

Universität Flensburg

Institut für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung

---

**„Burnout-Prävention in der Alten- und  
Krankenpflege“**

Ein persönliche Kompetenzen stärkendes Training zur Prävention von Burnout  
in der Alten- und Krankenpflege

**Dissertation**  
zur Erlangung der Doktorwürde (Dr. phil.)

an der Europa-Universität Flensburg

vorgelegt von  
**Dipl.-Psych. Dina Loffing, MBA**

Eckernförde, den 20.01.2017

Erste Gutachterin: Prof. Dr. Petra Hampel

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Heiner Dunckel

## Inhaltsverzeichnis

### Danksagung

Zusammenfassung.....1

## **1 THEORETISCHER HINTERGRUND ..... 3**

### **1.1 Einführung ..... 3**

1.1.1 *Problemstellung und Forschungsbedarf*..... 3

1.1.2 *Forschungsziel und Forschungsprojekt*..... 4

1.1.3 *Qualitätssicherung*..... 4

### **1.2 Belastung, Beanspruchung und Stressverarbeitung ..... 6**

1.2.1 *Psychische Belastung und Beanspruchung*..... 6

1.2.2 *Stress und Stressverarbeitung*..... 8

1.2.3 *Belastung, Beanspruchung und Stressverarbeitung in der Alten- und  
Krankenpflege* ..... 12

### **1.3 Burnout..... 14**

1.3.1 *Definitionen* ..... 15

1.3.2 *Ursachen und Hintergründe* ..... 16

1.3.2.1 *Erklärungsmodell nach Freudenberger*..... 17

1.3.2.2 *Erklärungsmodell nach Maslach* ..... 17

1.3.2.3 *Erklärungsmodell nach Cherniss*..... 18

1.3.2.4 *Weitere Erklärungsmodelle* ..... 20

1.3.3 *Symptomatik und Verlauf* ..... 21

1.3.4 *Burnout in der Alten- und Krankenpflege* ..... 24

### **1.4 Ressourcen ..... 26**

1.4.1 *Ressourceneinsatz zur Stressverarbeitung*..... 27

1.4.2 *Theoretische Modelle* ..... 28

1.4.2.1 *Salutogenese-Modell nach Antonovsky* ..... 28

1.4.2.2 *Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll*..... 29

1.4.3 *Personale Ressourcen* ..... 30

1.4.4 *Personale Ressourcen in der Alten- und Krankenpflege* ..... 33

### **1.5 Burnout-Prävention ..... 34**

1.5.1 *Möglichkeiten der Burnout-Prävention* ..... 34

1.5.2 *Möglichkeiten der Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege*..... 37

<b>1.6</b>	<b>Notwendigkeit einer Bedürfnisanalyse und eines persönliche Kompetenzen stärkenden Trainings zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege .....</b>	<b>38</b>
<b>2</b>	<b>VORSTUDIE.....</b>	<b>41</b>
<b>2.1</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2</b>	<b>Stichprobe.....</b>	<b>43</b>
<b>2.3</b>	<b>Quantitative Datenerhebung – Messinstrumente.....</b>	<b>47</b>
2.3.1	<i>Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS).....</i>	<i>48</i>
2.3.2	<i>Burnout-Screening-Skalen (BOSS).....</i>	<i>51</i>
2.3.3	<i>Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS).....</i>	<i>53</i>
<b>2.4</b>	<b>Qualitative Datenerhebung.....</b>	<b>56</b>
<b>2.5</b>	<b>Versuchsdurchführung.....</b>	<b>56</b>
2.5.1	<i>Vorbereitungen.....</i>	<i>56</i>
2.5.2	<i>Erhebungsbedingungen und Durchführung .....</i>	<i>57</i>
<b>2.6</b>	<b>Statistische Auswertung.....</b>	<b>58</b>
2.6.1	<i>Dateneingabe.....</i>	<i>58</i>
2.6.2	<i>Methodenbezogene Auswertung.....</i>	<i>59</i>
2.6.3	<i>Hypothesenbezogene Auswertung .....</i>	<i>60</i>
<b>2.7</b>	<b>Qualitative Auswertung .....</b>	<b>61</b>
<b>2.8</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>61</b>
2.8.1	<i>Methodenbezogene Ergebnisse.....</i>	<i>62</i>
2.8.1.1	<i>Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS).....</i>	<i>62</i>
2.8.1.2	<i>Burnout-Screening-Skalen (BOSS).....</i>	<i>63</i>
2.8.1.3	<i>Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) .....</i>	<i>64</i>
2.8.2	<i>Ergebnisse der Hypothesenprüfungen.....</i>	<i>65</i>
2.8.2.1	<i>Effekte zum chronischen Stress.....</i>	<i>66</i>
2.8.2.2	<i>Effekte in der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) .....</i>	<i>67</i>
2.8.2.3	<i>Effekte zu Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten.....</i>	<i>67</i>
2.8.3	<i>Ergebnisse der qualitativen Daten .....</i>	<i>68</i>
<b>2.9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>79</b>
2.9.1	<i>Diskussion der Ergebnisse.....</i>	<i>79</i>
2.9.2	<i>Ableitungen für und Notwendigkeit des zu entwickelnden Trainings .....</i>	<i>82</i>
2.9.3	<i>Weitere Ableitungen für die Alten- und Krankenpflege .....</i>	<i>83</i>
2.9.4	<i>Einschränkungen des Gültigkeitsbereiches .....</i>	<i>84</i>

---

<b>3 HAUPTSTUDIE .....</b>	<b>86</b>
<b>3.1 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN .....</b>	<b>86</b>
3.1.1 <i>Hauptfragestellung .....</i>	86
3.1.2 <i>Nebenfragestellungen .....</i>	86
<b>3.2 Methode .....</b>	<b>89</b>
3.2.1 <i>Versuchsplan .....</i>	89
3.2.2 <i>Stichprobe .....</i>	91
3.2.3 <i>Beschreibung des persönliche Kompetenzen stärkenden Trainings zur Burnout-Prävention .....</i>	96
3.2.4 <i>Quantitative Datenerhebung – Messinstrumente .....</i>	109
3.2.4.1 <i>Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) .....</i>	110
3.2.4.2 <i>Burnout-Screening-Skalen (BOSS) .....</i>	110
3.2.4.3 <i>Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) .....</i>	110
3.2.4.4 <i>Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) .....</i>	112
3.2.5 <i>Qualitative Datenerhebung .....</i>	115
3.2.6 <i>Versuchsdurchführung .....</i>	116
3.2.6.1 <i>Vorbereitungen .....</i>	116
3.2.6.2 <i>Erhebungsbedingungen und Versuchsablauf .....</i>	117
3.2.7 <i>Statistische Auswertung .....</i>	119
3.2.7.1 <i>Dateneingabe .....</i>	119
3.2.7.2 <i>Methodenbezogene Auswertung .....</i>	120
3.2.7.3 <i>Auswertung der einzelnen Testskalen .....</i>	120
3.2.8 <i>Qualitative Auswertung .....</i>	121
<b>3.3 Ergebnisse .....</b>	<b>123</b>
3.3.1 <i>Methodenbezogene Ergebnisse .....</i>	123
3.3.1.1 <i>Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) .....</i>	123
3.3.1.2 <i>Burnout-Screening-Skalen (BOSS) .....</i>	124
3.3.1.3 <i>Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) .....</i>	125
3.3.1.4 <i>Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) .....</i>	126
3.3.2 <i>Ergebnisse der Hypothesenprüfung .....</i>	127
3.3.2.1 <i>Ergebnisse der Hauptfragestellung – Effekte in der Selbstwirksamkeit .....</i>	128
3.3.2.2 <i>Ergebnisse der ersten Nebenfragestellung – Effekte in der Distanzierungsfähigkeit .....</i>	129
3.3.2.3 <i>Ergebnisse der zweiten Nebenfragestellung – Effekte in der Verausgabungsbereitschaft .....</i>	131

3.3.2.4	<i>Ergebnisse der dritten Nebenfragestellung – Effekte in der sozialen Selbstwertschätzung bzw. dem Umgang mit Kritik</i>	133
3.3.2.5	<i>Ergebnisse der vierten Nebenfragestellung – Effekte in der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung</i>	134
3.3.2.6	<i>Ergebnisse der fünften Nebenfragestellung – Effekte in der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden)</i>	137
3.3.3	<i>Ergebnisse der qualitativen Daten</i>	139
3.3.3.1	<i>Offene Frage im Fragebogen</i>	139
3.3.3.2	<i>Befindersrunde vor den Trainingseinheiten</i>	142
3.3.3.3	<i>Befindersrunde nach den Trainingseinheiten</i>	144
3.3.3.4	<i>Schriftliches Feedback zum Trainings-Abschluss</i>	147
3.3.4	<i>Ergebnisse der Einzelfallanalyse</i>	151
3.3.4.1	<i>Quantitative Ergebnisse</i>	152
3.3.4.2	<i>Qualitative Ergebnisse</i>	156
<b>3.4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>162</b>
3.4.1	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in die Literatur</i>	162
3.4.1.1	<i>Quantitative Ergebnisse</i>	162
3.4.1.2	<i>Qualitative Ergebnisse</i>	167
3.4.1.3	<i>Ergebnisse der Einzelfallanalyse</i>	170
3.4.1.4	<i>Zusammenführung der Ergebnisse</i>	172
3.4.1.5	<i>Reflexion des Qualitätsmanagements</i>	173
3.4.1.6	<i>Durchführbarkeit und Akzeptanz</i>	176
3.4.2	<i>Einschränkungen des Gültigkeitsbereiches</i>	177
3.4.2.1	<i>Stichprobe</i>	177
3.4.2.2	<i>Methode</i>	178
3.4.2.3	<i>Messinstrumente</i>	179
3.4.2.4	<i>Störvariablen</i>	180
<b>4</b>	<b>ALLGEMEINE DISKUSSION</b>	<b>181</b>
4.1	<b>Diskussion von Vor- und Hauptstudie</b>	<b>181</b>
4.2	<b>Implikationen und Ausblick</b>	<b>183</b>
4.3	<b>Fazit...</b>	<b>190</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>193</b>
<b>6</b>	<b>ANHANG</b>	<b>201</b>
6.1	<b>Anhang A – Verzeichnisse</b>	<b>201</b>
6.1.1	<i>Tabellenverzeichnis</i>	201
6.1.2	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	205

<b>6.2</b>	<b>Anhang B – Vorstudie .....</b>	<b>209</b>
6.2.1	<i>Fragebogen der Vorstudie.....</i>	209
6.2.2	<i>Methodenbezogene Ergebnisse.....</i>	222
6.2.3	<i>Ergebnisse der Hypothesenprüfungen.....</i>	223
6.2.4	<i>Ergebnisse der qualitativen Daten .....</i>	223
<b>6.3</b>	<b>Anhang C – Fragebögen und Interviews .....</b>	<b>227</b>
6.3.1	<i>Informationen über die Studie .....</i>	227
6.3.2	<i>Fragebogen der Hauptstudie.....</i>	228
6.3.3	<i>Fragebogen zum Trainingsabschluss .....</i>	239
6.3.4	<i>Interviewleitfaden der Einzelfallanalyse .....</i>	240
6.3.5	<i>Transkription der Einzelfallanalyse.....</i>	240
<b>6.4</b>	<b>Anhang D – Arbeitsmaterialien .....</b>	<b>241</b>
6.4.1	<i>Flipcharts.....</i>	241
6.4.2	<i>Arbeitsblätter .....</i>	247
<b>6.5</b>	<b>Anhang E – Tabellen .....</b>	<b>251</b>
6.5.1	<i>Methodenbezogene Ergebnisse.....</i>	251
6.5.2	<i>Ergebnisse der Hypothesenprüfung.....</i>	251

## **Danksagung**

Schon lange hatte ich mir vorgenommen, ursprünglich zu meinem 32-Geburtstag, mir „eine Promotion zu schenken“. Knapp sechs Jahre habe ich nun daran gearbeitet. In den vielen Stunden haben meine Lieben um mich herum manchmal auf mich verzichten müssen. Immer jedoch habe ich Unterstützung und Zuspruch erfahren.

Zu jeder Zeit und von der ersten (in Essen) bis zur letzten (in Flensburg) Stunde ist mir Prof. Dr. Petra Hampel zur Seite gestanden. Mit Sicherheit hätte ich mich nicht an eine Promotion gewagt, hätte Petra mir nicht ihre Begleitung, Begutachtung und Fürsorge zugesagt, für die ich mich an dieser Stelle von ganzem Herzen bedanke.

Ebenso bedanke ich mich bei meiner Mutter für ihren großartigen Einsatz in zahlreicher Hinsicht. Zudem bedanke ich mich bei meiner Familie für das Ertragen von Verzicht und das Schenken von Zuversicht. Außerdem bedanke ich mich bei Svenja Roch von der Universität Flensburg, bei Frau Oberin Egen, Frau Pomorin und Frau Schulz-Salveter der DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V. sowie bei Katja Goeke. Vielen Dank für alle Unterstützung, die Sie/Ihr mir geschenkt habt sowie das Vertrauen in meine Arbeit.

Persönlich sehe ich einen großen Nutzen in der Durchführung des Trainings. Die Arbeit mit den Teilnehmerinnen und deren individuelle Rückmeldungen haben mich sehr berührt. Ich bin dankbar für die gemeinsame Arbeit mit allen Menschen, mit denen ich im Rahmen dieser Studie zusammen arbeiten durfte und freue mich auf alle weiteren, die sich durch das Training ein Stück weit resilienter fühlen.

## Zusammenfassung

**Theorie.** Da im Berufsfeld der Alten- und Krankenpflege ein erhöhtes Maß an Stressoren nachweisbar ist und ein höheres Risiko besteht, einen Burnout zu erleiden, kann der Stärkung der persönlichen Kompetenzen zur Burnout-Prävention eine hohe Relevanz zugesprochen werden (z.B. Bergner, 2011; Büssing, Giesenbauer, Glaser & Höge, 2000; Fengler, 2001; Nienhaus, Westermann & Kuhnert, 2012). Ziel dieser Arbeit war es, ein Training zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege zu konzipieren und zu evaluieren, welches die persönlichen Kompetenzen von Pflegenden stärkt. Dabei wurde der Einfluss der Intervention auf die Selbstwirksamkeit, die Distanzierungsfähigkeit, die Verausgabungsbereitschaft, die soziale und die leistungsbezogene Selbstwertschätzung sowie die Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) untersucht.

**Vorstudie.** Um das Bedürfnis der Zielgruppe abzusichern, wurden in einer Vorstudie deren Unterschiede von sozialer Überlastung, Arbeitsunzufriedenheit, chronischem Stress, Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden), Coping und Selbstwirksamkeit im Vergleich zur Norm geprüft. Die Analyse der Daten von 123 Probandinnen im Alter zwischen 20 und 63 zeigte im Vergleich zur Norm insbesondere in der sozialen Überlastung, der Arbeitsunzufriedenheit sowie dem chronischen Stress signifikant höhere Werte auf. Qualitativ erhobene Daten untermauerten die hohe psychische und physische Belastung der Pflegekräfte und das Bedürfnis, sich präventiv zu stärken.

**Hauptstudie.** Der Hauptstudie lag ein zweifaktorieller Versuchsplan zugrunde. Die erste unabhängige Variable war die experimentelle Bedingung mit zwei Abstufungen, wobei die Experimentalgruppe an der sechsmonatigen Intervention teilnahm, während die Kontrollgruppe keinerlei Treatment erhielt. Die zweite unabhängige Variable bildete der Faktor Zeit, der sich mit drei Ausprägungen in die Messzeitpunkte  $t_0$  (prae),  $t_1$  (post) und  $t_2$  (6-Monatskatamnese) unterteilen ließ. Die Intervention umfasste sechs Trainings-Module über je zwei Stunden in der Gruppe. Insgesamt gingen die Daten von 25 Personen im Alter zwischen 22 und 54 Jahren in die Studie ein. Zu den drei Messzeitpunkten wurde je eine Fragebogenbatterie bestehend aus Anteilen des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) von Jack (2007), der Burnout-Screening-Skalen (BOSS) von Hagemann und Geuenich (2009), des Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters (AVEM) von Schaarschmidt und Fischer (2006) sowie der Multidimensionalen Selbstwertkala (MSWS) von Schütz und Sellin (2006) eingesetzt. Die methodenbezogene Auswertung erfolgte mittels Berechnung deskriptiver Daten, Reliabilitätsanalysen und Faktorenanalysen, die Hypothesenprüfung mittels einfaktorieller

Varianzanalysen. Zusätzlich wurden qualitative Daten mittels offener Fragen im Fragebogen, Befindersrunden vor und nach den Trainingseinheiten, einem schriftlichen Feedback zum Trainings-Abschluss sowie Interviews mit einer Probandin erhoben. Diese wurden mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) ausgewertet.

**Ergebnisse.** Zunächst konnte ein Interaktionseffekt der experimentellen Bedingung und der Zeit auf die Selbstwirksamkeit statistisch abgesichert werden. Demzufolge konnten die Teilnehmerinnen des Trainings ihre Selbstwirksamkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe sowie kurz- und mittelfristig bedeutsam verbessern. Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass die teilnehmenden Pflegekräfte ihre Distanzierungsfähigkeit gegenüber der Kontrollgruppe sowie im gesamten Zeitverlauf stetig verbessern konnten. Hypothesengenerierende Analysen legen außerdem nahe, dass die Verausgabebereitschaft kurzfristig bedeutsam verringert werden konnte, wenngleich sich dieser Effekt mittelfristig nicht absichern ließ. Zudem sprechen explorative Analysen dafür, dass die Intervention sich günstig auf die leistungsbezogene Selbstwirksamkeit auswirkte. Demnach wiesen die Teilnehmerinnen des Trainings kurzfristig höhere Werte als die der Kontrollgruppe auf. Auch die mittelfristige Stabilität dieses Effekts konnte bestätigt werden. Darüber hinaus konnte statistisch belegt werden, dass die Teilnehmerinnen des Trainings über den gesamten Studienverlauf eine geringere Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) aufwiesen als die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der qualitativen Daten zeigten eine intensive gedankliche Weiterbeschäftigung der Teilnehmerinnen mit den Trainingsinhalten. Wichtigste Inhalte waren für sie das Bewusstmachen eigener Ressourcen, Werte und Ziele sowie der eigenen Wirksamkeit. Insgesamt kann von einer hohen Akzeptanz des Trainings gesprochen werden. Die Ergebnisse müssen eine Einschränkung ihrer Interpretation hinsichtlich des nicht randomisierten Kontrollgruppendesigns finden. Zudem kann die Generalisierbarkeit aufgrund der kleinen Stichprobe einer Einrichtung als eingeschränkt bezeichnet werden.

**Fazit.** Die langfristige Wirksamkeit sowie die Abhängigkeit weiterer Rahmenbedingungen sollte in zukünftigen Studien überprüft werden. Die Teilnehmerinnen des Trainings wiesen jedoch kurz- und mittelfristig eine signifikant bessere Selbstwirksamkeit und Distanzierungsfähigkeit auf. Durch diese Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass die persönlichen Kompetenzen von Alten- und Krankenpflegekräften durch das neu konzipierte Training mittelfristig verbessert werden konnten. Es lässt sich schlussfolgern, dass es sich bei diesem Training um eine gesundheitsförderliche Maßnahme handelt, die der Burnout-Prävention dient und der Zielgruppe der Pflegekräfte unabhängig von Rahmenbedingungen einen Weg aufzeigt, sich selbst zu stärken. Die vorliegende Studie stellt eine bedeutsame

Ergänzung der bestehenden Forschung dar und zeigt einen effektiven Weg der Präventions-Arbeit für eine hoch belastete Zielgruppe auf.

# 1 THEORETISCHER HINTERGRUND

Im hier folgenden ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit werden in einer Einführung zunächst die Problemstellung, Ziele sowie eine Übersicht der gesamten Arbeit dargestellt. Im Anschluss wird der theoretische Hintergrund von Belastung, Beanspruchung, Stressverarbeitung und Coping, Burnout, Ressourcen und persönlichen Kompetenzen sowie Burnout-Prävention definiert. Nach einer allgemeinen Darstellung folgt jeweils die Betrachtung dieser Konstrukte speziell in der Alten- und Krankenpflege mit den dortigen Besonderheiten. Nach der Vorstellung bestehender Möglichkeiten der Burnout-Prävention schließt das Kapitel mit der Erklärung der Notwendigkeit eines die persönlichen Kompetenzen stärkenden Trainings in der Alten- und Krankenpflege ab.

## 1.1 Einführung

Im folgenden Kapitel werden die Problemstellung sowie der Forschungsbedarf der vorliegenden Dissertation definiert. Es folgt die Darstellung der für diese Forschung gesetzten Ziele sowie eine Übersicht von Aufbau und Inhalten der gesamten Arbeit.

### 1.1.1 Problemstellung und Forschungsbedarf

Bereits vor Jahrzehnten kamen Forscher zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Menschen, die in helfenden Berufen arbeiten, ein erhöhtes Risiko tragen, psychisch und physisch zu erkranken (Büssing, Eisenhofer, Glaser, Natour & Theis, 1995; Rook, 1998). Schon immer brachte insbesondere der Beruf der Alten- oder Krankenpflegekräfte einen großen emotional-interaktionalen Anspruch mit sich, dem sich zahlreiche potentielle Stressoren auf kognitiver, physischer und emotionaler Ebene anschließen. Zwanzig Jahre später sind die Herausforderungen, heute in der Pflege zu arbeiten, keinesfalls gesunken. Ganz im Gegenteil zeichnet sich durch den stetig steigenden Pflegebedarf bei gleichzeitig geringeren Zahlen der Nachwuchs-Pflegekräfte sowie der finanziellen Mittel ein hoher Anstieg der stressverursachenden Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen ab (Statistisches Bundesamt, 2015). Da zudem weder in der Ausbildung zur Altenpflege- oder Krankenpflegekraft noch in standardisierten Fortbildungen dieser Berufsfelder der Umgang mit Beanspruchung oder der selbstverantwortliche Einsatz und Aufbau persönlicher Ressourcen gelehrt wird, herrscht vielfach ein Mangel an Kenntnis und Fähigkeit, eigene Coping-Strategien auszuarbeiten und zum Einsatz zu bringen. Um sich nicht auf die Veränderung struktureller, gesellschaftlicher oder organisationaler Rahmenbedingungen zu verlassen, die zudem nicht in Sicht sind, wird der Bedarf, sich als Alten- oder

Krankenpflegekraft persönlich zu stärken, um den beruflichen Anforderungen resilient gegenüberzutreten zu können und nicht an einem Burnout zu erkranken, unmittelbar deutlich.

### **1.1.2 Forschungsziel und Forschungsprojekt**

Die beschriebene Problemstellung begründet bereits, an der Stärkung des einzelnen Individuums zu arbeiten. Auch und gerade bei unveränderlichen und sich unter Umständen weiter verschärfenden Rahmenbedingungen sollten die Menschen, die in der Pflege arbeiten, im Aufbau der Fähigkeit, sich selbst zu stärken und zu schützen, Unterstützung erfahren. Die vorliegende Studie verfolgte somit das Ziel, ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Training für Alten- und Krankenpflegekräfte zu entwickeln und zu evaluieren, welches die persönlichen Kompetenzen des Einzelnen stärkt, um die Gefahr, einen Burnout zu erleiden, zu reduzieren.

**Das Forschungsziel** der vorliegenden Arbeit war die Konzeption und Evaluation eines Trainings-Programms zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege. Der inhaltliche Schwerpunkt des Trainings lag dabei in der Stärkung der persönlichen Kompetenzen jedes Einzelnen.

Hierfür wurde der Bedarf mittels Literaturrecherche festgestellt. Die Bedürfnislage von Stressempfinden, Arbeitsbelastung und Burnout-Gefährdung in Pflegeberufen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen wurde zunächst anhand einer Vorstudie erhoben. Die Ergebnisse dieser Vorstudie sowie Erkenntnisse aus Literatur und vorangegangenen Forschungen flossen in die dann folgende Entwicklung des Trainings und seiner einzelnen Module ein, nachdem die konkreten Fragestellungen und zugehörigen Hypothesen für die Hauptstudie definiert waren. Es folgte die Durchführung einer halbjährigen Intervention, deren mittelfristige Wirksamkeit quantitativ sowie qualitativ ausgewertet und abschließend diskutiert wurde.

