
1.4.2	<i>Besonderheiten</i>	<b>3</b>
1.5	<b>Diskussion</b>	<b>3</b>
1.5.1	<i>Interpretation</i>	<b>3</b>
1.5.2	<i>Kritische Anmerkungen</i>	<b>4</b>
1.5.3	<i>Schlussfolgerungen und Ausblick</i>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
2.1	<b>Forschungsinteresse und Zielsetzung der Untersuchung</b>	<b>5</b>
2.2	<b>Die Arbeitssituation und Relevanz von Burnout in der Krankenpflege</b>	<b>5</b>
2.3	<b>Was ist Burnout?</b>	<b>6</b>
2.3.1	<i>Geschichtlicher Hintergrund und Begriffsentwicklung</i>	<b>6</b>
2.3.2	<i>Symptomatik, Definitionsvorschläge</i>	<b>7</b>
2.3.3	<i>Fazit und offene Fragen</i>	<b>10</b>
2.4	<b>Wie entsteht Burnout? – Erklärungsansätze</b>	<b>10</b>
2.4.1	<i>Individuenzentrierte Ansätze</i>	<b>11</b>
2.4.2	<i>Arbeits- und organisationsbezogene Ansätze</i>	<b>13</b>
2.4.3	<i>Soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze</i>	<b>13</b>
2.4.4	<i>Burnout-Modelle</i>	<b>14</b>
2.5	<b>Burnout und Krankenpflege</b>	<b>15</b>
2.5.1	<i>Untersuchungen zu Burnout in der Krankenpflege</i>	<b>15</b>
2.5.2	<i>Persönlichkeitsmerkmale und Burnout</i>	<b>15</b>
2.5.3	<i>Arbeitsbedingungen und Burnout</i>	<b>16</b>
2.6	<b>Stand der Burnout-Forschung und neue Ansätze</b>	<b>17</b>
2.7	<b>Forschungsfragen</b>	<b>18</b>

<b>3.</b>	<b>METHODIK</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Forschungsdesign</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Durchführung der Untersuchung</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Forschungsinstrument: Maslach Burnout Inventory und MBI-D®</b>	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Burnout - Verteilung und Ausprägung</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Burnout und demografische Variablen</b>	<b>23</b>
<b>4.3</b>	<b>Burnout und belastende Arbeitssituationen</b>	<b>24</b>
<b>4.4</b>	<b>Burnout und hilfreiche Unterstützungen</b>	<b>25</b>
<b>4.5</b>	<b>Burnout und allgemeiner Gesundheitszustand</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Interpretation der Ergebnisse</b>	<b>28</b>
<b>5.2</b>	<b>Kritische Anmerkungen</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Empfehlungen für Krankenpflegepersonal</b>	<b>30</b>
<b>5.4</b>	<b>Schlussfolgerungen und Ausblick</b>	<b>31</b>
<b>6.</b>	<b>QUELLENVERZEICHNIS</b>	<b>33</b>

**Anhang I Tabellenverzeichnis**

**Anhang II Fragebogen**



[www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) > Forschung

## **Burn-out-Problematik bei Krankenpflegepersonal Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Gabriela Moosler, mit Elke Mesenholl und P.C. Endler  
Interuniversitäres Kolleg ([college@inter-uni.net](mailto:college@inter-uni.net)) 2006

### **Einleitung**

Das Krankenpflegepersonal stellt innerhalb des Krankenhauses die größte Berufsgruppe dar. Diese Berufsgruppe, deren traditionelles Anliegen die Gesundheit anderer Menschen ist, ist heute noch verstärkter körperlichen und physischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt als früher. Als Gründe werden die höhere Arbeitsdichte und die ansteigenden Anforderungen an die Pflege durch die Zunahme der schwerstkranken Patienten genannt. Als Folge von Distress am Arbeitsplatz, der unangemessen bewältigt wird, zeigen sich bei den Betroffenen Symptome des „Ausgebranntseins“. Dadurch entsteht immer häufiger der Wunsch nach einem vorzeitigen Berufsausstieg. Im Bereich der Krankenpflege hat Burnout beunruhigende Folgen für den Einzelnen wie auch für das Gemeinwesen. In der vorliegenden Studie werden daher die Ausprägung des Burnout bei Krankenpflegepersonal und mögliche Zusammenhänge zwischen den belastenden Arbeitssituationen untersucht. Sie soll zu einer wissenschaftlichen Diskussion über Burnout beim Krankenpflegepersonal beitragen.

Burnout ist nichts Neues und inzwischen auch bei anderen Berufen beschrieben worden. Mittlerweile sind eine Vielzahl von Erklärungsansätzen, Definitionen und Burnout-Modelle entstanden. Eine einheitliche Theorie oder Definition gibt es bis heute nicht. Als allgemein anerkannt gilt, dass Burnout als ein multidimensionales Geschehen aufgefaßt werden kann und mit mehreren Einflußfaktoren wie Persönlichkeitsmerkmalen und Arbeitsbedingungen einhergeht. Durch die Burnout-Forschung wurde Burnout als soziales Problem erkannt und hat sich als Thema fest etabliert. Es wurde als echtes Leiden für die Betroffenen anerkannt und in weitere begriffliche und theoretische Konzepte der Psychologie eingeordnet. Die meisten Forschungsergebnisse kommen aus Querschnittstudien, das Maslach Burnout Inventory (MBI) ist das meistbenutzte Messinstrument.

Maslach & Jackson (1984) definieren Burnout als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und subjektiv reduzierter Leistungsfähigkeit. Emotional Erschöpfte fühlen sich in der Zusammenarbeit mit anderen Menschen gefühlsmäßig überfordert und ausgelaugt. Depersonalisierung bezeichnet eine harte objektive ablehnende Haltung gegenüber Patienten. Bei der subjektiv reduzierten Leistungsfähigkeit haben die Betroffenen das Gefühl von abnehmender Kompetenz gegenüber ihrer eigenen Arbeit.

Neuere Forschungsansätze gehen Fragen nach kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen nach (Rösing 2003). Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen den Ressourcen „Widerstandskraft“ (Kobasa), „Selbstwirksamkeitserwartung“ (Bandura), „Kohärenzsinn“ (Antonovsky) und der Burnout-Entstehung steht noch am Anfang. Burisch (2006) empfiehlt von qualitativen, tiefenpsychologischen Studien auszugehen und Burnout wieder an der Basis zu erforschen.

### ***Forschungsfragen***

In welcher Ausprägung erlebt Krankenpflegepersonal die verschiedenen Komponenten des Burnout (nach der Definition von Maslach), Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Mangel an persönlicher Erfüllung?

Gibt es einen Unterschied in den drei Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von:

- Alter und Berufszeit
- belastenden Arbeitssituationen
- hilfreichen Unterstützungsmöglichkeiten
- dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand
- vollzeit- und teilzeitbeschäftigtem Krankenpflegepersonal?

### **Methodik**

#### *Design*

Die Untersuchung wurde als schriftliche Befragung in einem Krankenhaus der Regelversorgung mit 160 Betten in Südbayern durchgeführt. Die Befragung wurde mit dem Maslach-Burnout-Inventory, MBI-D<sup>®</sup> in der überarbeiteten Fassung von Büssing & Perrar durchgeführt. Die Entscheidung einer quantitativen Befragung mit einem standardisierten Fragebogen bot sich aus zeitlichen Gründen an. Da das MBI derzeit das validierteste Instrument zur Befragung von Burnout ist, wurde es für die vorliegende Untersuchung gewählt. Die demografischen Variablen, belastende Arbeitssituationen, hilfreich empfundene Unterstützungen und der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand wurden mit erfasst.

#### *TeilnehmerInnen*

An der Untersuchung nahmen 51 Krankenpflegekräfte teil, davon waren 46 Frauen und 5 Männer. Das durchschnittliche Alter war 37 Jahre (20 – 55 Jahre), die durchschnittliche Berufszeit lag bei 13,7 Jahren (0,5 – 35 Jahre). 68,6% waren mit 38,5 Wochenstunden und 31,6% mit durchschnittlich 22 Wochenstunden beschäftigt.

#### *Durchführung*

Die Befragung wurde von November bis Dezember 2005 durchgeführt, vorab wurde das Krankenpflegepersonal über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert und die Genehmigung der Krankenhausleitung und der Mitarbeitervertretung eingeholt. Es wurden 111 Fragebögen in allen Abteilungen verteilt. Die Rücklaufquote betrug 46%.

Für die vorliegende Untersuchung wurde die deutsche revidierte Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D<sup>®</sup>) nach Büssing & Perrar gewählt. Die erste deutsche Fassung des MBI-D wurde 1992 hinsichtlich ihrer Itemkennwerte, Faktorenstruktur, Zuverlässigkeit der internen Konsistenz und der Gültigkeit des Konstrukts überprüft und anschließend überarbeitet. Das bisher noch nicht veröffentlichte MBI-D<sup>®</sup> von Büssing & Perrar ist das derzeit aktuellste deutschsprachige Messinstrument und wurde daher für die vorliegende Untersuchung eingesetzt. Das MBI-D<sup>®</sup> lehnt sich eng an die von Maslach & Jackson vorgegebenen Item-Inhalte sowie an ihre Skalierung an und erfasst die Komponenten (nach dem ursprünglichen MBI-Konstrukt) Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Persönliche Erfüllung. Das MBI-D<sup>®</sup> besteht aus 21 Items mit einer sechsstufigen Antwortskala. Es wird gefragt: Wie oft haben Sie das Gefühl? Die sechsstufige Antwortskala sieht folgende Antworten vor: 1=„nie“, „sehr selten“, „eher selten“, „manchmal“, „eher oft“ und 6=„sehr oft“. Die Befragten sollen eine Aussage zu der Häufigkeit ihrer Gefühle machen, die sich auf die Arbeit beziehen. Die statistischen Auswertungen wurden in Form von Mittelwertsvergleichen mittels einfaktorieller Varianzanalysen durchgeführt.

## Ergebnisse

### Überblick

#### Ausprägung der Burnout-Komponenten

Die Mittelwerte zeigen, dass bei den Befragten weder Emotionale Erschöpfung noch Depersonalisierung besonders stark ausgeprägt sind. Eine Mehrheit der Befragten erlebt Gefühle der Emotionalen Erschöpfung „sehr selten“, „eher selten“ oder „manchmal“ und der Depersonalisierung „nie“, „sehr selten“ oder „eher selten“. Gefühle Persönlicher Erfüllung wird relativ häufig erlebt. Hier gab eine Mehrzahl der Befragten an, derartige Gefühle „manchmal“ bis „eher oft“ zu empfinden. Die Werte für die Persönliche Erfüllung sind im Hinblick auf Burnout umgekehrt zu interpretieren, die vorgefundenen hohen Werte sprechen eher für eine geringe Ausprägung des Burnout.

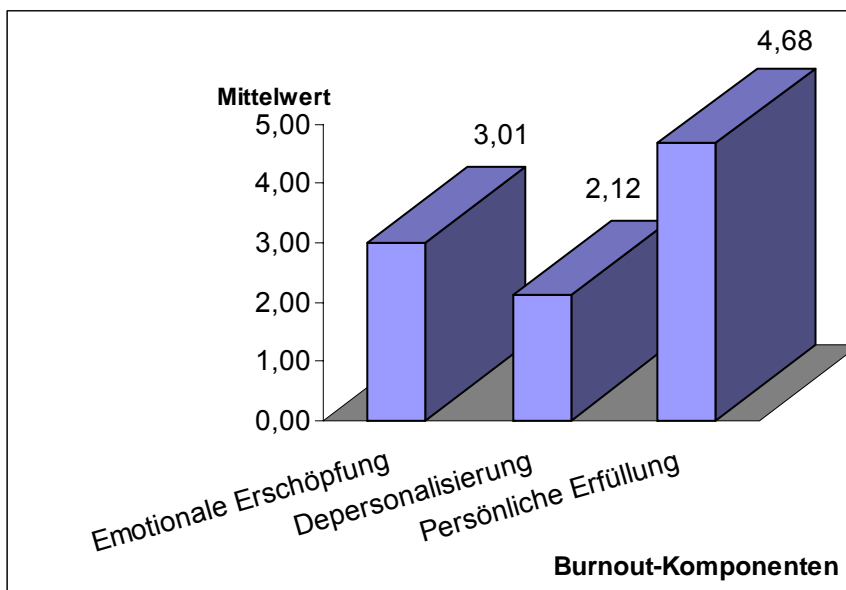


Abbildung: Ausprägung der Burnout-Komponenten

## *Besonderheiten*

Die Burnout-Komponente Emotionale Erschöpfung ist mit der Depersonalisierung signifikant korreliert ( $r = .354$ ;  $p = .011$ ). Bei einer höheren Emotionalen Erschöpfung wurde auch eine höhere Ausprägung der Depersonalisierung angegeben.

Einen signifikanten Unterschied gibt es zwischen der Altersgruppe der unter 30-jährigen und anderen in der Persönlichen Erfüllung ( $F_{2,48} = 8.963$ ;  $p < .001$ ). Die Altersgruppe der 30 – 40-jährigen und die der über 40-jährigen haben eine signifikant höhere Persönliche Erfüllung.

Einen signifikanten Unterschied gibt es in der Persönlichen Erfüllung in Abhängigkeit von der Berufszeit ( $F_{2,48} = 4.972$ ;  $p = .011$ ). Die Gruppe mit der Berufszeit bis 8 Jahren hat eine signifikant geringere Persönliche Erfüllung als die anderen.

Es zeigten sich signifikante Unterschiede in der Persönlichen Erfüllung in Abhängigkeit von der psychischen Belastung ( $F_{1,49} = 7.930$ ;  $p = .007$ ). Diese Gruppe hat eine signifikant geringere Persönliche Erfüllung als die andere. Signifikante Unterschiede gibt es außerdem in der Emotionalen Erschöpfung in Abhängigkeit von der organisatorischen Belastung ( $F_{1,49} = 4.670$ ;  $p = .036$ ). Diese Gruppe hat eine signifikant höhere Emotionale Erschöpfung als die andere.

Einen signifikanten Unterschied gibt es zwischen den Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ beurteilen und anderen in der Emotionalen Erschöpfung ( $F_{2,48} = 3.605$ ;  $p = .035$ ) und zwischen den Personen, die ihren Gesundheitszustand mit „mittel bis schlecht“ beurteilen und anderen in der Persönlichen Erfüllung ( $F_{2,48} = 3.216$ ;  $p = .049$ ). Bei den Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ beurteilen, ist auch die Emotionale Erschöpfung geringer und bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als „mittel bis schlecht“ einstufen, ist auch die Persönliche Erfüllung geringer.

Es zeigten sich keine Unterschiede in der Ausprägung der Burnout-Komponenten zwischen vollzeit- und teilzeitbeschäftigtem Personal, zwischen den Geschlechtern, in Abhängigkeit von Familienstand oder Kindern.

## **Diskussion**

### *Überblick*

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Gruppe der Befragten weder Emotionale Erschöpfung (MW=3,01) noch Depersonalisierung (MW=2,12) besonders stark ausgeprägt sind. Bei der Persönlichen Erfüllung (MW=4,68) gaben 95,2% an, diese Gefühle „manchmal bis „sehr oft“ zu empfinden und nur 4,8% gaben an, diese Gefühle „nie“ bis „eher selten“ zu empfinden. Daher kann die Forschungsfrage, in welcher Ausprägung Krankenpflegepersonal die drei Burnout-Komponenten erlebt, dahingehend beantwortet werden, dass die Emotionale Erschöpfung anhand des Mittelwertes eine mittlere bis geringe und die Depersonalisation eine geringe Ausprägung aufweist. Die Persönliche Erfüllung ist nicht reduziert. Nach dem Modell von Maslach & Jackson sowie Leiter steht aber die wachsende Emotionale Erschöpfung am Anfang der Burnout-Entstehung. Nach dem Modell von Leiter (1993) entwickelt sich Burnout von einem Stadium der erhöhten Emotionalen Erschöpfung (Stadium I) über eine Phase der erhöhten Depersonalisierung (Stadium II) zum Stadium der reduzierten Persönlichen Erfüllung (Stadium III). Nach Büssing & Glaser (1999) weisen Mittelwerte bei der Emotionalen



Erschöpfung, die  $\geq 4$  sind, auf das Stadium I hin und Mittelwerte bei der Depersonalisierung, die  $\geq 4$  sind auf das Stadium II hin. In der vorliegenden Untersuchung finden sich bei 17,7% der Befragten (9 Personen) Anzeichen eines beginnenden oder fortgeschrittenen Burnout-Prozesses (Stadium I – II). Bei 3,9% (2 Personen) zeigen sich Anzeichen eines deutlich fortgeschrittenen Burnout-Prozesses. Die 30 – 40-jährigen und die über 40-jährigen haben eine signifikant höhere Persönliche Erfüllung. Das mag damit zusammenhängen, dass ältere Krankenpflegepersonen gelernt haben mit dem anfänglichen „Praxischock“ umzugehen und ihre Ansprüche an die vorhandene Berufsrealität angepasst haben. Krankenpflegepersonen mit einer Berufszeit von weniger als acht Jahren haben eine signifikant geringere Persönliche Erfüllung als die mit einer Berufszeit von mehr als acht Jahren. Durch längere Berufs- und Lebenserfahrung kann sich eine höhere Berufszufriedenheit entwickelt haben. Die Annahme, dass Teilzeitbeschäftigte weniger „ausgebrannt“ sind als Vollzeitbeschäftigte konnte nicht bestätigt werden. Eine geringere Persönliche Erfüllung zeigte sich bei Personen mit psychischer Belastung (sterbende Patienten, Notfallsituationen). Durch die häufige Ausweglosigkeit der Situation kann sich eine Berufszufriedenheit durch Anerkennung und Wertschätzung von Patienten hier eher nicht entwickeln. Die Emotionale Erschöpfung ist höher bei Personen mit organisatorischer Belastung (Arbeitsunterbrechungen, Telefon). Durch den Arbeitsanfall und den Anspruch alles erledigen zu müssen tritt eine Überforderung auf. Man wird der anspruchsvollen pflegerischen Arbeit nicht mehr gerecht. Gefühle von Erschöpfung und sich verbraucht Fühlen treten auf. Die Emotionale Erschöpfung ist geringer bei Personen, die ihren Gesundheitszustand mit „gut“ bis „sehr gut“ einschätzten. Die Persönliche Erfüllung ist geringer bei Personen, die ihren Gesundheitszustand mit „schlecht“ bis „mittel“ einschätzten. Demzufolge haben eine geringe Emotionale Erschöpfung und eine hohe Persönliche Erfüllung einen positiven Einfluss auf den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand.

### *Kritische Anmerkungen*

Für die vorliegende quantitative Untersuchung erscheint eine Teilnehmerzahl von 51 Personen zu gering. Es ist davon auszugehen, dass die Beantwortung der Fragen des MBI's mit starken Schamgefühlen behaftet ist. Vermutlich haben daher einige Personen nicht an der Befragung teilgenommen. Mit dem MBI ist es nicht möglich, die Komplexität des Burnout-Konstruktes zu erfassen.

### *Schlussfolgerungen und Ausblick*

Burnout zeigt sich als ein komplexes Geschehen und es fehlen bis heute in der Burnout-Forschung eine einheitliche Definition und einheitliche Annahmen zu den Entstehungsursachen. Burisch (2006) empfiehlt bei der Grundlagenforschung zu beginnen und mit Fallgeschichten den Kern von Burnout zu untersuchen. Eine salutogenetisch ausgerichtete Forschung kann Faktoren aufspüren, die daran beteiligt sind, dass man seine Position auf dem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann. Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitseigenschaften Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy), Widerstandsfähigkeit (hardiness), Kohärenzsinn und der Burnout-Entstehung könnte in zukünftigen Schritten weiter erforscht werden. Durch Untersuchungen der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen bei Krankenpflegepersonal und der Burnout-Entstehung können sinnvolle gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Burnout-Prophylaxe eingesetzt werden. Eine Enttabuisierung von Burnout in der Krankenpflege ist konsequent anzustreben.