### **1.1.3 Qualitätssicherung**

Bei Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung wird eine evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Konzeption gefordert (Tempel, Bödeker, Reker, Schaefer, Klärs & Kolip, 2013, S. 8). Um einen Qualitätsanspruch zu definieren und das angestrebte Qualitätsniveau in allen Phasen eines Forschungsprojektes abzusichern, kann der von Kolip (2006) entwickelte „Public Health Action Cycle“ (PHAC) Anwendung finden. Mit insgesamt vier

Phasen dient der genannte Zyklus als Rahmen für die Konzeption und Implementierung eines gesundheitsbezogenen Projektes (Kolip, 2006, S. 235 ff.):

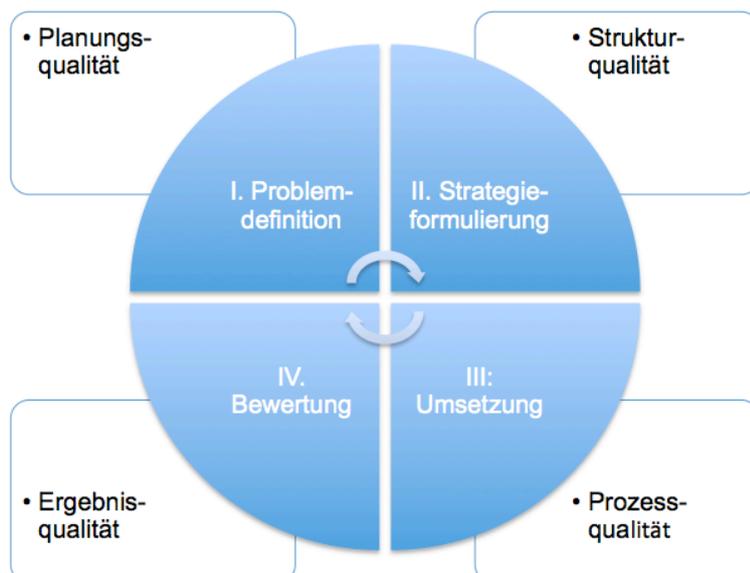
Phase 1) Problemdefinition: Identifikation des zu bearbeitenden Problems

Phase 2) Strategieformulierung: Ableitung geeigneter Maßnahmen für die Problembearbeitung

Phase 3) Umsetzung: Umsetzung der gewählten Strategien

Phase 4) Bewertung: Analyse der durchgeführten Intervention bezüglich ihrer Wirksamkeit

Ergänzend ist jede Phase mit einer anderen Qualitätsdimension verknüpft. Diese sollen das mit den geplanten Methoden angestrebte und herstellbare Qualitätsniveau sichern (Kolip, 2006, S. 238 ff.). Hinter der ersten Phase der Problemdefinition verbirgt sich die Dimension der Planungsqualität, die das theoretische Fundament, das herausgearbeitete Bedürfnis und den Bedarf anhand vorliegender Rahmenbedingungen beinhaltet. Die zur zweiten Phase der Strategieformulierung gehörende Strukturqualität wendet den Blick auf einbezogene infrastrukturelle, materielle sowie personelle Bedingungen und Ressourcen. Die Dimension der Prozessqualität ist in der dritten Phase der Umsetzung verortet. Hier wird mittels formativer Evaluation die Güte der Durchführung einer Intervention, beispielsweise mittels Feedback, beleuchtet. In der vierten Phase der Bewertung erfolgt abschließend die summative Evaluation, mündend in der Dimension der Ergebnisqualität (vgl. Abb. 1).



**Abbildung 1: Der „Public Health Action Cycle“ und seine Qualitätsdimensionen (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 238).**

## **1.2 Belastung, Beanspruchung und Stressverarbeitung**

Neben den Modellen zu Burnout und dessen Präventions-Möglichkeiten fußt die vorliegende Arbeit primär auf den theoretischen Konstrukten von Belastung, Beanspruchung und Stressverarbeitung, die in diesem Kapitel nacheinander erklärt werden. Theoretische Modelle zu Ressourcen werden im Kapitel 1.4 ergänzt. Da aufgrund der unterschiedlichen Verwendung der Begriffe bis heute kaum von einer allgemein gültigen Definition gesprochen werden kann, erfolgt am Anfang der entsprechenden Kapitel eine Definition, an der sich die vorliegende Arbeit orientiert.

### **1.2.1 Psychische Belastung und Beanspruchung**

Kallus (1995) bezieht seine Definition auf die DIN 33405 der Ergonomie, in der die Belastung eines Menschen wie folgt definiert wird (Kallus, 1995, S. 11):

*„Psychische Belastung wird verstanden als die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken.“*

Schuster, Haun und Hiller (2011, S. 42) ergänzen, dass diese „Reiz-Ereignisse“ eine adaptive Reaktion (Anpassungsfähigkeit) erfordern. Als Stressoren werden diese Elemente dann bezeichnet, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit Stressreaktionen auslösen können. Solche Stressoren können sowohl chemischer oder physikalischer Natur (z.B. Lärm oder Hitze) als auch psychosozialer Natur sein. Insbesondere die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz, die sich aus sozialen Beziehungen, Arbeitsdruck, erhöhten Anforderungen oder sich verändernden Strukturen ergeben, haben in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen (Schuster et al., 2011, S. 43). Dabei spielen insbesondere auch die zunächst unauffälliger scheinenden Belastungen wie etwa Emotionsarbeit oder Selbstwertbedrohungen eine Rolle. Die emotionale Anforderung, bei der Arbeit unabhängig von der Passung zum eigenen emotionalen Erleben, Gefühle zum Ausdruck bringen zu müssen, ergibt sich in vielen Dienstleistungsberufen, in denen die Interaktion mit Menschen im Fokus steht. Stimmen die zu zeigenden Gefühle nicht mit den aktuellen, eigenen Emotionen überein, kann diese Anforderung einen Stressor-Charakter bekommen, der der Theorie der emotionalen Dissonanz entspricht (Zapf, 2002, S. 242 f.). Bartholdt und Schütz (2010) betonen diesbezüglich den in mehreren Studien eruierten Zusammenhang emotionaler Dissonanz mit Stressfolgen wie Burnout. Im Rahmen von Selbstwertbedrohungen kann es zu negativen Effekten der so wichtigen sozialen Unterstützung kommen, beispielsweise durch Geringschätzung (Schuster et al., 2011, S. 47;

vgl. Kap. 1.4). Eine Übersicht verschiedener Arten von Stressoren bietet die nachfolgende Tabelle 1.

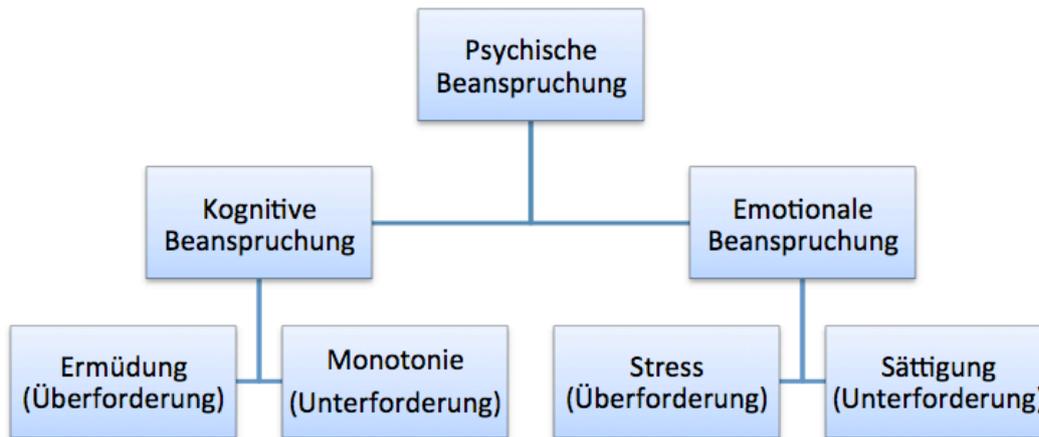
**Tabelle 1: Verschiedene Arten potenzieller Stressoren im Arbeitskontext (modifiziert nach Schuster et al., 2011, S. 43).**

Art des Stressors	Beispiele
Physische Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgebungsbedingungen (Lärm, Hitze etc.)</li> <li>• Einseitige Körperhaltung (ständiges Stehen, Arbeit über Kopf etc.)</li> </ul>
Arbeitsaufgabe und-organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitdruck, Überstunden, mangelnde Planbarkeit flexibler Arbeitszeiten</li> <li>• Geforderte Daueraufmerksamkeit, Pausenmangel</li> <li>• Rollenkonflikte, -überforderung, -ambiguität</li> <li>• Fehlende Materialien, unvollständige Informationen, häufige Arbeitsunterbrechungen und -störungen</li> </ul>
Soziale Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten</li> <li>• Umgang mit schwierigen Klienten / Patienten</li> <li>• Emotionsarbeit</li> <li>• Selbstwertbedrohungen</li> <li>• Mobbing</li> </ul>
Organisationale Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlebte organisationale Ungerechtigkeit</li> <li>• Problematische Informationspolitik</li> <li>• Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben</li> </ul>

Der Begriff der Beanspruchung kann als unmittelbare Folge einer vorausgegangenen Belastung definiert werden. In der Definition von Kallus wird dabei deutlich, dass die Folgen nach Inanspruchnahme dabei individuell vollkommen unterschiedlich in Erscheinung treten können (Kallus, 1995, S. 11):

*„Psychische Beanspruchung wird verstanden als die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung am Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand.“*

Menschen können psychisch und physisch beansprucht werden, was gleichermaßen zu einer Störung des psychophysiologischen Gleichgewichts sowie zu einer Inanspruchnahme von Ressourcen führen kann. Je häufiger und intensiver die Beanspruchung erfahren wird, desto eher können vorhandene Ressourcen erschöpft sein und eine Überbeanspruchung kann resultieren. Da sich die psychische Beanspruchung jedoch bereits in die kognitive und die emotionale Beanspruchung unterteilen lässt, können sich die Folgen sehr unterschiedlich in Form von Ermüdung, Monotonie, psychischem Stress oder psychischer Sättigung zeigen, wie die nachfolgende Abbildung 2 veranschaulicht (Allmer, 1996, S. 43). Die Überbeanspruchung über einen längeren Zeitraum stellt außerdem häufig ein psychosomatisches Gefährdungspotential dar (Kallus, 1995, S. 12).



**Abbildung 2: Psychische Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen (modifiziert nach Allmer, 1996, S. 45).**

### 1.2.2 Stress und Stressverarbeitung

In der Folge psychischer Belastung und Beanspruchung kann es zu Stressempfinden kommen. Der vermehrt populär verwendete Begriff „Stress“ stammt von dem lateinischen Wort „stringere“, was übersetzt „anspannen“ bedeutet. Nach Janke und Wolffgramm (1995) gibt es bis heute keine allgemeingültige Definition von Stress. In der vorliegenden Arbeit wird auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus Bezug genommen (Lazarus & Launier, 1981). Lazarus begann bereits in den 1950er Jahren mit der Forschung über das Konstrukt Stress. Sein Modell stützte er auf die Grundannahme, Stress entstehe stets aufgrund einer wechselseitigen Person-Umwelt-Interaktion (Transaktion). Hierbei würde die Umwelt auf das Verhalten der Person ebenso einwirken, wie auch die aktiv handelnde Person die Umwelt reziprok beeinflusst und verändert (Kaluzsa, 1996, S. 26 ff.). Die Definition von Stress nach Lazarus lautet wie folgt (Lazarus, 2005, S. 233):

*„Stress ist jede innere oder äußere Anforderung an einen Organismus, die dessen Anpassungsfähigkeit beansprucht oder übersteigt.“*

Als Begründer der Stressforschung wird jedoch immer wieder der Mediziner Hans Selye genannt (Reimann & Pohl, 2006, S. 217 f.). Der Schwerpunkt seiner Betrachtung lag dabei auf der physiologischen Ebene des Stressgeschehens, bei der der Organismus auf Umwelтанforderungen reagiert und es dabei *„von einer Alarmreaktion über eine Widerstandsphase zu einer Erschöpfungsphase“* kommen kann (Schwarzer, 2004, S. 14). Heute wird unter Stress weit mehr als eine kurzfristige Belastungsreaktion verstanden, auch wenn bei jeder Form von Stress von einem aktuellen Anpassungsproblem der Organismus-

Umwelt-Adaption ausgegangen werden kann. Das transaktionale Stressmodell von Lazarus geht in seinem psychologischen Konzept davon aus, dass jeder Mensch aktiv zu Stress und Stressbewältigung beiträgt. Nach langjähriger Forschung realisierte Lazarus den unmittelbaren Zusammenhang zwischen Stress und Emotionen und dass die individuelle, kognitive Bewertung einer Person beim Erleben eines Stressors und der folgenden Stressverarbeitung die entscheidende Rolle spielt (Lazarus, 2005, S. 235 ff.). Dabei stehen das Stresserleben und die Bewertung dessen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden einer Person (Lazarus & Launier, 1981). Lazarus und Folkmann (1984) unterschieden insgesamt drei Arten kognitiver Bewertungen: Die primäre Bewertung („primary appraisal“) kann als eine Einschätzung der Wichtigkeit des Ereignisses für das betroffene Individuum bezeichnet werden. Hier wird ein Urteil darüber gefällt, inwiefern das Geschehen Aufmerksamkeit und Maßnahmen erfordert, um das weitere Wohlergehen der Person gewährleisten zu können und inwiefern wichtige, persönliche Ziele, Beziehungen und Überzeugungen betroffen sind. Jede Situation kann folglich als irrelevant, positiv oder stresshaft beurteilt werden. Innerhalb der sekundären Bewertung („secondary appraisal“) wird nachfolgend verhandelt, was gegen die gestörte Person-Umwelt-Beziehung getan werden kann. Dabei werden die zur Verfügung stehenden Bewältigungsoptionen („coping options“) mit ihren jeweiligen Konsequenzen ebenso überprüft wie die eigenen Kompetenzen und Bewältigungsfähigkeiten („coping resources“), welche sowohl internale (z.B. Entspannungsfähigkeit) als auch externale Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung) umfassen können. In der dritten und letzten Stufe der tertiären Bewertung („reappraisal“) erfolgt über Rückkopplungsprozesse eine Neubewertung der Situation inklusive der gefolgten Konsequenzen. Diese Neubewertung kann auch Veränderungen im weiteren Bewältigungsverhalten nach sich ziehen, so dass beispielsweise eine zuvor als Bedrohung bewertete Situation als Herausforderung erlebt werden kann (Lazarus, 2005, S. 239; s. Tab. 2).

**Tabelle 2: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (Udris & Frese, 1988; entnommen aus Ulich, 2005, S. 474).**

<b>Kognitive Bewertungsprozesse</b>							
A)	Primäre Bewertung (Primary Appraisal) des Wohlbefindens. Ein gegebenes Ereignis/ eine Situation betrachten als <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrelevant</li> <li>• Günstig/Positiv</li> <li>• Stressend                             <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">Schädigung/Verlust</td> <td>(Harm-Loss)</td> </tr> <tr> <td>Bedrohung</td> <td>(Threat)</td> </tr> <tr> <td>Herausforderung</td> <td>(Challenge)</td> </tr> </table> </li> </ul>	Schädigung/Verlust	(Harm-Loss)	Bedrohung	(Threat)	Herausforderung	(Challenge)
Schädigung/Verlust	(Harm-Loss)						
Bedrohung	(Threat)						
Herausforderung	(Challenge)						
B)	Sekundäre Bewertung (Secondary Appraisal). Bezogen auf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewältigungsfähigkeiten (Coping Ressourcen)</li> <li>• Bewältigungsmöglichkeiten (Coping Options)</li> </ul>						
C)	Neubewertungen (Reappraisal). Rückkoppelung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen über eigene Reaktionen</li> <li>• über die Umwelt,</li> <li>• anschließende Reflexion</li> </ul>						

Wie vorausgehend beschrieben, entstehen Stressreaktionen nur dann, wenn die Bewältigungsoptionen einer Person überschritten werden (Birbaumer & Schmidt, 2003, S. 94). Das zwischen den individuellen Leistungsvoraussetzungen und den äußeren Anforderungen herrschende Ungleichgewicht wird dabei als persönlich bedeutsam empfunden. Je unangenehmer dies erlebt wird, desto größer das Gefühl von Stress und der Wunsch, diesem zu entgegnen (Dunckel & Zapf, 1986, S. 13). Bemühungen der Stressbewältigung können als andauernder Prozess beschrieben werden und folgen keinem automatischen Anpassungsverhalten, wie Lazarus wie folgt definiert (Lazarus, 2005, S. 239):

*„Wir definieren Bewältigung als fortwährend sich wandelnde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengung zur Handhabung bestimmter externer und / oder interner Anforderungen, die vom Betroffenen als seine Ressourcen belastend oder überlastend bewertet werden.“*

Die Handhabung einer Situation bedeutet jedoch nicht unmittelbar, das Geschehen erfolgreich gemeistert zu haben. Es kann bedeuten, dass die Situation verändert oder akzeptiert wird, oder aber verniedlicht oder gemieden (Lyon, 2005, S. 35). Die wichtigste personale Ressource dabei ist das Coping-Verhalten einer Person, unter dem die Bewältigung interner und externer Anforderungen, die die eigenen Ressourcen übersteigen, verstanden wird (Lazarus & Folkmann, 1984). Coping bezieht sich somit nach einer erfolgten Stressreaktion auf das Abrufen und Einsetzen von Ressourcen, um einen angemessenen Umgang mit dem Stressor zu erwirken. Nach Lazarus lassen sich diese Bewältigungsmaßnahmen in das problembezogene und das emotionsbezogene Coping

unterteilen. Während die problembezogene Bewältigung ein direktes Eingreifen, eine Anpassung oder eine Veränderung der Umwelt beinhaltet, werden bei der emotionsbezogenen Bewältigung stressbegleitende Emotionen durch Distanzierung, Nachdenken oder dem Suchen nach Entspannung gelindert (Lazarus, 2005, S. 242). Schuster et al. (2011, S. 52 f.) differenzieren zusätzlich in handlungsorientierte (sichtbare) und intrapsychische (verdeckte) Stressbewältigungsstrategien. Sie sprechen hierbei von der Ebene der Umsetzung, während sie die Unterteilung von Lazarus als Ebene des Ziels (Problem vs. Emotion) bezeichnen, wie nachfolgende Tabelle 3 veranschaulicht.

**Tabelle 3: Stressbewältigungsstrategien (modifiziert nach Schuster et al., 2011, S. 53).**

	<b>Problemorientiert</b>	<b>Emotionsorientiert</b>
Handlungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Informationssuche</li> <li>• Aktive Problembewältigung</li> <li>• Aktive Hilfesuche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannung durch körperliche Aktivität</li> <li>• Entspannungsübungen (z.B. Progressive Muskelrelaxion)</li> </ul>
Intrapsychisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umbewerten des Stressors</li> <li>• Verdrängen des Problems</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditation</li> <li>• Autogenes Training</li> <li>• Selbstinstruktion</li> <li>• Sich ablenken</li> </ul>

Als langfristig empfehlenswerter werden dabei die Realitätsakzeptanz sowie die emotionsbezogene Stressbewältigung postuliert. Die nachfolgende Abbildung 3 veranschaulicht das gesamte transaktionale Stresskonzept von Lazarus ergänzend.

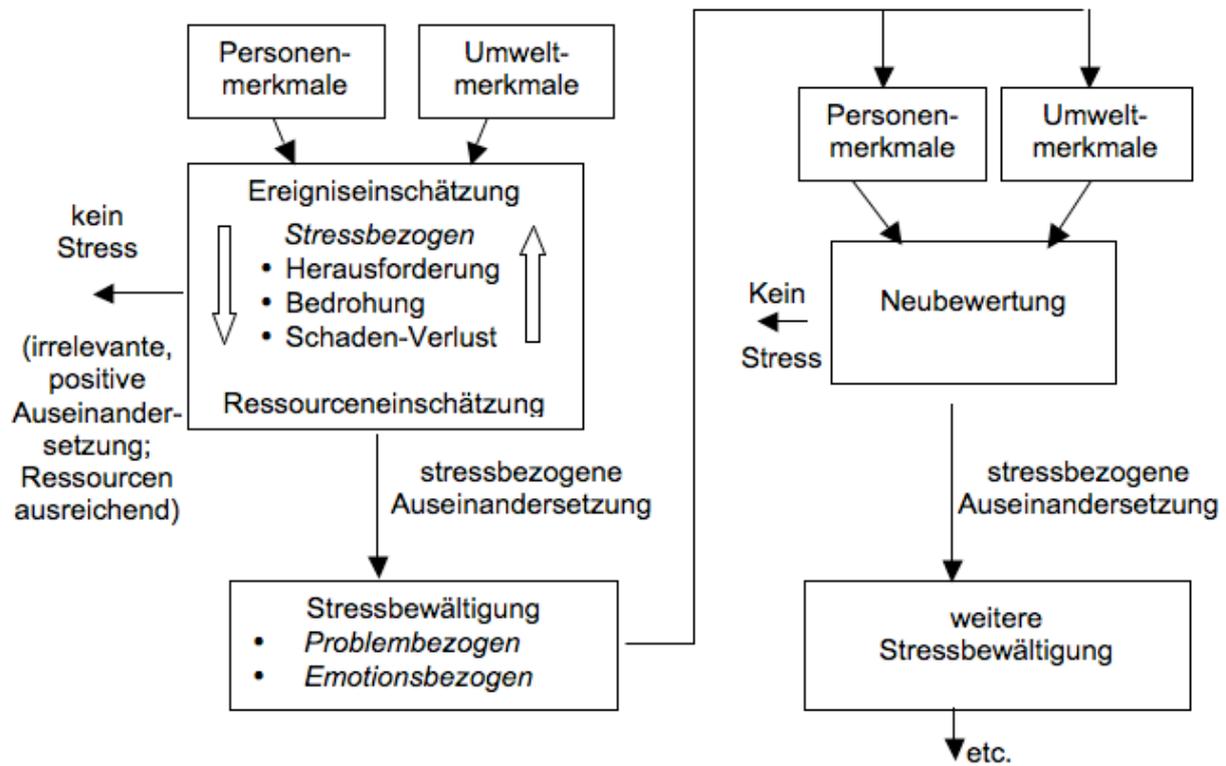


Abbildung 3: Stress und Stressverarbeitung nach Lazarus (entnommen aus Hampel & Petermann, 2003, S. 9).

### 1.2.3 Belastung, Beanspruchung und Stressverarbeitung in der Alten- und Krankenpflege

In den Forschungen der 1990er Jahre setzte sich Christina Maslach vorwiegend mit Personen aus „health care settings“ auseinander (Rook, 1998, S. 29). Durch die Auswertung zahlreicher Interviews und Fallbeispiele definierte sie drei Schlüsselthemen (Rook, 1998, S. 29 f.):

- 1.) Die große Rolle emotionaler Belastungen und Erfahrungen für die Profession helfender Berufe, die gleichermaßen enorm belohnend wie belastend sein können
- 2.) „Detached concern“ (distanzierte Anteilnahme) als ein in der Praxis nahezu unmöglich zu erreichendes Ideal
- 3.) Die negative Selbsteinschätzung der eigenen professionellen Kompetenz, bei der negative emotionale Erfahrungen vorschnell mit einem persönlichen Misserfolg gleichgesetzt werden

„Detached Concern“ beschreibt die Fähigkeit, sich in der Arbeit mit Menschen empathisch und anteilnehmend auf diese einzulassen, gleichzeitig jedoch eine psychische Distanz zu wahren. Lampert (2011) beschreibt dieses Konstrukt der zwei Extreme als eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie in der Altenpflege, die Helfern vor emotionalen Beeinträchtigungen schützen und zur Erhaltung professioneller Handlungsfähigkeit verhelfen kann. Ob Nähe an sich als Stressor bezeichnet werden kann, scheint fraglich. Für Menschen, die soziale Berufe ergriffen haben, sind Beziehungen und Kontakt zu anderen häufig Beweggründe, sich intensiv zu engagieren (Burisch, 2010, S. 77). Doch sicherlich kann sich nach der Theorie der emotionalen Dissonanz chronischer Stress durch eine langfristige oder gar dauerhafte Diskrepanz der empfundenen und der gezeigten Emotion manifestieren (Zapf, 2002, S. 258 ff.). Cherniss sieht zudem in der Rollenambiguität eine große potentielle Belastung, die insbesondere in helfenden Berufen durch fehlendes Feedback zu Arbeitsergebnissen, widersprüchliche Zielvorgaben oder mangelnde Erfolgskriterien verstärkt wird (Rook, 1998, S. 48). Einer Untersuchung von Cherniss und Egnatios (1978) zufolge ist Ambiguität zudem eine zentrale Ursache für Arbeitsunzufriedenheit in helfenden Berufen.

Auch die Anhäufung der Belastungen in der Alten- und Krankenpflege spielt eine Rolle. Fengler (2001, S. 69 ff.) stellte bereits vor 15 Jahren eine Ansammlung potentieller, berufstypischer Belastungsmomente zusammen, wie zum Beispiel

- fehlender Rückhalt im Team,
- zu viele Klienten / Patienten,
- Rückfälle und fehlende Einsicht von Klienten / Patienten,
- eigene Hilflosigkeit im Helfen,
- zu wenig Zeit für die Klienten / Patienten oder
- Behinderung der Therapie durch die eigene Institution.

Die emotionale Nähe durch die teils fast partnerschaftliche Arbeit mit Klienten, Patienten oder Angehörigen, die räumlich kaum mögliche Abgrenzung und die oft starke emotionale Betroffenheit sowie die Konfrontation mit Tod und Leid macht jede Interaktion und vor allem die Fülle dieser im Laufe eines Arbeitstages zur Herausforderung (Büssing, Giesenbauer, Glaser & Höge, 2000, S. 85 ff.).

Büssing et al. (2000, S. 83) betonen zusätzlich die widersprüchlichen Anforderungen, qualitativ hochwertige Pflege zu leisten, gegenüber Wirtschaftlichkeit und Abrechenbarkeit der erbrachten Leistung, was allen Pflegenden einen zusätzlichen Balanceakt abfordert. In

dem Belastungsscreening TAA wird zusätzlich zwischen folgenden Belastungsformen unterschieden (Büssing, Glaser & Höge, 2005, S. 23):

- Organisationale Stressoren
- Soziale Stressoren
- Regulationsüberforderungen
- Regulationshindernisse
- Widersprüchliche Aufgabenziele
- Folgen widersprüchlicher Anforderungen

Doch auch die physiologischen Herausforderungen müssen betont werden. Pflege agiert zu 77% im Schichtsystem, 90% der Pflegenden übernehmen Dienste an Sonn- und Feiertagen und 50% ebenfalls Nachtdienste (Knüppel, 2015, S. 19). Durch den Personalmangel werden Patienten immer häufiger alleine versorgt, gewaschen, gehoben, häufig mangelt es an ergonomischen Bedingungen, Arbeitsmitteln und Arbeitsschutzmaßnahmen (Büssing & Glaser, 2003; Zimmer & Weyerer, 1999).

Insgesamt wird deutlich, wie intensiv und vielschichtig die Belastung in der Pflege geartet ist und sich durch aktuelle Geschehnisse wie den erhöhten Pflegebedarf mit geringer werdenden personellen und zeitlichen Ressourcen weiter zuspitzt. Alle menschlichen Grundbedürfnisse (Grawe, 2004) wie

- 1.) das Bedürfnis nach Bindung,
- 2.) das Bedürfnis nach Selbstwertschutz bzw. -erhöhung,
- 3.) das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung sowie
- 4.) das Bedürfnis nach Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung

können in diesem Berufsfeld in ein Ungleichgewicht geraten.

### **1.3 Burnout**

Die Definition von Burnout ist bis heute nicht einheitlich und wird kontrovers diskutiert. Vielfach wird kritisiert, dass das Phänomen Burnout keinesfalls neu sei, sondern im Gegenteil bereits in der Bibel symptomatisch ein Thema war (Rook, 1998, S. 66 f.). In diesem Kapitel werden unterschiedliche Definitionen benannt und eingeordnet. Im Rahmen von Ursachen und Hintergründen zu Burnout werden insbesondere die klassischen Erklärungsmodelle von Freudenberg, Maslach und Cherniss vorgestellt. Nach einer

Darstellung zu Symptomatik und Verlaufs-Modellen schließt das Kapitel mit der Fokussierung von Burnout in der Alten- und Krankenpflege.

### 1.3.1 Definitionen

In der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) ist Burnout dem Abschnitt Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ untergeordnet und wird dort mit dem Diagnoseschlüssel Z73.0 als „*Ausgebranntsein*“ und „*Zustand der totalen Erschöpfung*“ erfasst (ICD-10-WHO, 2016).

Nach Freudenberger und Richelson (1983, S. 83) kann ein Burnout beschrieben werden als ein „...*sich entleeren. Die eigenen körperlichen und seelischen Reserven erschöpfen. Sich selbst bei dem Versuch zerstören, unter Aufbietung aller Kräfte unrealistische Erwartungen zu verwirklichen, die selbstgesetzt oder vom Wertesystem der Gesellschaft aufgezwungen sind.*“ Das Schwinden bzw. Nachlassen von Kräften ist für Freudenberger dabei zentral.

Nach Leiter und Maslach (2007, S. 2) ist Burnout „...*ein chronischer Zustand des Nicht-im-Einklang-Seins mit Ihrer Arbeit, der eine große Krise in Ihrem Leben darstellen kann.*“ Im Detail differenziert Maslach das Burnout-Syndrom bereits 1981 in die drei Dimensionen Depersonalisierung, Emotionale Erschöpfung und das Erleben von Misserfolg (Maslach & Jackson, 1981; eine nähere Besprechung dieser Merkmale erfolgt in Kapitel 1.3.3). Kritiker befinden die nach Maslach empirisch gewonnene Burnout-Definition jedoch für wissenschaftstheoretisch kaum haltbar (Rook, 1998, S. 43). Dennoch haben sich die von Maslach definierten Dimensionen von Burnout in der Fachliteratur bis heute vielfach durchgesetzt. Das Maslach Burnout Inventory (MBI) gilt als das in der Burnout-Forschung mit Abstand am häufigsten eingesetzte Messinstrument und stützt sich ebenfalls auf die genannten drei Dimensionen (Burisch, 2010, S. 51).

Cherniss (1980, 1999) definiert Burnout als einen Prozess, in dem sich Einstellungen und Verhalten von Professionellen in negativer Weise als Reaktion auf Arbeitsbelastungen verändern (Rook, 1998, S. 44). Analog zur transaktionalen Stresstheorie von Lazarus und Launier (1981, S. 226 ff.) definiert Cherniss drei ineinandergelagerte Stufen, bei denen versucht wird, Arbeitsstress mit defensiven Strategien wie emotionaler Distanz, Rückzug oder Zynismus zu begegnen, wie die nachfolgende Abbildung 4 visualisiert.



**Abbildung 4: Transaktionale Burnout-Definition nach Cherniss (1980; modifiziert nach Rook, 1998, S. 45).**

Weitere Definitionen von Burnout fasst Tabelle 4 zusammen. Hier wird noch einmal die unterschiedliche inhaltliche Fokussierung des Konstrukts Burnout deutlich.

**Tabelle 4: Verschiedene Definitionen von Burnout (modifiziert nach Rook, 1998, S. 109 f.).**

Autor (Jahr)	Definition
Harrison (1983)	Burnout ist der Verlust an Motivation und Erwartung, ein guter Helfer zu sein. Burnout entsteht aus den ineffektiven Versuchen zu helfen.
Fischer (1983)	Burnout kann als letzte Stufe in einer ganzen Kette von erfolglosen Versuchen zur Bewältigung negativer Stressbedingungen angesehen werden.
Edelwich & Brodsky (1984)	Burnout ist ein fortschreitender Verlust von Idealismus, Energie und Betroffenheit durch fortschreitende Desillusionierung – ein Verlust, den die in den helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren.
Enzmann & Kleiber (1989)	Burnout ist ein arbeitsspezifisches Antwortmuster auf Fehlanforderungen, vor allem Stresszustände – unter der Voraussetzung, dass emotional (über-)beanspruchende Arbeit mit Menschen in helfenden Berufen in besonderem Maße gegeben ist.
Pines (1993)	Burnout ist ein negativer Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, es ist das Endresultat eines graduellen Prozesses der Desillusionierung in einem Streben, aus der Arbeit einen Sinn von existentieller Bedeutsamkeit herzuleiten. Typischerweise wird es bei hoch motivierten Personen festgestellt, die über längere Zeitperioden hinweg in emotional beanspruchenden Situationen arbeiten.
Burisch (1994)	Burnout ist eine innere Erschöpfung, die in jedem Beruf auftreten kann. In Gang gesetzt wird der Burnout-Prozess durch Autonomieeinbußen, die Ergebnisse gestörter Handlungsepisoden sind.

### 1.3.2 Ursachen und Hintergründe

Ebenso wie bei den Definitionsversuchen der unterschiedlichen Forscher herrscht auch in Bezug auf die Ursachen von Burnout keinesfalls Einigkeit. Teils wird versucht, die Entstehung von Burnout mit personenbezogenen Ansätzen zu erklären, teils mit umweltbezogenen Ansätzen oder aber einer Wechselwirkung aus beiden. Im Folgenden werden die Erklärungsmodelle nach Freudenberg, Maslach und Cherniss ausführlich vorgestellt, bevor eine kurze Abhandlung weiterer Modelle folgt.

### 1.3.2.1 Erklärungsmodell nach Freudenberger

Der deutsch-amerikanische Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger wird vielfach als Urvater des Burnout-Syndroms betitelt (Burisch, 2010; Kleiber & Enzmann, 1990; Rook, 1998). 1974 stieß er die Burnout-Diskussion mit dem Artikel „Staff Burn-Out“ im psychologischen „Journal of Social Issues“ an (Rook, 1998, S. 16). Freudenberger beschrieb dort seine Erfahrungen Burnout-ähnlicher Zustände sowohl an Beispielen von Mitarbeitern alternativer Selbsthilfe- und Kriseninterventionseinrichtungen als auch am Beispiel seines eigenen Lebens. Bezogen auf sich selbst wollte er wissen, warum er von der Arbeit in der Klinik besessen war und so wenig für seine eigene Gesundheit und Familie investiert hatte. Um Erkenntnisse zu gewinnen, hielt er seine täglichen Erfahrungen auf Tonband fest und versuchte im Rahmen einer Introspektion daraus zu lernen (Freudenberger & Richelson, 1983, S. 18 f.). Als generelle Symptombilder definierte Freudenberger Erschöpfung und Ermüdung auf physiologischer Ebene, Ärger und Frustration auf der Verhaltensebene sowie *„the totally negative attitude that gets verbalized“* (Freudenberger, 1974, S. 161; zitiert nach Rook, 1998, S. 19). Als gefährdet sah er vor allem die engagierten und sich verpflichtet fühlenden Menschen, als gefährdend Gefühle von Traurigkeit, Langeweile oder Monotonie in der Arbeit. Als auslösenden Moment für Burnout beschreibt Freudenberger jedoch die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität bzw. „verfehlte Lebenspläne“. Burnout *„...wird hervorgerufen, wenn sich der Betroffene auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Beziehung einlässt, die den erwarteten Lohn nicht bringt.“* (Freudenberger & Richelson, 1980, S. 34). In der konkreten Betrachtung der evtl. überhöhten Erwartungen geht es primär um nicht erfolgte Belohnungen, die zumeist immateriell sind, wie zum Beispiel Anerkennung oder Dankbarkeit. In Ergänzung zeigt Burisch (2010, S. 50) diesbezüglich drei Ursachen auf:

- 1.) Unrealistisch hoch gesteckte Ziele, die nicht oder nur mit übermäßiger Energie erreicht werden können
- 2.) Fremdbestimmte Ziele, die nicht den eigenen Bedürfnissen entsprechen
- 3.) Unrealistische Belohnungserwartung an ein zunächst realistisches Ziel

In allen Fällen ist mit der Gefahr zu rechnen, dass die auf Belohnung gerichtete Erwartung nicht bzw. kaum erfüllt wird und die betroffene Person in einem langsamen Prozess enttäuscht von einem Teil ihrer Selbst Abstand nimmt.

### 1.3.2.2 Erklärungsmodell nach Maslach

Auch die Sozialpsychologin Christina Maslach, lehrend an der Universität von Kalifornien (Berkeley, USA), hat die Burnout-Forschung weltweit beeinflusst - zum einen durch ihre

Definition von Burnout, zum anderen durch die Entwicklung des Messinstrumentes Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981; Rook, 1998, S. 27). Der Ursprung ihrer Forschung war ein sozialkognitiver Ansatz zur Interpretation mehrdeutiger Erregungszustände. So stellte sich Maslach beispielsweise die Frage, wie es Menschen schaffen, inmitten von Krisen- oder Notfallsituationen, in denen eine emotionale Erregung unvermeidlich scheint, Ruhe zu bewahren. Als theoretische Konstrukte hierzu benannte sie die distanzierte Anteilnahme von Lief und Fox (1960) sowie die antisozialen Verhaltensweisen bzw. Dehumanisierung von Zimbardo (1995; Rook, 1998, S. 28). Während sich das Konzept der distanzierten Anteilnahme mit der Balance zwischen emotionaler Distanz und Beteiligtsein befasst, wird die Dehumanisierung von Zimbardo als ein psychischer Abwehrmechanismus bezeichnet, der im Kontakt mit anderen vor überwältigenden Emotionen schützt. Inwiefern diese Techniken des Selbstschutzes genutzt wurden und inwiefern die erfolglose Umsetzung mit der Entstehung eines Burnout in Verbindung gebracht werden könnte, erforschte Maslach in den 1980er und 90er Jahren insbesondere bei Personen in helfenden Berufen, wie Ärzten, Krankenschwestern, Psychiatern oder Hospiz-Beratern. 2001 schließlich veröffentlichten Leiter und Maslach eine Auflistung von sechs Faktoren, durch welche Burnout verursacht würde (Leiter & Maslach, 2007, S. 14 ff.):

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Ungenügende Belohnungen
- Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls
- Mangelnde Gerechtigkeit (Fairness)
- Wertekonflikte

Übergeordnet spricht Maslach von einem „Person-Job-Mismatch“ als Ausgangsszenario eines Burnout-Prozesses. So wie es in jeder Beziehung zwei Schlüsselpersonen gäbe, ginge es hier um die Beziehung der Person und ihrem Arbeitsverhältnis bzw. deren diesbezügliche Einstellung (Leiter & Maslach, 2007, S. 2). Kritiker sehen hier eine große Übereinstimmung zu bereits bekannten Inhalten aus der Stressforschung (Burisch, 2010, S. 54).

### **1.3.2.3 Erklärungsmodell nach Cherniss**

Cary Cherniss begann bereits 1973 als Assistant Professor der University of Michigan mit einer umfangreich angelegten Längsschnittstudie, um das Phänomen Burnout zu untersuchen (Cherniss, 1999, S. 214 ff.). Dabei sichtete er transkribiertes Material auf

mehreren tausend Seiten. Im Ergebnis präsentierte er ein Modell aus acht Burnout-Faktoren der Arbeitsumgebung bzw. Umwelt (Cherniss, 1999, S. 28 f.):

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

Ebenso wie auch Maslach postulierte Cherniss die Passung zwischen Person und Umwelt als wesentlich. Hierbei stellte er in Frage, inwiefern sozial Engagierte sowie „selbstbestimmte Individualisten“ am stärksten Burnout-gefährdet seien, da die Personen-Umwelt-Passung bei diesen Personen-Typen am problematischsten sein dürfte (Burisch, 2010, S. 66). Im Unterschied zu Maslach betonte Cherniss in seinem insgesamt stärker arbeits- und organisationspsychologisch orientierten Ansatz jedoch die Umwelt als den sichtlich stärkeren Faktor, bei dem er auch Faktoren des kulturellen und gesellschaftlichen Wandels mit einbezog (Cherniss, 1999). Die nachfolgende Abbildung 5 visualisiert das Burnout-Modell nach Cherniss ergänzend.

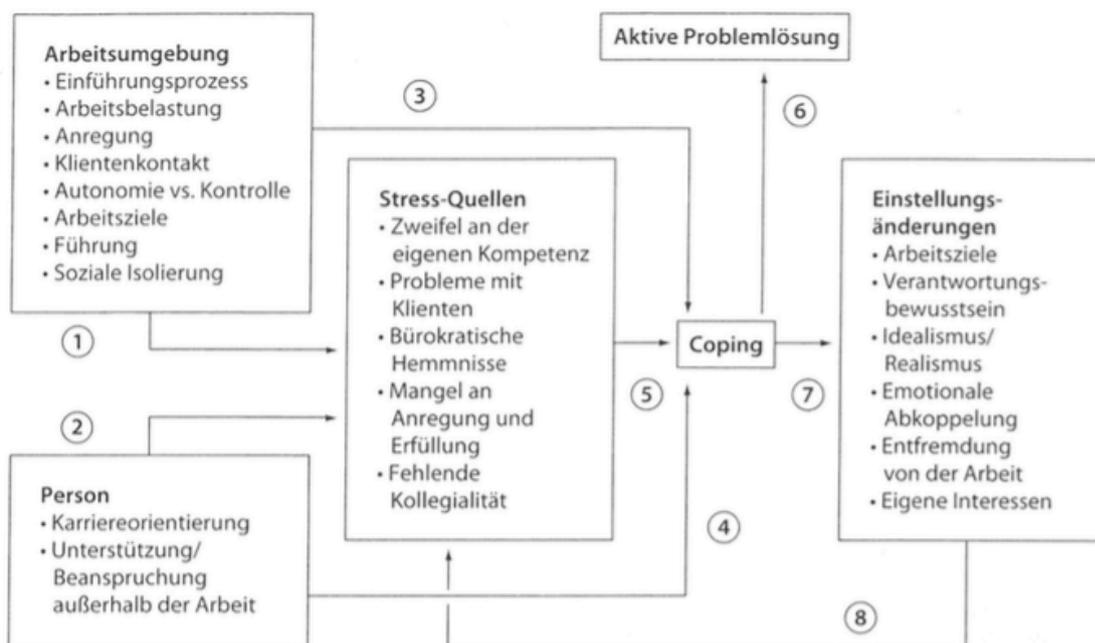
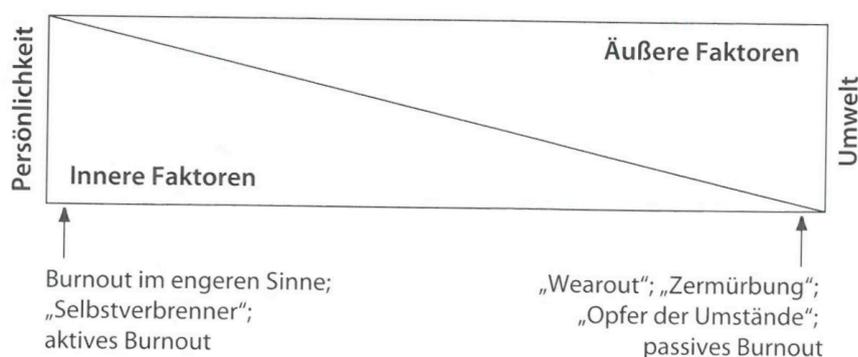


Abbildung 5: Burnout-Modell von Cherniss (1999; entnommen aus Burisch, 2010, S. 66).

Das in dieser Theorie so relevante Arbeitsumfeld war für Cherniss durch Rollen-, Macht- und normative Strukturen gekennzeichnet, die von ihm als prägend für die Arbeitsrealität, Arbeitsstress sowie Burnout bezeichnet wurden (Rook, 1998, S. 47 f.). Insbesondere bezeichnete er eine vorhandene Rollenambiguität als einen wichtigen Belastungsfaktor. Als Beispiel hierfür nannte er für die berufliche Rolle erforderliches Verhalten, welches mit Motiven, Fähigkeiten und Werten der Person nicht im Einklang sei. In späteren Veröffentlichungen betonte Cherniss zudem den Verlust an Verpflichtung, Sinn und Bedeutung der Arbeit, da Stressoren nur dann zu einem Burnout führen könnten, wenn die Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit nicht mehr empfunden würde (Rook, 1998, S. 50).

### 1.3.2.4 Weitere Erklärungsmodelle

Auf eine narzisstisch gestörte Persönlichkeitsstruktur fußt das Erklärungsmodell von Fischer (1983). Ebenso wie Psychoanalytiker wie Freudenberger sah Fischer Burnout als eine – beeinflussbare – Form von Selbstverbrennung, bei der durch Idealisierung, Frustration und Enttäuschung (innere Faktoren) ein aktiver Burnout oder durch zermürende Umstände (äußere Faktoren) ein passiver Burnout entstehen kann (Fischer, 1983, S. 35 ff.; s. Abb. 6).



**Abbildung 6: Innere und äußere Faktoren der Burnout-Entstehung (entnommen aus Burisch, 2010, S. 55).**

Auch wenn eine Polarisierung des Modells von Fischer auf das eine oder andere Extrem in der Realität sicher kaum zu finden ist, so vereint es dennoch wichtige Ansätze sowohl aus der sozialpsychologischen Forschung Maslachs als auch aus der organisationspsychologischen Forschung Cherniss'.

Ähnlich den Erklärungsansätzen von Cherniss postulierte Lauderdale Anfang der 1980er Jahre enttäuschte Rollenerwartungen als einen Burnout auslösenden Faktor (Lauderdale, 1982). Hauptproblem stellten dabei die Differenzen zwischen den von einer Person an seine

Rolle geknüpften Erwartungen und der erlebten Realität dar. Inhaltlich könnten privat eingenommene Rollen wie beispielsweise die als Mutter oder Ehefrau eine ebenso große Rolle spielen wie berufliche. Sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext würden gesellschaftliche Veränderungen erschwerend hinzu kommen. So gäbe es nach Lauderdale kaum noch eine Vorhersehbarkeit der Lebensspanne. Hinzu käme die Gefahr der Entwertung klassischer Rollen aufgrund des raschen Wertewandels.

Nach Pines (1987) wurzelt Burnout in Fehlschlägen und einem Gefühl von Sinnlosigkeit. Ist das Gefühl, ein sinnhaftes Leben zu führen und wertvolle Dinge zu tun, erschüttert, kann es durch einen solchen „Fehlschlag“ nach Pines direkt zu einem Burnout kommen. Typisch sei dieser Verlauf bei Menschen, die hoch motiviert sind und bereits über einen längeren Zeitraum in emotional beanspruchenden Situationen gearbeitet haben.

Für Burisch (2010) sind Autonomieeinbußen im Rahmen gestörter Handlungsepisoden ein ursächlicher Einflussfaktor. Insbesondere die Zielvereitelung, das Ausbleiben von Belohnung oder negative Nebenwirkungen werden von Burisch als potentielle Störfälle aufgezeigt, die je nach Erfolg des persönlichen Copings der Person zur Burnout-Episode beitragen können oder nicht. Häufig spielen veränderte, nicht beeinflussbare Bedingungen im beruflichen oder privaten Kontext zu Beginn eine Rolle. Dabei kann es zu einer Veränderung und gleichzeitig einer Verringerung der Person-Umwelt-Passung kommen. Vollzieht sich die Veränderung rasch, ist die Anpassung bewussten Copings oft schwierig. Burisch spricht dabei zusätzlich von einer geringeren Bewältigungskapazität (Burisch, 2010, S. 176 f.).

Vier konkrete, oft eher unbewusste Ursachen beschreibt Bergner (2011, S. 14):

- 1.) Das Gefühl, eine Situation weder verlassen noch verändern zu können
- 2.) Eine gewünschte oder ersehnte Rolle nicht ausüben zu können
- 3.) Eigene, unbewusste, feststehende Ziele nicht zu erreichen
- 4.) Sich vom Sinn des eigenen Lebens mehr und mehr zu entfernen

Auch hier erscheinen die in zuvor beschriebenen Erklärungsmodellen benannten, primär individuellen, Konstrukte erneut. Auf der Ebene individueller Veränderung setzt auch das Präventions-Programm von Bergner an, das in Kap. 1.5.1 ausführlich vorgestellt wird.

### **1.3.3 Symptomatik und Verlauf**

Auch in Bezug auf die Symptomatik und den Verlauf von Burnout zeigen die Forschungsergebnisse trotz Unterschiedlichkeiten insgesamt eine ähnliche Linie auf.

Bezogen auf die Symptomatik von Burnout hat sich in der Literatur das Modell der drei Dimensionen von Maslach durchgesetzt, die auch die Skalen des Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981) darstellen. Die drei Dimensionen lauten:

- Emotionale Erschöpfung
- Depersonalisation
- Erleben von Misserfolg

Die erste Dimension der emotionalen Erschöpfung zeichnet sich durch zunehmende Anspannung, Reizbarkeit sowie Freudlosigkeit aus. Diese bezeichnen Maslach und Leiter (2001) auch als persönlichen Burnout. Die zweite Dimension der Depersonalisation wird als klientenbezogener Burnout bezeichnet, der unter anderem durch Gleichgültigkeit und Distanz gegenüber den Menschen, mit denen täglich gearbeitet wird, gekennzeichnet ist. Die dritte Dimension ist das Erleben von Misserfolg (aufgabenbezogener Burnout). Hier zeigen sich symptomatisch Gefühle von Sinnentleerung und einer mangelnden Wirksamkeit des eigenen Tuns (Maslach & Leiter, 2001, S. 22 ff.). Eine Übersicht der drei Dimensionen sowie der zugehörigen Symptome zeigt die nachfolgende Tabelle 5.

**Tabelle 5: Dimensionen und Symptome des Burnout-Syndroms nach Maslach und Leiter (modifiziert nach Maslach & Leiter, 2001, S. 25).**

Dimensionen	Symptome
Emotionale Erschöpfung / Persönlicher Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reizbarkeit</li> <li>• Anspannung</li> <li>• Antriebsschwäche</li> </ul>
Depersonalisierung / Klientenbezogener Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichgültigkeit</li> <li>• Zynismus</li> <li>• Distanz</li> </ul>
Erleben von Misserfolg / Aufgabenbezogener Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinnentleerung</li> <li>• Unwirksamkeit</li> <li>• Hyperaktivität</li> </ul>

Das 4-Phasen-Modell von Edelwich und Brodsky (1984, S. 14 ff.) beschreibt Burnout ausgehend von einer primär persönlichkeitsorientierten Sichtweise als einen zunehmenden Verlust von Idealismus, Energie und Interessen, den sie in vier Phasen unterteilen:

- 1.) Idealistische Begeisterung
- 2.) Stagnation
- 3.) Frustration
- 4.) Apathie

In der ersten Phase herrscht häufig wenig Distanz zum Arbeitsfeld, Grenzen werden geringer, Arbeitszeiten werden überschritten, der Helfer opfert sich großzügig auf. Die Phase der Stagnation ist geprägt von einem Gefühl des Festgefahreenseins, in denen sich die betroffene Person Fragen nach Anerkennung, Gerechtigkeit und sozialen Bindungen stellt, während Idealismus und Enthusiasmus schwinden. Nach zunehmenden Erfahrungen von Erfolg- und Machtlosigkeit verbreiten sich in der dritten Phase Zynismus und Gleichgültigkeit. Ein Teufelskreis aus negativen Gedanken, Verhalten und Erlebnissen kann die Folge sein, in der sich erstmals das Gefühl einer wirklichen Krise zeigen kann, bevor in der letzten Phase der Apathie das Endstadium der Desillusionierung gepaart mit einer emotionalen Gleichgültigkeit allem gegenüber auftritt (Edelwich & Brodsky, 1984, S. 68 ff.).