## **2. EINLEITUNG**

### **2.1 Forschungsinteresse und Zielsetzung der Untersuchung**

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland wird es eine steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen geben, die durch professionelle Pflegende betreut werden müssen. Im Bereich der Krankenhausversorgung wird bis zum Jahr 2020 mit einer Zunahme der Behandlungsfälle um 15% gerechnet (DIW Berlin). Die Krankenhausversorgung ist zunehmend Menschen mit akuten Erkrankungen vorbehalten, die hoch qualifizierte Pflege und Behandlung benötigen; die Tendenz zu kürzeren Krankenhausaufenthalten und die Pflege von schwerstkranken Patienten führt zu einer Intensivierung der Arbeit. Die Burnout-Gefahr nimmt in dem ohnehin schon belastenden Beruf zu und viele Pflegekräfte verlassen den Beruf vorzeitig. Die Verweildauer von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen wird als extrem kurz beschrieben. Die Spanne bewegt sich zwischen drei bis sieben Jahren (Prognos 1989, AG der Sozialdemokraten 1989).

Diese Untersuchung soll (erneut) zu einer wissenschaftlichen Diskussion über Burnout beim Krankenpflegepersonal beitragen. Nachdem Burnout in den 80-ziger und 90-ziger Jahren länderübergreifend untersucht wurde, ist seit dem Jahr 2000 sehr wenig bis gar nichts mehr in den Fachzeitschriften publiziert worden. Die letzte Untersuchung in Deutschland erschien 1999 von C. Killmer (s. 2.6.1). Europaweit wurde Burnout in Zusammenhang mit dem Berufsausstieg bei Pflegepersonal in einer Untersuchung ermittelt, die 2005 abgeschlossen wurde.

Die vorliegende Untersuchung ist im Rahmen der Forschungsleitlinie „Gesundheitsqualität“ am Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau angesiedelt. Am Kolleg wurde zum Thema Burnout bisher eine Thesis von Isabella Bieringer 2005 vorgelegt, mit dem Titel „Burnout-Problematik bei Richterinnen und Richtern in Niederösterreich“.

### **2.2 Die Arbeitssituation und Relevanz von Burnout in der Krankenpflege**

Das heutige Selbst- und Fremdverständnis des Pflegeberufs ist nach wie vor von den traditionellen Strukturen des 19. Jahrhunderts mitgeprägt. Vom Persönlichkeitsprofil einer/s Gesundheits- und Krankenpfleger-in/s wird erwartet, dass sie/er hilfsbereit, seelisch und körperlich belastbar, geduldig, zuverlässig, ehrlich und offen für menschliche Probleme ist. Es existiert weiterhin die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege, wobei die/der Gesundheits- und KrankenpflegerIn als medizinisches Hilfspersonal angesehen wird. Auch sind heute noch 85% in dem Beruf Frauen (Stat. Bundesamt, BRD, 2004), was zu der Aussage führt, dass Krankenpflege ein Frauenberuf ist. Doch inzwischen hat sich ein Wertewandel vollzogen; die Mehrheit junger Frauen (und Männer), die sich heute für die Ausbildung entscheiden, orientiert sich nicht mehr am Ideal des Dienens, sondern an dem der Selbstverwirklichung (Karrer, 1995). Auch die Professionalisierung des Berufs geht voran, inzwischen gibt es in Deutschland Pflegestudiengänge wie Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und Pflegemanagement. Gemeinsam mit den beiden anderen deutschsprachigen Berufsverbänden aus der Schweiz und Österreich hat der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) die vom International Council of Nurses (ICN) getroffene Definition des Berufs folgendermaßen übersetzt: „PFLEGE umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, so wie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung von Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und strebender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik so wie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“.

Die Berufsbezeichnung Krankenschwester ist in Deutschland umbenannt worden und lautet seit 2004 Gesundheits- und KrankenpflegerIn. Das erweiterte Berufsspektrum der Gesundheitsförderung wird nun auch in der Berufsbezeichnung deutlich. Doch der Wertewandel führt auch zu einer Diskrepanz zwischen dem Berufsbild und heutigen gesellschaftlichen Vorstellungen. Zu früherer Zeit wurden hohe berufliche Anforderungen vom Krankenpflegepersonal eher toleriert, weil sie ihre Belohnung im Geben sahen und dieses Helferideal galt als gesellschaftlich anerkannt. Durch den Wertewandel in Richtung Selbstverwirklichung ist die gesellschaftliche Anerkennung heute nicht mehr in der Form gegeben. Die Bezahlung, das berufliche Ansehen in der Gesellschaft und die Aufstiegsmöglichkeiten sind schlecht, es gibt wenig soziale Unterstützung und Einflußmöglichkeiten.

Studien zeigen, dass die körperliche und physische Arbeitsbelastung in den letzten 10 Jahren beim Pflegepersonal zugenommen hat (BGW, 2001). Als Gründe werden die höhere Arbeitsdichte und die ansteigenden Anforderungen an die Pflege durch die Zunahme der schwerstkranken Patienten angegeben. Durch die umfangreichen Veränderungen des Budgetierungssystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz) ist die Liegezeitdauer stationär aufgenommener Patienten verringert, mit gleichzeitiger Intensivierung der pflegerischen Betreuung. Diese Leistungsverdichtung hat einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitssituation des Krankenpflegepersonals. Während in den Jahren 1999 bis 2000 die Anzahl des Krankenpflegepersonals um -2,6% abnahm, stieg die Zahl der behandelten Patienten im gleichen Zeitraum um +1,4% bei einer Abnahme der Verweildauer der Patienten um -0,3%. Der Personalbestand des Krankenpflegepersonals hat im Jahr 2000 beinahe den Tiefstand von 1993 erreicht. Betrachtet man die 5-Jahresveränderung ergibt sich daraus ein Personalabbau von -5,22% (Statistisches Bundesamt 2005).

In diesem Zusammenhang spricht man auch von einer Krise in den Pflegeberufen oder „Pflegernotstand“. Es ist anzunehmen, dass durch diese Problematik die Burnout-Gefahr beim Krankenpflegepersonal verstärkt wird und hohe Burnout-Werte zu erwarten sind. Die europäische NEXT-Studie (nurses' early exit study) untersuchte 2004 u.a. die Gründe des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf und Burnout in 10 europäischen Ländern. Die Werte für Burnout waren in allen untersuchten Ländern hoch, mit Ausnahme der Niederlande. Deutschland lag mit den Werten an vierthöchster Stelle. Je höher die Burnout-Werte sind, desto häufiger entsteht auch der Wunsch nach einem vorzeitigen Berufsausstieg.

## **2.3 Was ist Burnout?**

### ***2.3.1 Geschichtlicher Hintergrund und Begriffsentwicklung***

Burnout kommt aus dem amerikanischen Raum und kann mit Ausbrennen übersetzt werden. Das Wort Burnout ist zu einem Begriff in der deutschen Alltagssprache geworden. Meistens wird er im Zusammenhang mit den Helferberufen verwendet. Inzwischen ist Burnout bei rund 60 Berufen beschrieben worden, u. a. Anwälte, Apotheker, Bestatter, Stewardessen, Bibliothekare, Polizisten, Ärzte, Physiotherapeuten, Pflegepersonal, Ehepartner, Rettungspersonal, Sozialarbeiter, Lehrer, Banker, Manager, Arbeitslose, Ingenieure, Sportler, Musikstudenten, Sekretärinnen, usw. Burnout wird auch in der Beziehung, im Alltagsleben, als Synonym für allgemeine Müdigkeit, Kraftverlust, Entfremdung, Selbstentfremdung, Verbitterung gebraucht. Burnout wird als Modewort benutzt, vor allem auch in den populär-pseudowissenschaftlichen Medien – fälschlicherweise wird jeder, der gestresst ist, als „ausgebrannt“ bezeichnet. Es besteht die Gefahr des unreflektierten Mißbrauchs des Begriffs und erschwert die wissenschaftliche Betrachtung und Anerkennung. Der wissenschaftliche Burnout-Begriff – nach heute einheitlicher Geschichtsschreibung der Burnout-Forscher – liegt im Jahr 1974. Der Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger prägte 1974 den Begriff in den USA, nachdem er selbst Burnout durch seine Arbeit erfahren hatte. Er entdeckte überzufällig häufig die Symptome des „Ausbrennens“ bei Therapeuten in Drogenkliniken. Freudenberger und ab 1976 insbesondere Christina Maslach und Ayala Pines haben in Kalifornien Burnout auch bei anderen Sozialberufen beschrieben. Aus vielen Gesprächen und empirischen Untersuchungen, die C. Maslach mit Betroffenen führte, schienen ihr drei Themen besonders bedeutsam: die emotionale Erschöpfung und

Ausgelaugtheit, dann die Fülle der negativen Gefühle und Wahrnehmungen gegenüber der Patienten und der bohrende Zweifel an der eigenen professionellen Kompetenz (vgl. Maslach 1998). Bald darauf erschienen ihre ersten Arbeiten zu Burnout und zusammen mit Freudenbergers Arbeiten wurde damit der Begriff zu einem wissenschaftlichen. Die drei Burnout-Komponenten von C. Maslach Emotionale Erschöpfung, die negativen Gefühle gegenüber den Klienten/Patienten (Depersonalisation) und die subjektiv Reduzierte Leistungsfähigkeit bestimmen bis heute die internationale Burnout-Forschung und daraus entstand das am häufigsten eingesetzte Messinstrument: das Maslach-Burnout-Inventory (MBI) (s. 3.3). Inzwischen gibt es auch in Deutschland mehrere Hundert Veröffentlichungen zu dem Thema. In Deutschland beschrieb der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer (1977) in seinem Buch: „Die hilflosen Helfer“ das „Helfersyndrom“: eine wechselseitige Abhängigkeit von „Hilflosen“ und ihren „Helfern“. Er orientierte sich dabei an den Ansätzen des Psychoanalytikers S. Freuds, der mit den Begriffen „Narzisstische Kränkung“, „Helfer-Schützlings-Kollision“ und „Gegenübertragungen“ die Berufskrankheit von Helfern, die ohne Hilflöse hilflos sind, erklärte. Fünfzehn Jahre nach Wolfgang Schmidbauer erweiterte Jörg Fengler (Heilpädagoge und klinischer Psychologe) die „Schmidbauersche-Helferpersönlichkeit“. Er empfand die Erklärungen nicht hinreichend empirisch bewiesen und machte die Arbeitsbedingungen der helfenden Berufe mitverantwortlich für das Entstehen eines beruflichen Burnouts. Diese benennt er folgendermaßen: Überidentifikation, selektive Wahrnehmung, Interessenverarmung und kommunikative Verödung im sozialen Umfeld, die zur gedanklicher Dürre und erstarrtem Gestus führt (Fengler 1996). Er diskutierte über die Entstehung von Burnout hinaus vor allem therapeutische und weiterbildungspädagogische Interventionen, Supervision und empfiehlt Betroffenen sich zusammenzuschließen, um Arbeitsbedingungen zu verbessern. Einen ähnlichen Ansatz folgt der nordamerikanische Professor für Angewandte Psychologie, Cary Cherniss, der eine empirische Untersuchung über die erfolgreiche Bewältigung von „Praxisschock und Burnout“ 1995 vorlegte. In einer Längsschnitt-Studie untersuchte er eine kleine Gruppe von professionellen Helfern in einem Zeitraum von 12 Jahren dreimal. Er erarbeitete anhand vieler Beispiele heraus, dass durch eine Verbesserung der Arbeitsplatzsituation und durch eine veränderte Einstellung gegenüber Klienten, Patienten und Schülern, das alte Engagement und die professionelle Kompetenz der Befragten erhalten oder sogar noch verbessert wurde. C. Cherniss hat sich weitreichender als die Sozialpsychologin C. Maslach um eine Integration historischer, sozialer und kultureller Bedingungen in ein Burnoutkonzept bemüht. Er bezog die Stresstheorie von Lazarus und Launier (1981) in ein Burnoutkonzept mit ein. Mit dieser weiteren Ausdifferenzierung des Burnoutkonzeptes vollzog sich ein grundlegender Standpunktwechsel in der bisherigen Burnout-Forschung.

Das Interesse an dem Forschungsgegenstand Burnout wuchs seit seiner Entdeckung 1974 durch Freudenberger und Maslachs Definition 1976 fortlaufend. Dies zeigt sich besonders in der wachsenden Zahl von Zeitschriftenartikeln, Dissertationen und Buchveröffentlichungen. Allein in der Bibliographie von Enzmann & Kleiber von 1990 findet sich eine Auflistung von 2496 Titeln zu diesem Thema, bei Schaufeli & Enzmann (1998) sind es bereits mehr als 5.500, davon 900 Dissertationen. Inzwischen dürfte nach Rösing (2003) die Marke 6.000 überschritten sein.

### **2.3.2 Symptomatik, Definitionsvorschläge**

Das größte Problem für eine fundierte Forschung des Burnouts – und darüber beklagen sich viele Forscher – ist das Fehlen einer einheitlichen handhabbaren Definition bis heute (vgl. Burisch 2006, Rösing 2003). Es gibt eine Vielfalt von Definitionen, die z.B. aus einer Zusammenstellung von negativen Symptomen/Reaktionen von Mitarbeitern bestehen. Des Weiteren gibt es Unklarheiten darüber, was als Ursache, was als Symptom oder was als Folge von Burnout anzusehen ist. Das macht die Unterscheidung zu anderen „Konzepten“ schwierig, z.B. zu Streß, Überdruß, Angst, Ermüdung, Belastung und Depression.

M. Burisch (2006) hat aus der gesamten Burnout-Literatur mehr oder weniger alle häufig erwähnten Symptome herausgezogen und in Ober- und Unterkategorien geordnet. Seine Auflistung wird hier in verkürzter Form dargestellt, um Burnout verständlich zu machen und differenzierter zu beleuchten.

**Tabelle 1: Burnout-Symptomatik (Burisch 2006, S. 25-26)**

<p><b>1. Warnsymptome in der Anfangsphase</b></p> <p>a) Überhöhter Energieeinsatz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperaktivität</li> <li>- freiwillige unbezahlte Mehrarbeit</li> <li>- Gefühl der Unentbehrlichkeit</li> <li>- Gefühl, nie Zeit zu haben</li> <li>- Verleugnung eigener Bedürfnisse</li> <li>- Verdrängung von Mißerfolgen und Enttäuschungen</li> <li>- Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten</li> </ul> <p>b) Erschöpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chronische Müdigkeit</li> <li>- Energiemangel</li> <li>- Unausgeschlafenheit</li> <li>- erhöhte Unfallgefahr</li> </ul> <p><b>2. Reduziertes Engagement</b></p> <p>a) für Klienten, Patienten etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desillusionierung</li> <li>- Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten</li> <li>- größere Distanz zu Klienten</li> <li>- Meidung von Kontakt zu Klienten</li> <li>- Aufmerksamkeitsstörung in der Interaktion mit Klienten</li> <li>- Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung</li> <li>- Schuldzuweisung für Probleme an Klienten</li> <li>- höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquillizern</li> <li>- Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.</li> <li>- Betonung von Fachjargon</li> <li>- Dehumanisierung</li> </ul> <p>b) für andere allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unfähigkeit zu geben</li> <li>- Kälte</li> <li>- Verlust von Empathie</li> <li>- Unfähigkeit zur Transposition</li> <li>- Verständnislosigkeit</li> <li>- Schwierigkeiten, anderen zuzuhören</li> <li>- Zynismus</li> </ul> <p>c) für die Arbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desillusionierung</li> <li>- negative Einstellung zur Arbeit</li> <li>- Widerwillen und Überdruß</li> <li>- Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen</li> <li>- ständiges Auf-die-Uhr-sehen</li> <li>- Fluchtphantasien</li> <li>- Tagträumen</li> <li>- Überziehen von Arbeitspausen</li> <li>- vorverlegter Arbeitsschluß</li> <li>- Fehlzeiten</li> <li>- Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit</li> <li>- Aufblühen am Wochenende</li> <li>- höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit</li> </ul> <p>d) erhöhte Ansprüche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlust von Idealismus</li> <li>- Konzentration auf die eigenen Ansprüche</li> <li>- Gefühl mangelnder Anerkennung</li> <li>- Gefühl, ausgebeutet zu werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partnerprobleme</li> <li>- Konflikte mit den eigenen Kindern</li> </ul> <p><b>3. Emotionale Reaktion; Schuldzuweisung</b></p> <p>a) Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schuldgefühle</li> <li>- reduzierte Selbstachtung</li> <li>- Insuffizienzgefühle</li> <li>- Gedankenverlorenheit</li> <li>- Selbstmitleid</li> <li>- Humorlosigkeit</li> <li>- unbestimmte Angst und Nervosität</li> <li>- abrupte Stimmungsschwankungen</li> <li>- verringerte emotionale Belastbarkeit</li> <li>- Bitterkeit</li> <li>- Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere</li> <li>- Schwächegefühl</li> <li>- Neigung zum Weinen</li> <li>- Ruhelosigkeit</li> <li>- Gefühl des Festgefahreenseins</li> <li>- Hilflosigkeits- Ohnmachtsgefühle</li> <li>- Apathie</li> <li>- Selbstmordgedanken</li> <li>- Pessimismus/Fatalismus</li> </ul> <p>b) Aggression</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schuldzuweisung an andere oder „das System“</li> <li>- Vorwürfe an andere</li> <li>- Verleugnung der Eigenbeteiligung</li> <li>- Ungeduld</li> <li>- Launenhaftigkeit</li> <li>- Intoleranz</li> <li>- Kompromissunfähigkeit</li> <li>- Nörgeleien</li> <li>- Negativismus</li> <li>- Reizbarkeit</li> <li>- Ärger und Ressentiments</li> <li>- defensive/paranoide Einstellungen</li> <li>- Mißtrauen</li> <li>- häufige Konflikte mit anderen</li> </ul> <p><b>4. Abbau</b></p> <p>a) der kognitiven Leistungsfähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konzentrations- und Gedächtnisschwäche</li> <li>- Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben</li> <li>- Ungenauigkeit</li> <li>- Desorganisation</li> <li>- Entscheidungsunfähigkeit</li> <li>- Unfähigkeit zu klaren Anweisungen</li> </ul> <p>b) der Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verringerte Initiative</li> <li>- Dienst nach Vorschrift</li> <li>- verringerte Produktivität</li> </ul> <p>c) der Kreativität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verringerte Phantasie</li> <li>- verringerte Flexibilität</li> </ul> <p>d) Entdifferenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rigides Schwarzweißdenken</li> <li>- Widerstand gegen Veränderungen aller Art</li> </ul>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eifersucht</li> </ul> <p><b>5. Verflachung</b></p> <p>a) des emotionalen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen</li> <li>- Gleichgültigkeit</li> </ul> <p>b) des sozialen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne</li> <li>- Meidung informeller Kontakte</li> <li>- Suche nach interessanteren Kontakten</li> <li>- Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit</li> <li>- Eigenbröteleien</li> <li>- mit sich selbst beschäftigt sein</li> <li>- Einsamkeit</li> </ul> <p>c) des geistigen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgeben von Hobbys</li> <li>- Desinteresse</li> <li>- Langeweile</li> </ul> <p><b>6. Psychosomatische Reaktionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwächung der Immunreaktion</li> <li>- Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit</li> <li>- Schlafstörungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alpträume</li> <li>- sexuelle Probleme</li> <li>- gerötetes Gesicht</li> <li>- Herzklopfen</li> <li>- Engegefühl in der Brust</li> <li>- Atembeschwerden - beschleunigter Puls</li> <li>- Rückenschmerzen</li> <li>- erhöhter Blutdruck</li> <li>- Muskelverspannung</li> <li>- Kopfschmerzen</li> <li>- nervöse Tics</li> <li>- Verdauungsstörungen</li> <li>- Übelkeit</li> <li>- Magen-Darm-Geschwüre</li> <li>- Gewichtsveränderungen</li> <li>- veränderte Eßgewohnheiten</li> <li>- mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen</li> </ul> <p><b>7. Verzweiflung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- negative Einstellung zum Leben</li> <li>- Hoffnungslosigkeit</li> <li>- Gefühl der Sinnlosigkeit</li> <li>- Selbstmordabsichten</li> <li>- existentielle Verzweiflung</li> </ul>
---	---

Nach Burisch (2006) ist die Auflistung nicht so zu verstehen, dass bei einem Burnout alle Symptome vorhanden sein müssen. Welche Symptome in welcher Reihenfolge auftreten, hängt von individuellen und umweltbedingten Faktoren ab. Durch innere oder äußere Veränderungen kann der Prozess auch zu jedem Zeitpunkt unterbrochen werden.