Vielfach detaillierte Ausführungen finden sich in dem Modell der 12 Stadien von Burnout nach Freudenberger und North (1992), die auch für Ansätze der Prävention aus unterschiedlichen Perspektiven genutzt werden können. Freudenberger und North (1992, S. 123 ff.) beschreiben die Stadien von Burnout wie folgt:

- Stadium 1 – Der Zwang sich zu beweisen: geprägt durch übersteigerten Ehrgeiz und sinkende Bereitschaft, Grenzen anzuerkennen
- Stadium 2 – Verstärkter Einsatz: geprägt von Gefühl der Unersetzbarkeit der eignen Person
- Stadium 3 – Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse: geprägt durch wenig Zeit für soziale Kontakte, Ruhe und Entspannung
- Stadium 4 – Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen: geprägt durch zunehmende Fehlleistungen, die ignoriert werden
- Stadium 5 – Umdeutung von Werten: geprägt durch Wahrnehmungsveränderungen der Realität und dem Verschieben von Prioritäten
- Stadium 6 – Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme: geprägt durch Abkapselung, Abwertung und Intoleranz (ggf. auch körperliche Beschwerden)
- Stadium 7 – Rückzug: geprägt durch Orientierungs- und Hoffnungslosigkeit sowie einem Gefühl von Feindlichkeit dem sozialen Netz gegenüber
- Stadium 8 – Verhaltensänderung: geprägt von Apathie und Wertung von Aufmerksamkeit als Angriff
- Stadium 9 – Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit: geprägt durch Entwurzelung und Sinnlosigkeit
- Stadium 10 – Innere Leere: geprägt von Mutlosigkeit, Leere, ggf. exzessiven Ersatzbefriedigungen
- Stadium 11 – Depression: geprägt von Verzweiflung, Erschöpfung und Suizidgedanken

- Stadium 12 – Völlige Burnout-Erschöpfung: geprägt durch geistigen, emotionalen und körperlichen Zusammenbruch

Wie in den meisten Theorien wird auch hier betont, dass die Reihenfolge der auftretenden Phasen und Symptome unterschiedlichst ausfallen kann, ebenso wie die Tatsache, dass der Prozess theoretisch durch innere oder äußere Veränderungen zu jedem Zeitpunkt gestoppt werden kann (Burisch, 2010, S. 27; Edelwich & Brodsky, 1984, S. 72). Insgesamt betont Burisch (2010, S. 176 ff.), wie weitgehend unerforscht insbesondere die frühen Anfänge von Burnout seien. Auch aus dem Grund einer mangelnden Einheitlichkeit innerhalb der Definition von Burnout scheint es kaum greifbar, den Anfang klar zu identifizieren. Zu Beginn lassen sich jedoch vermehrt veränderte Lebensbedingungen identifizieren, die häufig von außen beeinflusst sind, wie zum Beispiel eine neue berufliche Position oder auch der Eintritt in den Beruf (Cherniss, 1990). Dabei können sowohl Autonomieeinbußen eine Rolle spielen als auch die zeitliche Komponente, bei der durch rasche Veränderungen bewusstes Coping erschwert und somit eine geringere Bewältigungskapazität vorhanden ist. Burisch (2010, S. 178) spricht von einer veränderten und häufig zudem verringerten Person-Umwelt-Passung. Innerhalb einer solchen gestörten Handlungsepisode seien die betroffenen Personen weniger optimistisch, Zumutungen gegenüber geschwächt und weniger fähig abzuschalten, so dass sich *„der Seelenmüll stapelt“* (Burisch, 2010, S. 191).

Trotz unterschiedlichster Ausführungen zu Symptomatik und Verlauf finden sich kaum valide Forschungsergebnisse zur Prävalenz von Burnout, so dass diesbezüglich nur auf Zahlen aus der Alten- und Krankenpflege eingegangen wird (vgl. Kap. 1.3.4).

### **1.3.4 Burnout in der Alten- und Krankenpflege**

Auch wenn in den meisten Forschungsergebnissen Burnout als ein für alle Berufsgruppen mögliches Phänomen dargestellt wird, liegt der Forschungsursprung im Kontext der helfenden Berufe. Auch scheint die Prävalenz dort höher, so dass sich Pflegekräfte seit Jahren mit an der Spitze der Fehlzeiten in Deutschland befinden (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2015). Während die durchschnittliche in Deutschland arbeitende Person im Jahre 2015 18,9 Tage krankheitsbedingt nicht arbeiten konnte, stieg die Anzahl der Fehltag in der Branche der Alten- und Krankenpflege von 24,9 Tagen in 2010 noch einmal weiter auf 26,7 Fehltag in 2015 (Badura et al., 2015).

In einer Dokumentation über den Burnout-Prozess einer Krankenschwester wird bereits in den 1960er Jahren Ähnliches beschrieben (Schwartz & Will, 1961 in Burisch, 2010). Die nach kurzer Abwesenheit auf ihre psychiatrische Station zurückkehrende „Miss Jones“ findet

dort negativ veränderte Bedingungen in Form einer neuen Leitung, Dienstplanverschiebungen und gereizter Stimmung unter den Kollegen vor. Vorschläge zur Verbesserung von Seiten „Miss Jones“ stoßen auf Desinteresse und Widerstand. Sowohl die Kollegen als auch die Patienten werden in dieser Phase unruhiger, teilweise auch aggressiv. Das gefühlte Absinken der qualitativen Versorgung ihrer Patienten nagt an dem beruflichen Selbstwert von „Miss Jones“, weitere Misserfolge resultieren, ihr Mut, Veränderungen anzustoßen, sinkt, ein Teufelskreis beginnt. Mit der steigenden Hoffnungslosigkeit begründet „Miss Jones“, sich auch nicht mehr anstrengen zu müssen. Die Arbeit erscheint ihr mittlerweile sinnlos, sie fühlt sich müde und zieht sich zurück. *„Niemand kümmert sich um mich, also werde ich mich auch um niemanden kümmern.“* (Burisch, 2010, S. 569).

Auch wenn Burnout in jedem Beruf denkbar ist, so werden die Berufe, in denen die Beziehung zu anderen Menschen im Vordergrund steht, als Risikogruppen bezeichnet. Bergner (2011, S. 9) zählt hierbei u.a. Altenpfleger, Krankenschwestern, Ärzte, Polizisten, Lehrer und Erzieher auf. Berufstätige dieser sozialen Ausrichtungen unterliegen häufig eindeutigen Rollenerwartungen und -vorstellungen. Burisch (2010, S. 216) geht dabei so weit, mutzumaßen, inwiefern Lehrern auch Rollenanteile von Müttern und Vätern zugeschrieben werden, von Krankenpflegepersonal ebenso Anteile fürsorglicher Eltern erwartet werden und der Psychotherapeut als „gekaufter Freund“ bezeichnet werden kann. Ergänzend zu den Rollenkonflikten als starker Einfluss-Faktor auf das Burnout-Risiko weisen Brause, Kleina und Horn (2015, S. 4) auf das häufig geringe Maß sozialer Unterstützung hin, welches stark einrichtungsabhängig ist und durch Kollegen häufig intensiver wahrgenommen wird als durch Vorgesetzte.

Nienhaus, Westermann und Kuhnert (2012) lieferten mittels Datenbankrecherche von 24 Studien eine Zusammenfassung der Forschung zur Prävalenz von Burnout bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und der Geriatrie. Dabei gelang es ihnen, den Zusammenhang zwischen Burnout und der Pflegekraft-Patienten-Quote, der Arbeitslast, dem Handlungsspielraum und der Arbeitszufriedenheit empirisch zu belegen. Widersprüchlich waren die Ergebnisse bezüglich der Zusammenhänge von Burnout mit soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht, Arbeitszeit oder Einrichtungsart. Insgesamt definierten sie eine Burnout-Rate unter beschäftigten Pflegekräften diesen Sektors von elf bis 45% (Nienhaus et al., 2012, S. 213 ff.).

Die bislang weltweit größte Studie zu Burnout in der Pflege ist die von 2009 bis 2011 in 13 Ländern (darunter Deutschland) mit 61.168 Krankenschwestern durchgeführte „Registered Nurse Forecasting“ (RN4Cast-Studie) (rme/aerzteblatt, 2012). Laut dieser Studie fühlen sich

in Deutschland 30% der Pflegekräfte ausgebrannt bzw. leiden unter Burnout (eine Verdopplung gegenüber 1999), 36% gaben an, sich im kommenden Jahr einen neuen Job suchen zu wollen. Neben dem hohen wirtschaftlichen Druck, u.a. nach Einführung der Fallpauschalen, einem schlechten Arbeitsklima sowie mangelnder Anerkennung, komme die sich bereits auf die Patienten übertragende Frustration primär durch mangelndes Personal zustande. Deutschland zeigte sich hierbei mit einem Personalschlüssel von 13,0 Patienten auf eine Pflegekraft (in Norwegen 5,4) auf dem letzten Platz (rme/aerzteblatt, 2012). Bei steigendem Patientenaufkommen und Personal-Einsparungen ist sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege eine Arbeitssituation entstanden, in der es hätte absehbar sein können, dass das Pflegepersonal an seine Grenzen und weit darüber hinaus gehen muss (Diekmann, Ernd, Häußler, Kiekert, Kindlein, Klessen, Kutsch, Lippert, Schnurr & Zirkelbach, 2010). Darüber hinaus überträgt sich nach Schmidt (2004) aufgrund ihrer eigenen emotionalen, starken Belastung oft unbewusst der Druck der Patienten auf die Pflegekräfte. *„Die in der Literatur oft vertretene Meinung, dass die als hochbelastet eingestuften Menschen oft die engagiertesten Arbeitskräfte seien, die durch ständige Mehrarbeit Gefahr laufen auszubrennen, lässt sich auch mit den Ergebnissen aus RN4Cast belegen.“* (Zander, Dobler & Busse, 2011, S. 100). In Bezug auf Abgrenzung und Distanzierungsfähigkeit zeichnet sich ein weiteres Ergebnis in der RN4Cast-Studie ab: Bei den stark Burnout-gefährdeten Pflegekräften gaben 50% an, regelmäßig Überstunden zu leisten und 71% während der Arbeit oft nicht-pflegerische Tätigkeiten zu übernehmen. Bei den als nicht Burnout-gefährdet eingestuften Pflegekräften waren es hingegen nur 31%, die Überstunden machten und 57%, die zusätzlich nicht-pflegerische Tätigkeiten übernahmen. Zusammenfassend weist die RN4Cast-Studie auf die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen dem hoch belasteten Pflegepersonal, den Rahmenbedingungen in dieser Branche und dem Patienten-Outcome (risikoadjustierte Mortalität, Aufenthaltsdauer u.a.) hin (Zander et al., 2011, S. 100).

## **1.4 Ressourcen**

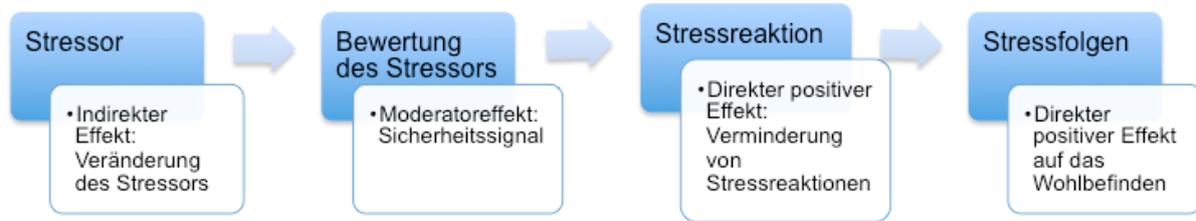
Das folgende Kapitel befasst sich mit den für die Bewältigung von Stress und zur Prävention von Burnout unerlässlichen Ressourcen bzw. personalen Kompetenzen. Zunächst wird hier auf den Ressourceneinsatz zur Stressreduktion eingegangen, bevor die theoretischen Hintergründe nach Antonovsky und Hobfoll beleuchtet werden. Im dann folgenden Teilkapitel stehen personale Ressourcen im Fokus. Der Blick auf Ressourcen in der Alten- und Krankenpflege im Besonderen bildet den Abschluss.

Während in diesem Kapitel der Hintergrund von Ressourcen aufgezeigt, wird im späteren Verlauf dieser Arbeit in die Begrifflichkeit „Kompetenz“ gewechselt. Dabei wird sich auf die Definition gestützt, Kompetenzen seien *„erfolgskritische Kenntnisse, Fertigkeiten, Einstellungen etc.“* (Klug, 2011, S. 65). Auf der Verhaltensebene führt auch Kanning (2002, S. 155) diese Erklärung fort, indem er kompetentes Verhalten als das *„Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen“* bezeichnet. So wird auch in Schuster et al. (2011, S. 57) vom Training unterschiedlicher Kompetenzen zum wirksamen Aufbau von Ressourcen (u.a. zur Stressbewältigung) gesprochen, wie in Kapitel 1.4.3 näher erläutert.

### **1.4.1 Ressourceneinsatz zur Stressverarbeitung**

Zu beachten ist, dass das Vorhandensein von Ressourcen sowie die Fähigkeit, Ressourcen und Kompetenzen einzusetzen, als Grundlage jeder Stressverarbeitung und Burnout-Prävention bezeichnet werden kann. Das zur Verarbeitung von Stress erforderlich einzusetzende Coping ist dabei abhängig von den vorhandenen, einsetzbaren Ressourcen der betroffenen Personen, wie bereits in Kapitel 1.2.2 dieser Arbeit ausführlich erläutert. Der Begriff der Ressource fällt meist im Zusammenhang von Gesundheit und Prävention und meint *„jede mögliche Hilfsquelle zum Erreichen von Zielen, Zuständen, Veränderungen, Optimierungen und Ähnlichem.“* (Auhagen, 2004, S. 7). Schuster et al. (2011, S. 51) bezeichnen Ressourcen zudem als *„alle Faktoren, die einer Person helfen, Arbeitsziele zu erreichen, Arbeitsanforderungen oder -stressoren zu verringern (...) und die der Persönlichkeitsentwicklung dienen.“* Dabei können Ressourcen auf alle Ebenen einwirken, die im Stressprozess vorhanden sind (Zapf & Semmer, 2004, S. 1008). Bereits durch die ressourcenbedingte Veränderung des Stressors selbst kann von einem indirekten Effekt schon zu Beginn des Stressprozesses gesprochen werden. Mit Hilfe eines erarbeiteten Sicherheitssignals kann innerhalb der Bewertung des Stressors ein Moderatoreffekt eingesetzt werden. Dabei ist unter einem Moderatoreffekt die Veränderung des Effekts von Stressoren auf Stressreaktionen oder -folgen durch Ressourcen zu verstehen (Schuster et al., 2011, S. 51).

Innerhalb der Stressreaktion sowie der Stressfolgen kann der Effekt durch eine Verminderung von Stressreaktionen und einer Veränderung des Wohlbefindens als unmittelbar positiv bezeichnet werden (s. Abb. 7).



**Abbildung 7: Die stressreduzierenden Wirkungen von Ressourcen (modifiziert nach Zapf & Semmer, 2004; entnommen aus Schuster et al., 2011, S. 51).**

## 1.4.2 Theoretische Modelle

Im Folgenden wird das Salutogenese-Modell nach Antonovsky und die darauf aufbauende Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll vorgestellt. Beide stellen das theoretische Fundament bezüglich Ressourcen für die vorliegende Arbeit dar.

### 1.4.2.1 Salutogenese-Modell nach Antonovsky

Selbstverständlich können Ressourcen auch präventiv wirksam sein, so dass Stressoren nicht als solche wahrgenommen werden und ein Stressprozess nicht entsteht. Als eines der klassischsten ressourcentheoretischen Modelle kann das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky bezeichnet werden (1997). Der von Antonovsky geprägte Begriff der Salutogenese beschreibt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit mit dem Ziel, diese trotz gesundheitlicher Risiken und Beanspruchungen zu bewahren. Gesundheit und Krankheit sind dabei als Endpunkte eines Kontinuums zu verstehen, in denen der Mensch sich bewegt, wobei auch Gesundheit als ein aktiver, sich dynamisch regulierender Zustand verstanden wird (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 32). Jedem Menschen obliegt es, mittels Fähigkeiten der Selbstorganisation und Ressourcenentwicklung der täglichen Tendenz von Ungleichgewicht und Unordnung widerstandsfähig gegenüber zu stehen. Antonovsky (1997) sprach in diesem Zusammenhang von „generellen Widerstandsressourcen“, die sich auf individuelle, soziale oder kulturelle Faktoren beziehen können. Größte Relevanz hat dabei das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, um entstandenes Chaos in eine sinnvolle Ordnung zu bringen, das Kohärenzgefühl, welches drei Empfindungen beinhaltet (Bengel et al., 2001, S. 39 ff.):

- 1.) Die Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), verstanden als Fähigkeit der Verarbeitung von Reizen in geordnete, strukturierte und klare Informationen und als kognitive Leistung innerhalb des Kohärenzsinnns.

- 2.) Die Handhabbarkeit (sense of manageability) als kognitiv und emotionale Komponente, die das Ausmaß wahrgenommener und zur Verfügung stehender Ressourcen bezeichnet, um Anforderungen entgegen zu können.
- 3.) Die Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) als emotional-motivationaler und nach Antonovsky relevantester Teil, der sich auf das Ausmaß bezieht, inwieweit das Leben mit allen Anforderungen als sinnvoll wahrgenommen wird; an das Leben sollten positive Erwartungen geknüpft sein, bei denen Stressoren als Herausforderungen und weniger als Belastung betrachtet werden sollten.

Insgesamt werden Stressoren im Salutogenese-Modell als Stimuli betrachtet, die einen Zustand der Spannung auslösen können, nicht jedoch potentiell belastende Faktoren sein müssen. Im Umgang mit jedem Unordnung ins System bringenden Merkmal werden hier Lebenserfahrung, Vorhersehbarkeit und das Gefühl vorhandener Entscheidungsmöglichkeiten als begünstigende Einflussfaktoren bezeichnet. Durch den Aufbau und die Nutzung von Schutzfaktoren kann Gesundheitsförderung gezielt vollzogen werden. Wesentliche steuernde Funktion hierbei sowie zum flexiblen und passgenauen Einsatz von Ressourcen sieht Antonovsky im Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997).

#### **1.4.2.2 Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll**

Die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll kann als Erweiterung des transaktionalen Stressmodells von Lazarus betrachtet werden (Hobfoll, 1988; zitiert nach Hobfoll & Buchwald, 2004). Zentrale Annahme dieses Modells ist, dass Menschen danach streben, eigene Ressourcen zu erhalten und zu schützen sowie neue Ressourcen zu erwerben. Ressourcen werden dabei in vier Klassen unterteilt:

- Persönliche Ressourcen (Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften etc.)
- Bedingungsressourcen (sozialer Status, Gesundheit, Alter etc.)
- Objektressourcen (Besitz, Kleidung, Immobilien etc.)
- Energieressourcen (Wissen, Zeit etc.)

Kommt es zu einer Bedrohung oder gar dem Verlust wichtiger Ressourcen, entsteht Stress. Doch auch der trotz Anstrengungen der Person fehlende Zugewinn neuer Ressourcen kann Stress auslösen, so dass für Hobfoll und Buchwald (2004) Ressourcen die zentralen Elemente der Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung von Stress darstellen. Positive und negative Veränderungen können dabei verschiedene Effekte nach sich ziehen. Zum einen haben Ressourcenverluste größere Auswirkungen als Ressourcengewinne. Zum anderen investieren Menschen in Ressourcen, um sich vor Verlusten zu schützen und von

eingetretenen Verlusten zu erholen. Es ist von einer Motivation die Rede, neue Ressourcen zu gewinnen und somit den eigenen Ressourcenpool im Sinne einer proaktiven Stressverarbeitung stetig zu erweitern (Burisch, 2010, S. 57). Nach dem Modell von Hobfoll streben die Menschen danach, einen befürchteten oder tatsächlichen Verlust mittels anderer Ressourcen zu kompensieren. Können fehlende Ressourcen nicht ersetzt werden, kann es zu einer Verlustspirale kommen. Anders herum kann der Aufbau weiterer Ressourcen durch vorhandene Ressourcen eine Gewinnspirale bedingen. Durch den konkreten Fokus auf die Ressourcenorientierung bietet das Modell eine gute Orientierung für Interventionen und Coachings.

### 1.4.3 Personale Ressourcen

Eine umfassende Darstellung aller denkbaren personalen Ressourcen ist sicher kaum möglich. Im Fokus dieser Arbeit stehen personale Ressourcen, die der Prävention von Burnout sowie der Stärkung der Persönlichkeit dienlich sind. Mit Rückgriff auf das Stressmodell von Lazarus (vgl. Kap. 1.2.2) wird deutlich, dass an jedem Punkt des Stressprozesses der Einsatz von Ressourcen möglich und wirksam sein kann (Schuster et al., 2011, S. 57 ff.). Dabei geht es im ersten Schritt um die Wahrnehmung und den Umgang mit den Stressoren, anschließend um die Kompetenz der Bewertung des Stressors, bevor abschließend der mögliche Ressourcen-Einsatz während bereits erfolgter Stressreaktion bzw. Stressfolgen im Fokus steht. Die nachfolgende Abbildung 8 veranschaulicht die möglichen Ansatzpunkte im Stressprozess.

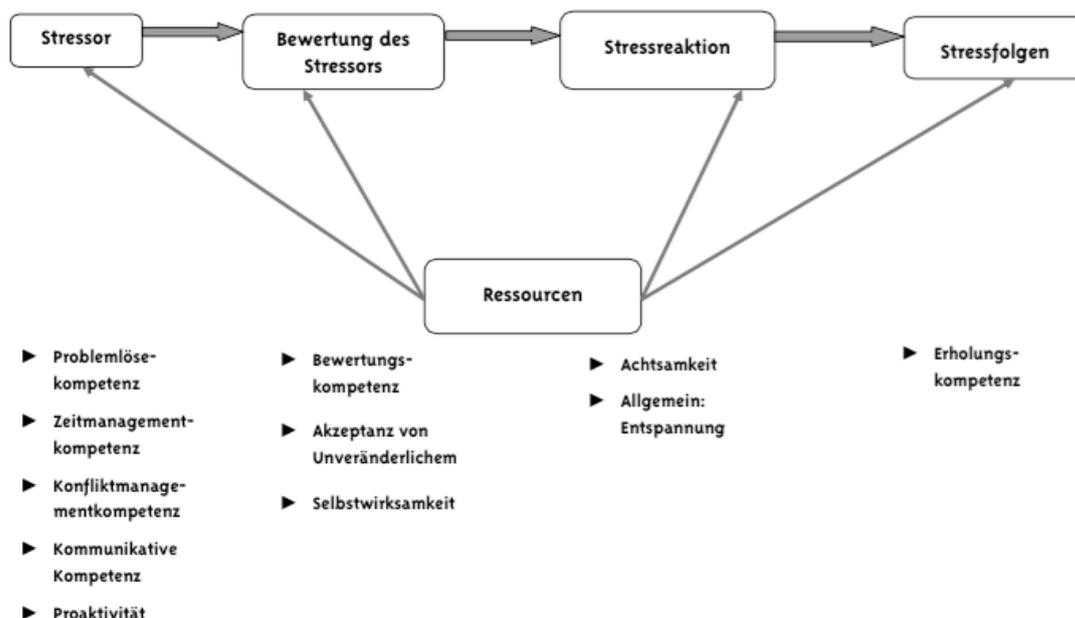


Abbildung 8: Ansatzpunkte zu trainierender Ressourcen im Stressprozess (entnommen aus Schuster et al., 2011, S. 58).