Symptomlisten sind allein nicht geeignet zur definatorischen Festlegung von Burnout. Sie sind nicht Burnout-spezifisch, die meisten Symptome kommen auch bei anderen unspezifischen Erschöpfungs- und Befindlichkeitserlebnissen (z.B. Stress oder zeitweiliger Überarbeitung) oder Depression vor. Auch Schaufeli & Enzmann (1998, S. 30) kritisieren an dieser Symptomsammlung, u.a. dass die Merkmale ziemlich vage sind. Allerdings kann die Auflistung vermitteln, was mit Burnout gemeint ist, aber sie ist dennoch keine Basis für die Forschung. Als Quintessenz vieler Definitionsvorschläge haben Schaufeli & Enzmann (1998) folgende Arbeitsdefinition vorgeschlagen:

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (Distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht“ (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 36, zit. nach Burisch 2006, S. 19).

Burisch (2006) bezeichnet diese als eine der elaboriertesten und geschliffensten Definitionen. Dennoch gibt es auch hier Vorbehalte; denn das Kernsymptoms der Erschöpfung reicht wohl nicht für eine Diagnose aus. Diese Definition beschränkt sich auf die Arbeit, bzw. Berufssituation und hätte damit keine Gültigkeit z.B. bei ausgebrannten Hausfrauen oder Arbeitslosen.

Die bekannteste Definition ist wohl von Maslach & Jackson (1984); sie definieren Burnout als ein „...Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit, das bei Individuen, die in irgendeiner Weise mit Menschen arbeiten, auftreten kann“ (zit. nach Enzmann & Kleiber 1989, S. 32). Mit dieser Definition entstand das verbreitetste Instrument zur Messung von Burnout, das Maslach Burnout Inventory (MBI). Danach setzt sich

Burnout aus drei unterschiedlichen Komponenten zusammen: Emotionale Erschöpfung (1), Depersonalisierung (2) und subjektiv Reduzierte Leistungsfähigkeit (3).

Emotional Erschöpfte (1) fühlen sich in der Zusammenarbeit mit anderen Menschen gefühlsmäßig überfordert. Sie haben den Eindruck, dass von ihnen mehr Zuwendung verlangt wird, als sie geben können. In der Folge fühlen sie sich durch die berufsbedingten intensiven und einseitigen Kontakte mit ihren Klienten ausgelaugt. Die Depersonalisierung (2) bezeichnet eine harte objektive, nicht-mitfühlende und ablehnende Haltung gegenüber Klienten. Die Betroffenen entwickeln eine negative und zynische Einstellung gegenüber ihren Klienten. Oft entstehen daraus Schuldgefühle; die Betroffenen trauen sich meist nicht darüber zu sprechen und fühlen sich somit isoliert in ihrer Wahrnehmung. Bei der subjektiv Reduzierten Leistungsfähigkeit (3) haben die Betroffenen das Gefühl von abnehmender Kompetenz ihrer eigenen Arbeit. Das Erleben von einer erfolgreichen Bewältigung der Arbeitsaufgaben wird immer seltener. Burnout aus diesen drei Komponenten wird als chronischer Prozess verstanden. Es entwickelt sich eine Abwärtsspirale: mehr Erschöpfung führt zu mehr und mehr negativen Einstellungen Patienten und Arbeit gegenüber, dadurch werden die Arbeitsergebnisse schlechter, das berufliche Selbstvertrauen sackt ab, dadurch erhöht sich die emotionale Erschöpfung – und so geht der Kreislauf weiter. Als Forschungskonsens kommt dieser „Teufelskreischarakter“ zur Entstehung eines Burnouts hinzu.

### **2.3.3 Fazit und offene Fragen**

Die Durchsicht der verschiedenen Arbeiten zum Thema Burnout ergab, dass die Mehrheit der Autoren Burnout als einen Prozess auffassen und es als symptomatisch für helfende Berufe sehen, d.h. wo Interaktionen mit Menschen einen wichtigen Teil der Arbeit ausmachen. Die Beschreibung der Ursachen ist jedoch sehr unterschiedlich und findet keinen Konsens. Dass eine allgemeingültige Definition fehlt, hat zur Folge, dass mit Burnout beinahe alles umschrieben wird, der Begriff unscharf und verwässert ist. Inzwischen ist ein Markt für populäre Burnout-Ratgeber gewachsen, der zeigt wie groß die Bedeutung des Themas Burnout für viele Menschen heute ist.

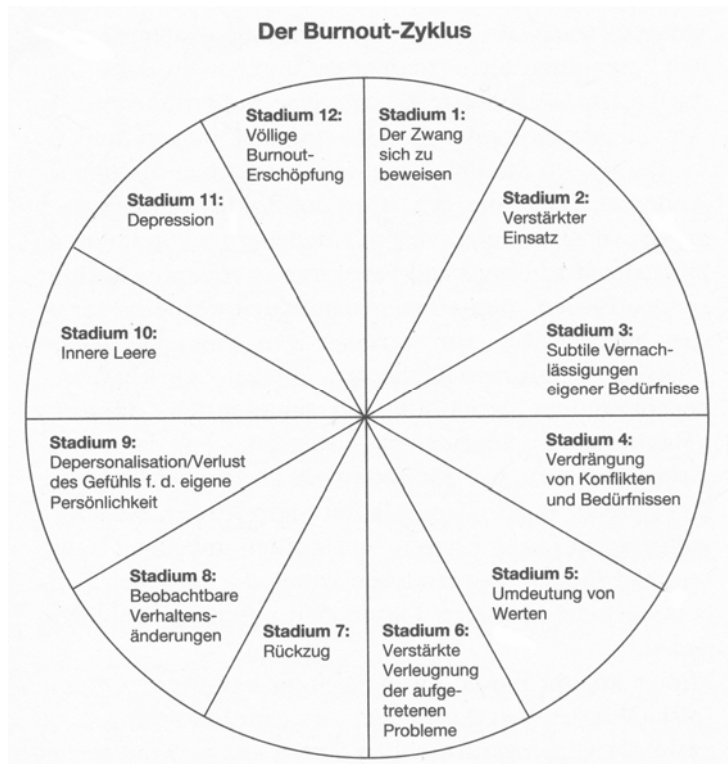
Im Unterschied zu dem Chronic Fatigue Syndrome (CFS), der Depression oder der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Burnout keine Krankheit im Sinne von medizinischen Definitionen. Burnout ist weder in der International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10) (deutsche Fassung) noch in der jüngsten Ausgabe der amerikanischen Fassung des Diagnostic and Statistical Manual Disorder (DSM-IV) (American Psychiatric Association 1994). Im sogenannten ICD-10-Katalog findet sich unter der Überschrift „Faktoren, die den Gesundheitsstatus beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ unter Z-73.0 „Ausgebranntsein, Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung“. Ob Burnout den Gesundheitsstatus tatsächlich beeinflusst, ist noch nicht geklärt. Eine offene Frage ist auch, ab wann eine Person tatsächlich ausgebrannt ist. Die Einteilung von Maslach und Jackson (1986) nach Normwerten (siehe 3.3) bleibt willkürlich, denn inwieweit diese Werte für andere Länder oder Berufsgruppen gelten ist fraglich. Die Bezeichnung Burnout-Syndrom beinhaltet einen Krankheitsbegriff, wenn man Syndrom mit einer typischen Kombination einer Gruppe von ganz bestimmten Krankheitszeichen definiert. Ist Burnout eine Krankheit? Ist Burnout ein berufsbedingtes Phänomen, das nur in der westlichen industrialisierten Welt vorkommt? (siehe 2.7)

## **2.4 Wie entsteht Burnout? - Erklärungsansätze**

In der bisherigen Burnout-Forschung gibt es, ebenso wie bei der Definition, keine einheitliche Theorie über die Entstehung von Burnout. Enzmann & Kleiber (1989) unterteilen die theoretischen Konzepte von Burnout in individuenzentrierte, arbeits- und organisationsbezogene und soziologisch-sozialwissenschaftlich Ansätze. Aus einer Fülle von Ansätzen werden hier diejenigen vorgestellt, die für den Beruf der Krankenpflege wichtig erscheinen.

### 2.4.1 Individuenzentrierte Ansätze

Freudenberger (1974) betont, dass nur engagierte Menschen ausbrennen können, nur solche, die sich einlassen, Ideale haben, Ansprüche an sich selbst stellen. Freudenberger & Richelson (1980) haben Burnout als disease of over-commitment (Krankheit des Überengagements) bezeichnet, eine „Krankheit“, die nur Idealisten erleiden können, Menschen, die sehr zielorientiert sind, hohen Ich-Idealen folgen und mit hohem Engagement diese umsetzen. „Burnout ist ein Zustand der Ermüdung und Frustration, er wird hervorgerufen, wenn sich der Betroffene auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Beziehung einläßt, die den erwartenden Lohn nicht bringt. Menschen, die sich selbst bei dem Versuch zerstören, unter Aufbietung aller Kräfte unrealistische Erwartungen zu verwirklichen, die selbstgesetzt oder vom Wertesystem der Gesellschaft aufgezwungen sind“ (Freudenberger & Richelson 1983). Freudenberger & North (1995) haben einen Burnout-Zyklus, der aus 12 Stadien besteht, entwickelt.



aus: Freudenberger, H., Gail, N.(1995), Burnout bei Frauen, S. 259

Schmidbauer (1977) stellt die psychoanalytische Narzissmstheorie als Ursache für den von ihm geprägten Begriff „Helfer-Syndrom“ dar. Er sieht dafür eine Störung in der narzisstischen Balance, die bei kleinen Kränkungen aus dem Gleichgewicht gerät. Der narzisstisch ausbalanciert lebende Mensch kann sich durch die Verinnerlichung eines positiven Ich-Ideals die Anerkennung selbst geben: „heute habe ich schlecht gearbeitet – aber sonst bin ich doch ganz gut.“ Der narzisstisch nicht-ausbalancierte Mensch muss versuchen, die Anerkennung von außen (durch andere Menschen) zu finden. „Er ist, ohne es zuzugeben, hungrig nach den dankbaren Blicken, den anerkennenden Worten seiner Klienten oder Patienten. Aber sie machen ihn nicht wirklich satt, obwohl sie die einzige narzisstische Nahrung sind, die er aufnehmen kann“ (Schmidbauer, 2002, S. 58). Die Grundbedingung für diese Charakterstruktur sind früh erworbene Einstellungen, dass Schwäche nicht akzeptiert ist und die Identifizierung mit einer Idealmutter oder einen Idealvater Halt gibt. Schmidbauer bezeichnet das „Helfer-Syndrom als völlig harmlos, wenn es durch andere Komponenten der Berufsmotivation ausgeglichen wird. Es führt erst zu schwerwiegenden Nachteilen, wenn ein Ausgleich – z.B. durch spontane Hilfsbereitschaft, die Freude am sozialen Kontakt, das Interesse an anderen Menschen oder das Gefühl von Sicherheit über eine krisensichere Tätigkeit – fehlt. Schmidbauer beschreibt die Entwicklung des Burnouts in mehreren Phasen. In der Anfangsphase steht das Überengagement,



danach kommt die Einbruchphase mit chronischer Müdigkeit, Unlust, Schuldgefühlen und Selbstentwertungen. Die Abbauphase ist gekennzeichnet von Leistungsabbau und Krankheitssymptomen (u.a. Rückenschmerzen, Anfälligkeit für Infektionen, Schlaflosigkeit...). Während die Abbauphase eher selten auftritt, kommt es häufiger zum kompensierten Burnout. Dazu gehören die Berufstätigen, die einen inneren Ausstieg aus dem Beruf verbergen. Sie leisten Dienst nach Vorschrift und verstecken ihr mangelndes Engagement hinter Ausreden.

J. Fengler (1998) fand die Erklärungen von Schmidbauer nicht hinreichend empirisch bewiesen. Er kritisiert die einseitige Sichtweise des „Helfer-Syndroms“. Es erscheint als Stigmatisierung der Helferpersönlichkeit und als etwas „Unseriöses, Neurotisches, Egozentrisches oder Dummes“ (Fengler, 1998, S. 37). Fengler schließt sich insofern Schmidbauers Meinung an, dass eine frühe Weichenstellung hin zum Helferberuf in vielen Fällen nachweisbar ist. Neben den von Schmidbauer beschriebenen Persönlichkeitsmerkmalen der belasteten Helfer macht Fengler auch Arbeitsbedingungen für ein Burnout mitverantwortlich: Personalknappheit, zu viele Patienten/Klienten, fehlende institutionelle Unterstützung und die Unwirksamkeit der Arbeit. Aus diesen Belastungen kann sich nach Fengler langfristig eine Gefährdung ergeben, die auf Dauer die (seelische) Gesundheit gefährdet (Burnout): „Steter Tropfen höhlt den Stein“. „Meist entsteht das Burnout wohl in einer fein abgestimmten Kooperation von Belastungsangebot und Belastungsnachfrage“ (Fengler, 1998, S. 93).

Der Psychoanalytiker Fischer (1983) bezieht sich in seiner Theorie auf eine gestörte narzisstische Persönlichkeitsstruktur. Er unterscheidet zwischen worn-out und burn-out. Als worn-out bezeichnet er das Aufgeben der Ideale sowie eine Verminderung der Arbeitsleistung und des Selbstwertgefühls. Kennzeichnend für das burn-out ist für ihn das Festhalten an hohen Idealen und der Selbstachtung, das Steigern der Arbeitsbemühungen ohne Beachtung der auftretenden Erschöpfung. Die Ursache für dieses gesundheitsschädliche Verhalten, ist der Versuch ein vermindertes Selbstwertgefühl zu stabilisieren über die kontinuierliche (suchtbetonte) Bestätigung der helfenden Tätigkeit. Das überbetonte berufliche Engagement wäre somit ein vergebliches Bemühen, ein narzisstisches Defizit auszugleichen. Nach Fischer verdoppeln Ausgebrannte ihre Anstrengungen, geben nicht ihre Ideale auf oder reduzieren sie, sondern arbeiten noch angestregter, mit den Folgen von erhöhter Anspannung und Erschöpfung. Fischer stützt sich auf Freudbergers Beschreibung vom Ausgebranntsein, wobei er besonders hervorhebt, dass diese Menschen ihre Arbeit idealisieren und ihr eine unverhältnismäßig hohe Bedeutung beimessen, um sie als Bestätigung ihrer eigenen Wichtigkeit zu benutzen.

Edelwich und Brodsky (1984) sehen Burnout „als zunehmenden Verlust an Idealismus und Energie, den die in helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren“ (ebd. S. 12). Als Ergebnis der Fallgeschichten von Betroffenen im Sozialbereich betrachten sie Burnout als einen vierstufigen Prozess der Desillusionierung. Im Anfangsstadium Enthusiasmus wird versucht die idealistische Berufsauffassung umzusetzen. Doch bleiben trotz Überidentifikation mit den Hilfsbedürftigen und durch unbegrenzte Aufopferung die erhofften emotionalen Belohnungen aus. Das zweite Stadium Stagnation tritt ein. Man fühlt sich festgefahren, erste Frustrationen kommen auf, die Arbeit ersetzt einem nicht mehr alles. Das dritte Stadium ist die Frustration. Die Betroffenen zweifeln zunehmend über die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit. Es entstehen Gefühle der Machtlosigkeit und Enttäuschungen über unerfüllte Bedürfnisse. Psychosomatische Krankheiten, Suchtverhalten und Störungen in persönlichen Beziehungen entwickeln sich. Das vierte Stadium (Endstadium) ist die Apathie, hier schützt sich der Helfer vor weiterer Enttäuschung und Frustration durch Zynismus, emotionalen Rückzug und Vermeidung von Patientenkontakten und gibt seine ursprünglichen Ziele auf. Dieser Burnout-Prozess verläuft oft zyklisch, kann sich mehrmals wiederholen und kann durch gezielte individuenbezogene Intervention unterbrochen werden. Als Intervention verstehen Edelwich & Brodsky alles was präventiv oder kurativ gegen Enthusiasmus, Stagnation, Frustration und Apathie unternommen wird.

### **2.4.2 *Arbeits- und organisationsbezogene Ansätze***

Pines, Aronson & Kafry (2000) differenzieren zwischen Überdruß (Life tedium) und Ausbrennen (Burnout). Sie definieren beides als Zustände körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung. Die Symptome sind ähnlich, haben aber andere Ursachen. „Überdruß kann aus jeder chronischen Belastung (geistiger, körperlicher und emotionaler Art) entstehen; das Ausbrennen ist das Resultat andauernder oder wiederholter emotionaler Belastung im Zusammenhang mit langfristigem, intensivem Einsatz für andere Menschen“ (S. 25). Pines, Aronson & Kafry sehen das Ausbrennen als eine schleichende seelische Auszehrung, die vor allem Menschen betrifft, die einmal besonders begeisterungsfähig und idealistisch waren. „Um auszubrennen, muß man erst einmal „gebrannt“ haben. Ein Mensch, der keine solche Anfangsmotivation hatte, kann Streß, Entfremdung, Depression, eine existentielle Krise oder Müdigkeit erfahren, nicht jedoch Burnout“ (Pines 1993 zit. nach Rösing, 2003, S. 109). Drei häufige Ursachen des Ausbrennens werden von Pines, Aronson & Kafry in helfenden Berufen beschrieben. Das sind die emotional belastenden Situationen über längere Zeit, die Streß entstehen lassen. Weitere Streßursachen ergeben sich aus den besonderen Merkmalen der Berufsgruppe „Helfer“. Das Helfen als Beruf wird oft von Personen gewählt, die besonders einfühlungsbegabt sind, die gerne „mit Menschen arbeiten“ wollen. Als eine dritte Ursache wird die klientenzentrierte Orientierung genannt, eine asymmetrische auf den Patienten/Klienten ausgerichtete menschliche Beziehung: die Helfer geben, die Patienten/Klienten empfangen. Allgemein beschreiben Pines et al. Burnout als das Erleben von „Distress, Unzufriedenheit mit Arbeit und Leben, Versagensgefühle und dem Gefühl, es nicht mehr ertragen zu können.“ (zit. nach Enzmann & Kleiber 1989, S. 29). Pines et al. sehen als Ursache für den Burnout-Prozess in erster Linie die Umwelt-/Arbeitsbedingungen und nicht in die Persönlichkeit der Betroffenen.

Nach Maslach & Jackson setzt sich Burnout aus drei unterschiedlichen Komponenten zusammen: Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und subjektiv Reduzierte Leistungsfähigkeit. Die Burnout-Entstehung wird als ein Prozess beschrieben, an deren Anfang die wachsende Emotionale Erschöpfung/Belastung steht. Diese führt dann als Selbstschutz zur Depersonalisierung, wodurch es zu einer weiteren Verschlechterung der Beziehung zum Patienten kommt und damit zu einem Gefühl reduzierter professioneller Leistungsfähigkeit. Golombiewski, Munzenrieder & Stevenson (1986) sehen die Abfolge anders: Erst komme es in Reaktion auf belastende Probleme- und Patientenkontakte zur Depersonalisierung, woraus sich dann die Emotionale Erschöpfung entwickle, dass dann zu dem Gefühl Reduzierter Leistungsfähigkeit führt. Ein drittes Modell stammt von Dierendonck, Schaufeli & Buunk (2001), wonach an erster Stelle das Gefühl reduzierter Leistungsfähigkeit steht, sich dann die Emotionale Erschöpfung entwickelt und daraus dann die Depersonalisierung. In einer Metastudie über die drei beschriebenen Kausalmodelle geht hervor, dass das Modell von Maslach etwas besser bewertet wird als die anderen Modelle (Rösing, 2003).

### **2.4.3 *Soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze***

Der nordamerikanische Professor für Angewandte Psychologie Cary Cherniss (1980) vermutete, dass berufsbezogene Ziele, Werte und Einstellungen für die Entstehung von Burnout wichtiger sind als Persönlichkeitsmerkmale. Auch historische und gesellschaftliche Ursachen sind für ihn wichtige Einflußgrößen für Burnout. Er hat in einem bisher einmaligen Längsschnittprojekt 28 Interviewpartner bis zu sechsmal befragt. Zu den Interviewpartnern gehörten SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, Krankenschwestern, Psycholog(inn)en und Jurist(inn)en. Sie wurden innerhalb von 12 Jahren in ihrer beruflichen Entwicklung begleitet und befragt; so wurde ein umfangreiches Datenmaterial gewonnen mit empiriegestützten Ergebnissen. Die ersten Kontakte fanden kurz nach dem Berufseinstieg statt, die vorläufigen Abschlusskontakte durchschnittlich fünf Monate später. 12 Jahre später konnten fast alle TeilnehmerInnen ein weiteres Mal interviewt werden. Eine kleine Gruppe hatte sich von ihrem frühen Burnout erholt und die alte Zugewandtheit zu den Klienten/Patienten und das alte Engagement für den sozialen Beruf zurückgewonnen. Cherniss hinterfragte in seiner Untersuchung welche Gründe, Ursachen und strukturellen Einflüsse dafür verantwortlich waren.

Cherniss hat aus den Ergebnissen seiner Längsschnittuntersuchung folgendes Burnout-Modell entwickelt (nach Burisch, 2006):

Es besteht aus acht burnoutverursachenden Faktoren der Arbeitsumgebung:

- Qualität des Einführungsprozess,	- Ausmaß bürokratischer Kontrolle,
- Quantitative Arbeitsbelastung,	- Eindeutigkeit der Arbeitsziele,
- Intellektuelle Anregung,	- Führung,
- Einseitigkeit des Klientenkontakts,	- Verhältnis zu Kollegen.

Je nach dem wie eine Person mit diesen belastenden Faktoren umgeht, sie für sich verarbeitet oder integriert, entstehen im ungünstigen Fall Stressquellen (nach Cherniss „schlechte Passung“):

- Zweifel an der eigenen Tüchtigkeit,	- Mangel an Anregung und Erfüllung,
- Probleme mit Klienten,	- Mangel an Kollegialität.
- Bürokratische Hemmnisse,	

Diese Stressquellen sind so burnoutgefährdend, da sie für die Betroffenen ganz unerwartet auftreten. Jetzt werden Bewältigungsanstrengungen (Coping) ausgelöst, die im Idealfall zur Problemlösung führen. Wo dies misslingt oder gar nicht erst versucht wird, kommt es zu Burnout-Symptomen (nach Cherniss „Einstellungsänderungen“):

- Ziele werden niedriger gehängt,	- emotionale Abkoppelung vom Klienten,
- geringere Einschätzung der persönlichen Verantwortung,	- Rückzug von der Arbeit zugunsten privater Interessen
- Idealismus wird durch resignativen Realismus ersetzt,	- die eigenen Bedürfnisse sind mehr im Vordergrund.

Diese Einstellungsänderungen wirken sich wiederum negativ auf den Umgang mit den Stressquellen aus.

#### 2.4.4 Burnout-Modelle

Der Anspruch von Burnout-Modellen ist, Burnout umfassender zu erklären als dies bisher in den beschriebenen Erklärungsansätzen geschehen ist (mit Ausnahme des Modells von Cherniss). Die bisherige Burnout-Forschung hat ergeben, dass Burnout aus mehreren Bedingungen entsteht, die miteinander eng verknüpft sind: Bedingungen des Arbeitsplatzes, die Arbeitseinstellungen, die Persönlichkeitsmerkmale, usw. In diesen Modellen wird Burnout als ein multidimensionaler Prozess angesehen. Die Modelle gehen von unterschiedlichen Erklärungsansätzen aus und die meisten beziehen die Stresstheorien mit ein. An dieser Stelle sind nur einige Modelle aus einer Vielzahl herausgegriffen, die beispielhaft aufgezählt werden. Heifetz & Bersani (1983) entwickelten ein kybernetisches Burnout-Modell, in dem die Selbstentfaltung des Helfers im Mittelpunkt steht und sein Bewältigungsstil zur Problemlösung. Cherniss (1980) entwickelte ein Modell aus burnoutverursachenden Faktoren der Arbeitsumgebung (s.o.). Maslach & Leiter (1995) entwickelten das ursprüngliche Modell von Maslach & Jackson insofern weiter, dass sie zu den drei Komponenten (Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und subjektiv Reduzierte Leistungsfähigkeit) beeinflussende Faktoren ergänzt haben: Arbeitsbelastung, soziale Unterstützung, Autonomie und Partizipation an Entscheidungen, Zusammenarbeit mit Klienten/Patienten, Möglichkeiten und Nutzung des eigenen Potentials und interpersonelle Konflikte und Ärgernisse. Burisch (2006) beschreibt ein „integrierendes Burnout-Modell“, in dem er von einer gestörten Handlungsausführung einer Person ausgeht. Vereinfacht ausgedrückt entsteht daraus Stress 1. Ordnung, der mit einem erfolgreichen Coping gelöst werden kann. Daraus kann eine Erholung oder sogar evtl. eine erhöhte Handlungs- und Coping-Kompetenz entstehen. Bei erfolglosem Coping entsteht Stress 2. Ordnung mit einer bleibenden Beunruhigung und möglichen Auswirkungen auf weitere Handlungsausführungen. Ersatzbefriedigungen durch Alkohol oder Drogen sind möglich, evtl. kann ein Burnout-Prozess beginnen.

## **2.5 Burnout und Krankenpflege**

### **2.5.1 Untersuchungen zu Burnout in der Krankenpflege**

Die Recherche hat viele publizierte Untersuchungen und einige Untersuchungen aus der „Grauen Literatur“ ergeben. An dieser Stelle sind die wichtigsten, bzw. fundiertesten herausgegriffen, die sich hauptsächlich auf die Berufsgruppe der Krankenpflege beziehen. In Deutschland führten Büssing & Perrar erstmals 1989 mit dem MBI eine Untersuchung ausschließlich an Krankenpflegepersonen durch. Büssing & Glaser begannen 1995 eine Längsschnittuntersuchung zum Thema „psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege“, die sie 2000 fertigstellten. C. Killmer untersuchte 1999 in ihrer Arbeit „Burnout bei Krankenschwestern“, Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen, beruflichen Kontrollbestrebungen und dem Burnout-Phänomen. Eine neuere Untersuchung kommt von B. Schmidt 2004 über Burnout in der Pflege. In Österreich gibt es eine Studie von V. Rinner (1998) zu „Burnout und Stressverarbeitung in einem Südtiroler Landeskrankenhaus“, in der sie die Zusammenhänge zwischen Burnout, Stress und Coping untersucht. Eine weitere Studie von B. Terler (Graz 1995), beschreibt das Burnout-Syndrom am Beispiel eines typischen Frauenberufes „Krankenschwester“. In der Schweiz haben Aries & Zuppiger (1992) eine Studie zur Arbeitssituation und zu den psychischen Belastungen des Pflegepersonals vorgelegt und 1998 eine Längsschnittuntersuchung über Burnout beim Pflegepersonal. Von B. Reutlinger erschien 1998 eine Studie zur Beurteilung der Arbeitssituation aus Sicht der Pflegenden an einem schweizerischen Krankenhaus. Knipfer, G. und Müller, L. (1994) untersuchten mit einem qualitativen Forschungsansatz eine kleine Gruppe von BerufsausteigerInnen. In problemzentrierten Interviews befragten sie ihre GesprächspartnerInnen nach Gründen und Motiven für ihren Berufsausstieg. Die europäische Kommission hat 2002 zum Berufsausstieg bei Pflegepersonal ein umfangreiches wissenschaftliches Projekt in 10 Ländern beauftragt, das 2005 fertiggestellt wurde. Ein Teil des Projekts beschäftigte sich mit der Burnout-Situation in den verschiedenen Ländern.

Aus den Studien gehen (gemäß den Forschungsergebnissen) bestimmte Faktoren hervor, die mehrheitlich für das Entstehen von Burnout beim Krankenpflegepersonal als entscheidend mitangesehen werden können. Dies sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und belastende Arbeitsbedingungen, die im Folgenden näher beschrieben werden.

### **2.5.2 Persönlichkeitsmerkmale und Burnout**

Außer den demografischen Variablen wie Alter, Geschlecht oder Berufserfahrung können psychische Eigenschaften auch als Persönlichkeitsmerkmal aufgefasst werden. Dazu gehören u.a. nach Kobasa (1982) „Hardiness“ (Widerstandskraft), Antonovskys (1997) Kohärenzgefühl und das Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura (1977) (self-efficacy). In der Forschung ist man der Frage nachgegangen, ob es von ihrer Persönlichkeitsstruktur eher burnout-anfällige bzw. burnout-resistente Menschen gibt. Als deutliches Ergebnis wurde festgestellt, dass eine relativ hohe positive Korrelation zwischen Burnout (vor allem der Komponente Emotionale Erschöpfung) und einer „neurotischen“ Grundstruktur (Ängstlichkeit, mangelnde Selbstachtung, Neigung zu Sorgen und Depression, Schuldanfälligkeit) vorhanden ist. Eine relativ hohe negative Korrelation gibt es zwischen allen drei Komponenten von Burnout und Selbstvertrauen. (vgl. Rösing, 2003 und Burisch 2006). Die Persönlichkeitseigenschaft „Hardiness“ (Kobasa, 1982) korreliert eher durchgängig negativ mit Burnout. „Hardiness“ ist gekennzeichnet durch eine engagierte Grundhaltung im Leben, ein Gefühl, die Dinge im Griff zu haben und eine große Offenheit gegenüber Änderungen. Häufig untersucht ist auch der Bewältigungsstil (coping) im Umgang mit Belastungen und Burnout. Ein aktiver, konfrontierender Stil korreliert eher negativ mit Burnout und ein passiver, meidender Stil korreliert eher positiv mit Burnout (Enzmann 1996). Als erfolgreichster Bewältigungsstil ist nach Enzmann die Fähigkeit, je nach Situation flexibel zu reagieren. Allerdings scheint der Bewältigungsstil auch von situativen Faktoren wie Selbstvertrauen und den wahrgenommenen Ressourcen abhängig zu sein. Ein weiteres Merkmal sind die sogenannten Kontrollüberzeugungen. Es gibt umfangreiches Belegmaterial darüber, dass Menschen, die Erfolge und Misserfolge sich selbst zuschreiben eine höhere

Stresstoleranz besitzen als Menschen, die ihr Schicksal von äußeren Kräften oder dem Zufall bestimmt sehen (Burisch, 2006). Zu der Neigung zu hochgesteckten Zielen und Idealismus gibt es unterschiedliche Meinungen, so schützt nach Enzmann & Kleiber ein großer Idealismus vor Burnout, andere wie Pines, Aronson & Kafry sehen in dem hohen Anfangsidealismus das Burnout begründet. Die spezielle Persönlichkeitsstruktur des „Helfersyndroms“ (s. o.) macht nach Schmidbauer anfällig für Burnout.

Bei den demografischen Variablen sind das Alter, Geschlecht und Berufserfahrung untersucht worden. Ältere Arbeitnehmer haben eher weniger Burnout als jüngere (Rösing, 2003). Die Dauer der Berufserfahrung korreliert eher negativ mit Burnout. Da die Ergebnisse nicht aus Längsschnittstudien kommen, ist es möglich, dass die berufserfahrenen älteren Menschen, die am meisten von Burnout betroffen sind, möglicherweise bereits ausgestiegen sind. Beim Geschlecht gibt es sowohl Studien, wonach Frauen burnout-anfälliger sind, als auch solche, in denen Männer sich als burnout-anfälliger erwiesen. Bei der Betrachtung der einzelnen Komponenten gibt es eine größere Ausprägung der Emotionalen Erschöpfung bei den Frauen. Bei den Männern finden sich höhere Werte bei der Depersonalisierung (Rösing, 2003). Hier kann eine Interpretation mit der typischen Rollenverteilung in unserer Gesellschaft zusammenhängen.

### **2.5.3 Arbeitsbedingungen und Burnout**

In einer Zusammenfassung von fast 200 Studien kommt Schaufeli (1990) zu dem Ergebnis, dass Merkmale der Arbeitssituation deutlicher mit Burnout zusammenhängen als biografische Persönlichkeitsmerkmale. Die Ergebnisse von Baumann & Zell (1992) weisen daraufhin, dass unzureichende Personalbesetzung, die Übernahme pflegereferender Aufgaben und das damit verbundene hohe Arbeitstempo Wohlbefinden und Gesundheit der Arbeitenden in besonderem Maße beeinträchtigen. Zeitdruck als wichtigster Belastungsfaktor identifizieren ebenfalls Güntert, Orendi & Weyermann (1991) sowie Schlüter (1992). Wobei aus Schlüters Sicht der belastende Aspekt vorrangig in der von Pflegekräften erlebten Diskrepanz zwischen dem Pflegeanspruch und der tatsächlich ausgeführten und oft als unzureichend empfundenen Versorgung der Patienten besteht. Als besonders belastende pflegerische Aufgabe ist die Versorgung von sterbenden Patienten (Widmer 1988, Schlüter 1992, Lukesch & Bauer 1991). Auch für routinierte und erfahrene Pflegekräfte handelt es sich hier um eine Extremsituation, die auch mit zunehmender Berufserfahrung belastend bleibt. Als bedeutsamen Belastungsfaktor bezeichnet Schlüter (1992) den Umgang mit „schwierigen“ Patienten. Darunter sind vor allem Patienten zu verstehen, die eine feindselige, anspruchsvolle Haltung gegenüber dem Pflegepersonal einnehmen und ihren eigenen Gesundungsprozess durch Mißachtung von Verhaltensempfehlungen etc. behindern.

Ein weiterer wichtiger Einflußfaktor auf Burnout ist der Mangel an Autonomie bei der Arbeit. Die Mitbestimmung bei übergeordneten Entscheidungen (Handlungsspielraum) ist beim Krankenpflegepersonal sehr eingeschränkt, im Gegensatz zu den Ärzten. Nach Schaufeli (1990) korreliert der Mangel an Autonomie besonders hoch mit Burnout. Helfende Berufe sind besonders betroffen durch mangelndes Feedback in Bezug auf ihre Arbeitsergebnisse. Sie bekommen eher selten eine Rückmeldung von Patienten, Kollegen oder Vorgesetzten (Cherniss). Die Beziehung Arzt-Pflegepersonal ist bisher nicht hinreichend untersucht worden. Die konstruktive Zusammenarbeit scheint aber bei vielen Pflegekräften eine wichtige Rolle für ihre Berufszufriedenheit zu spielen, ebenso wie ein gutes kollegiales Verhältnis im Team des Pflegepersonals untereinander. Die soziale Unterstützung durch das Team bzw. einzelner Kollegen wird als hilfreich empfunden und wirkt als Puffereffekt gegen Stress und damit burnout-reduzierend. Fehlt die soziale Unterstützung durch das Team wird dies als burnout-fördernd angesehen (Aries & Zuppiger, 1995). Belastung durch negative Merkmale in der Patientenbeziehung sind nach Enzmann & Kleiber z.B. „gegen den Willen der Patienten in ihr Leben eingreifen müssen, oder „Behinderung in der Arbeit durch gesetzliche- und Verwaltungsrichtlinien“. Aus der Untersuchung von Knipfer und Müller (1994) geht hervor, dass der Schichtdienst als belastend und als extrem belastend der Nachtdienst empfunden wird. Allein schon durch die nächtliche Arbeitszeit werden psychische und physische Beeinträchtigungen erlebt. Hinzu

kommt, dass alle Patienten in der Regel von nur einer Pflegekraft betreut werden, so dass sämtliche anfallende Arbeiten allein bewältigt werden müssen. In Notfallsituationen ist diese zunächst auf sich allein gestellt und muss u.a. entscheiden, ob und wann der Arzt verständigt wird. Unterbrechungen der Arbeitsabläufe (Telefon, ärztliche Anordnungen) sind sehr stark empfundene Arbeitsbelastungen (Büssing, 1995), ebenso wie bauliche Mängel, lange Wege und Wartezeiten vor Aufzügen. Diese Belastungsfaktoren korrelieren hoch mit Stresserleben und Burnout. Enzmann (1996) zeigt, dass klassische arbeitsbezogene Stressoren wie Zeitdruck oder Rollenkonflikte überwiegend positiv mit Burnout korrelieren als patientenbezogene Stressoren. Als besonders stresshaft nach Enzmann (1996) bezeichneten alle Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in erster Linie die ungenügende Personalausstattung und Kollegen, die ungenügend qualifiziert sind.

## **2.6 Stand der Burnout-Forschung und neue Ansätze**

Seit Beginn der Verwissenschaftlichung des Burnout-Begriffs ist eine Fülle von Arbeiten dazu entstanden. 91% wählten für ihre Befragung das MBI (Rösing 2003). Qualitative Studien, die über mehrere Jahre gingen, sind selten. Rösing (2003) und Burisch (2006) kritisieren, dass zwar viele wissenschaftliche Arbeiten zu dem Thema entstanden sind, aber bis heute noch die elementarsten Fragen offen geblieben sind. Es gibt keinen einheitlichen Konsens zu den Erklärungsansätzen zur Entstehung von Burnout und keine einheitliche Definition. Auch Schaufeli und Enzmann (1998, S. 190) kritisieren: „Im Verhältnis zum gewaltigen Umfang der empirischen Studien (mehr als 500) ist unser Erkenntnisstand über Ursachen und Folgen von Burnout und über die zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen ziemlich dürftig“. Als positiv wird in der Burnout-Forschung hervorgehoben, dass Burnout als ein soziales Problem erkannt wurde und sich als Thema der Forschung fest etabliert habe und Burnout zunehmend in weitere begriffliche und theoretische Konzepte der Psychologie eingeordnet werde.

Die Burnout-Forschung ist auch heute noch tendenziell individuell-pathogen ausgerichtet, trotz der Forschungsbeiträge, die als Entstehungsbedingungen das Arbeitsfeld beschreiben. Offen bleiben Fragen nach kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. Es könnten auch neue Messinstrumente für Burnout entwickelt werden (empfiehlt Burisch 2006), die von qualitativen, tiefenpsychologischen Studien ausgehen. Oder es könnten neue theoretische Konzepte entstehen, die bisherige Ergebnisse integrieren und neue sinnvolle Forschungsleitlinien aufzeigen. Als Gegen Tendenz zur individuell-pathogenen Ausrichtung („Burnout hat etwas mit Schwäche zu tun“) der Burnout-Forschung sieht Rösing (2003) die Meta-Ressourcen: self-efficacy (Bandura), hardiness (Kobasa) und sense of coherence (Antonovsky). Diese Meta-Ressourcen können als Coping-Strategien in schwersten Belastungssituationen hilfreich sein, ebenso wie Humor, Optimismus und Spiritualität. Weiterführende Untersuchungen zu diesen Ressourcen in Zusammenhang mit den Burnout-Werten sind bereits beschrieben worden (Rösing 2003). Rösings derzeitiger Forschungsschwerpunkt ist der Vergleich von Belastungssyndromen in drei Kulturen. Sie vergleicht die Konzepte von Seelenverlust in den Anden und im Himalaya mit westlichen Konzepten wie Burnout, posttraumatischer Belastungsstörung, Chronic Fatigue Syndrome und Anomie-Erscheinungen in der Postmoderne. Das Gesamtprojekt soll ein Beitrag zum Verständnis der Konzepte Gesundheit, Krankheit und Heilung in den verschiedenen Kulturen sein.