Bei Forschungen zu personalen Ressourcen und auch in dieser Arbeit stehen Konzepte über das Selbst sowie die Konstrukte Selbstwert und Selbstwirksamkeit im Vordergrund. Asendorpf (2005, S. 252) bezeichnet das Selbstkonzept als ein „*komplexes Wissenssystem (...), in dem das Wissen über die eigene Person geordnet ist.*“ Dieses Wissen enthält universelle und individualtypische Anteile. Es geht um die eigenen Erfahrungen, Wahrnehmungen und Anforderungen an sich selbst. Nicht immer sind diese unterschiedlichen Facetten leicht zu vereinbaren. Während das Selbstkonzept primär eine kognitive Beschreibung der eigenen Person umfasst, werden unter dem Selbstwertgefühl die Bewertung der eigenen Persönlichkeit und die Zufriedenheit mit sich selbst verstanden (Asendorpf, 2005, S. 254). Auch wenn das Selbstwertgefühl aufgrund von Stimmungsschwankungen als weniger stabil als das Selbstkonzept bezeichnet werden kann, wird es dennoch als Persönlichkeitseigenschaft angesehen. Ziele sind, den eigenen Selbstwert zu schützen, sich selbst Respekt entgegen zu bringen und sich selbst als wertvoll anzusehen. Zu unterteilen ist hierbei in das intellektuelle, soziale, emotionale und physische Selbstwertgefühl (Asendorpf, 2005, S. 255). Vielfach wird die Wichtigkeit des Selbstwertes als Ressource und somit auch dessen Bedrohungen betont (Grawe, 2004; Semmer, 1984). Da der Selbstwert nicht nur von der eigenen Bewertung abhängt sondern auch durch Wertschätzung und Respekt anderer genährt wird, hat die Bedrohung des Selbstwertes nach Semmer (1984) zwei zentrale Komponenten:

- 1.) Stress durch Unzulänglichkeit
- 2.) Stress durch Geringschätzung

Während Stress durch Unzulänglichkeit bedeutet, sich für einen Fehler selbst verantwortlich zu machen und Stress dadurch entsteht, nicht dem eigenen Selbstideal zu entsprechen, wird bei Stress durch Geringschätzung dem sozialen Kontext eine größere Rolle zuteil. Dabei kann es sich um direkte Angriffe auf die Person handeln oder um andere – absichtliche oder unabsichtliche – Aktionen, die den Stress für die betreffende Person vergrößern. Auch hier gilt es, sich zunächst potentielle Bedrohungen bewusst zu machen, um einen entsprechenden Umgang damit erarbeiten zu können (Schuster et al., 2011, S. 47 ff.). Da ein niedriger Selbstwert häufig mit unterschiedlichsten negativen Symptomen in Zusammenhang gebracht wird, kann die Stärkung des Selbstwerts als Ziel jeder therapeutischen Intervention angesehen werden (Rosenberg, 1979) und wird auch im hier entwickelten Training explizit trainiert. Selbstwert hat zudem eine moderierende Wirkung im Prozess einer Risikoeinschätzung. Es konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit einem hohen Selbstwert dazu tendieren, selbstwertbedrohliche Informationen zu verwerfen. Als Grund dafür wird ein klarer definiertes und stabileres Selbstschema genannt, das Menschen mit

einem hohen Selbstwertgefühl aufweisen (Hammelstein, Pohl, Reimann & Roth, 2006, S. 66). Schuster et al. (2011, S. 48) betonen, dass davon ausgegangen werden kann, „*dass Menschen die meisten Situationen meistern können, wenn diese nicht konstant das eigene positive Bild in Frage stellen.*“

In der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1997) ist das zentrale Konstrukt die Selbstwirksamkeit, die die selbst wahrgenommene Fähigkeit beschreibt, eine gewünschte Handlung zu produzieren. Bandura schloss dies aus seinen Überlegungen des Beobachtungslernens, wonach sich durch Beobachtung des eigenen Verhaltens eine Überzeugung herausbildet, welches Verhalten auch zukünftig zu erwarten ist. Daraus resultieren zwei zentrale Komponenten der Verhaltenssteuerung, nämlich die Wirksamkeitsüberzeugungen (efficacy expectations) und Ergebniserwartungen (outcome expectations) (Bandura, 1997, S. 43 f.). Schuster et al. (2011, S. 90) bezeichnen Selbstwirksamkeit als eine Art „Meta-Ressource“ und unterteilen diese in

- die generalisierte Selbstwirksamkeit (eine allgemeine Überzeugung, mit Herausforderungen des Lebens kompetent umzugehen) und
- die spezifische Selbstwirksamkeit (auf ein konkretes Handlungsfeld bezogen).

Die generalisierte Selbstwirksamkeit wird als wirksame personale Ressource bzw. Schutzfaktor gegen Stress bezeichnet (Semmer & Zapf, 2004). Im Umgang mit potentiell stresserzeugenden Situationen bezeichnet Bandura (1997) die spezifische Selbstwirksamkeit jedoch als noch stärker stressmindernd. Eben diese kann durch die Vermittlung und das Training weiterer personaler Ressourcen wie Problemlösekompetenz, Bewertungskompetenz oder Achtsamkeit weiter gestärkt werden (Schuster et al., 2011). Als eine wichtige Einflussgröße für die Veränderung von gesundheitsrelevantem Verhalten gilt die Selbstwirksamkeitserwartung als subjektive Kompetenzerwartung als empirisch belegt (Asendorpf, 2005; Schwarzer 2004). Da die Selbstwirksamkeitserwartung in allen Phasen der Änderung von Gesundheitsverhalten wichtig ist (Zielsetzung, Initiierung von Verhalten, Selbstregulation, Aufrechterhaltung von Verhalten), können in einer Intervention auch alle vier Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung genutzt werden, wobei die im Folgenden aufgezeigte Rangfolge deren Einflussstärke widerspiegelt (Schüz & Renneberg, 2006, S. 128 f.):

- 1.) Eigene Erfolgserfahrungen (auf eigene Kompetenzen zurückzuführender Handlungserfolg)
- 2.) Stellvertretende Erfahrungen (Modelllernen / Peers)
- 3.) Verbale Verstärkung (Überredung, Zuspruch)

#### 4.) Physiologische und affektive Zustände (Wahrnehmung eigener Gefühlsregungen)

Zusammenfassend betont Weber (2005) die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person als wesentlichen Prädiktor der selbst eingeschätzten Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens. Auch nach Hobfoll (2001) gibt es Hinweise, die Selbstwirksamkeit, Selbstwert und Optimismus als Schlüsselressourcen für die Bewertung und Bewältigung von Stress bezeichnen. Die zielorientierte Selbstreflexion soll hier abschließend als grundlegend relevante Ressource benannt werden, die für jegliche Arbeit mit Ressourcen, Stärken, eigenen Kompetenzen und Selbstmanagement unerlässlich ist (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012, S. 26 ff.; S. 441 ff.).

### **1.4.4 Personale Ressourcen in der Alten- und Krankenpflege**

Ein großer Vorteil in der Alten- und Krankenpflege ist mit Sicherheit die subjektiv empfunden hohe Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit der Arbeit mit Patienten und deren Angehörigen. Nach dem Salutogenese-Modell von Antonovsky (1997) entspricht dies einem wesentlichen Anteil des Kohärenzgefühls.

Insbesondere den in der Alten- und Krankenpflege arbeitenden Personen fällt es häufig schwer, sich abzugrenzen und Nein zu sagen (Burisch, 2010, S. 56). Dabei geht es um die Abgrenzung anderen Aufgaben und Personen gegenüber, aber auch um das Durchsetzen eigener Bedürfnisse. Eigenen Antreibern („Sei perfekt.“, „Beeil Dich.“ etc.) gegenüber Nein zu sagen ist häufig noch schwerer, kann aber trainiert werden. Nach einer bundesweiten Befragung von Loffing (2013) werden von Pflegekräften folgende Ressourcengruppen genutzt:

- 1.) Soziale Aktivitäten und Hobbies (42%)
- 2.) Entspannung und Bewegung (32%)
- 3.) Selbstmanagement (13%)
- 4.) Sonstige (10%)
- 5.) Besondere Angebote des Arbeitgebers (3%)

Innerhalb der Nennungen des Bereiches Selbstmanagement ging es dabei insbesondere um Abgrenzung, Priorisierung, Lösungsfokussierung, Struktur und Haltung. Auch aufgrund der bereits in Kap. 1.2.3 aufgezeigten Themen wie „Detached Concern“, der Theorie der emotionalen Dissonanz und Ambiguität wird es speziell in der Pflege als relevant erachtet, Distanzierungsfähigkeit, Nein-sagen, geringere Verausgabungsbereitschaft, soziale und leistungsbezogene Selbstwertschätzung, Selbstbewusstsein, Rollenbewusstheit und

Realitätsakzeptanz weiter zu stärken und zu trainieren. Selbstreflexion, Selbstwirksamkeit und Selbstwertschätzung sollen in der hier vorliegenden Studie neben den bereits genannten im Fokus stehen.

## **1.5 Burnout-Prävention**

In der Literatur werden unterschiedlichster Ansätze der Burnout-Prävention diskutiert. So unterschiedlich diese teilweise sind, so wiederkehrend sind wiederum einzelne Aspekte verschiedener Modelle. Im Folgenden werden zunächst allgemeine Möglichkeiten der Burnout-Prävention vorgestellt, bevor im Anschluss auf Inhalte und bereits bestehende Modelle für die Alten- und Krankenpflege eingegangen wird.

### **1.5.1 Möglichkeiten der Burnout-Prävention**

Prävention ist ein im alltäglichen Sprachgebrauch vielfach genutzter Begriff, der nach der Ottawa-Charta der World Health Organization (WHO) mit Gesundheitsförderung gleichgesetzt und wie folgt definiert wird (WHO, 1986):

*„Gesundheitsförderung beschreibt den Prozess, in dem Menschen dazu befähigt werden, ihre Gesundheit selbst zu bestimmen und zu verbessern. Um einen Zustand vollständigen geistigen und körperlichen Wohlbefindens zu erreichen, muss es Individuen oder Gruppen möglich sein, eigene Ziele zu entwickeln und zu verwirklichen (...). Gesundheit umfasst ein positives Konzept, das sowohl auf sozialen und persönlichen Ressourcen als auch auf körperlichem Leistungsvermögen aufbaut.“*

Nach den Klassifikationen von Caplan (1964) soll Burnout-Prävention hier als primäre Prävention mit dem Ziel, Neuerkrankungen zu vermeiden, verstanden werden. Zudem kann zwischen den Ebenen der Verhaltensprävention (bezogen auf Verhaltensänderung bei Individuen) und der Verhältnisprävention (bezogen auf die Veränderung der Umgebung von Individuen) unterschieden werden (Schüz & Möller, 2006, S. 144). Die vorliegende Studie wählt dabei die erst genannte Ebene der Verhaltensprävention.

Maslach und Leiter (2007) postulieren sechs Strategien, um Burnout erfolgreich zu vermeiden. Ähnlich wie Burisch (2010) empfehlen auch sie jedoch, zuallererst die Frage nach den sinnhaften und lohnenswerten Aspekten der Arbeit zu beantworten, auch und insbesondere wenn bereits eine Unzufriedenheit im Arbeitskontext vorherrschen sollte (Maslach & Leiter, 2007, S. 11). Auch eine Analyse der veränderbaren versus der

unveränderbaren Dinge sollte erfolgen, um erforderliche Energie passgenau einzusetzen. Wenn darüber hinaus die Frage, ob die eigene Beziehung zur Arbeit auch weiterhin wichtig genug und weiteren Einsatz wert ist, mit Ja beantwortet werden kann und sich gegen eine Trennung entschieden wird, kann nach Maslach und Leiter individuell an folgenden sechs Stellschrauben angesetzt werden (Maslach & Leiter, 2007, S. 14 ff.):

- 1.) Arbeitsbelastung (Ziele: Selbstbestimmung des Tempos der Arbeit und Energieaufwand)
- 2.) Kontrolle (Ziele: Autonomie u.a. in Entscheidungen und Freiheit)
- 3.) Belohnung (Ziele: eigene Arbeit genießen und stolz sein)
- 4.) Gemeinschaft (Ziele: gute Kommunikation und Einigkeit)
- 5.) Fairness (Ziele: offene Besprechungen und Respekt)
- 6.) Werte (Ziel: Übereinstimmung eigener Werte mit denen des Unternehmens)

Die Autoren gehen davon aus, dass in jedem Teilbereich zunächst eine Analyse der Hauptthemen und Probleme erfolgen muss, bevor einzelne Ziele gesetzt werden können. Welches Thema für eine Person den Ausgangspunkt darstellt, ist dabei individuell und kann mittels Selbstreflexion herausgefunden werden. Erst dann kann ein Aktionsplan entwickelt werden, der auf die sich im Ungleichgewicht befindenden Bereiche zugeschnitten ist (Maslach & Leiter, 2007, S. 19). Kritisch anzumerken ist die Frage der Selbstbestimmung der Themen bzw. Zielerreichung, was eine unmittelbare Voraussetzung für erfolgreiche Veränderung darstellt.

Bergner (2011, S. 13) geht davon aus, dass, auch wenn Auslöser für Burnout von Innen (Person und Verhalten), Außen (Arbeit und Bedingungen) oder der Beziehung beider Faktoren postuliert werden, der Hauptansatz der Burnout-Prävention darin liegt, was, wie und in welchem Ausmaß der Einzelne selbst verändern kann (Verhaltensprävention). Um der Gefahr, sich der Eigenverantwortung für das eigene Leben zu entziehen, zu entgehen, setzt er die Aktivierung der inneren Ressourcen in den Fokus. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen über Burnout wurde von ihm ein 12-Stufen-Burnout-Präventions-Programm entwickelt. Hierin sind

- abbauende Komponenten (Stress, Zeitdruck u.a.),
- aufbauende Inhalte (Ressourcen, Eigenbestimmtheit u.a.) sowie
- erkennende Komponenten (Realitätsakzeptanz, Rollen, Ziele u.a.)

integriert. Da das in dieser Studie entwickelte Training an einigen dieser Inhalte anknüpft, werden im Folgenden die 12 Stufen der allgemeinen Burnout-Prävention nach Bergner ausführlich erläutert (Bergner, 2011, S. 14 ff.):

- Stufe 1 – Realitätsakzeptanz: Im Fokus steht der Beginn einer innerlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Burnout. Mittels gezielter Fragen erfolgt die Analyse, inwiefern Burnout bereits vorhanden bzw. fortgeschritten ist.
- Stufe 2 – Ressourcensammlung: Der Blick wird auf alle möglicherweise vorhandenen Ressourcen, Fähigkeiten und Potenziale gerichtet. Auch die Themen Werte, soziales Umfeld und Dankbarkeit werden integriert.
- Stufe 3 – Selbstverständnis: Ein besseres Verstehen sich selbst gegenüber sowie ein frühzeitiges Erkennen eigener Warnzeichen stehen hier im Fokus. Es geht um persönliche Einstellungen, Selbstvertrauen, Selbstwert, Selbstliebe und Selbstmanagement.
- Stufe 4 – Zeitsouveränität: Die Arbeit in dieser Präventions-Stufe zielt auf eine fundierte, sichere Haltung gegenüber Zeit und den bewussten Umgang mit dieser ab.
- Stufe 5 – Eigenbestimmtheit: Um dem Gefühl von Ohnmacht entgegenzutreten, wird an der Veränderung von Situationen, Verhalten und Sprache gearbeitet. Erhöhte Selbstwirksamkeit ist ein Ziel.
- Stufe 6 – Zufriedenheitskonstanz: Ziel dieser Stufe ist, mittels Ehrlichkeit und Selbsterkenntnis die persönliche Zufriedenheit zu steigern bzw. zu stabilisieren.
- Stufe 7 – Stresstoleranz: Nach der Definition eigener Stressoren stehen Achtsamkeit, Aktivität und Ausgleich im Vordergrund.
- Stufe 8 – Dyadenkompetenz: Hier steht die emotionale Kompetenz samt eines kommunikativen Beziehungsmanagements als Fundament gegen Burnout im Vordergrund.
- Stufe 9 – Situationstoleranz: Hier wird die Fähigkeit, mit Unveränderbarem umzugehen, gestärkt.
- Stufe 10 – Rollensicherheit: Erwünschte und tatsächlich eingenommen Rollen und mit diesen verknüpfte Erwartungen werden thematisiert.
- Stufe 11 – Zielerkenntnis: In dieser Stufe wird daran gearbeitet, die wirklichen inneren Ziele zu erkennen. Zudem werden Wege erarbeitet, sich diesen zu nähern.
- Stufe 12 – Sinnannäherung: Die letzte Stufe des Programms thematisiert die Frage nach dem Sinn des eigenen Lebens – ohne Anspruch der letztendlichen Beantwortung dieser.

Die Ausführungen des Programms von Bergner enden zur geforderten Proaktivität des Individuums passend mit den Worten „*Burnout kostet viel, viel zu viel. (...) Sie können es ändern. Tun Sie es! Jetzt!*“ (Bergner, 2011, S. 284).

In seiner Theorie, Burnout sei eine Form von Selbstverbrennung, betont Fischer (1983), es gäbe zwei Wege zu Bewältigung von Enttäuschung im beruflichen Kontext:

- Das Aufgeben der Idealisierung des eigenen Berufes oder
- das Verlassen der vorhandenen Arbeitsumwelt (das Feld).

Burisch (2010, S. 189) stellt sich unter anderem die Frage, was den geringen Coping-Erfolg bei Menschen, die „ausbrennen“, ausmacht. Er macht hierfür primär persönliche Unterschiede in der Flexibilität der Personen verantwortlich, wie zum Beispiel ein eingeschränktes Repertoire an Strategien bzw. die Tabuisierung alternativer Strategien. Ziel einer präventiven Intervention sollte es somit sein, das Handlungsrepertoire im Sinne vom Erlernen zusätzlicher Bewältigungsstrategien zu erweitern. Zentralste Frage für die Burnout-Prävention ist für Burisch jedoch die folgende: „*Was will ich eigentlich im Leben?*“ (Burisch, 2010, S. 262). Bei dieser Frage soll es um die ehrliche Klärung lebensbereichsübergreifender Ziele, Erwartungen sowie nach dem Sinn des eigenen Lebens gehen. Nach Schwartz und Will (1961) muss jede Intervention individuumzentriert sowie individuell sein und im Ergebnis sowohl der Erarbeitung neuer Strategien bzw. Handlungsoptionen dienen, als auch für eine kognitive Klarheit sorgen.

### **1.5.2 Möglichkeiten der Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege**

Explizite Programme und Präventions-Maßnahmen für die Alten- und Krankenpflege wurden bereits in den 1980er Jahren konzipiert. Lammert (1981) entwickelte ein gruppendynamisches Training, welches bereits in der Ausbildung von Krankenschwestern Anwendung finden sollte. In der acht-wöchigen Intervention wechseln sich Gruppenübungen und Einzelberatungen ab mit den Zielen, die Selbstwahrnehmung zu schärfen sowie die Fähigkeiten zur „psychischen Selbstversorgung“ und Beziehungspflege zu verbessern. Auch Alexander (1980) empfiehlt, auf der Verhaltensebene anzusetzen und sich mit Krankenschwestern präventiv mit Grenzen, Einflussbereichen, Freiräumen, Selbstschutz und aktiver Erholung zu beschäftigen. Auch wenn Friel und Tehan (1980) auch die Organisation in der Pflicht sehen, Stress zu minimieren, charakterisieren sie eine „burnoutresistente Krankenschwester“ u.a. durch intensive Kenntnisse eigener Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen. West, Horan und Garnes (1984) erachten in einem Training von Coping-Fähigkeiten die Themen Selbstbehauptung, Zeitmanagement sowie kognitive Umstrukturierung als die wichtigsten. In einem Vergleich präventiver Trainings für Krankenschwestern kamen sie zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Kombination aus Trainings zur Stärkung unterschiedlicher Coping-Fähigkeiten sowie Stress-Impfung große Wirkung auf die psychische Symptombelastung hat. Insgesamt konzentrieren sich die meisten Trainings in der Alten- und Krankenpflege bis heute auf individuumszentrierte bzw.

persönlichkeitsorientierte Präventions-Maßnahmen. Neben bereits genannten Inhalten werden dort zudem Themen wie Selbst-Aufmerksamkeit (u.a. mittels Selbstbeobachtung im Tagebuch), Selbst-Behauptung, Stress-Impfung oder Kollegiale Unterstützung bearbeitet (Burisch, 2010, S. 245). Das professionelle Nähe-Distanz-Verhalten, aktiv Grenzen setzen, Nein-sagen und die Fähigkeit des „Detached Concern“ (vgl. Kap. 1.2.3) sind ebenfalls speziell für den Pflege-Beruf relevante Inhalte in der Präventions-Arbeit (Edelwich & Brodsky, 1984). Zusätzlich zeigt sich ein Trend in der Nutzung externer Mitarbeiterberatungen (Employee-Assistance-Programs, EAP).

### **1.6 Notwendigkeit einer Bedürfnisanalyse und eines persönliche Kompetenzen stärkenden Trainings zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege**

Wie im Modell der zu trainierenden Ressourcen im Stressmodell dargestellt (vgl. Kap. 1.4.3, Abb. 7), ist es möglich und indiziert, Ressourcen in jeder Phase eines potentiellen Stressgeschehens zu aktivieren und einzubringen. Wie Lauderdale betont, verursachen Stress und Arbeitsunzufriedenheit Burnout nicht, intensivieren ihn unter Umständen aber (zit. nach Burisch, 2010, S. 45). Die präventive Arbeit sollte somit auch hier verortet werden. Insbesondere aufgrund der großen Anzahl im Pflege-Alltag einwirkender Stressoren gilt es zum einen, an der klaren und eindeutigen Wahrnehmung und der möglichen Proaktivität im Umgang mit diesen zu arbeiten. Zum anderen wird die Notwendigkeit herausgestellt, die Bewertung vorhandener Stressoren zu hinterfragen und sich die Eigenverantwortlichkeit der daraus folgenden Emotionen bewusst zu machen. Hier spielen individuelle Werthaltungen, Grundüberzeugungen und Glaubenssätze eine entscheidende Rolle, so dass auch Werte, Selbstwert, Selbstreflexion und Selbstwirksamkeit in einem Training beinhaltet sein sollten.

Aus Schutz vor überwältigenden Emotionen in dem dauernden Kontakt mit anderen Menschen sollte zudem die Balance zwischen emotionaler Distanz und Beteiligtsein thematisiert werden (vgl. Konzept der distanzierten Anteilnahme, Kap. 1.3.2.2). Dazu gehört im präventiven Ansatz auch, sich die eigene Rolle und die eigenen Grenzen bewusst zu machen und diese zu überprüfen. Die Bereitschaft, sich zu verausgaben, muss hinterfragt werden, die Fähigkeit, sich emotional zu distanzieren (z.B. Nein zu sagen) sollte aktiviert und aufgebaut werden (Burisch, 2010, S. 56). Das von Becker und Mitarbeitern 1994 entwickelte systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR) ist ein Rahmenmodell zur Erklärung von Gesundheit, dient jedoch ebenso der Strukturierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (Becker, 2001). Da der Gesundheitszustand einer Person davon abhängt, „*wie gut es ihm gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe*

von externen und internen Ressourcen zu bewältigen“ (Becker, 2001, S. 47), sollten die Voraussetzungen zur Bewältigung der Anforderungen mit Hilfe von Ressourcen verbessert werden. Dabei sind in einem Training Ansätze auf all diesen vier Ebenen möglich und sinnvoll. Dort, wo jedoch kein oder nur ein geringer Einfluss auf externe Anforderungen genommen werden kann, ist die ressourcenorientierte Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung (Becker, 2001). In dem hier vorliegenden Trainings-Konzept sollen alle Ebenen Berücksichtigung finden, auch wenn der Fokus klar im Bereich der internen Anforderungen und Ressourcen steht und auf die Bewusstmachung vorhandener und den Aufbau neuer Ressourcen ausgerichtet ist:

- 1.) Interne Anforderungen: Hier geht es um das Bewusstmachen der eigenen Bedürfnisse, Ziele und Werte und den Schutz von eigener Über- oder Unterforderung durch überhöhte Ansprüche.
- 2.) Externe Anforderungen: Hier steht die Vermeidung von Über- bzw. Unterforderung im Arbeitsalltag im Vordergrund. Zudem sollten sich psychische und physische Stressoren bewusst gemacht und wenn möglich beseitigt bzw. minimiert werden. Auch Ansprüche von außen sollten reflektiert werden.
- 3.) Interne Ressourcen: Jegliche Stärkung persönlicher Kompetenzen, der Ausbau körperlicher Fitness sowie der psychischen Gesundheit verbessert die internen Ressourcen. Dazu können der Ausbau von Wissen sowie unterschiedliche Formen von Selbsterfahrung gehören, auch mit dem Ziel, die Selbstwirksamkeit zu erhöhen.
- 4.) Externe Ressourcen: Hier geht es um den Aufbau und die Stärkung sozialer und fachlicher Unterstützung von außen, inklusive materieller, ökologischer und gesellschaftlicher Ressourcen.

Innerhalb mittelständiger und großer Unternehmen finden sich vielfach Angebote zur Burnout-Prävention oder Stressbewältigung. Auch wenn dies als positiv bewertet und für Teilnehmende als unterstützend bewertet werden kann, ersetzen diese Angebote keinesfalls ein für die Mitarbeiter der Alten- und Krankenpflege für notwendig erachtetes, die persönlichen Kompetenzen stärkendes Training, welches durch die Arbeit über einen mittelfristigen Zeitraum in kleinen Gruppen mit methodischer Vielfalt in Bezug auf Selbsterfahrung, Selbstbeobachtung, Selbstreflexion, Transfer-Aufgaben, Wissensvermittlung sowie gruppenspezifischen Anteilen des Team-Coachings entsprechend größere, präventive Effekte für die einzelnen Personen haben kann. Aus der bislang durch Literaturrecherche erfolgten Bedarfsanalyse lässt sich bereits die Notwendigkeit einer Verhaltensprävention für die Zielgruppe ableiten. Da es bislang keine gesicherten Erkenntnisse über die Bedürfnisse der Pflegekräfte gibt, ist die Erhebung dieser im Rahmen der in diesem Projekt geplanten Vorstudie indiziert. Mit den Ergebnissen aus Bedarfs- und

Bedürfnisanalyse ist es möglich, ein für die Zielgruppe der Pflege passgenaues Training zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren.

## 2 Vorstudie

In diesem Kapitel wird die Vorstudie des Projektes ausführlich dargestellt. Dabei werden zunächst die Fragestellung sowie die zugehörigen Hypothesen benannt, bevor die Stichprobe sowie die verwendeten Messinstrumente ausführlich beschrieben werden. Es folgt die Darstellung von Datenerhebung, Versuchsdurchführung sowie der Vorgehensweise bei der statistischen und qualitativen Auswertung. Im Anschluss werden die Ergebnisse zunächst beschrieben, dann in Bezug auf allgemeine und für das zu entwickelnde Training relevante Ableitungen diskutiert.

### 2.1 Fragestellung und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Vorstudie war es, im Rahmen einer Bedürfnisanalyse die Notwendigkeit eines Trainings zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege mittels vorhandener Belastungen sowie benötigter Bewältigungsoptionen zu erfassen. Die Fragestellung dabei lautete, inwiefern sich die untersuchte Stichprobe der Krankenpflegefachkräfte und Krankenpflegehelferinnen in Aspekten von chronischem Stress, burnout-relevanter kognitiver Beschwerden sowie hinsichtlich ausgewählter Ressourcen und Selbstmanagement-Fähigkeiten von der Normstichprobe unterscheiden. Im Folgenden werden die Fragestellungen der Vorstudie sowie die dazu gehörigen Hypothesen im Detail aufgezeigt. Trotz bislang geringer wissenschaftlicher Erkenntnisse über diese Stichprobe wurden gerichtete Unterschiedshypothesen formuliert.

Die **erste Fragestellung** der vorliegenden Vorstudie lautete wie folgt:

Unterscheiden sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer **sozialen Überlastung** von der Normstichprobe?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende erste Fragestellung wurde postuliert, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer sozialen Überlastung von der Normstichprobe unterscheiden. Diesbezüglich konnte vermutet werden, dass sich bei den Befragten höhere Werte zeigen.

Die **zweite Fragestellung** der vorliegenden Vorstudie lautete wie folgt:

Unterscheiden sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer **Arbeitsunzufriedenheit** von der Normstichprobe?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende zweite Fragestellung wurde postuliert, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Arbeitsunzufriedenheit von der Normstichprobe unterscheiden. Diesbezüglich konnte vermutet werden, dass sich bei den Befragten höhere Werte zeigen.

Die **dritte Fragestellung** der vorliegenden Vorstudie lautete wie folgt:

Unterscheiden sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihres **chronischen Stresses** von der Normstichprobe?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende dritte Fragestellung wurde postuliert, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihres chronischen Stresses von der Normstichprobe unterscheiden. Diesbezüglich konnte vermutet werden, dass sich bei den Befragten höhere Werte zeigen.

Die **vierte Fragestellung** der vorliegenden Vorstudie lautete wie folgt:

Unterscheiden sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer **kognitiven Beschwerden** von der Normstichprobe?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende vierte Fragestellung wurde postuliert, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer kognitiven Beschwerden von der Normstichprobe unterscheiden. Diesbezüglich konnte vermutet werden, dass sich bei den Befragten höhere Werte zeigen.

Die **fünfte Fragestellung** der vorliegenden Vorstudie lautete wie folgt:

Unterscheiden sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer **Coping-Fähigkeiten** von der Normstichprobe?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende fünfte Fragestellung wurde postuliert, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Coping-Fähigkeiten von der Normstichprobe unterscheiden. Diesbezüglich konnte vermutet werden, dass sich bei den Befragten niedrigere Werte zeigen.

Die **sechste Fragestellung** der vorliegenden Vorstudie lautete wie folgt:

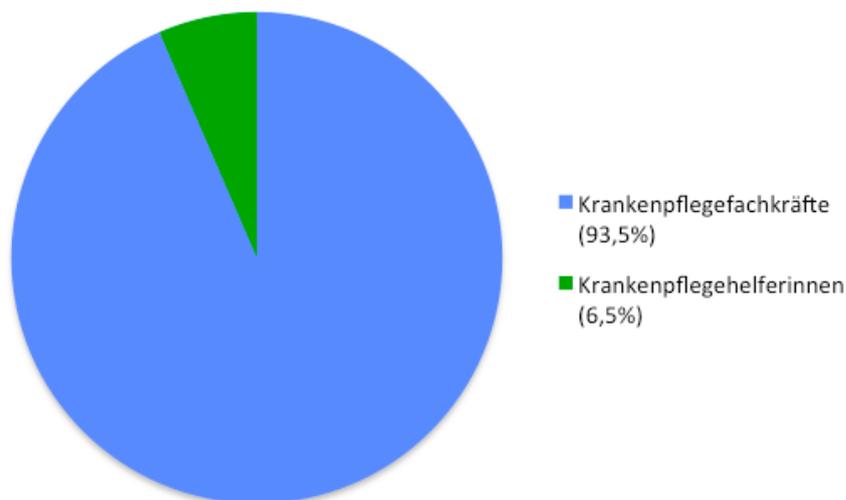
Unterscheiden sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer **Selbstwirksamkeit** von der Normstichprobe?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende sechste Fragestellung wurde postuliert, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit von der Normstichprobe unterscheiden. Diesbezüglich konnte vermutet werden, dass sich bei den Befragten niedrigere Werte zeigen.

## **2.2 Stichprobe**

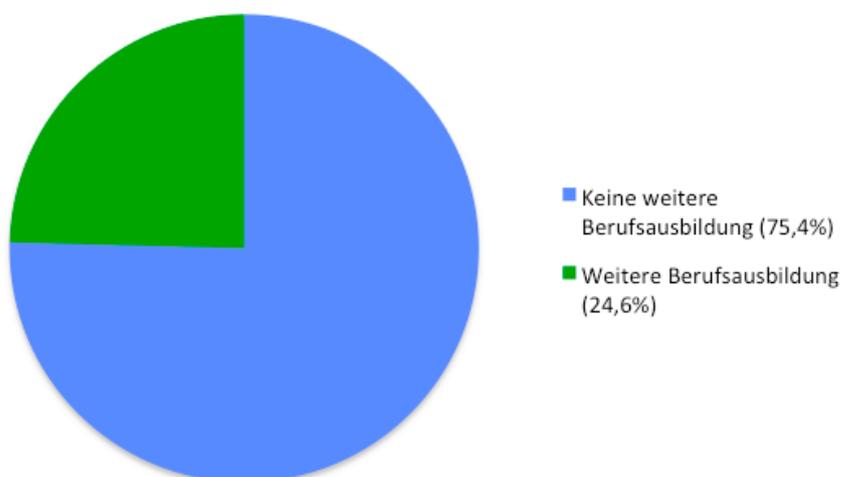
**Versuchspersonenrekrutierung.** Die Auswahl erfolgte mittels Freiwilligkeit. Nach einer Information über die Studie sowie über den zugehörigen Fragebogen wurde allen Personen, die teilnehmen wollten, von der Pflegedienstleitung bzw. Stationsleitung aller teilnehmenden Krankenhäuser ein Fragebogen zur Verfügung gestellt.

**Profession.** Die Stichprobe der Vorstudie bestand aus Krankenpflegefachkräften (drei-jährig examiniert) und Krankenpflegehelferinnen. Aufgrund der geringen Anzahl männlicher Pflegekräfte und Pflegehilfskräfte durften zwecks besserer Vergleichbarkeit ausschließlich weibliche Pflegekräfte teilnehmen. Im Folgenden wird zum einen die Verteilung der Professionen in Krankenpflegefachkräfte und Krankenpflegehelferinnen aufgezeigt. Dabei wird deutlich, dass mit 93,5 % ( $N = 123$ ) der Anteil der Krankenpflegefachkräfte deutlich dominiert (s. Abb. 9).



**Abbildung 9: Verteilung der Professionen (Vorstudie).**

Zum anderen wurde in der Stichprobe erfragt, ob die Probandinnen über weitere, frühere Berufsausbildungen verfügen. Dabei gaben 24,6% der Befragten an, früher eine weitere Berufsausbildung gemacht zu haben, wie die Abbildung 10 nachfolgend aufzeigt. Inhaltlich gab es hierbei neben drei Ausbildungen zur Arzthelferin und zwei Nennungen zur Ausbildung zur Verkäuferin 25 weitere Angaben zu Ausbildungsberufen. Diese sind im Anhang 6.2.1 aufgezeigt.



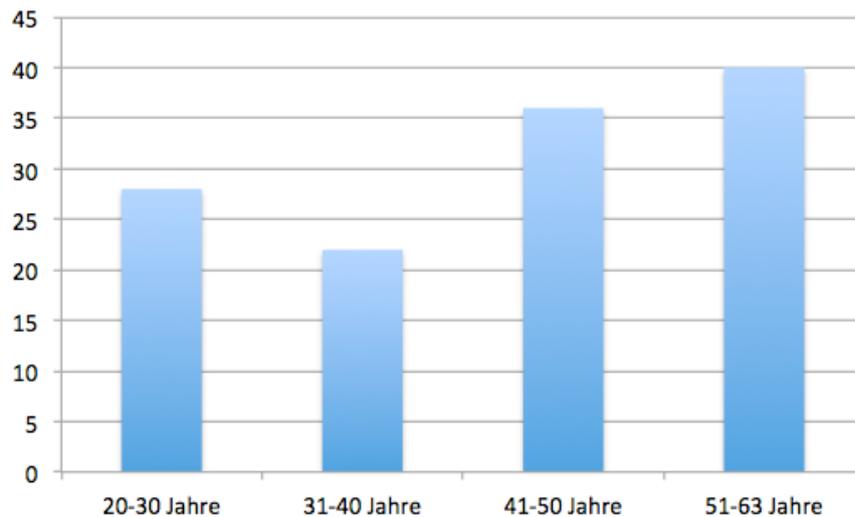
**Abbildung 10: Übersicht weiterer Berufsausbildungen (Vorstudie).**

**Alter.** Das Alter der Versuchspersonen betrug im Mittel  $M = 42.16$  mit einer Standardabweichung von  $SD = 11.25$  und variierte zwischen 20 und 63 Jahren (s. Tab. 6). Eine Übersicht über das Alter der Versuchspersonen aufgeteilt in vier Altersgruppen zeigt die nachfolgende Abbildung 11.

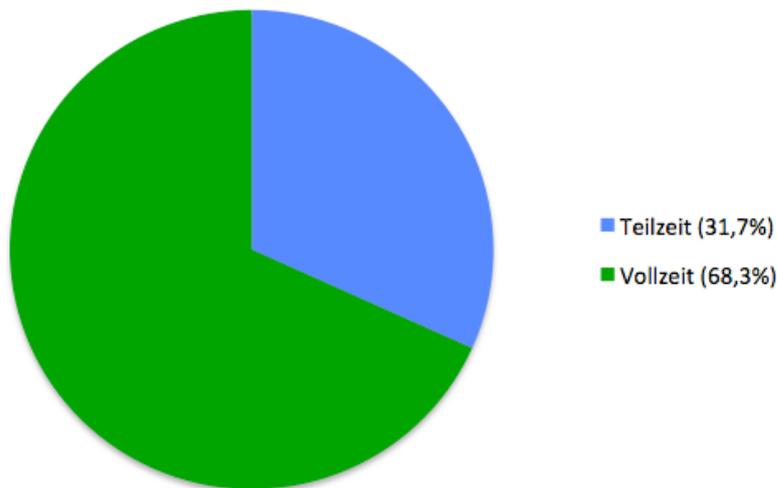
**Tabelle 6: Statistik zum Alter (Vorstudie).**

N	M	MD	SD	V	Min	Max
126	42.161	44	11.25	126.48	20	63

Legende: N=Gesamtstichprobe, M=Mittelwert, MD=Median, SD=Standardabweichung, V=Varianz, Min=Minimum, Max=Maximum.

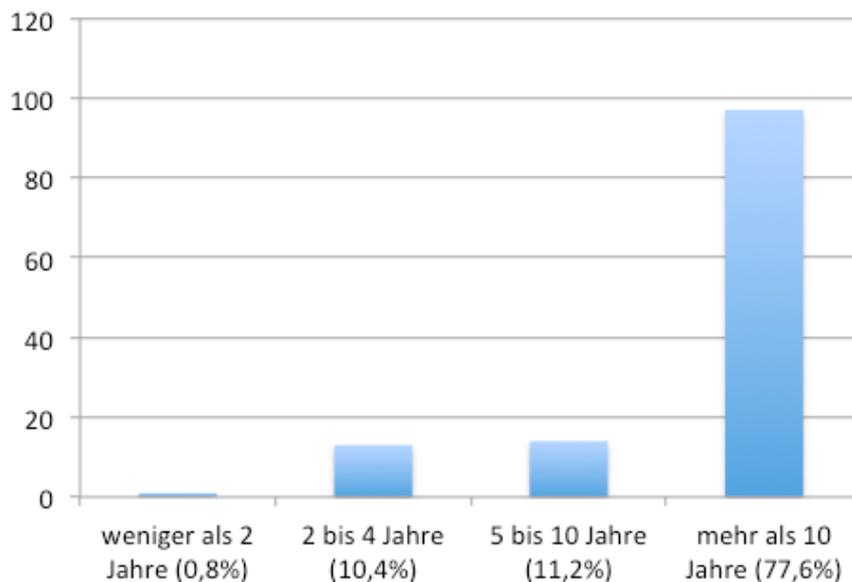
**Abbildung 11: Übersicht der Altersgruppen (Vorstudie).**

**Beschäftigungsumfang und -dauer.** Um Unterschiede der Burnout-Gefährdung in Abhängigkeit vom Umfang der Beschäftigung sowie der Anzahl der Arbeitsjahre in der Krankenpflege ermitteln zu können, wurden Beschäftigungsumfang und -dauer erfragt. Innerhalb der Stichprobe konnte dabei annähernd eine 1/3 zu 2/3-Verteilung festgestellt werden, wobei 31,7% der Versuchspersonen in Teilzeit und 68,3% in Vollzeit arbeiteten, wie die nachfolgende Abbildung 12 veranschaulicht.



**Abbildung 12: Verteilung des Beschäftigungsumfangs (Vorstudie).**

Die Beschäftigungsdauer wurde bereits im Fragebogen in die vier Kategorien *weniger als 2 Jahre*, *2-4 Jahre*, *5-10 Jahre* oder *mehr als 10 Jahre* unterteilt. Der mit 77,6% größte Anteil der Versuchspersonen arbeitete zum Zeitpunkt der Erhebung bereits mehr als zehn Jahre. Den kleinsten prozentualen Anteil machte die Gruppe, die weniger als zwei Jahre arbeitete, mit nur 0,8% aus. Die nachfolgende Abbildung 13 stellt die Verteilung dar.



**Abbildung 13: Verteilung der Beschäftigungsdauer (Vorstudie).**

**Größe des Krankenhauses.** Um mögliche Abhängigkeiten der Burnout-Gefährdung in Bezug auf die Größe des Krankenhauses feststellen zu können, wurden die Probandinnen abschließend nach der Größe des Krankenhauses nach Bettenzahl (Planbetten) befragt. Dabei konnten sie zwischen den Antwortmöglichkeiten *unter 100*, *100-200*, *201-500*, *501-*

1000 und 1001 und mehr wählen. Da sich die Versuchspersonen auf vier Krankenhäuser verteilen, entsprach die Verteilung größtenteils dieser Herkunft (s. Abb. 14).

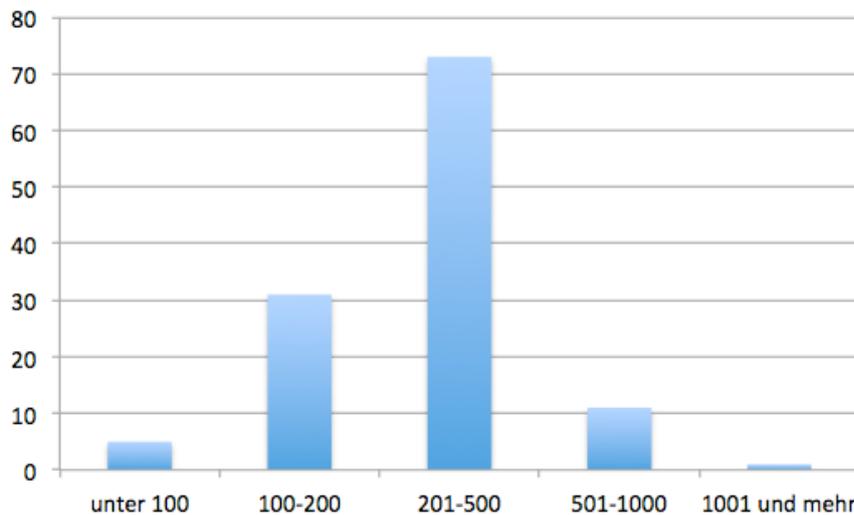


Abbildung 14: Übersicht der Krankenhausgröße nach Bettenzahl (Vorstudie).

### 2.3 Quantitative Datenerhebung – Messinstrumente

Im Folgenden werden die in der Vorstudie verwendeten Messinstrumente beschrieben, die der Klärung der in Kapitel 2.1. dargestellten Fragestellungen dienen sollten. Dabei wurden das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS), die Burnout-Screening-Skalen (BOSS) sowie der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) eingesetzt (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Übersicht der in der Vorstudie eingesetzten Messinstrumente, deren Autoren, Erscheinungsjahr und verwendete Subtests.

Messinstrument	Autoren (Jahr)	Verwendete Skalen	Itemanzahl
Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)	Schulz, Schlotz & Becker (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Überlastung</li> <li>• Arbeitsunzufriedenheit</li> <li>• Screening-Skala zum chronischen Stress</li> </ul>	6 Items 8 Items 11 Items  <i>Gesamt: 25 Items</i>
Burnout-Screening-Skalen (BOSS)	Hagemann und Geuenich (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Beschwerden (BOSS II)</li> </ul>	10 Items  <i>Gesamt: 10 Items</i>
Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	Jack (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> </ul>	12 Items 9 Items  <i>Gesamt: 21 Items</i>

### 2.3.1 Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)

Das Trierer Inventar zum chronischen Stress ist ein normiertes Instrument zur Erfassung von chronischem Stresserleben, das über einen Zeitraum von etwa zehn Jahren entwickelt wurde (Schulz, Schlotz & Becker, 2004, S. 7). Dabei misst der Fragebogen verschiedene Arten von chronischem Stress im Selbstbericht, wobei mit insgesamt 57 Items Belastungserfahrungen der vergangenen drei Monate aus heterogenen Belastungsquellen erhoben werden können. Theoretisch fußt das Inventar auf einem interaktionsbezogenen Stressmodell (Schulz et al., 2004, S. 8). Ähnlich wie im transaktionales Stressmodell von Lazarus (1981; vgl. Kap. 1.2.2) wird dabei von der aktiven Auseinandersetzung einer Person mit den Anforderungen seiner Umwelt in der Entstehung von Stress ausgegangen. Dabei wird postuliert, dass verschiedene Arten von Ungleichgewichten zwischen Anforderungen und Person zu unterschiedlichen Formen von Stress führen können, die sich in den neun Subtests des Inventars widerspiegeln. Doch auch die Ressourcen, die zur aktuellen Anforderungsbewältigung von der Person hinzugezogen werden können, werden in die Passung bzw. Nichtpassung von Anforderungen innerhalb der Person-Umwelt-Interaktion mit einbezogen (Schulz et al., 2004, S. 12). Hierbei können personale und / oder umweltbezogene Ressourcen beansprucht werden, womit sich das Inventar unter anderem des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells von Becker (2001; vgl. Kap. 1.6) bedient. Neben dem Einsatzgebiet klinischer Untersuchungen, bei denen es um Zusammenhänge zwischen Stress und körperlicher bzw. psychischer Gesundheit und Krankheit geht, dient der Fragebogen ebenso der Evaluation bzw. prä-post-Messungen von Trainings, etwa zur Verbesserung der Stressbewältigung und -resistenz (Schulz et al., 2004, S. 9). Inhaltlich ist das Inventar in folgende neun Subtests unterteilt: „Arbeitsüberlastung“, „Soziale Überlastung“, „Erfolgsdruck“, „Unzufriedenheit mit der Arbeit“, „Überforderung bei der Arbeit“, „Mangel an sozialer Anerkennung“, „Soziale Spannungen“, „Soziale Isolation“ und „Chronische Besorgnis“. In nachfolgender Tabelle 8 werden die Subtests in der Übersicht dargestellt und erklärt. Die in der Studie verwendeten Subtests sind dabei fett gedruckt.

**Tabelle 8: Subtests des TICS und deren Inhalte (modifiziert nach Schulz et al., 2004, S. 13 ff.).**

Bereiche	Inhalte
Arbeitsüberlastung	• Empfundene quantitative Arbeitsüberlastung; Beanspruchung durch Aufgabenmenge in festgelegter Zeit
<b>Soziale Überlastung</b>	• Empfundene Überlastung durch soziale Anforderungen; intensive Auseinandersetzung mit den Problemen anderer; Last durch Zuviel an Verantwortung und Fürsorge
Erfolgsdruck	• Empfundener Druck, erfolgreich sein zu müssen; Folgen von Nichtbewältigung können Statusverlust, Zurückweisung und Ansehensverlust bedeuten und müssen vermieden werden
<b>Unzufriedenheit mit der Arbeit</b>	• Zu erfüllende Aufgaben werden innerlich abgelehnt, keine Motivation oder Interesse dafür; häufig Resultat aversiver, wenig variabler Anforderungen
Überforderung bei der Arbeit	• Diskrepanz zwischen Anforderungskomplexität an Leistung und aufgabenbezogene Qualifikationen
Mangel an sozialer Anerkennung	• Soziale Zurückweisung bzw. Mangel an Respekt, Anerkennung oder Statusverbesserung trotz intensiver Beanspruchung
Soziale Spannungen	• Nichtanpassung eigener Intentionen und denen einer Bezugsperson; offene oder verdeckte Auseinandersetzung
Soziale Isolation	• Empfundene Belastung durch selten stattfindende soziale Kontakte und somit einen Mangel sozialer zur Verfügung stehender Ressourcen
Chronische Besorgnis	• Sorgenvolle Gedanken bzgl. möglicher zukünftiger Ereignisse; häufig ausgelöst durch uneindeutige Hinweisreize oder fehlende Sicherheitssignale

Zu ergänzen sei hier die „Screening-Skala zum chronischen Stress“, in der die in einer unrotierten Faktorenanalyse am höchsten auf dem ersten Faktor ladenden 12 Items zusammengefasst sind und inhaltlich Anteile der Stressarten „Arbeitsbezogene und soziale Überlastung“, „Überforderung“, „Mangel an sozialer Anerkennung“ sowie „Chronische Besorgnis“ enthalten sind (Schulz et al., 2004, S. 16). Jeder Subtest enthält vier bis 12 Items. Die Aussagen beziehen sich auf die Häufigkeit der gemachten Erfahrungen in den letzten drei Monaten und können in fünf Stufen beantwortet werden: *nie (0)*, *selten (1)*, *manchmal (2)*, *häufig (3)*, *sehr häufig (4)*. In der nachfolgenden Abbildung 15 findet sich ein Item als Beispiel.

Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann	○	○	○	○	○
	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig

**Abbildung 15: Beispielitem des TICS (modifiziert nach Schulz et al., 2004, S. 32).**

Für die vorliegende Zielgruppe am relevantesten erschienen die Subtests „Soziale Überlastung“ sowie „Arbeitsunzufriedenheit“ (Büssing et al., 2000; Zander et al., 2011). Um zudem einen übergreifenden Eindruck zum Stressempfinden der Gruppe zu bekommen,

wurde die „Screening-Skala zum chronischen Stress“ als dritter Subtest in den Fragebogen der Vorstudie integriert. Eine Übersicht hierzu bietet die nachfolgende Tabelle 9.