Burisch wendete sich erstmals 1990 mit seinem Projekt DOBUSY (Delineation of the Burnout Syndrom) an Kliniker, die in ihrer Arbeit die Diagnose „Burnout“ verwenden. Das Projekt schlug vor, mit Fallgeschichten von ausgebrannten und Burnout-resistenten Menschen den Kern von Burnout zu untersuchen, sozusagen wieder an der Basis anzufangen. Leider ist das Projekt mangels Interesse 1990 gescheitert. Jetzt 2006 versucht Burisch es zu beleben, ein Netzwerk zu gründen, das standardisierte Daten erhebt mit dem Ziel eine Fragestellung zu lösen: „Was löst bei wem ab welcher Dosis einen Burnout-Prozess aus?“

## 2.7 Forschungsfragen

In der vorliegenden Untersuchung wird die Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal anhand der drei Burnout-Komponenten (nach der Definition von Maslach), Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und subjektiv Reduzierte Leistungsfähigkeit (nach Büssing & Perrar Persönliche Erfüllung genannt) ermittelt. Die Komponenten werden einzeln erfasst und dargestellt. Aus den dargestellten Forschungsergebnissen kann angenommen werden, dass vor allem Zeitdruck und Unterbrechungen der Arbeitsabläufe typische arbeitsbezogene Stressoren sind, die zur Entstehung von Burnout beitragen. Daher werden belastende Arbeitsbedingungen erfragt, um eine mögliche Korrelation mit den Komponenten von Burnout festzustellen. Weitere Fragestellungen sind interessant zu möglichen Zusammenhängen zwischen Burnout und demografischen Variablen oder hilfreichen Unterstützungsmöglichkeiten. Die Zusammenhänge zwischen den psychischen Eigenschaften und Burnout darzustellen, würde das Ausmaß dieser Untersuchung übersteigen.

Hauptfrage:

In welcher Ausprägung erlebt Krankenpflegepersonal die verschiedenen Komponenten von Burnout (nach der Definition von Maslach), Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Persönliche Erfüllung?

Nebenfragen:

Gibt es einen Unterschied in den drei Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von:

- Alter und Berufszeit?
- belastenden Arbeitssituationen?
- hilfreichen Unterstützungsmöglichkeiten?
- dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand
- vollzeit- und teilzeitbeschäftigtem Krankenpflegepersonal?

## 3. METHODIK

### 3.1 Forschungsdesign

Die Untersuchung wurde als schriftliche Befragung von Gesundheits- und Krankenpfleger/n/Innen an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in einem Ort mit ca. 9500 Einwohnern in Südbayern durchgeführt. Das Krankenhaus verfügte während der Befragung über 160 Betten. Die Entscheidung einer schriftlichen Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens bot sich an, weil sie relativ zügig und kostengünstig durchzuführen ist. Auch können so relativ viele Personen in die Befragung einbezogen werden, damit ein hoher Grad der Standardisierung gewährleistet ist. Daher fiel die Auswahl des Meßinstrumentes auch auf das am meisten benutzte, das Maslach-Burnout-Inventory (MBI). Die aufwändigere, aber auch interessantere Längsschnittstudie kam als Methode aus zeitlichen Gründen nicht in Betracht.

Neben der Ausprägung von Burnout sollten auch besondere belastende Arbeitssituationen mit erfasst werden, um ihren Zusammenhang mit Burnout zu zeigen, ebenso auch die empfundenen hilfreichen Unterstützungsmöglichkeiten. Die demografischen Variablen wie Alter, Teilzeit-, Vollzeitbeschäftigung und Berufsdauer sind wichtig, um auf einen möglichen Zusammenhang mit Burnout hinzuweisen. Die Frage nach den selbsteingeschätzten Fehlzeiten und dem Gesundheitszustand kann auf einen möglichen Zusammenhang zwischen hochgradigem Burnout und subjektiv erlebten Krankheitsempfinden/Krankheitsausfall hinweisen.

Der Fragebogen setzt sich aus dem allgemeinen Frageteil mit den demografischen Variablen, den oben genannten sechs Zusatzfragen und dem speziellen Frageteil MBI-D<sup>©</sup> mit 21 Fragen zusammen. Für diese Untersuchung wurde die überarbeitete deutsche Fassung des MBI-D<sup>©</sup> von Büssing & Perrar mit freundlicher Genehmigung von Hr. PD Dr. Jürgen Glaser von der Technischen Universität München, Lehrstuhl für Psychologie, eingesetzt. Um die Akzeptanz des Fragebogens bei den Befragten zu

erhöhen, wurde auf die Erfassung des MBI General Survey (MBI-GS) verzichtet. Dies ist vertretbar, da die Erfassung des MBI-GS mit zusätzlichen 11 Fragen auf Berufe aller Art ausgerichtet ist, also vorwiegend für Berufe, die sich weniger oder gar nicht an Menschen orientieren. In diesem General-Survey-Instrument werden die Einstellungen gegenüber der Arbeit gemessen (nicht gegenüber den Menschen). Die entsprechende Komponente heißt „Zynismus“ (statt Depersonalisation), die eine negative und distanzierte Einstellung zur Arbeit bezeichnet. Der Einsatz des MBI-GS erscheint daher für die geplante Untersuchung nicht relevant. Die Zeitspanne zum Ausfüllen des Fragebogens lag bei 10 – 15 Minuten. Dies erscheint in Anbetracht der Arbeitsbelastung des Krankenpflegepersonals als gerade noch vertretbar.

### **3.2 Durchführung der Untersuchung**

Der Fragebogen wurde der Krankenhausleitung und der Mitarbeitervertretung vorgelegt. Beide genehmigten die Befragung, nachdem vollkommene Wahrung der Anonymität zugesichert worden war. Vier von acht Mitgliedern der Mitarbeitervertretung sind Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die sich um die Wahrung der Anonymität sorgten. Nach erfolgter Genehmigung wurde das gesamte Krankenpflegepersonal über die Befragung und den Sinn und Zweck in einzelnen Stationsbesprechungen informiert. Diese ausführliche Information vorab sollte möglichst viel Krankenpflegepersonal erreichen und zu einer Motivation und Akzeptanz beitragen. Zeitnah wurden dann im November 2005 an alle Abteilungen im Krankenhaus 111 Fragebögen verteilt. Die Anzahl wurde nach dem tatsächlichen Krankenpflegepersonal von ca. 120 Voll- und Teilzeitbeschäftigten berechnet. Der Fragebogen sollte spätestens am 11. Dezember 2005 zurückgegeben werden, diese Frist war auf jedem Fragebogen vermerkt. Der Hauptrücklauf war im Dezember abgeschlossen, 6 ausgefüllte Fragebögen kamen noch im Januar 2006 nach, die auch noch mit in die Auswertung einbezogen wurden. Die Rücklaufquote lag somit bei 46%. An der Untersuchung nahmen 51 Krankenpflegepersonen teil, diese teilten sich in 46 Frauen und 5 Männer auf. Das durchschnittliche Alter war 37 Jahre (von 20 – 55 Jahre), die durchschnittliche Berufszeit lag bei 13,7 Jahren (0,5 – 35 Jahre). 68,6% waren mit 38,5 Wochenstunden und 31,6% mit durchschnittlich 22 Wochenstunden beschäftigt.

### **3.3 Forschungsinstrument: das Maslach Burnout Inventory und MBI-D<sup>©</sup>**

Das ursprüngliche Maslach Burnout Inventory wurde von Maslach & Jackson (1986) entwickelt, um die Häufigkeit und Intensität von wahrgenommenem Burnout unter helfenden Berufen zu messen. Nach Maslach & Jackson setzt sich Burnout aus den Komponenten Emotionale Erschöpfung, subjektiv Reduzierte Leistungsfähigkeit und Depersonalisation zusammen. Mit entsprechend drei Skalen misst das Instrument über 22 Items je nach Häufigkeits- und Intensitätswert diese drei Komponenten. In vielen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Häufigkeits- und Intensitätsskala hoch korrelieren. Es wird deshalb vorgeschlagen, Burnout nur mit der Häufigkeitsskala zu messen (Enzmann & Kleiber 1989). In der vorliegenden Untersuchung wird deshalb für das Maslach Burnout Inventory nur die Häufigkeit erfragt. Das MBI kann bezüglich seiner Gütekriterien als gut abgesichert gelten (Maslach & Jackson (1986). Es handelt sich um ein valides Instrument, mit dem eine differenzierte mehrdimensionale Erfassung von Burnout als eigenständiges Konstrukt möglich ist und kann „wegen seines unmittelbaren Bezugs zur Arbeitstätigkeit als das beste Instrument angesehen werden“ (Enzmann & Kleiber 1989), mit dem Burnout meßbar ist. Neuere Untersuchungen zeigen, dass das MBI Schwachstellen in der Validität und der Faktorenanalyse aufweist (Burisch 2006, Rook 1998). Viele Beiträge im Bereich der Burnout-Forschung befassen sich mit der Verfeinerung, der Validität oder umgestellten Faktorenstrukturen für das MBI (Rösing 2003). Die dritte Auflage des Manuals (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) heißt jetzt MBI Human Services Survey (MBI-HSS). Dieses liegt auf deutsch in mindestens vier Übersetzungen vor (vgl. Burisch 2006), eine von Büssing & Perrar (1992), eine von Enzmann & Kleiber (1989), eine von Geldern und Schenke (zit. in Fengler 1996), sowie eine von Burisch. Die Version von Büssing & Perrar trägt als einzige das Siegel der Autorisierung von C. Maslach.



Für die vorliegende Untersuchung wurde die deutsche revidierte Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D<sup>©</sup>) nach Büssing & Perrar gewählt. Die erste deutsche Fassung des MBI-D wurde 1992 hinsichtlich ihrer Itemkennwerte, Faktorenstruktur, Zuverlässigkeit der internen Konsistenz und der Gültigkeit des Konstrukts überprüft. Es zeigten sich Defizite in bezug auf die Faktorenstruktur und der internen Konsistenz, vergleichbar mit den Problemen aus Untersuchungen des englischsprachigen MBI's (Büssing & Perrar 1992). Das bisher noch nicht veröffentlichte MBI-D<sup>©</sup> von Büssing & Perrar ist derzeit das aktuellste deutschsprachige Messinstrument, daher wurde es für die vorliegende Untersuchung eingesetzt. Das MBI-D<sup>©</sup> lehnt sich eng an die von Maslach & Jackson vorgegebenen Item-Inhalte sowie an ihre Skalierung an und erfasst die Komponenten (nach dem ursprünglichen MBI-Konstrukt) Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Persönliche Erfüllung. Für eine realitätsnahe Fragestellung im Pflegebereich wurde der spezifische Begriff „Patient“ verwandt. Das theoretische Grundkonzept und die Iteminhalte wurden auch in die deutschsprachige Fassung des MBI-D<sup>©</sup> übernommen:

- die Items werden als Aussagen formuliert, zu denen die Befragten den Grad ihrer Zustimmung angeben können,
- aus dem Grad der Zustimmung der Befragten zu den einzelnen Items werden Gesamtwerte für die Burnout-Skalen gebildet,
- das testtheoretische Konstruktionsprinzip orientiert sich an den Richtlinien der klassischen Testtheorie.

Eine Abweichung vom englischsprachigen Original gibt es in der Antwortskalierung. Im MBI-D<sup>©</sup> werden sechsstufige Antwortskalen eingesetzt. Es wird gefragt: Wie oft haben Sie das Gefühl? Die sechsstufige Antwortskala sieht folgende Antworten vor: 1=„nie“, „sehr selten“, „eher selten“, „manchmal“, „eher oft“ und 6=„sehr oft“. Die Befragten sollen eine Aussage zu der Häufigkeit ihrer Gefühle machen, die sich auf die Arbeit beziehen. Falls das angesprochene Gefühl nie auftritt, so ist anzukreuzen „dieses Gefühl tritt nie auf“. Falls das angesprochene Gefühl bei den Befragten auftritt, ist anzugeben, wie häufig das Gefühl bei ihnen auftritt.

Die 21 Items des Fragebogens MBI-D<sup>©</sup> teilen sich in folgende Subskalen auf:

Emotionale Erschöpfung: Item 5, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 20, 21

Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.

Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.

Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.

Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft.

Den ganzen Tag mit meinen Patienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.

Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.

Der direkte Kontakt mit meinen Patienten belastet mich zu stark.

Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann.

Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite.

Depersonalisation: Item 1, 6, 9, 15, 17

Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet.

Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Patienten wird.

Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit den Patienten geworden.

Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe.

Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandelt habe, als wären sie unpersönliche Objekte.

Persönliche Erfüllung: Item 2, 3, 4, 8, 12, 13, 16

Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Patienten positiv beeinflusse.

Ich fühle mich sehr tatkräftig.

Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.

Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzuversetzen.

Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.

Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen meiner Patienten um.

Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.

Aus den angegebenen Antworten (Ratingskala 1= „nie“ bis 6= „sehr oft“) werden die Mittelwerte der drei Burnout-Dimensionen ermittelt. Die statistischen Auswertungen wurden in Form von Mittelwertsvergleichen mittels einfaktorieller Varianzanalysen durchgeführt.

#### Der Grad des Burnout:

Die Autoren des MBI's haben in ihrem ursprünglichen Test-Manual von 1981 von der Bildung eines Gesamtwertes durch Zusammenfassung der drei Subskalen nach einer bestimmten Formel empfohlen. In der überarbeiteten Fassung des MBI's von 1986 empfehlen Maslach & Jackson die getrennte Betrachtung der drei Subskalen. Durch Summenbildung wird für jede der drei Skalen ein Wert erzielt, wobei die Skala der Persönlichen Erfüllung umgekehrt zu rechnen ist. Anschließend wurden die erhaltenen Werte anhand einer Normierungsstichprobe (Maslach & Jackson, 1986), die aus insgesamt 11.067 Personen verschiedener Berufsgruppen bestand, in niedrig, mittel und hoch vom Burnout betroffen eingestuft. Nach Maslach & Jackson kann vom Vollbild eines Burnout gesprochen werden, wenn sich die Ausprägungen aller drei Komponenten in der Kategorie hoch befinden. Es ist nicht möglich, einen Gesamt-Burnout-Wert aus den drei Komponenten zu errechnen. Das MBI ist nicht als Instrument zur Diagnostizierung des Burnouts einzusetzen, weil es weltweit noch keine klinisch validen Kriterien zur Feststellung der Schnittstellen für leichte, mittlere und hohe Ausprägungen der Burnout-Komponenten gibt (Enzmann & Kleiber 1989, Schaufeli & Van Dierendonck 1995). Als Vergleichswerte dienen „Normwerte“, aus der o. g. Normierungsstichprobe, die für deutsche Verhältnisse bisher noch nicht errechnet wurden. Niederländische Normwerte für Dienstleistungsberufe wurden von Schaufeli & Van Dierendonck (1995) ermittelt. Für die vorliegende Untersuchung können diese Normwerte keine Anwendung finden.

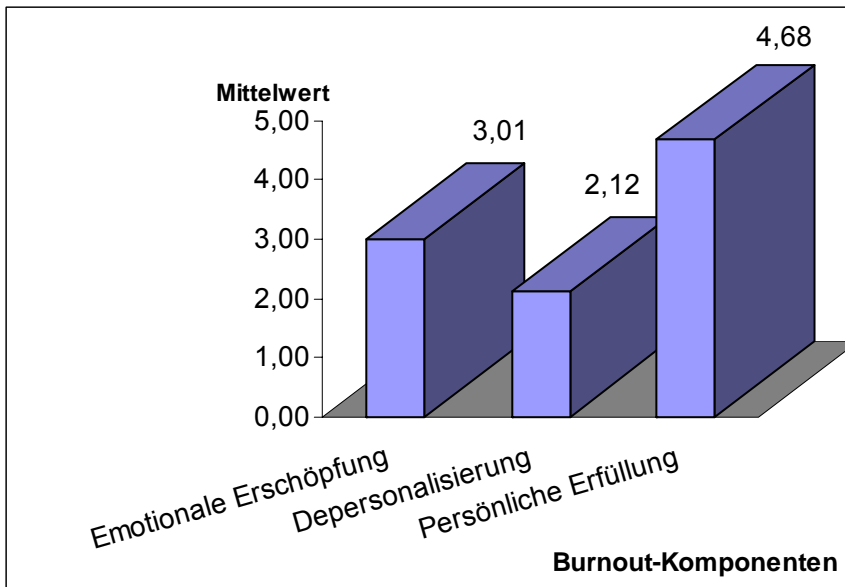
Eine an externen Kriterien validierte Norm, ab welchem Score ein Mensch Burnout haben soll, gibt es bisher für keine vorliegende englische, deutsche oder anderssprachige MBI-Fassung (Rösing 2003). Die MBI-Testautoren Maslach & Jackson (1986) sehen Burnout nicht als eine feststehende Größe an, die vorhanden ist oder nicht, sondern sie verstehen Burnout als ein Kontinuum, dass sich zwischen niedrigen, mittleren und hohen Ausprägungsgraden bewegen kann.

## **4. ERGEBNISSE**

### **4.1 Burnout – Verteilung und Ausprägung**

#### Ausprägung der Burnout-Komponenten

Bei den Mittelwerten zeigten sich sehr signifikante Unterschiede zwischen allen drei Burnout-Komponenten. Die Komponente Emotionale Erschöpfung unterscheidet sich signifikant von der Depersonalisierung ( $t_{50} = 6.204$ ;  $p < .001$ ) und der Persönlichen Erfüllung ( $t_{50} = -11.228$ ;  $p < .001$ ). Die Komponente Depersonalisierung unterscheidet sich signifikant von der Persönlichen Erfüllung ( $t_{50} = -15.888$ ;  $p < .001$ ). Die Mittelwerte zeigen, dass weder Emotionale Erschöpfung noch Depersonalisierung besonders stark ausgeprägt sind. Eine Mehrheit der Befragten erlebt Gefühle der Emotionalen Erschöpfung „sehr selten“, „eher selten“ oder „manchmal“ und Depersonalisierung „nie“, „sehr selten“ oder „eher selten“. Gefühle persönlicher Erfüllung werden relativ häufig erlebt. Hier gab eine Mehrzahl der Befragten an, derartige Gefühle „manchmal“ bis „eher oft“ zu empfinden. Die Werte für die Persönliche Erfüllung sind, wie oben bereits angesprochen, im Hinblick auf Burnout umgekehrt zu interpretieren. Die vorgefundenen hohen Werte in diesem Bereich sprechen also eher für eine geringe Ausprägung des Burnouts.



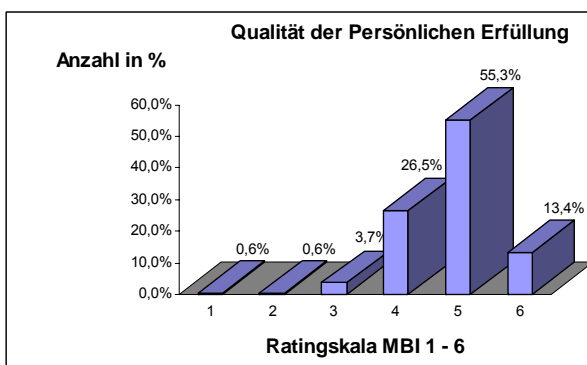
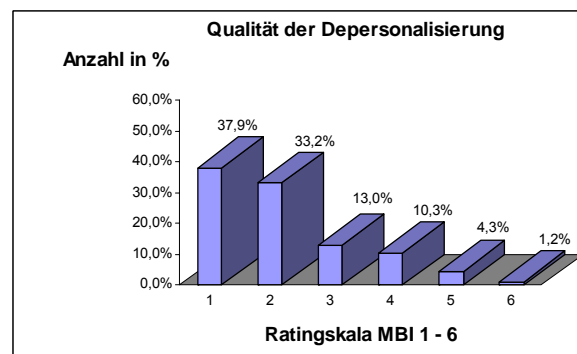
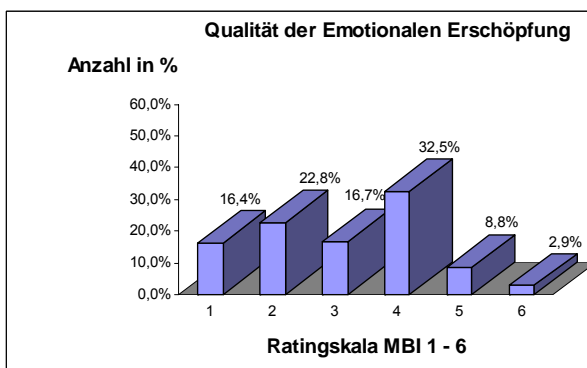
**Abbildung 1: Ausprägung der Burnout-Komponenten**

Korrelationen der Burnout-Komponenten

Die Komponente Emotionale Erschöpfung ist mit der Depersonalisierung signifikant korreliert ( $r = .354$ ,  $p = .011$ ). Bei einer höheren Emotionalen Erschöpfung wurde auch eine höhere Ausprägung der Depersonalisierung angegeben.