**Tabelle 9: Verwendete Subtests, Abkürzungen und Items des TICS (modifiziert nach Schulz et al., 2004, S. 32 f.).**

Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und Cronbachs Alpha	Items
Soziale Überlastung (soue, $\alpha = .84$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage.</li> <li>• Zeiten, in denen ich mich zu viel um die Probleme anderer kümmern muss.</li> <li>• Ich muss mich zu viel mit Problemen anderer beschäftigen.</li> <li>• Ich muss ständig aufs Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen.</li> <li>• Situationen, in denen das Wohlergehen anderer davon abhängt, wie zuverlässig ich meine Arbeit mache.</li> <li>• Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird.</li> </ul>
Arbeitsunzufriedenheit (unzu, $\alpha = .85$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich muss Aufgaben erledigen, die mir unsinnig erscheinen.</li> <li>• Mir fehlen interessante Aufgaben, die meinen Tag ausfüllen.</li> <li>• Ich muss Aufgaben erledigen, die ich nicht gern mache.</li> <li>• Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir sinnvoll erscheinen.</li> <li>• Ich muss Verpflichtungen erfüllen, die ich innerlich ablehne.</li> <li>• Zeiten, in denen ich nichts Sinnvolles zu tun habe.</li> <li>• Ich muss Arbeiten machen, bei denen meine Fähigkeiten kaum zum Einsatz kommen.</li> <li>• Zeiten, in denen mir Aufgaben fehlen, die mir Freude bereiten.</li> </ul>
Screening-Skala zum chronischen Stress (sscs, $\alpha = .91$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befürchtung, dass irgendetwas Unangenehmes passiert.</li> <li>• Zeiten, in denen ich sorgenvolle Gedanken nicht unterdrücken kann.</li> <li>• Ich bemühe mich vergeblich, mit guten Leistungen Anerkennung zu erhalten.</li> <li>• Zeiten, in denen mir die Sorgen über den Kopf wachsen.</li> <li>• Obwohl ich mein Bestes gebe, wird meine Arbeit nicht gewürdigt.</li> <li>• Zeiten, in denen ich nicht die Leistung bringe, die von mir erwartet wird.</li> <li>• Zeiten, in denen ich mir viele Sorgen mache und nicht damit aufhören kann.</li> <li>• Zeiten, in denen ich zu viele Verpflichtungen zu erfüllen habe.</li> <li>• Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst.</li> <li>• Befürchtung, meine Aufgaben nicht erfüllen zu können.</li> <li>• Erfahrung, dass alles zu viel ist, was ich zu tun habe.</li> <li>• <i>Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird. (Item bereits in Subtest „Soziale Überlastung“)</i></li> </ul>

**Gütekriterien.** Hinsichtlich der durch Cronbachs Alpha gemessenen internen Konsistenzen zeigten sich gute bis sehr gute Werte im Bereich von  $.84 \leq \alpha \leq .91$  ( $N = 604$ ). Faktorenanalysen bestätigten die neunfaktorielle Struktur, während auf Subtestebene eine nachgewiesene sehr gute Einfachstruktur für die faktorielle Validität der TICS-Items spricht.

Die kriterienbezogene Validität konnte durch mehrere Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen bestätigt werden (Schulz et al., 2004, S. 37 ff.).

### **2.3.2 Burnout-Screening-Skalen (BOSS)**

Die Burnout-Screening-Skalen dienen der Erfassung psychischer (kognitiver und emotionaler), körperlicher und psychosozialer Beschwerden, die im Rahmen eines Burnout-Syndroms auftreten können (Hagemann & Geuenich, 2009, S. 8). Sie wurden 2009 von Wolfgang Hagemann und Katja Geuenich entwickelt. Die Burnout-Screening-Skalen bestehen aus zwei separat einsetzbaren Fragebögen. Während die BOSS I das Gesamtsystem einer Person reflektieren und die empfundenen Beschwerden in den vier Lebensbereichen Beruf, eigene Person, Familie und Freunde aufgreifen, erfassen die BOSS II empfundene Beschwerden auf den je einer Skala zugeordneten drei Ebenen Körper, Kognition und Emotion. Nach den Autoren eignen sich die BOSS I sowohl zur Eingangsdiagnostik als auch zur Verlaufsmessung, die BOSS II dabei insbesondere auch zur Anwendung bei Präventions- und Interventionsstudien (Hagemann & Geuenich, 2009, S. 9 f.). Theoretisch stützt sich die in den BOSS Anwendung findende Burnout-Definition auf die Annahmen von Freudenberg (1974) und Maslach (1981), die Burnout als einen Zustand psychischer und mentaler Erschöpfung definieren (zit. nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 13). Die BOSS verbinden insgesamt drei Ansätze, die in der Erklärung des Burnout-Syndroms eine entscheidende Rolle spielen:

- 1.) Systemische Modelle: Im Rahmen von Beziehungssystemen wird der Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Einzelnen und der Gestaltung seiner zwischenmenschlichen Beziehungen thematisiert (vgl. u.a. von Schlippe & Schweitzer, 2003).
- 2.) Psychosomatische Modelle: Der Zusammenhang zwischen körperlicher Gesundheit und Beschwerden auf psychischer und sozialer Ebene werden hier berücksichtigt (vgl. u.a. Rüegg, 2007). Burnout wird dabei auch als Ausdruck psychophysischer Verarbeitung von Stressoren und Konflikten verstanden (Hagemann & Geuenich, 2009, S. 14).
- 3.) Stress-Coping-Modelle: Auch der Zusammenhang zwischen chronischer Überforderung und psychophysischer Gesundheit wird einbezogen. Dabei werden u.a. die Theorien von Antonovsky (1997) und Lazarus und Launier (1981) zugrunde gelegt.

Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich ein multifaktorielles Arbeitsmodell der BOSS, das Umweltfaktoren sowie persönliche Faktoren gleichermaßen abbildet. Im Folgenden gilt die Konzentration dem im Rahmen dieses Forschungsprojektes gewählten Fragebogen BOSS II. Die BOSS II umfassen die drei voneinander unabhängigen Skalen „Körperliche

Beschwerden“, „Kognitive Beschwerden“ und „Emotionale Beschwerden“, die im Folgenden kurz beschrieben werden (s. Tab. 10).

**Tabelle 10: Subtests der BOSS II und deren Inhalte (modifiziert nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 21 ff.).**

Bereiche	Inhalte
Körperliche Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Körperliche Missempfindungen und Schmerzen, Fokus auf dem Herz-Kreislauf-System, funktionale Einschränkungen, Spannungszustände und Schlafqualität</li> </ul>
<b>Kognitive Beschwerden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei chronischem Stress häufig beobachtbare mentale Zustände und gedankliche Prozesse wie Beschwerden bezüglich Konzentration, Aufmerksamkeitslenkung, Perfektionismus, Grübelneigung</li> </ul>
Emotionale Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spezifische Gefühlsregungen wie Ängste, Misstrauen oder Reizbarkeit sowie Einstellungen und Verhaltensmuster</li> </ul>

Jeder Subtest umfasst zehn Items, wobei jedes Item eine eigene Facette des jeweiligen Subtests erfasst. Die Aussagen beziehen sich auf die letzten sieben Tage. Antworten sind in sechs Stufen möglich: *trifft nicht zu (0)*, *trifft kaum zu (1)*, *trifft teilweise zu (2)*, *trifft überwiegend zu (3)*, *trifft zu (4)* und *trifft stark zu (5)*. Ein Item findet sich in der folgenden Abbildung 16 als Beispiel.

Ein und derselbe Gedanke quält mich immer wieder, lässt mich nicht mehr los.	○	○	○	○	○	○
	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft zu	trifft stark zu

**Abbildung 16: Beispielitem der BOSS II (modifiziert nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 22).**

Für die Vorstudie wurde aus den BOSS II ausschließlich der Subtest „Kognitive Beschwerden“ verwendet, da er inhaltlich für die Zielgruppe und die vorliegende Fragestellung als sehr relevant erachtet wurde und aus Gründen der Versuchsökonomie nicht alle Anteile des Inventars einbezogen wurden. Die dort enthaltenden Items werden in der nachfolgenden Tabelle 11 präsentiert.

**Tabelle 11: Verwendeter Subtest, Abkürzung und Items der BOSS II (modifiziert nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 21 ff.).**

Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und Cronbachs Alpha	Items
Kognitive Beschwerden (kog, $\alpha = .91$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich kann mich schlecht konzentrieren.</li> <li>• Ich bewerte vieles zu negativ.</li> <li>• Meine Entschlussfreudigkeit ist verloren gegangen.</li> <li>• Ich mache vermehrt Fehler.</li> <li>• Ich reagiere nur noch anstatt zu agieren, ich funktioniere lediglich.</li> <li>• Meine Kreativität ist verloren gegangen.</li> <li>• Ein und derselbe Gedanke quält mich immer wieder, lässt mich nicht mehr los.</li> <li>• Um keine Fehler zu machen, kontrolliere ich mich verstärkt.</li> <li>• Meine Souveränität ist verloren gegangen.</li> <li>• Ich kann mich nicht mehr so gut durchsetzen und andere überzeugen.</li> </ul>

Als Besonderheit der BOSS können jeweils drei unterschiedliche Kennwerte berechnet werden. Während der Gesamtwert (BOSS Gesamt) das Durchschnittsmaß der erfassten Beschwerden beschreibt, kennzeichnet der Intensitätswert (BOSS Intensität) die Stärke der erfassten Beschwerden und der Breitenwert (BOSS Breite) die relative Anzahl bzw. Streuung der Beschwerden (Hagemann & Geuenich, 2009, S. 34).

**Gütekriterien.** Die internen Konsistenzen der BOSS II, gemessen durch Cronbachs Alpha, zeigten gute bis sehr gute Werte zwischen  $.80 \leq \alpha \leq .91$  ( $N = 300$ ), wobei das Konsistenzmaß der hier verwendeten Skala „Kognitive Beschwerden“ am höchsten ausfiel ( $\alpha = .91$ ). Da mittels Faktorenanalyse keine eindeutige Struktur nachgewiesen werden konnte, erfolgte die Zuordnung der Items zu vier Faktoren auf Basis inhaltlicher Erwägungen (Hagemann & Geuenich, 2009, S. 64 f.). Durch unterschiedliche Korrelationsbefunde mit relevanten Variablen wird von kriterienbezogener Validität ausgegangen.

### **2.3.3 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)**

Der Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten wurde 2006 von Dr. Mary Jack entwickelt. Die eigentliche Entwicklung und Normierung des Tests erfolgte an stationären Psychosomatikpatienten ( $N = 545$ ), eine Normstichprobe von Gesunden steht jedoch ebenfalls zur Verfügung ( $N = 86$ ). Diagnostisch ermöglicht der Fragebogen, gesundheitsrelevante Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten zu erfassen. Im therapeutischen Kontext können zudem Hinweise auf noch aufzubauende Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten generiert werden. Theoretisch stützt sich der

FERUS grundlegend auf das salutogenetische Modell von Antonovsky (1997) sowie auf Überlegungen der Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer et al. (2012). Für das von Antonovsky postulierte Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gilt es, Ressourcen zu stabilisieren und gesundheitsrelevante Selbsthilfepotenziale zu erkennen. Im Rahmen der Definition von Selbstmanagement nach Kanfer et al. (2012) sollen Menschen durch Selbstmanagementfertigkeiten wie Selbstbeobachtung, Zielklärung und Selbstkontrolle befähigt werden, Probleme aktiv und eigenständig zu bewältigen sowie eigene Ziele zu verfolgen. Die Skala „Selbstwirksamkeit“ beruht zudem auf der Theorie der Selbstwirksamkeit von Bandura (1997), welcher Selbstwirksamkeit als Überzeugung, ein bestimmtes Verhalten zu beherrschen und ausüben zu können, definiert. Insgesamt besteht der FERUS aus sieben Skalen mit je zwischen sieben und zwölf Items. In der nachfolgenden Tabelle 12 sind die Skalen aufgezeigt und je kurz erläutert.

**Tabelle 12: Subtests des FERUS und deren Inhalte (modifiziert nach Jack, 2007, S. 20 ff.).**

Bereiche	Inhalte
Veränderungsmotivation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Änderungsmotivation nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996): Erkennen eines negativen Ausgangszustandes, Wunsch nach positivem Endzustand und Hoffnung positiver Veränderung (z.B. durch Therapie)</li> </ul>
Coping	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktives Eingreifen, aktive Bewältigungsstrategien, Hinnehmen unveränderbarer situativer Bedingungen / Akzeptanz, Bewahren innerer Ruhe (Kanfer et al., 1996)</li> </ul>
Selbstbeobachtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eigene Gefühle, Impulse und begleitendes Verhalten beobachten, Handlungen zielorientiert verändern können</li> </ul>
Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorgenommene Verhaltensweisen ausüben können, Erfolge antizipieren, Durchhaltevermögen (betrachtet als Teilfähigkeit des Selbstmanagements; Kanfer et al., 1996)</li> </ul>
Selbstverbalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbst gezielte Anweisungen erteilen, Verhalten und Empfindungen dadurch steuern können (Meichenbaum, 1977)</li> </ul>
Hoffnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sich selbst, die Umwelt und die persönliche Zukunft positiv sehen, Kontrollierbarkeit der Zukunft (Kanfer et al., 1996)</li> </ul>
Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wahrnehmung sozialer Beziehung als unterstützend, hilfreich und fördernd (emotional und praktisch; u.a. Fydrich, Sommer &amp; Brähler, 2007)</li> </ul>

Die vorliegenden Aussagen beziehen sich auf einen Zeitraum der letzten zwei bis drei Wochen. Die Teilnehmerinnen konnten auf einer fünfstufigen Antwortskalierung zwischen *stimmt nicht* (1), *stimmt wenig* (2), *stimmt mittelmäßig* (3), *stimmt ziemlich* (4) und *stimmt sehr* (5) entscheiden. Ein Beispielitem des FERUS findet sich nachfolgend (s. Abb. 17).

Was auch immer passiert, ich weiß, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.	○	○	○	○	○
	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr

**Abbildung 17: Beispielitem des FERUS (modifiziert nach Jack, 2007).**

Für die Vorstudie wurden aus dem FERUS die zwei Skalen „Coping“ und „Selbstwirksamkeit“ verwendet, die mit den je zugehörigen Items in der Tabelle 13 präsentiert werden.

**Tabelle 13: Verwendete Subtests, Abkürzungen und Items des FERUS (modifiziert nach Jack, 2007, S. 20 ff.).**

<b>Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und Cronbachs Alpha</b>	<b>Items</b>
Coping (cop, $\alpha = .73$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich kann mich schlecht konzentrieren.</li> <li>• Bei Konflikten, an denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden.</li> <li>• In Konfliktsituationen gebe ich mich nicht geschlagen und versuche zumindest, einen Kompromiss auszuhandeln.</li> <li>• Wenn ich an einer Situation nicht ändern kann, versuche ich, das Bestmögliche daraus zu machen.</li> <li>• Wenn ich ein Ziel erreichen möchte und deswegen mit jemandem in einen Konflikt gerate, versuche ich, diese Person dazu zu bringen, mir zu helfen.</li> <li>• Wenn mal etwas schief läuft und ich daran nichts ändern kann, versuche ich mich der Situation anzupassen.</li> <li>• Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, hole ich mir manchmal Rat, um mir klar zu werden, was ich in dieser Situation tun kann.</li> <li>• Bei Problemen, die nicht sofort zu bewältigen sind, versuche ich, in Ruhe abzuwarten.</li> <li>• In Problemsituationen denke ich oft in Ruhe nach und entwerfe einen Plan, um diese Situation zu meistern.</li> <li>• Manchmal lasse ich die Dinge und Probleme wie sie sind und kann damit auch gelassen umgehen.</li> <li>• In schwierigen Situationen fällt mir meistens etwas Kreatives ein, um die Situation zum Besseren zu wenden.</li> <li>• Selbst wenn ich durch ein Problem ganz angespannt bin, weiß ich, wie ich mich wieder entspannen und damit fertig werden kann.</li> <li>• Um ein Problem zu lösen, überlege ich mir oft einen Plan, um es zu beseitigen.</li> </ul>
Selbstwirksamkeit (sw, $\alpha = .89$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn mir jemand bei der Verwirklichung meiner Absichten und Ziele im Wege steht, finde ich trotzdem eine Möglichkeit, meine Vorstellungen durchzusetzen.</li> <li>• Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen, wenn ich mich darum bemühe.</li> <li>• Ich fühle mich in der Lage, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.</li> <li>• In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig.</li> <li>• Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klar komme.</li> <li>• Was auch immer passiert, ich weiß, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.</li> <li>• Für meine Probleme habe ich meistens eine gute Lösung.</li> <li>• Wenn Probleme auftauchen, weiß ich, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen.</li> <li>• Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.</li> </ul>

**Gütekriterien.** Für alle Skalen des FERUS zeigten sich hinsichtlich der durch Cronbachs Alpha gemessenen internen Konsistenzen gute bis sehr gute Werte im Bereich von  $.86 \leq \alpha \leq .93$ . ( $N = 545$ ) bei den Psychosomatikpatienten und im Bereich von  $.73 \leq \alpha \leq .89$  ( $N = 86$ ) bei den Gesunden. Ebenso werden alle Skalen als inhaltlich valide beschrieben. Die faktorielle Validität konnte mittels Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation nachgewiesen werden (Jack, 2007, S. 22 ff.).

## **2.4 Qualitative Datenerhebung**

Um neben den quantitativen Daten auch qualitative Daten zu erheben, wurden auf der letzten Seite des Fragebogens drei offene Fragen gestellt. Diese lauteten wie folgt:

- 1.) *„Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“*
- 2.) *„Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“*
- 3.) *„Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre eigene Burnout-Prävention zu tun.“*

Ziel dieser Fragen war es, noch einmal intuitiv in eigenen Worten der Teilnehmerinnen Informationen über deren Hauptstressoren sowie bisheriger und zukünftig vorstellbarer Burnout-Prävention zu erlangen.

## **2.5 Versuchsdurchführung**

In diesem Kapitel wird die konkrete Umsetzung der Vorstudie aufgezeigt. Dazu gehören die getätigten Vorbereitungen sowie das Aufzeigen der Erhebungsbedingungen und der Durchführung.

### **2.5.1 Vorbereitungen**

Für die Teilnahme an der vorliegenden Studie konnten vier Krankenhäuser bzw. Kliniken rekrutiert werden. Die Kontaktaufnahme im Juni und Juli 2012 erfolgte hierbei zunächst persönlich über die Pflegedienstleitungen bzw. Pflegedirektoren. Teilweise wurden in einem zweiten Schritt auch Betriebsrat oder weitere Personen über das Projekt, Inhalte und Ablauf persönlich, telefonisch oder per Mail informiert und deren Zustimmung abgewartet. Innerhalb des durch die Verfasserin dieser Arbeit festgelegten Zeitfensters der Untersuchung wurde der konkrete Zeitraum der Erhebung je mit den Verantwortlichen in den Kliniken festgelegt.

Gemeinsam wurden Richtlinien definiert, in welchem Rahmen die Teilnehmerinnen die Fragebögen ausfüllen können, wo diese anonym gesammelt und von wem die gesammelten, ausgefüllten Fragebögen bis wann an die Verfasserin dieser Arbeit zurückgesendet werden würden. Die klinik-spezifischen Informationen bezüglich einsammelnder Person, Ort und Rückgabedatum wurden auf der ersten Informations-Seite des Fragebogens je Klinik verschriftlicht. Alle Beteiligten bekamen kurz vor Versendung der Fragebögen außerdem einen Erinnerungs-Anruf, bei dem auch abschließende Details geklärt werden konnten. Insgesamt fand bereits innerhalb der Vorbereitungszeit ein sehr reger Austausch zwischen den beteiligten Kliniken und der Verfasserin dieser Arbeit statt.

### **2.5.2 Erhebungsbedingungen und Durchführung**

**Zeitraum der Erhebung.** Die Daten der Vorstudie wurden im September 2012 erhoben. Die Versendung der Fragebögen erfolgte bis zum 10.09.2012. Bis auf individuell abweichende Vereinbarungen wurden die ausgefüllten Bögen in den einzelnen Kliniken in den darauf folgenden drei Wochen ausgefüllt und eingesammelt, so dass sie bis zum 30.09.2012 an die Verfasserin dieser Arbeit zurück geschickt wurden. Alle Daten lagen bis Mitte Oktober 2012 vor.

**Durchführung.** Aus versuchsökonomischen Gründen war es der Verfasserin dieser Arbeit nicht möglich, zur Durchführung in den Kliniken persönlich anwesend zu sein. Zu Händen der Pflegedienstleitungen bzw. Pflegedirektoren wurde je ein Paket mit der vorher abgestimmten Anzahl an Fragebögen mit den klinik-spezifisch wichtigen Informationen für die Mitarbeiterinnen versendet. Die Mitarbeiterinnen wurden von ihrer Leitungskraft im Vorwege über die Studie unterrichtet. In dem Paket befand sich ein individuelles Anschreiben an die durchführenden Leitungskräfte mit den vereinbarten Hinweisen zur konkreten Durchführung, um in allen Häusern möglichst den gleichen Ablauf gewährleisten zu können. Die Fragebögen wurden den teilnehmenden Personen entweder persönlich ausgehändigt oder in deren Fächern hinterlegt. Sie wurden in nicht beschrifteten, offenen DIN A4 Umschlägen übergeben, die nach Bearbeitung des Bogens verschlossen werden konnten. Zuvor wurden je die Orte vereinbart, wo die ausgefüllten, im Umschlag verschlossenen Fragebögen anschließend zurückgegeben werden sollten. Die Frage nach dem Ort und Zeitpunkt der Bearbeitung des Fragebogens wurde in den Kliniken unterschiedlich beantwortet. Teilweise konnte ein geeigneter Platz sowie Zeit zum Ausfüllen während der Arbeitszeit gewährleistet werden, teilweise wurden die Fragebögen nach Angabe der Leitungskräfte mit nach Hause genommen, so dass die konkreten Erhebungsbedingungen nicht erfasst werden konnten. Um die Motivation der für die

Verfasserin dieser Arbeit unbekanntem Teilnehmerinnen zu steigern, wurden deren Umschläge je um einen kleinen Schokoladenriegel ergänzt. Nach dem Titelblatt des Fragebogens wurden auf der zweiten Seite wichtige Informationen und Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens erläutert. Hier wurde einleitend auf die Relevanz der Studie eingegangen, auf Ziele und die geplante Intervention. Es folgten allgemeine Informationen zum Ausfüllen sowie die Kontaktdaten der Verfasserin dieser Arbeit für mögliche Rückfragen. Ein besonderes Augenmerk galt der Gewährleistung der Anonymität, da der ausgefüllte Fragebogen über Hände Dritter zur Auswertung gelangen würde. Diese konnte durch die beiliegenden Rückumschläge, die zugeklebt werden konnten und verschlossen zurückgesandt wurden, zugesichert werden. Die verantwortlichen Leitungen hatten ein bereits vorab adressiertes und frankiertes Rückpaket erhalten, so dass auch bei der Rücksendung keine Anstrengungen auf sich genommen werden mussten. Der gesamte Fragebogen der Vorstudie ist dem Anhang 6.2.2 zu entnehmen.

## **2.6 Statistische Auswertung**

Im folgenden Kapitel wird das Vorgehen der statistischen Auswertung dargestellt. Dabei wird zunächst die Dateneingabe der verwendeten Tests beschrieben, bevor auf die methodenbezogene Auswertung eingegangen wird. Abschließend wird die hypothesenbezogene Auswertung dargelegt. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 20.1. Dabei wurden deskriptive und inferenzstatistische Berechnungen durchgeführt.

### **2.6.1 Dateneingabe**

Vor Eingabe der Testwerte wurde eine Auswerteschablone für die vorliegende Studie in SPSS erstellt. Hierbei wurden den Variablen Namen gegeben, die Variablen- und Wertelabels sowie fehlende Werte, Dezimalstellen u.a. definiert. Die Codes der einzelnen Fragebögen sowie die demographischen und weitere auf der ersten Fragebogenseite abgefragten Daten wurden bei jeder Probandin vor Eingabe der Testwerte in der Datenmatrix festgehalten. Im Folgenden wird die Dateneingabe für jeden der verwendeten Fragebögen kurz beschrieben:

**TICS.** Den 25 Stellungnahmen des TICS wurden Punktwerte von null (*nie*) bis vier (*sehr häufig*) zugewiesen, die in die Datenmatrix eingegeben wurden. Für jede der drei ausgewählten Subtests wurde durch Addition der Itemkennwerte je der Summenwert bestimmt, bevor die Rohwerte in T-Werte transformiert wurden.

**BOSS.** Den zehn Antworten der BOSS II wurden Punktwerte von null (*trifft nicht zu*) bis fünf (*trifft stark zu*) zugewiesen. Nach der Aufsummierung der Itemwerte der behandelten Skala wurden die Rohwerte (Gesamt-Wert, Intensitäts-Wert und Breiten-Wert) in T-Werte transformiert.

**FERUS.** Den 21 Aussagen des FERUS wurden Punktwerte von eins (*stimmt nicht*) bis fünf (*stimmt sehr*) zugeordnet. Durch Addition aller zu einem Subtest gehörenden Itemantworten wurden die Summenwerte berechnet. Diese Skalenrohwerte wurden anschließend mittels der Normierungstabellen des Handbuches (Jack, 2007, S. 51 ff.) in T-Werte transformiert, wobei aufgrund besserer Vergleichbarkeit die Stichprobe gesunder Probanden verwendet wurde.