Häufigkeitsverteilung (relative Anteile) der Gefühle an den Burnout-Komponenten

Bei der Emotionalen Erschöpfung zeigen die Ergebnisse, dass 55% des Krankenpflegepersonals sich „nie“, bis „eher selten“ erschöpft fühlen und 45% fühlen sich „manchmal“ bis „sehr oft“ erschöpft. Zur Depersonalisierung: 84% haben „nie“ bis „eher selten“ negative Gefühle gegenüber den Patienten und nur 16% haben diese Gefühle „manchmal“ bis „sehr oft“. Persönliche Erfüllung: 95% erleben Gefühle zur persönlichen Erfüllung „sehr oft“ bis „manchmal“ und nur 5% geben an diese Gefühle „nie“ bis „eher selten“ zu erleben.



Legende: Ratingskala MBI 1 – 6:

- 1= „nie“
- 2= „sehr selten“
- 3= „eher selten“
- 4= „manchmal“
- 5= „eher oft“
- 6= „sehr oft“

**Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung (relative Anteile) der Gefühle zu den Burnout-Komponenten**

## 4.2 Burnout und demografische Variablen

### Alter

Die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen befanden sich altersmäßig zwischen 20 und 55 Jahren. Die Altersverteilung wurde aus statistischen Gründen so gewählt, damit ungefähr gleich große Gruppen entstehen und setzt sich folgendermaßen zusammen: Gruppe 1 (unter 30 Jahre) waren 33% der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gruppe 2 (30 – 40 Jahre) waren 28% und der größte Anteil war die Gruppe 3 (über 40 Jahre) mit 39%.

### Vollzeit- und teilzeitbeschäftigtes Krankenpflegepersonal

Das Krankenpflegepersonal war zu 68,63% vollzeitbeschäftigt mit 38,5 Stunden pro Woche (Gruppe 1). Mit 30 – 34 Stunden pro Woche waren 11,76% beschäftigt (Gruppe 2), mit 20 – 25 Stunden pro Woche waren auch 11,76% beschäftigt (Gruppe 3) und mit weniger als 10 Stunden pro Woche waren 7,84% beschäftigt.

### Berufsjahre

Das Krankenpflegepersonal wurde in drei etwa gleich große Gruppen eingeteilt: bis 8 Jahre (Gruppe 1) waren 33,33%, 8 – 17 Jahre (Gruppe 2) waren 37,25%, mehr als 17 Jahre (Gruppe 3) waren 29,41%.

### Unterschiede in den Burnout-Komponenten zwischen den Altersgruppen

Eine Varianzanalyse zeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Emotionaler Erschöpfung ( $F_{2,48} = 2.111$ ;  $p = .132$ ) und der Depersonalisierung ( $F_{2,48} = .539$ ;  $p = .587$ ) gibt. Einen signifikanten Unterschied gibt es zwischen der Altersgruppe der unter 30-jährigen und anderen in der Persönlichen Erfüllung ( $F_{2,48} = 8.963$ ;  $p < .001$ ). Die Altersgruppen der 30 – 40-jährigen und die der über 40-jährigen haben eine signifikant höhere Persönliche Erfüllung.

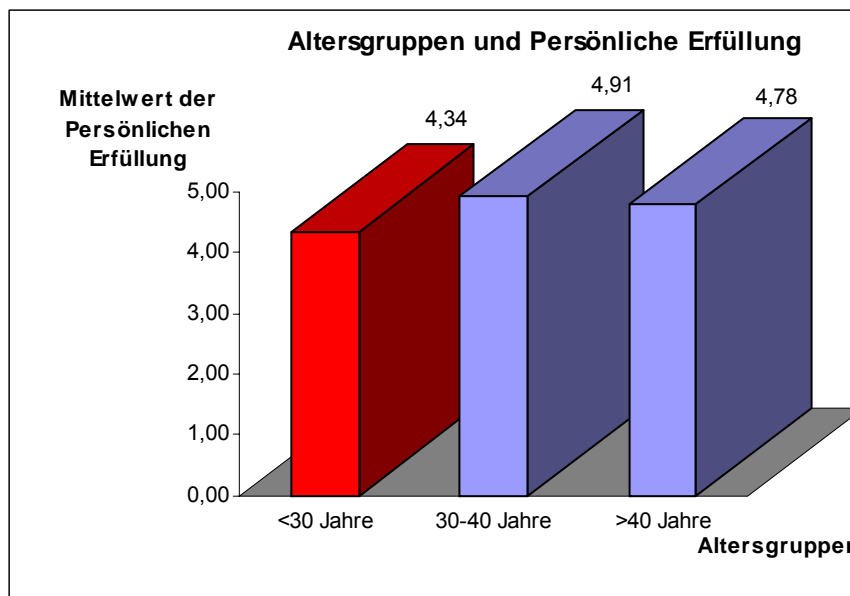
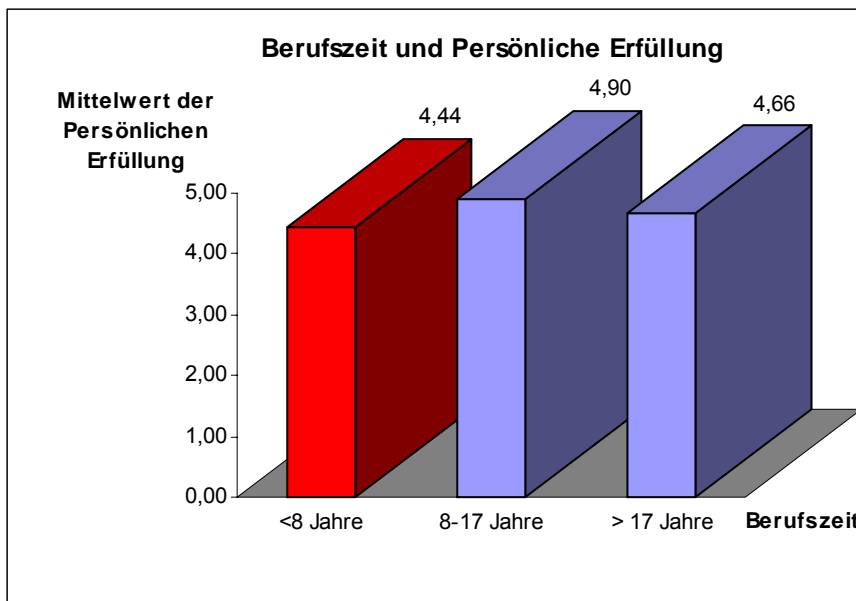


Abbildung 3: Altersgruppen und Burnout-Komponente Persönliche Erfüllung

### Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von der Berufszeit

Eine Varianzanalyse zeigt, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der Berufszeit in der Emotionaler Erschöpfung ( $F_{2,48} = .542$ ;  $p = .585$ ) und der Depersonalisierung ( $F_{2,48} = .775$ ;  $p = .409$ ) gibt. Einen signifikanten Unterschied gibt es in der Persönlichen Erfüllung in Abhängigkeit von der Berufszeit ( $F_{2,48} = 4.972$ ;  $p = .011$ ). Die Gruppe mit der Berufszeit bis 8 Jahren hat eine signifikant geringere Persönliche Erfüllung als die anderen.



**Abbildung 4: Berufszeit und Burnout-Komponente Persönliche Erfüllung**

Es zeigten sich keine Unterschiede in der Ausprägung der Burnout-Komponenten zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung, zwischen den Geschlechtern, in Abhängigkeit von Familienstand oder Kindern (siehe Auswertungstabelle im Anhang).

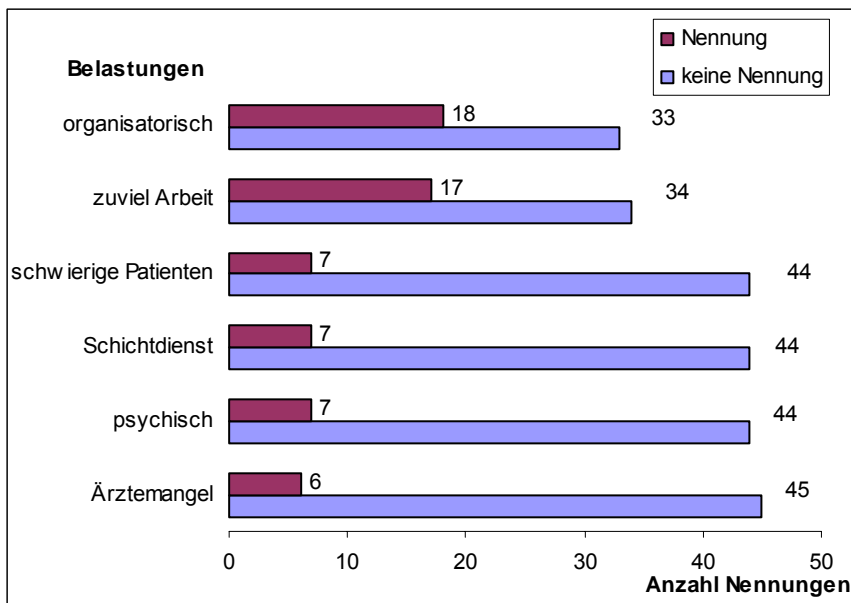
### 4.3 Burnout und belastende Arbeitssituationen

#### Erlebte belastende Arbeitssituationen

Die belastenden Arbeitssituationen wurden in einer offenen Frage angegeben und den Antworten gemäß in folgende Kategorien eingeteilt:

Belastungen:

- psychischer Art: sterbende Patienten, Notfallsituationen,
- durch zuviel Arbeit, Personalmangel, keine 100%-ige Patientenversorgung,
- durch Schicht-, Nachtdienst, zu lange Dienste,
- organisatorischer Art: Arbeitsunterbrechungen, ungünstige Abläufe, Telefonstörungen,
- durch schwierige unzufriedene Patienten,
- durch Ärztemangel, schlechte Zusammenarbeit mit den Ärzten.

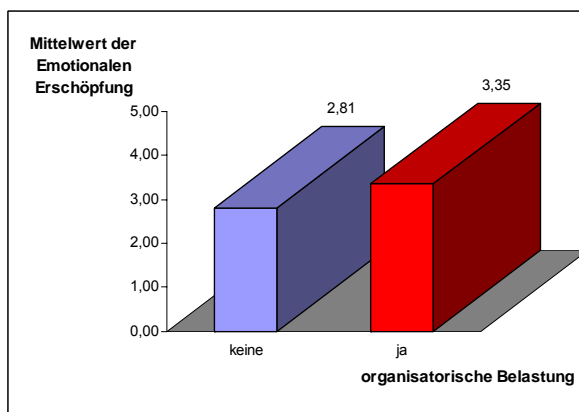


62 Nennungen insgesamt  
Mehrfachnennungen möglich

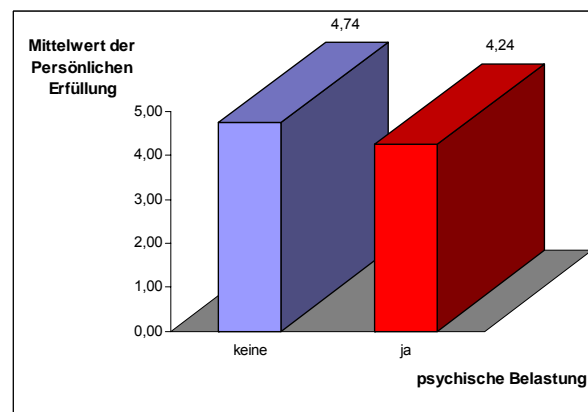
**Abbildung 5: Angaben der Belastungen**

#### Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von belastenden Arbeitssituationen

Verglichen wurde zwischen der Gruppe mit der jeweiligen Angabe der Belastung und der mit keiner Angabe dazu. Es zeigten sich signifikante Unterschiede in der Persönlichen Erfüllung in Abhängigkeit von der psychischen Belastung ( $F_{1,49} = 7.930$ ;  $p = .007$ ). Diese Gruppe hat eine signifikant geringere Persönliche Erfüllung als die andere. Signifikante Unterschiede gibt es außerdem in der Emotionalen Erschöpfung in Abhängigkeit von der organisatorischen Belastung ( $F_{1,49} = 4.670$ ;  $p = .036$ ). Diese Gruppe hat eine signifikant höhere Emotionale Erschöpfung als die andere. Ansonsten zeigten sich keine Unterschiede in der Ausprägung der Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von den anderen Belastungen (siehe Auswertungstabelle im Anhang).



**Abbildung 6: Emotionale Erschöpfung und organisatorische Belastung**



**Abbildung 7: Persönliche Erfüllung und psychische Belastung**

#### **4.4 Burnout und hilfreiche Unterstützungen**

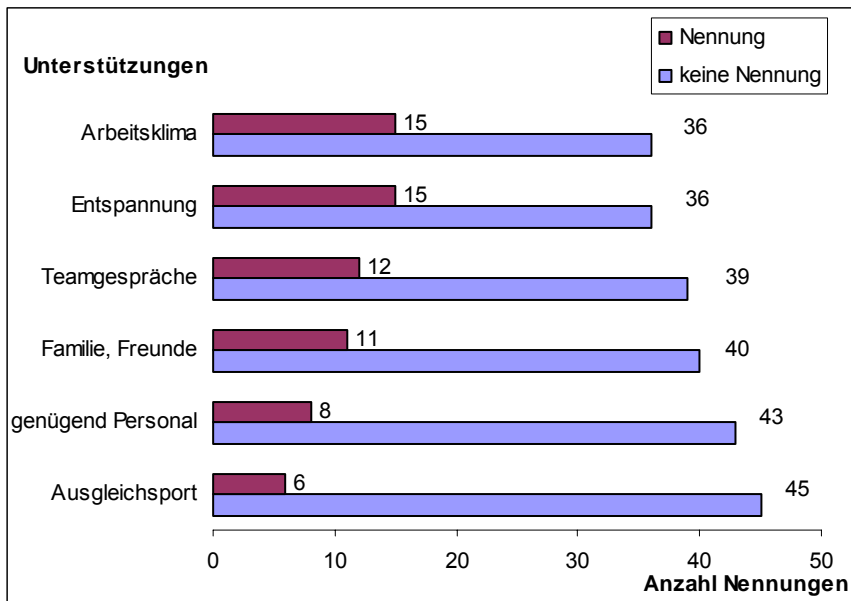
##### Erlebte hilfreiche Unterstützungen

Die erlebten hilfreichen Unterstützungen wurden in einer offenen Frage angegeben und den Antworten gemäß in folgende Kategorien eingeteilt:

Unterstützungen durch:

- Sport/Ausgleichssport,
- Entspannung/Freizeit,

- Gespräch mit Kollegen,
- Arbeitsklima/gutes Team,
- genügend Personal,
- Familie, Freunde.

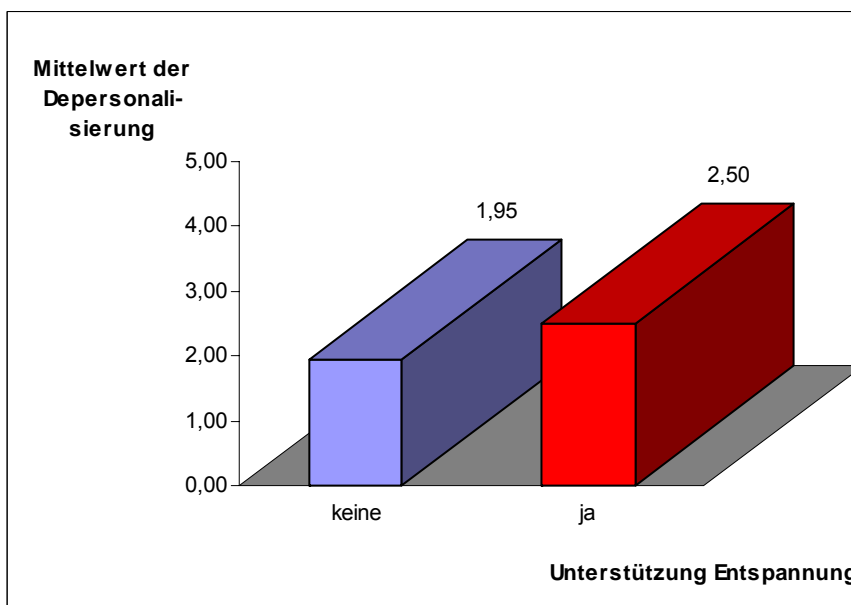


67 Nennungen insgesamt  
Mehrfachnennungen möglich

**Abbildung 8: Angaben der Unterstützungen**

Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von hilfreichen Unterstützungen

Verglichen wurde zwischen der Gruppe mit der jeweiligen Unterstützung und der ohne. Es zeigten sich signifikante Unterschiede in der Depersonalisierung in Abhängigkeit von der Unterstützung Entspannung/Freizeit ( $F_{1,49} = 4.028$ ;  $p = .050$ ). Diese Gruppe hat eine signifikant höhere Depersonalisierung als die andere. Es zeigten sich keine Unterschiede in der Ausprägung der Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von den anderen hilfreichen Unterstützungen (siehe Auswertungstabelle im Anhang).

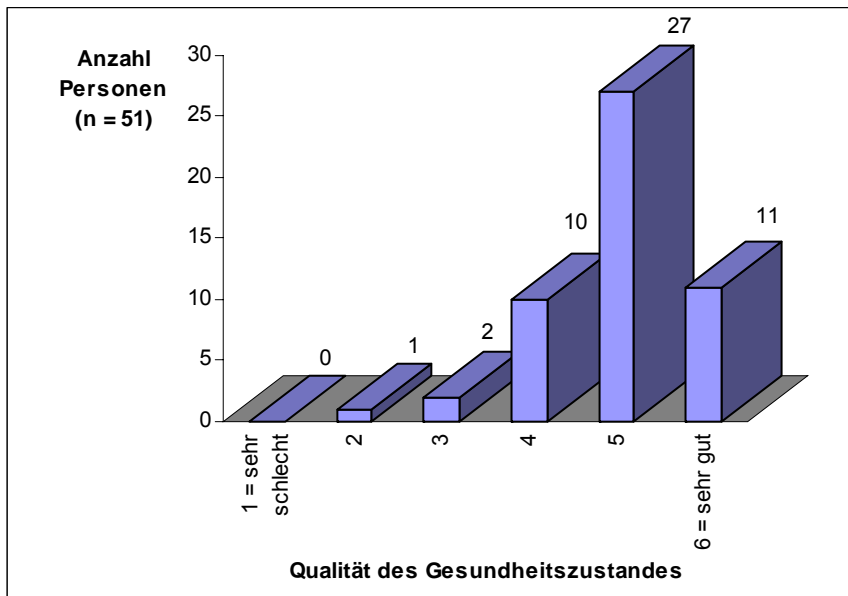


**Abbildung 8: Depersonalisierung und Unterstützung Entspannung**

## 4.5 Burnout und Gesundheitszustand

### Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

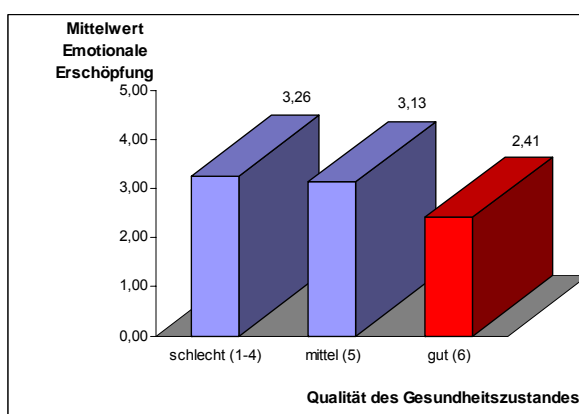
Auf einer Skala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ wurden von den Befragten (n = 51) Angaben zu ihrer Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes gemacht.



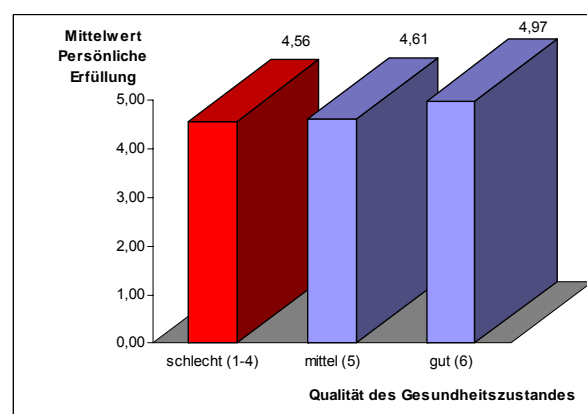
**Abbildung 9: Angaben zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes**

### Unterschied in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand

Die Angaben von 1 = „sehr schlecht“ bis 6 = „sehr gut“ wurden folgendermaßen zusammengefasst: 1 – 4 = schlecht bis mittel, 5 = gut, 6 = sehr gut. Einen signifikanten Unterschied gibt es zwischen den Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut beurteilen und anderen in der Emotionalen Erschöpfung ( $F_{2,48} = 3.605$ ;  $p = .035$ ) und zwischen den Personen, die ihren Gesundheitszustand mit mittel bis schlecht beurteilen und anderen in der Persönlichen Erfüllung ( $F_{2,48} = 3.216$ ;  $p = .049$ ). Bei den Personen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ beurteilen, ist auch die Emotionale Erschöpfung geringer und bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht – mittel“ einstufen, ist auch die Persönliche Erfüllung geringer.



**Abbildung 10: Gesundheitszustand und Emotionale Erschöpfung**



**Abbildung 11: Gesundheitszustand und Persönliche Erfüllung**



## 5. DISKUSSION

### 5.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass weder Emotionale Erschöpfung (MW=3,01) noch Depersonalisierung (MW=2,12) besonders stark ausgeprägt sind. Bei der Persönlichen Erfüllung (MW 4,68) gaben 95,2% an derartige Gefühle „manchmal bis „sehr oft“ zu empfinden und nur 4,8% gaben an, diese Gefühle „nie“ bis „eher selten“ zu empfinden. Daher kann die Forschungsfrage in welcher Ausprägung Krankenpflegepersonal die drei Burnout-Komponenten erlebt, dahingehend beantwortet werden, dass die Emotionale Erschöpfung anhand des Mittelwertes eine mittlere bis geringe und die Depersonalisierung eine geringe Ausprägung aufweist. Die Persönliche Erfüllung ist nicht reduziert. Die auf den ersten Blick erfreulichen Mittelwerte können jedoch ernstzunehmende Probleme verbergen. Nach dem Modell von Maslach & Jackson und auch nach dem von Leiter steht die wachsende Emotionale Erschöpfung am Anfang der Burnout-Entstehung. Nach dem Modell von Leiter (1993) entwickelt sich Burnout von einem Stadium der erhöhten Emotionalen Erschöpfung (Stadium I) über eine Phase der erhöhten Depersonalisierung (Stadium II) zum Stadium der reduzierten Persönlichen Erfüllung (Stadium III). Depersonalisierung wird hier als eine Art Bewältigungsstrategie im Burnout-Prozess aufgefaßt, die dann einsetzt, wenn keine anderen Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können. Im Stadium III ist diese Form der Bewältigung nicht mehr möglich. Mittelwerte bei der Emotionalen Erschöpfung, die  $\geq 4$  sind, weisen auf das Stadium I hin (Büssing & Glaser 1999). Mittelwerte bei der Depersonalisierung, die  $\geq 4$  sind, weisen auf das Stadium II hin. Zur Schätzung der Quote vom Burnout gefährdeter Personen wurde der Anteil derjenigen ermittelt, bei denen sich in der Emotionalen Erschöpfung Mittelwerte  $\geq 4$  (Stadium I) ergeben haben und dies ebenso bei der Depersonalisierung (Stadium II). Des Weiteren wurde der Anteil der Personen ermittelt, die sowohl in der Emotionalen Erschöpfung als auch in der Depersonalisierung Mittelwerte  $\geq 4$  aufweisen (Stadium III).

Wie die Auswertung zeigt, finden sich bei 17,7% der Befragten (9 Personen) Anzeichen eines beginnenden oder fortgeschrittenen Burnout-Prozesses (Stadium I – II). Bei 3,9% (2 Personen) zeigen sich Anzeichen eines deutlich fortgeschrittenen Burnout-Prozesses. Insgesamt ist dies als ein Alarmzeichen zu werten; für diese Krankenpflegekräfte sind geeignete Interventions- oder Präventionsmaßnahmen zu empfehlen.

**Tabelle 2: Anteil der Krankenpflegekräfte mit Burnout-Symptomatik**

Burnout-Komponente	Anzahl in %	Stadium*
Erhöhte emotionale Erschöpfung (MW $\geq 4$ )	11,8%	I
Erhöhte Depersonalisierung (MW $\geq 4$ )	5,9%	II
Erhöhte Emotionale Erschöpfung und erhöhte Depersonalisierung	3,9%	III

\* An Schweregrad zunehmende Entwicklung (I – III) nach dem Prozessmodell von Leiter (1993)

Büssing & Glaser (1999) geben folgende Zahlen aus ihrer Untersuchung an Krankenpflegepersonen an: 12,5% im Stadium I, 6,7% im Stadium II und 5,0% im Stadium III. Verglichen damit, sind in dieser Untersuchung ähnliche Werte vorhanden; wobei diese insgesamt günstiger ausfallen.

Nach der Definition von Maslach & Jackson gilt derjenige als ausgebrannt, der emotional erschöpft ist, Depersonalisierungstendenzen und eine reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit zeigt. Nach den Erfahrungen von verschiedenen Burnout-Forschern sind viele Personen, die völlig ausgebrannt sind, nicht mehr bereit, an Fragebogenaktionen teilzunehmen (vgl. Aries & Zuppiger 1993). „Ausbrenner“ im fortgeschrittenen Zustand sind nur an rascher Hilfe interessiert und gleichzeitig aber oft pessimistisch (Burisch 2006). Hinzu kommt, dass Burnout noch reichlich mit Schamgefühlen belastet ist (Burisch 2006).

#### Alter und Burnout-Komponenten

Unterschiede zeigten sich nur in der Persönlichen Erfüllung: Die 30 – 40-jährigen und die über 40-jährigen haben eine signifikant höhere Persönliche Erfüllung. Das mag damit zusammenhängen, dass

ältere Krankenpflegepersonen gelernt haben mit dem anfänglichen „Praxisschock“ umzugehen und ihre Ansprüche an die vorhandene Berufsrealität angepasst haben. Das könnte auch ein Ausdruck davon sein, dass mit zunehmender Berufserfahrung die Arbeit als weniger belastend empfunden wird und das Ergebnis eines „survival of the fittest“ widerspiegeln (Reutlinger 2000).

#### Berufszeit und Burnout-Komponenten

Unterschiede zeigten sich nur in der Persönlichen Erfüllung. Krankenpflegepersonen mit einer Berufszeit von weniger als 8 Jahren haben eine signifikant geringere Persönliche Erfüllung als die mit einer Berufserfahrung von mehr als 8 Jahren. Persönliche Erfüllung beschreibt die Zufriedenheit mit der eigenen Person. Sie entsteht durch das Gefühl der Kompetenz und durch den Eindruck, problematische Situationen in der Arbeit mit Menschen zu meistern. Durch die längere Berufserfahrung und die Lebenserfahrung allgemein können Krankenpflegekräfte eine höhere Berufszufriedenheit entwickelt haben. Die Annahme, dass Krankenpflegepersonal mit einer längeren Berufszeit auch stärker „ausgebrannt“ ist, konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Allerdings wird die durchschnittliche Verweildauer im Beruf von drei bis sieben Jahren (s.o.) angegeben. Die stark „Ausgebrannten“ könnten auch den Beruf bereits verlassen haben oder wie schon oben erwähnt, evtl. nicht an der Fragebogenaktion teilgenommen haben.

#### Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung und Burnout-Komponenten

Die Annahme, dass Teilzeitbeschäftigte weniger „ausgebrannt“ sind als Vollzeitbeschäftigte konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Auch höhere Depersonalisierungstendenzen, die sich durch einen häufigeren Patientenkontakt der Vollzeitkräfte gegenüber den Teilzeitkräften ergeben könnten, wurden in dieser Untersuchung nicht bestätigt. Dies entspricht dem Ergebnis aus der Untersuchung von Killmer (1999).

#### Belastende Arbeitssituationen und Burnout-Komponenten

Unterschiede zeigten sich in Abhängigkeit von der psychischen Belastung durch sterbende Patienten und Notfallsituationen in der Persönlichen Erfüllung, die hier signifikant geringer ist. Anerkennung und Wertschätzung von Patienten und Erfolge durch die Arbeit tragen zu einem großen Teil zur Berufszufriedenheit bei; die hier durch die häufige Ausweglosigkeit der Situation nicht entstehen kann. Ein weiterer Unterschied zeigte sich in der Emotionalen Erschöpfung in Abhängigkeit von der organisatorischen Belastung durch Arbeitsunterbrechungen und Störungen (Telefon, etc.). Diese Belastung wurde auch am häufigsten angegeben. Die ständige Zuständigkeit für alles, was nicht mit der eigentlichen pflegerischen Arbeit zu tun hat, für andere Berufsgruppen immer ansprechbar zu sein, führt dazu, dass es in den seltensten Fällen möglich ist, die pflegerischen Maßnahmen kontinuierlich und dem Patienten angepasst durchzuführen. Es werden zu jeder Zeit Ansprüche an das Krankenpflegepersonal herangetragen, die als wichtiger betrachtet werden als die eigentliche pflegerische Tätigkeit. Eine Überforderung tritt auf, durch den Arbeitsanfall alles erledigen zu müssen und danach ist man auch noch gefordert in der anspruchsvollen pflegerischen Arbeit mit dem Patienten. Dadurch treten Gefühle von Erschöpfung, sich verbraucht und ausgebrannt fühlen, auf. Die Frage „der direkte Kontakt mit Patienten belastet mich zu stark“ haben 43 von 51 Krankenpflegekräfte mit „nie“ bis „eher selten“ angegeben. Es kann vermutet werden, dass die Überforderung durch organisatorische Belastungen zu einer eher allgemeinen emotionalen Erschöpfung führt.

#### Hilfreiche Unterstützung und Burnout-Komponenten

Unterschiede zeigten sich nur in der Depersonalisierung in Abhängigkeit von der Unterstützung Entspannung/Freizeit. Diese Gruppe hat eine gering signifikant höhere Depersonalisierung. Das Ergebnis erscheint widersprüchlich und ist schwierig zu interpretieren. Aber da sich ansonsten keine Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von den hilfreichen Unterstützungen zeigten, kann angenommen werden, dass hilfreich empfundene Unterstützungen generell keinen positiven Einfluß auf die Burnout-Komponenten haben.

#### Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und Burnout-Komponenten

Der Gesundheitszustand wurde von einem erstaunlich großen Anteil der Krankenpflegekräfte (38 Personen = 75%) mit „gut“ bis „sehr gut“ eingeschätzt. Bei den Personen, die ihren

Gesundheitszustand als „sehr gut“ beurteilten, ist die Emotionale Erschöpfung geringer als bei den anderen. Bei Personen, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht bis „mittel“ einschätzten, ist die Persönliche Erfüllung geringer. Demzufolge haben eine geringe Emotionale Erschöpfung und eine hohe Persönliche Erfüllung einen positiven Einfluß auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand.

#### Vergleich mit anderen Untersuchungen

Für die meisten Untersuchungen, die unter 2.6.1 aufgeführt sind, wurde zwar auch das MBI als Messinstrument verwendet (oft die deutsche Version des MBI's von Enzmann & Kleiber 1989), doch sind Vergleiche nicht möglich da diesen MBI's ein anderes Forschungsdesign zugrunde liegt. Einige Auswertungen der anderen Untersuchungen liegen keine Mittelwerte der Burnout-Komponenten zugrunde, sondern der Gesamtscore jeder Komponente wurde nach Maslach & Jackson (1986) in die drei Burnoutkategorien hoch, mittel und tief eingeteilt und dementsprechend ausgewertet. Ein Vergleich mit einer Untersuchung an Krankenpflegepersonal in Deutschland (n = 120) von Büssing & Glaser (1999) ist möglich. Hier wurden folgende Mittelwerte ermittelt: Emotionale Erschöpfung 3,17, Depersonalisierung 2,73 und Persönliche Erfüllung 4,49. Insgesamt sind die Mittelwerte dieser Untersuchung günstiger als die von Büssing & Glaser. Nach Aussage von Hr. Dr. Glaser (persönlicher Kommentar) von der TU München ist davon auszugehen, dass Mittelwerte  $\geq 4$  auf ein Burnout hinweisen (bei der Persönlichen Erfüllung ist die Skala umgekehrt zu interpretieren).

## **5.2 Kritische Anmerkungen**

Für eine quantitative Untersuchung mit dem MBI ist es notwendig, dass eine möglichst hohe Teilnehmerzahl einbezogen wird. Für die vorliegende Untersuchung erscheint eine Teilnehmerzahl von 51 Personen zu gering. Für eine derart heikle Untersuchung, wie die direkte Erfassung von Burnout in der eigenen Einrichtung, ist die Rücklaufquote von 46% dennoch erstaunlich gut. Zumal davon auszugehen ist, dass die Beantwortung vieler Fragen des MBI's mit starken Schamgefühlen behaftet ist. Ausdruck dafür war evtl. auch, dass für eine Präsentation der Ergebnisse sich nur drei MitarbeiterInnen interessierten.

Was den Verlauf von Burnout betrifft, weisen die Aussagen im theoretischen Teil dieser Untersuchung bereits daraufhin, dass Längsschnittuntersuchungen zu Burnout aussagekräftiger sind als Querschnittuntersuchungen. Mit dem vorgegebenen Rahmen dieser Untersuchung ließ sich nur eine Querschnittuntersuchung durchführen, die evtl. durch den Einsatz von einer qualitativen Forschungsmethode in Form von Interviews hätte ergänzt werden können. Dies wäre allerdings in der eigenen Einrichtung zur Wahrung der Anonymität nicht ohne Probleme möglich gewesen. Das MBI hat sich zwar als das gebräuchlichste Messinstrument durchgesetzt, wird jedoch in der neueren Literatur (vgl. Rösing, Rook, Burisch) immer mehr kritisiert. Vor allem auch wegen der geringen Itemanzahl zur Erfassung der Depersonalisierung im Vergleich zu der Itemanzahl der Emotionalen Erschöpfung und der Persönlichen Erfüllung. Ebenso zeigen sich Schwachstellen in der Validität und der Faktorenanalyse (siehe 3.3). Mit dem MBI ist es nicht möglich die Komplexität des Burnout-Konstruktes zu erfassen, wie dies heute im allgemeinen Forschungskonsens angenommen wird.

## **5.3 Empfehlungen für Krankenpflegepersonal**

C. J. Alexander (1980) schlägt vor, (in Burisch (2006), mit einer gründlichen Bestandsaufnahme zu beginnen und den Burnout-Prozess nicht weiter zu verleugnen.

- Wo befinde ich mich selbst mit meinem Gefühl zum Ausgebrannt-sein?
- Über welche fachlichen, persönlichen und sozialen Ressourcen verfüge ich und wie könnte ich sie besser nutzen?
- Wo überschreite ich meine Grenzen?
- Welche Faktoren erschweren mir meine Arbeit? Welche kann ich wie beeinflussen und welche sind nicht beeinflussbar?

Generell wird besserer Selbstschutz gegenüber vermeidbaren Anforderungen empfohlen. Zeitmanagement und effektive Delegation (Alexander 1980). Weiterhin schlägt die Autorin Selbsthilfegruppen, Kurse in Stressmanagement oder Kommunikation vor. Bestimmte Persönlichkeitseigenschaften wie ein starkes Kohärenzgefühl (Antonovsky), Widerstandskraft (Kobasa) und die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura) können als Ressourcen verfügbar sein. Sie können als eine Art Gesundheitskompetenzen gesehen werden mit deren Hilfe es möglich ist, eine Stresssituation oder einen Lebenskontext erfolgreich zu bewältigen (Salutogenetische Grundlagen, Lernfeld 4).

Auf der organisatorischen Ebene wird eine Verringerung der Arbeitszeit durch Sabbatmonate vorgeschlagen. Partizipatorische und flexible Entscheidungsprozesse sollen hergestellt werden. Dem Pflegepersonal sollte ein Gesprächskreis angeboten werden, in dem ein Austausch über belastenden Erfahrungen möglich ist (Burisch 2006).

Friel & Tehan (1980, in Burisch 2006) nennen einige wünschenswerte Charakteristika von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, wie die gründliche Kenntnis der eigenen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen; eine spirituelle Fundierung in irgendeiner Lebens- (und Sterbens)philosophie; die Fähigkeit zur Entspannung und Regeneration in aufbauenden Freizeitbetätigungen.

Einige Autorinnen (McConnell 1982, in Burisch 2006) sehen eine Veränderung des professionellen Leitbildes des Krankenpflegeberufs als notwendig an. Weg von der dienenden und duldenden Grundhaltung hin zu mehr Rationalität, Selbstbewußtsein, Selbständigkeit und Durchsetzungskraft.

Diese Empfehlungen mit Erkenntnissen aus der Burnoutforschung können nur als Beispiele dienen. Burnout ist ein komplexes Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Welche Faktoren im Einzelfall an der Burnoutentwicklung beteiligt sind, werden sinnvollerweise vom betroffenen Individuum selbst bestimmt. Als ExpertInnen ihres eigenen Erlebens und der jeweiligen Arbeitssituation können sie mit fachlicher Unterstützung effektive Ziele und Maßnahmen für eine geeignete Burnoutprophylaxe festlegen.

Verschiedene Therapiemöglichkeiten für Burnout-Betroffene werden in Burisch (2006) beschrieben, die hier nur beispielhaft aufgezählt werden: Gesprächspsychotherapie, Logotherapie, Rational-emotive Therapie, Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Psychodrama, Katatymes Bilderleben und Körpertherapien.

## **5.4 Schlussfolgerungen und Ausblick**

In dieser Untersuchung wurde es als vorrangig angesehen, die Ausprägung von Burnout zu erheben. Für die Anwendung gezielter Interventionen ist jedoch eine detaillierte Analyse der Ursachen für Burnout bei Krankenpflegepersonal notwendige Voraussetzung. Burnout zeigt sich als ein komplexes Geschehen mit verschiedenen Einflußfaktoren und gewisser Gefahr der Chronifizierung. Es hat sich gezeigt, dass sowohl eine einheitliche Definition als auch einheitliche Entstehungsursachen in der Burnout-Forschung fehlen. Burisch (2006) empfiehlt bei der Grundlagenforschung zu beginnen („zurück zu den Wurzeln“) und mit Fallgeschichten von ausgebrannten und Burnout-resistenten Menschen den Kern von Burnout zu untersuchen. Quantitative Untersuchungen sind weniger aussagekräftiger als qualitative. Der Forschungsschwerpunkt sollte nach Burisch, Rösing und Rook mehr auf qualitative Untersuchungen ausgerichtet werden, weil mit dem häufigen Einsatz des MBI's nicht die Kernfragen des Burnout-Prozesses gelöst werden können.

Die bisherige Forschung ist pathogenetisch ausgerichtet, eine salutogenetische Ausrichtung sieht den Stressor nicht als „Zerstörer“ sondern dieser kann unter bestimmten Bedingungen den Organismus stärken. Eine salutogenetische Forschung kann Faktoren aufspüren, die daran beteiligt sind, dass man seine Position auf dem Gesundheit-Krankheit-Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den

gesunden Pol hin bewegen kann. Einige Menschen erhalten oder verbessern ihren Gesundheitsstatus trotz hoher Stressbelastung (Kobasa). Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen den Persönlichkeitseigenschaften Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy), Widerstandsfähigkeit (hardiness), Kohärenzsinn und der Burnout-Entstehung steht noch am Anfang (Rösing 2003) und könnte in zukünftigen Schritten weiter erforscht werden. Dies wäre hilfreich für eine gezielte Burnout-Prophylaxe, beginnend schon in der Ausbildung; denn die teils belastenden Arbeitsbedingungen zu bewältigen, stellt hohe Anforderungen an das Krankenpflegepersonal. Überhöhte berufliche Wertevorstellungen, die die Gesellschaft aber auch vor allem das Krankenpflegepersonal selbst an sich stellt, müssen „enttabuisiert“ werden. Es bleibt zu hoffen, dass durch gesundheitsfördernde Maßnahmen auf breiter Ebene die Arbeitssituation in der (Kranken)pflge langfristig optimiert werden kann. Denn nur so können die Krankenpflegekräfte ihr Pflege-Engagement ohne Schädigung ihrer selbst einsetzen und über Jahre erhalten.

## 6. QUELLENVERZEICHNIS

- Antonovsky, A. (Hrsg. Franke, A.): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, Dgvtv-Verlag, 1997.
- Alexander, C.J (1980) in Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Springer, 2006.
- Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen: Bericht der Kommission „Fachberufe im Gesundheitswesen“, Teil I: Berufe der Krankenpflege, Bonn, 1989.
- Aries, M., Zuppiger Ritter, I.: Burnout. Eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal, 1. Auflage, Bern, Edition Soziothek, 1999.
- Aries, M., Zuppiger Ritter, I.: Pflegende mit und ohne Burnout. Ein Vergleich, in Pflege, 1999, 12. Jg., 1999, Nr. 2.
- Aries, M., Zuppiger Ritter, I.: Burnout beim Pflegepersonal. Studie zur Arbeitssituation und zu den psychischen Belastungen beim Pflegepersonal, Luzern, Dissertation, 1992.
- Bandura, A.: Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 84, 191 – 215, 1977.
- Baumann, M., & Zell, U.: Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege, ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern, In Prognos (Hrsg), S. 41 – 65, 1992.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), <http://www.bgw-online.de>
- Büssing, A., Barkhausen, M., et al: Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse im Längsschnitt, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 1997, Bericht Nr. 37.
- Büssing, A., Eisenhofer, J., Glaser, J. et al: Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Untersuchungen zum Einfluss von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 1995, Bericht Nr. 21.
- Büssing, A.; Glaser, J.: Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Fassung, in: Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 1998, Bericht Nr. 44.
- Büssing, A.; Glaser, J.: Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Längsschnitt, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 2000, Bericht Nr. 47.
- Büssing, A.; Glaser, J., Höge, T.: Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 1999, Bericht Nr. 49.
- Büssing, A.; Perrar, K.-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D), in: Diagnostica, 1992, 38, Heft 4, Seiten 328-353.
- Büssing, A.; Schmitt, S.: Arbeitsbelastungen als Bedingungen von Emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation im Burnoutprozeß, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 42. Jahrgang, Heft 2/1998, Seiten 76-88.

- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg): Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahre 2010, Studie der Institute Prognos AG und Dornier GmbH, Köln/Friedrichshafen, 1989.
- Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Springer, 2006.
- Cherniss, C.: Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen. Beltz, Weinheim, 1999.
- Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) in Pflege Aktuell, 2006
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW): <http://www.diw-berlin.de>
- Dierendonck, Schaufeli & Buunk (2001), In: Rösing, I.: Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag 2003.
- Edelwich, J. & Brodsky, A.: Ausgebrannt – Das Burn-Out in den Sozialberufen, Salzburg, AVM Verlag, 1984.
- Enzmann, D., Kleiber, D.: Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger Verlag 1989.
- Enzmann, D., Kleiber, D.: Burnout. Eine internationale Bibliographie, Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen, 1990.
- Fengler, J.: Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation, 5. Auflage, J. Pfeiffer Verlag, München, 1998.
- Freudenberger, H.-J. & North, G.: Burnout bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins, Frankfurt/M, Fischer Verlag, 1995.
- Fischer (1983) In Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Springer, 2006.
- Freudenberger, H.-J., Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 1974
- Freudenberger, H.-J., & Richelson, G.: Burn-out. The high cost of High Achievement, Garden City, N.Y., Anchor Press, 1980.
- Golombiewski, Munzenrieder & Stevenson (1996) In: Rösing, I.: Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag 2003.
- Güntert, B., Orendi, B. & Weyermann, U.: Die Arbeitssituation des Pflegepersonals, Bern, Toronto, Stuttgart, Verlag Hans Huber, 1989.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, H. B., et al: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa (next-Studie), Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2005.
- Heifetz & Bersani (1983) In: Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Springer, 2006.

International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10), deutsche Fassung, <http://dimdi.de>

Karrer, D.: Der Kampf um Unterschiede – Medizinisches Feld und Wandel des Pflegeberufs, Pflege, 8, 1995.

Killmer, C.: Burnout bei Krankenschwestern, Lit Verlag, Münster-Hamburg-London, 1999.

Knipfer, G., Müller, L.: Idealismus und Wirklichkeit im Pflegeberuf, Würzburg, Ergon Verlag, 1994.

Kobasa, S.C. (1982) In: Antonovsky, A. (Hrsg. Franke, A.): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, Dgvt-Verlag, 1997.

Kobasa, S., Maddi, S., Kahn, S.: Hardiness and health. A prospective study, Journal of Personality and social psychology, 42, S. 168 – 172, 1982.

Lazarus, R. S.; Launier, R.: Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In Nitsch, J. R. (Hrsg.), Streß. Bern: Huber 1981, zitiert nach Enzmann, D.; Kleiber, D.: Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen. Heidelberg: Asanger Verlag 1989.

Leiter (1993), In: Büssing, A.; Glaser, J., Höge, T.: Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich, Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 1999, Bericht Nr. 49.

Maslach, C.; Jackson, S. E.: Maslach Burnout Inventory: Second edition. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1986.

Maslach, C.; Jackson, S. E.: Burnout – The Cost of Caring, Englewood Cliffs, New York, Prentice Hall, 1982.

Maslach & Leiter (1995) In: Burisch, M.: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. überarbeitete Auflage, Berlin, Springer, 2006.

Pines, A. M.; Aronson, E.; Kafry, D.: Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. 9. Auflage 2002. Stuttgart: Klett-Cotta 1983.

Reutlinger, B.: Burnout beim Pflegepersonal. Eine Studie zur Beurteilung der Arbeitssituation aus Sicht der Pflegenden eines schweizerischen Krankenhauses, In: [www.PR-INTERNET.com](http://www.PR-INTERNET.com), Pflegemanagement, 2/2002, S. 46 – 55.

Rinner, V.: Eine Studie zu Burnout und Stressverarbeitung in einem Südtiroler Landeskrankenhaus, Diplomarbeit an der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Innsbruck, 1995.

Rook, M.: Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung. Eine wissenschaftstheoretische Standortbestimmung, Hamburg, Kovac, 1998.

Rösing, I.: Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag 2003.

### **Salutogenetische Grundlagen**

Health Promotion & Promotion of Health: Orientierung an Ressourcen

Beate Blättner & EU-team@inter-uni.net, edition@inter-uni.net, Graz 2005

Schaufeli, W. & Enzmann, D.: The burnout companion to study and practice, London, Taylor & Francis 1998.



Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. (Eds.), Professional Burnout. Recent developments in theory and research, Washington, Taylor & Francis 1993.

Schaufeli & Van Dierendonck (1995) In: Rösing, I.: Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag 2003.

Schmidt, B.: Burnout in der Pflege, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2004.

Schmidbauer, W.: Hilflöse Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. 11. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag 2002.

Schmidbauer, W.: Helfersyndrom und Burnout-Gefahr, 1. Auflage, Springer, München, 2002.

Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden, 2004 <http://www.destatis.de>

### **Tiefenpsychologische Grundlagen**

Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit  
Paul F. Pass & EU-team@inter-uni.net, edition@inter-uni.net, Graz 2005

Widmer (1988), Schlüter (1992), Lukesch & Bauer (1991), In: Killmer, C.: Burnout bei Krankenschwestern, Lit Verlag, Münster-Hamburg-London, 1999.

### **Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben**

Im Kontext komplementärer, psychosozialer und integrativer Gesundheitswissenschaften  
Heinz Spranger & EU-team@inter-uni.net, edition@inter-uni.net, Graz 2005

## Anhang I Auswertungstabellen

**Tabelle 1: Ausprägung von Burnout-Komponenten**

	MW	N	Std. Abw.
MBI - Emotionale Erschöpfung	3,0087	51	,88327
MBI - Depersonalisierung	2,1176	51	,92015
MBI - Persönliche Erfüllung	4,6751	51	,46430

**Tabelle 2: Unterschiede in den Burnout-Komponenten**

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	MBI - Emotionale Erschöpfung - MBI - Depersonalisierung	6,204	50	,000
Pair 2	MBI - Emotionale Erschöpfung - MBI - Persönliche Erfüllung	-11,228	50	,000
Pair 3	MBI - Depersonalisierung - MBI - Persönliche Erfüllung	-15,888	50	,000

Signifikante Unterschiede zwischen allen drei Aspekten: Pers.Erf. > Emot.Ersch. > Dep.

**Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Alter, Berufsdauer und Burnout-Komponenten**

		MBI - Emotionale Erschöpfung	MBI - Depersonalisierung	MBI - Persönliche Erfüllung	Alter	A1
MBI - Emotionale Erschöpfung	Pearson Correlation	1	,354(*)	-,156	,107	,129
	Sig. (2-tailed)		,011	,276	,455	,368
	N	51	51	51	51	51
MBI - Depersonalisierung	Pearson Correlation	,354(*)	1	-,303(*)	-,128	,025
	Sig. (2-tailed)	,011		,030	,372	,860
	N	51	51	51	51	51
MBI - Persönliche Erfüllung	Pearson Correlation	-,156	-,303(*)	1	,298(*)	,124
	Sig. (2-tailed)	,276	,030		,034	,386
	N	51	51	51	51	51
Alter	Pearson Correlation	,107	-,128	,298(*)	1	,823(**)
	Sig. (2-tailed)	,455	,372	,034		,000
	N	51	51	51	51	51
Berufszeit	Pearson Correlation	,129	,025	,124	,823(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,368	,860	,386	,000	
	N	51	51	51	51	51

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sign. Zusammenhänge zw. Emot.Ersch. und Depers., zw. Depers. und Pers.Erfüll., zwischen Pers. Erfüll. und Alter, zw. Alter und Berufszeit; darüber hinaus keine Zusammenhänge

**Tabelle 4 und 5: Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit vom Alter**

Alter in drei etwa gleichgroßen Gruppen: unter 30 (=1), 30-40 Jahre (=2), über 40 (=3)

	Alter	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MBI - Emotionale Erschöpfung	1,00	17	3,0719	,86775	1,22	4,78
	2,00	14	2,6190	,64305	1,44	3,56
	3,00	20	3,2278	,98493	1,78	5,22
	Total	51	3,0087	,88327	1,22	5,22
MBI - Depersonalisierung	1,00	17	2,3059	1,04192	1,20	4,60
	2,00	14	2,0571	,72929	1,00	3,40

	3,00	20	2,0000	,94924	1,20	5,40
	Total	51	2,1176	,92015	1,00	5,40
MBI - Persönliche Erfüllung	1,00	17	4,3445	,44049	3,43	5,00
	2,00	14	4,9184	,33014	4,29	5,57
	3,00	20	4,7857	,41843	4,00	5,86
	Total	51	4,6751	,46430	3,43	5,86

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Emotionale Erschöpfung	Between Groups	3,153	2	1,577	2,111	,132
	Within Groups	35,855	48	,747		
	Total	39,008	50			
MBI - Depersonalisierung	Between Groups	,930	2	,465	,539	,587
	Within Groups	41,404	48	,863		
	Total	42,334	50			
MBI - Persönliche Erfüllung	Between Groups	2,931	2	1,465	8,963	,000
	Within Groups	7,848	48	,163		
	Total	10,779	50			

Sign. Unterschied bei Pers. Erfüllung.: Gruppe 1 sign. geringer als die beiden anderen.

**Tabelle 6 und 7: Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von der Berufszeit**  
 Berufszeit in drei etwa gleichgroßen Gruppen: bis 8 (=1), über 8 - 17 Jahre (=2), über 17 (=3)

	Beruf	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MBI - Emotionale Erschöpfung	1,00	17	3,1176	1,05882	1,22	5,22
	2,00	18	2,8333	,68626	1,44	4,00
	3,00	16	3,0903	,90196	1,78	5,11
	Total	51	3,0087	,88327	1,22	5,22
MBI - Depersonalisierung	1,00	17	2,2941	1,08425	1,00	4,60
	2,00	18	1,8889	,59497	1,20	3,40
	3,00	16	2,1875	1,03142	1,20	5,40
	Total	51	2,1176	,92015	1,00	5,40
MBI - Persönliche Erfüllung	1,00	17	4,4454	,50730	3,43	5,29
	2,00	18	4,9048	,43827	4,00	5,86
	3,00	16	4,6607	,32103	4,00	5,14
	Total	51	4,6751	,46430	3,43	5,86

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Emotionale Erschöpfung	Between Groups	,862	2	,431	,542	,585
	Within Groups	38,147	48	,795		
	Total	39,008	50			
MBI - Depersonalisierung	Between Groups	1,549	2	,775	,912	,409
	Within Groups	40,785	48	,850		
	Total	42,334	50			
MBI - Persönliche Erfüllung	Between Groups	1,850	2	,925	4,972	,011
	Within Groups	8,929	48	,186		
	Total	10,779	50			

Sign. Unterschied bei Pers. Erfüll.: Gruppe 1 sign. geringer als Gruppe 2, Gruppe 3 liegt dazwischen und unterscheidet sich nicht von den beiden anderen.

**Tabelle 8 und 9: Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von der Belastung psychischer Art**

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MBI - Emotionale Erschöpfung	0	44	3,0328	,93565	1,22	5,22
	1	7	2,8571	,44312	2,11	3,33
	Total	51	3,0087	,88327	1,22	5,22
MBI - Depersonalisierung	0	44	2,1591	,97273	1,00	5,40
	1	7	1,8571	,42762	1,20	2,40
	Total	51	2,1176	,92015	1,00	5,40
MBI - Persönliche Erfüllung	0	44	4,7435	,43307	3,43	5,86
	1	7	4,2449	,44960	3,57	5,00
	Total	51	4,6751	,46430	3,43	5,86

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Emotionale Erschöpfung	Between Groups	,186	1	,186	,235	,630
	Within Groups	38,822	49	,792		
	Total	39,008	50			
MBI - Depersonalisierung	Between Groups	,551	1	,551	,646	,426
	Within Groups	41,784	49	,853		
	Total	42,334	50			
MBI - Persönliche Erfüllung	Between Groups	1,501	1	1,501	7,930	,007
	Within Groups	9,277	49	,189		
	Total	10,779	50			

Sign. Unterschiede in Pers.Erfüll.: 1 < 0

**Tabelle 10 und 11: Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von der Belastung organisatorischer Art**

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MBI - Emotionale Erschöpfung	0	33	2,8182	,77669	1,44	4,78
	1	18	3,3580	,97950	1,22	5,22
	Total	51	3,0087	,88327	1,22	5,22
MBI - Depersonalisierung	0	33	1,9939	,75247	1,00	4,00
	1	18	2,3444	1,15770	1,20	5,40
	Total	51	2,1176	,92015	1,00	5,40
MBI - Persönliche Erfüllung	0	33	4,6277	,48041	3,43	5,57
	1	18	4,7619	,43275	3,71	5,86
	Total	51	4,6751	,46430	3,43	5,86

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Emotionale Erschöpfung	Between Groups	3,394	1	3,394	4,670	,036
	Within Groups	35,614	49	,727		
	Total	39,008	50			
MBI - Depersonalisierung	Between Groups	1,431	1	1,431	1,714	,197
	Within Groups	40,903	49	,835		
	Total	42,334	50			
MBI - Persönliche Erfüllung	Between Groups	,210	1	,210	,972	,329
	Within Groups	10,569	49	,216		
	Total	10,779	50			

Sign. Unterschiede in Emot.Ersch.: 1 > 0

**Tabelle 12 und 13: Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit von der Unterstützung Entspannung/Freizeit**

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MBI - Emotionale Erschöpfung	0	36	2,9352	,85134	1,22	5,22
	1	15	3,1852	,96286	1,44	4,78
	Total	51	3,0087	,88327	1,22	5,22
MBI - Depersonalisierung	0	36	1,9556	,86336	1,00	5,40
	1	15	2,5067	,96471	1,40	4,60
	Total	51	2,1176	,92015	1,00	5,40
MBI - Persönliche Erfüllung	0	36	4,6746	,33566	4,00	5,43
	1	15	4,6762	,69874	3,43	5,86
	Total	51	4,6751	,46430	3,43	5,86

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Emotionale Erschöpfung	Between Groups	,662	1	,662	,846	,362
	Within Groups	38,347	49	,783		
	Total	39,008	50			
MBI - Depersonalisierung	Between Groups	3,216	1	3,216	4,028	,050
	Within Groups	39,118	49	,798		
	Total	42,334	50			
MBI - Persönliche Erfüllung	Between Groups	,000	1	,000	,000	,991
	Within Groups	10,779	49	,220		
	Total	10,779	50			

Sign. Unterschied in Depers.: 1 > 0

**Tabelle 14 und 15: Unterschiede in den Burnout-Komponenten in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand**  
Die Werte bis einschließlich 4 auf der Antwortskala wurden zusammengefasst.

		N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MBI - Emotionale Erschöpfung	4,00	13	3,2564	,84301	1,78	4,33
	5,00	27	3,1317	,89741	2,00	5,22
	6,00	11	2,4141	,66683	1,22	3,33
	Total	51	3,0087	,88327	1,22	5,22
MBI - Depersonalisierung	4,00	13	2,0462	,86854	1,20	4,60
	5,00	27	2,2370	1,01229	1,20	5,40
	6,00	11	1,9091	,75559	1,00	3,40
	Total	51	2,1176	,92015	1,00	5,40
MBI - Persönliche Erfüllung	4,00	13	4,5604	,36636	3,71	5,00
	5,00	27	4,6085	,51140	3,43	5,86
	6,00	11	4,9740	,33085	4,43	5,57
	Total	51	4,6751	,46430	3,43	5,86

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
MBI - Emotionale Erschöpfung	Between Groups	5,095	2	2,547	3,605	,035
	Within Groups	33,914	48	,707		
	Total	39,008	50			
MBI - Depersonalisierung	Between Groups	,930	2	,465	,539	,587
	Within Groups	41,404	48	,863		
	Total	42,334	50			
MBI - Persönliche Erfüllung	Between Groups	1,274	2	,637	3,216	,049
	Within Groups	9,505	48	,198		
	Total	10,779	50			

Sign. Unterschiede in Emot.Ersch.: 4 sign. höher als 6, 5 liegt dazwischen und unterscheidet sich nicht von den anderen.

Sign. Unterschiede in Pers.Erfüll.: 4 sign. geringer als 6, 5 liegt dazwischen und unterscheidet sich nicht von den anderen.



Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte "Dieses Gefühl tritt nie auf" an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

		Wie <b>oft</b> haben Sie das Gefühl?					
		nie	sehr selten	eher selten	manchmal	eher oft	sehr oft
1	Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Patienten positiv beeinflusse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich fühle mich sehr tatkräftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Patienten wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit Patienten geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen meiner Patienten um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Den ganzen Tag mit meinen Patienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Der direkte Kontakt mit Patienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