**Missing Data.** Insgesamt waren nur vier fehlende Werte zu verzeichnen. In diesen Sonderfällen wurden die fehlenden Werte von der Verfasserin dieser Arbeit anhand von Individualmittelwerten ergänzt, indem für das jeweilige Item der Mittelwert aus den Items des entsprechenden Subtests errechnet wurde.

**Ausschluss.** Es ging ein Fragebogen ein, bei dem übermäßig viele Werte fehlten (14,7%), so dass dieser in die Studie nicht mit einbezogen wurde.

## 2.6.2 Methodenbezogene Auswertung

Für alle drei standardisierten Tests (TICS, BOSS II und FERUS) wurden die Reliabilitäten sowie die faktoriellen Strukturen berechnet.

**Reliabilitätsanalysen.** Die Berechnung der Reliabilitäten wurde auf Basis der einzelnen Subtests mit Cronbachs Alpha vorgenommen. Als Konsistenzkriterium wurde ein Wert von  $\alpha = .70$  angenommen. Wären bei der Reliabilitätsanalyse Werte von  $\alpha < .50$  errechnet worden, so wären diese bei der Auswertung nicht weiter berücksichtigt worden und nicht in die Datenanalyse eingegangen. Dies kam bei der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht vor. Berechnungen mit Werten von  $.50 \leq \alpha < .70$  wären bei der Interpretation kritisch bewertet worden.

**Faktorenanalysen.** Die faktoriellen Strukturen wurden für jeden der drei Tests auf Itemebene berechnet. Hierbei wurden alle in den Fragebogen eingegangenen Items mit einbezogen. Im Anschluss wurde für jedes Item der relative Anteil der Ladungen an der Kommunalität ( $h$ ) berechnet. Diese gibt den Anteil der gemeinsamen Varianz des Items an der Gesamtvarianz an. Das Fürntratt-Kriterium gibt den relativen Varianzanteil der

Markiervariablen an der Gesamtvarianz an. Die Bewertungskriterien hierfür sind in Tabelle 14 aufgezeigt.

**Tabelle 14: Bewertungskriterien für die Faktorenanalyse.**

Bezeichnung	Wert
Kommunalität	$h^2 \geq .60$
Fürntratt-Kriterium-Differenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>a^2/h^2 \geq .50</math></li> <li>• <math>a_1^2/h^2 - a_2^2/h^2 \geq .25</math></li> </ul>

### 2.6.3 Hypothesenbezogene Auswertung

Für alle Subtests wurden deskriptive Analysen und für die Hypothesen Signifikanzprüfungen vorgenommen.

**Deskriptive Analysen.** Im Rahmen der deskriptiven Analysen wurden für jeden Subtest Mittelwert, Standardabweichung, Varianz, Schiefe, Kurtosis, Minimum und Maximum berechnet. Die Tabellen der deskriptiven Berechnungen lassen sich dem Anhang 6.2.3 entnehmen. Alle errechneten Kennwerte weisen entsprechend der Kriterien keine abnormalen Tendenzen auf (Bortz & Döring, 2002, S. 219 ff.).

**Statistische Verfahren für die Fragestellungen.** Alle sechs Fragestellungen der Vorstudie bezogen sich auf etwaige Unterschiede zwischen der Experimental- und der Normstichprobe auf Subtestebene. Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz wurde für jeden Subtest ein t-Test durchgeführt. Die Berechnungen erfolgten auf Grund des explorativen Charakters dieser Studie auf Basis eines Signifikanzniveaus von  $\alpha = .05$  (Bortz, 2005, S. 123 ff.). Eine Übersicht über alle verwendeten Messinstrumente, deren Bereiche und jeweilige statistische Auswertung bietet die nachfolgende Tabelle 15.

**Tabelle 15: Messinstrumente, Subtests und statistische Auswertungen (Vorstudie).**

Messinstrument	Subtests	Datenanalyse
TICS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Überlastung</li> <li>• Arbeitsunzufriedenheit</li> <li>• Screening-Skala zum chronischen Stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Statistiken</li> <li>• Reliabilitätsanalyse</li> <li>• Faktorenanalyse</li> <li>• t-Tests</li> </ul>
BOSS II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Beschwerden</li> </ul>	
FERUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> </ul>	

## **2.7 Qualitative Auswertung**

Im Rahmen des Fragebogens der Vorstudie waren zum Schluss drei offene Fragen zu beantworten. Im Anschluss an die quantitative Datenerhebung wurden alle qualitativen Antworten für jede der drei Fragen gesondert in einem Dokument verschriftlicht. Für das weitere Vorgehen wurde sich für die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (1983) entschieden.

**Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring.** Bei der Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) erfolgt in mehreren Schritten eine systematische Zusammenfassung von Inhalten. Höchste Relevanz hat dabei die Tatsache, dass die Bedeutung der Hauptaussagen der Probanden stets erhalten bleibt. Die Anwendung dieser Methode ist dann sinnvoll, wenn eine Fülle von Aussagen der Notwendigkeit der Bündelung der Aussagen bedarf, wobei die individuellen Einstellungen und Gedanken der Probanden eine maximale und wertschätzende Berücksichtigung finden. Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist es, das Textmaterial auf ein vorher festgelegtes Abstraktionsniveau zu reduzieren (Mayring, 2007, S. 472 ff.). Die verbleibenden Komponenten sollen dabei ein getreues Bild der ursprünglichen Inhalte darstellen und somit alle wesentlichen Aussagen transportieren. In einem ersten Schritt werden hierfür die einzelnen Aussagen paraphrasiert, so dass alle nicht oder nur wenig inhaltstragenden Passagen gestrichen werden, während die inhaltstragenden Bestandteile in eine sprachlich und grammatikalisch einheitliche Ebene überführt werden. Im Anschluss folgt die Generalisierung, bei der die Paraphrasen auf das vorher festgelegte Abstraktionsniveau angepasst werden, ggf. mittels einer weiteren Verallgemeinerung. Dabei sollten bei inhaltlichen Unklarheiten Vorannahmen aus der Literatur berücksichtigt werden. In zwei abschließenden Schritten erfolgt zunächst die erste Reduktion, bei der bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb einer Auswertungseinheit gestrichen werden. In der zweiten Reduktion werden die Paraphrasen gebündelt, die gleiche und auch ähnliche Inhalte vorweisen, und unterschiedliche Aussagen zu einem Bereich zusammengefasst. Durch die neue Zusammenstellung bedeutungsgleicher bzw. -ähnlicher Aussagen werden verschiedene Kategorien definiert. Die hier erarbeiteten Kategoriensysteme mit zugehörigen Abstraktionsstufen werden in Kapitel 2.8.3 dargestellt.

## **2.8 Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Vorstudie veranschaulicht und beschrieben. Dabei wird zunächst auf die methodenbezogenen Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Hypothesenprüfung und anschließend auf die qualitativen Ergebnisse eingegangen.

Insgesamt gingen von 185 versendeten Fragebögen 127 ausgefüllte bei der Verfasserin dieser Arbeit ein, was einer Rücklaufquote von 68,65% entspricht.

## 2.8.1 Methodenbezogene Ergebnisse

Nacheinander werden für den TICS, die BOSS II und den FERUS die errechneten Reliabilitäten sowie die Ergebnisse der faktoriellen Berechnungen für alle eingegangenen Subtests aufgezeigt.

### 2.8.1.1 Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)

**Reliabilität.** Im Zuge der durch Cronbachs Alpha gemessenen Reliabilitätsanalyse ergaben sich Werte im Bereich  $.77 \leq \alpha \leq .93$ . Diese Werte können als akzeptabel bis exzellent bewertet werden. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle 16.

**Tabelle 16: Interne Konsistenz (gemessen durch Cronbachs Alpha) für die drei Subtests des TICS (N = 126).**

Skala	Cronbachs Alpha ( $\alpha$ )
Soziale Überlastung	.77
Arbeitsunzufriedenheit	.87
Screening-Skala zum chronischen Stress	.93

**Faktorielle Struktur.** Da die Screening-Skala zum chronischen Stress als Zusammenfassung untergeordneter Subtests gilt, wurde die Hauptkomponentenanalyse lediglich über die 14 Items der Skalen „Soziale Überlastung“ und „Arbeitsunzufriedenheit“ durchgeführt. Die Analyse ohne Beschränkung ergab eine zwei-Faktoren-Lösung, wobei zwei Faktoren nur sehr knapp über dem Eigenwert von 1 lagen. Die Analyse mit Beschränkung auf zwei Faktoren ergab die erwarteten zwei Faktoren, die eine Varianz von 53,87% aufklärten (s. Tab. 17). Insbesondere das Item 57 („*Zeiten, in denen mir die Verantwortung für andere zur Last wird*“) der Skala „Soziale Überlastung“ lud auf beiden Faktoren sehr hoch, wobei der unmittelbare Zusammenhang zur Skala „Arbeitsunzufriedenheit“ inhaltlich nachvollziehbar ist.

Tabelle 17: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der 14 Items des TICS für  $N = 126$ .

Item <sup>(2)</sup>	F1	F2	$h^2$	$a_1^2/h^2$	$a_2^2/h^2$
T_UNZU53	<b>.83</b>	.12	.70	.98	.02
T_UNZU21	<b>.79</b>	.15	.65	.96	.03
T_UNZU48	<b>.74</b>	.12	.56	.98	.03
T_UNZU10	<b>.69</b>	<u>-.18</u>	.51	.93	.06
T_UNZU13	<b>.69</b>	.11	.49	.97	.02
T_UNZU37	<b>.68</b>	.26	.53	.87	.13
T_UNZU5	<b>.67</b>	.23	.50	.90	.11
T_UNZU41	<b>.52</b>	.07	.28	.97	.02
T_SOUE39	.09	<b>.75</b>	.57	.01	.98
T_SOUE49	-.01	<b>.67</b>	.45	≤.01	.99
T_SOUE28	<b>.48</b>	<b>.66</b>	.67	.34	.65
T_SOUE19	<b>.43</b>	<b>.64</b>	.59	.31	.69
T_SOUE57	<b>.56</b>	<b>.59</b>	.66	.48	.53
T_SOUE7	-.26	<b>.43</b>	.25	.27	.74
Eigenwert <sup>(3)</sup>	5.12	2.96			
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	34.15	19.72	53.87		

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.

<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.

<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.

F...Faktor;  $h^2$ ...Kommunalität;  $a^2/h^2$ ...relativer Anteil der Ladungen an der Kommunalität.

### 2.8.1.2 Burnout-Screening-Skalen (BOSS)

**Reliabilität.** Im Zuge der durch Cronbachs Alpha gemessenen Reliabilitätsanalyse ergab sich ein Wert von  $\alpha = .91$ . Dieser Wert kann als exzellent bewertet werden (s. Tab. 18).

Tabelle 18: Interne Konsistenz (gemessen durch Cronbachs Alpha) für den Subtest der BOSS II ( $N = 126$ ).

Skala	Cronbachs Alpha ( $\alpha$ )
Kognitive Beschwerden	.91

**Faktorielle Struktur.** Die Hauptkomponentenanalyse über die zehn Items der BOSS II ergab einen Faktoren (s. Tab. 19). Hierbei war eine Varianzaufklärung von 57,22% gegeben.

**Tabelle 19: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der zehn Items der BOSS II für N = 126.**

Item <sup>(2)</sup>	F1	h <sup>2</sup>
B_KOG_5	<b>.84</b>	.71
B_KOG_9	<b>.83</b>	.68
B_KOG_6	<b>.80</b>	.64
B_KOG_4	<b>.78</b>	.61
B_KOG_10	<b>.77</b>	.60
B_KOG_3	<b>.75</b>	.56
B_KOG_1	<b>.74</b>	.54
B_KOG_7	<b>.70</b>	.49
B_KOG_8	<b>.68</b>	.46
B_KOG_2	<b>.65</b>	.43
Eigenwert <sup>(3)</sup>	5.72	
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	57.22	

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.  
<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.  
<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.  
 F...Faktor; h<sup>2</sup>...Kommunalität.

### 2.8.1.3 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

**Reliabilität.** Die internen Konsistenzen der zwei verwendeten Subtests des FERUS ergaben Werte im Bereich  $\alpha = .87$  und  $\alpha = .90$ . Diese Werte können als gut bewertet werden. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle 20.

**Tabelle 20: Interne Konsistenz (gemessen durch Cronbachs Alpha) für die zwei Subtests des FERUS (N = 126).**

Skala	Cronbachs Alpha ( $\alpha$ )
Coping	.87
Selbstwirksamkeit	.90

**Faktorielle Struktur.** Die zunächst uneingeschränkt durchgeführte Hauptkomponentenanalyse über die 21 Items des FERUS ergab drei Faktoren. Bei einer Beschränkung auf zwei Faktoren waren im ersten Faktor Items aus beiden Subskalen enthalten, im zweiten ausschließlich Coping-Items. Da die Faktoren hier nicht getrennt werden konnten, erfolgte eine weitere Überprüfung auf Subskalen-Ebene. Die Skala „Selbstwirksamkeit“ ergab dabei einen Faktor mit einer Varianzaufklärung von 55,34% (s. Tab. 21). Für die Skala „Coping“ ergab die Analyse zunächst zwei Faktoren. Nach der Beschränkung auf einen Faktor konnte eine Varianzaufklärung von 42,52% errechnet werden (s. Tab. 22).

**Tabelle 21: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der neun Items des FERUS, Skala „Selbstwirksamkeit“ für  $N = 126$ .**

Item <sup>(2)</sup>	F	h <sup>2</sup>
F_SW42	<b>.82</b>	.67
F_SW51	<b>.82</b>	.67
F_SW30	<b>.81</b>	.66
F_SW15	<b>.79</b>	.62
F_SW55	<b>.78</b>	.61
F_SW36	<b>.71</b>	.50
F_SW9	<b>.69</b>	.48
F_SW22	<b>.68</b>	.46
F_SW2	<b>.58</b>	.34
Eigenwert <sup>(3)</sup>	4.98	
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	55.34	

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.

<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.

<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.  
F...Faktor; h<sup>2</sup>...Kommunalität.

**Tabelle 22: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der 12 Items des FERUS, Skala „Coping“ für  $N = 126$ .**

Item <sup>(2)</sup>	F1	h <sup>2</sup>
F_COP25	<b>.77</b>	.59
F_COP47	<b>.77</b>	.59
F_COP3	<b>.75</b>	.56
F_COP31	<b>.73</b>	.53
F_COP8	<b>.70</b>	.49
F_COP11	<b>.66</b>	.44
F_COP49	<b>.64</b>	.41
F_COP40	<b>.58</b>	.34
F_COP12	<b>.57</b>	.32
F_COP37	<b>.57</b>	.32
F_COP23	<b>.51</b>	.26
F_COP16	<b>.49</b>	.24
Eigenwert <sup>(3)</sup>	5.10	
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	42.52	

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.

<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.

<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.  
F...Faktor; h<sup>2</sup>...Kommunalität.

## 2.8.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfungen

Im Folgenden werden nacheinander die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen vorgestellt. Dabei werden zunächst die Effekte der Fragestellungen eins bis drei vorgestellt, die sich auf den chronischen Stress beziehen (TICS), dann die Effekte der vierten Fragestellung,

bezogen auf das Burnout-Screening (BOSS) und abschließend die Effekte der fünften und sechsten Fragestellung, die sich auf die Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) beziehen.

### 2.8.2.1 Effekte zum chronischen Stress

Mit den ausgewählten Subtests des Trierer Inventars zum chronischen Stress sollte im Rahmen der ersten drei Fragestellungen geprüft werden, ob sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer sozialen Überlastung, ihrer Arbeitsunzufriedenheit sowie ihres chronischen Stresses von der Normstichprobe unterschieden. Anhand der t-Test-Berechnungen ergaben sich hoch signifikante Unterschiede in Bezug auf die „Soziale Überlastung“ ( $t_{(728)} = 9.47, p \leq .001, d = .10$ ), die „Arbeitsunzufriedenheit“ ( $t_{(728)} = 4.56, p \leq .001, d = .45$ ) sowie den „Chronischen Stress“ ( $t_{(728)} = 5.80, p \leq .001, d = .56$ ). In allen drei Fällen konnte festgestellt werden, dass die untersuchte Experimentalstichprobe hoch signifikant höhere Mittelwerte aufwies als die Normstichprobe. Tabelle 23 bildet diese Werte ergänzend im Überblick ab.

**Tabelle 23: Ergebnisse der t-Tests der drei Subtests des TICS im Vergleich mit der Normstichprobe.**

		<b>EG (N = 126)</b>	<b>KG (N = 604)</b>	<b><math>t_{(728)}</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>d</math></b>
Soziale Überlastung	M SD	14.40 4.18	9.70 5.23	9.47	<b><math>\leq .001</math></b>	.10
Arbeitsunzufriedenheit	M SD	11.44 5.14	9.09 5.29	4.56	<b><math>\leq .001</math></b>	.45
Screening-Scala zum chronischen Stress	M SD	19.09 8.73	14.37 8.22	5.80	<b><math>\leq .001</math></b>	.56

**Fazit.** Die Annahme aller drei auf den chronischen Stress bezogenen Fragestellungen, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer sozialen Überlastung, ihrer Arbeitsunzufriedenheit und ihres chronischen Stresses von der Normstichprobe unterschieden, konnte durch die jeweilige Hypothesenprüfung bestätigt werden. Hinsichtlich der sozialen Überlastung zeigte sich ein großer Effekt, beim chronischen Stress ein mittlerer und bei der Arbeitsunzufriedenheit ein kleiner Effekt. Die Annahme, bei den Befragten würden sich höhere Werte zeigen, traf ebenfalls zu.

### 2.8.2.2 Effekte in der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden)

Im Rahmen der vierten Fragestellung wurde untersucht, ob sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer kognitiven Beschwerden von der Normstichprobe unterschieden. Die durchgeführten Berechnungen hierbei ergaben unterschiedliche Ergebnisse. Während in Bezug auf den allgemeine Wert der Vergleichsgruppe (BOSS Gesamt) keine signifikanten Unterschiede berechnet wurden (BOSS Gesamt:  $t_{(424)} = .10$ ,  $p = .920$ ,  $d = .01$ ), zeigten die Vergleiche mit den Intensitäts- und Breiten-Werten der BOSS II signifikante Unterscheidungen mittlerer bzw. kleiner Effektstärke (BOSS Intensität:  $t_{(424)} = 5.40$ ,  $p \leq .001$ ,  $d = .59$ ; BOSS Breite:  $t_{(424)} = 3.29$ ,  $p \leq .001$ ,  $d = .35$ ). Dabei wies die Gruppe der untersuchten Pflegekräfte signifikant niedrigere Werte in der Intensität und signifikant höhere Werte in der relativen Anzahl (Breite) der Beschwerden auf. Die Tabelle 24 zeigt diese Werte im Überblick.

**Tabelle 24: Ergebnisse der t-Tests des Subtests der BOSS II im Vergleich mit der Normstichprobe.**

		EG (N = 126)	KG (N = 300)	$t_{(424)}$	$p$	$d$
BOSS Gesamt	M SD	1.12 .79	1.13 .99	.10	.920	.01
BOSS Intensität	M SD	1.50 .63	1.92 .77	5.40	$\leq .001$	.59
BOSS Breite	M SD	3.31 1.65	2.71 1.74	3.29	$\leq .001$	.35

**Fazit.** Die Hypothese, die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser unterschieden sich hinsichtlich ihrer kognitiven Beschwerden von der Normstichprobe, konnte insgesamt nicht bestätigt werden. In Bezug auf den Gesamtwert zeigte sich die Experimentalgruppe nicht mehr belastet als die Norm, was nicht den Vermutungen entsprach. Zudem wiesen die Ergebnisse eine signifikant niedrigere Intensität der Beschwerden bei den befragten Pflegekräften auf. Lediglich der relative Anteil (Breite), in wie vielen Bereichen Beschwerden auftraten, war signifikant höher als der der Vergleichsgruppe.

### 2.8.2.3 Effekte zu Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten

Anhand zweier Subtests des FERUS sollte im Rahmen der fünften und sechsten Fragestellung untersucht werden, ob sich die Krankenpflegefachkräfte und die

Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Coping-Fähigkeiten sowie ihrer Selbstwirksamkeit von der Normstichprobe unterscheiden. Die erfolgten Berechnungen zeigten für den Subtest „Coping“ keinen signifikanten Unterschied ( $t_{(210)} = .76, p = .443, d = .11$ ). Auch für den Subtest „Selbstwirksamkeit“ zeigte sich kein Effekt ( $t_{(210)} = .58, p = .562, d = .08$ ; vgl. Tab. 25).

**Tabelle 25: Ergebnisse der t-Tests der zwei Subtests des FERUS im Vergleich mit der Normstichprobe.**

		<b>EG (N = 126)</b>	<b>KG (N = 86)</b>	$t_{(210)}$	$p$	$d$
Coping	M	43.71	43.00	.76	.443	.11
	SD	6.93	6.10			
Selbstwirksamkeit	M	33.50	33.90	.58	.562	.08
	SD	5.19	4.50			

**Fazit.** Die beiden Hypothesen, dass sich die Krankenpflegefachkräfte und die Krankenpflegehelferinnen der untersuchten Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Coping-Fähigkeiten sowie ihrer Selbstwirksamkeit von der Normstichprobe unterschieden, konnten nicht bestätigt werden.

### 2.8.3 Ergebnisse der qualitativen Daten

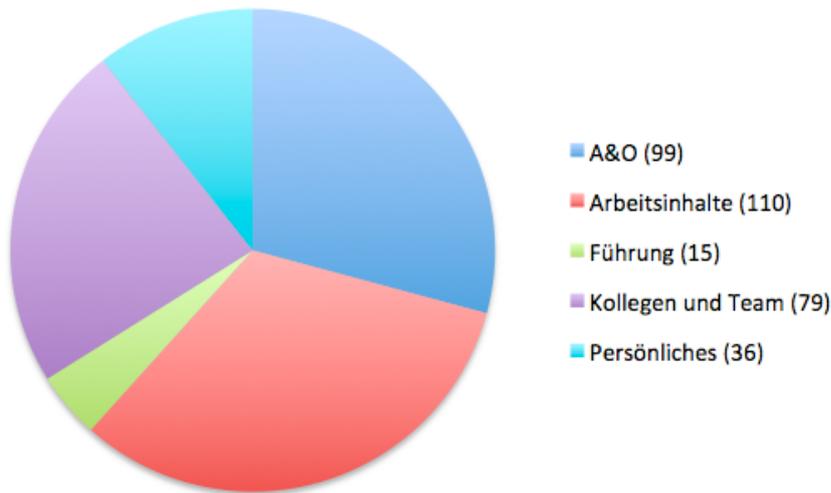
Die Ergebnisse der qualitativen Daten sollen zunächst nacheinander in der Reihenfolge der im letzten Teil des Fragebogens gestellten Fragen vorgestellt werden.

**Erste Fragestellung: Stressoren.** Die erste Fragestellung bezog sich auf die als am größten empfundenen Stressoren der untersuchten Pflegekräfte (*„Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“*). Die Ergebnisse zeigten, dass sich die genannten Stressoren in die fünf Bereiche

- Arbeits- und Organisationsbedingungen (A&O),
- Arbeitsinhalte,
- Führung,
- Kollegen und Team sowie
- Persönliches

unterteilen ließen, wobei Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie Arbeitsinhalte den größten Anteil der Nennungen umfasste, wie die folgende Abbildung 18 verdeutlicht (die

Zahlen in Klammern geben die Anzahl der Nennungen an, wobei Mehrfach-Nennungen möglich waren).



**Abbildung 18: Inhaltliche Verteilung der Antworten zur ersten offenen Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“**

Exemplarisch werden im Folgenden der Bereich „Arbeitsinhalte“ als meist genannter sowie der Bereich „Kollegen und Team“ als ein im Kontext der engen Zusammenarbeit in der Pflege als potentiell belastend vermuteter Bereich ausführlicher dargestellt. Ergebnisse der anderen drei Bereiche werden hier nur beispielhaft dargestellt, die ausführlichen Antworten hierzu finden sich im Anhang 6.2.4.

**Arbeitsinhalte.** Im Kontext „Arbeitsinhalte“ wurde von den befragten Pflegekräften vielfach die hohe und steigende Verantwortung genannt, die erhöhte Pflegeaufwändigkeit und die dadurch bedingte schlechtere Versorgung der Patienten. Hinzu käme die Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen, die bei den Pflegekräften Stress auslöse. Bezogen auf die Menge der Aufgaben gab es zahlreiche Nennungen über ein zu hohes Arbeitspensum, zu viele Neuaufnahmen und Aufgaben, die nicht planbar seien, jedoch stets sofort und unmittelbar erledigt werden müssten, so die Erwartungshaltung der Führungskräfte. Erschwerend hinzu käme das hohe Maß an administrativen und fachfremden Tätigkeiten, die die Befragten häufig als unsinnig und belastend beschrieben. Die folgende Tabelle 26 zeigt die Nennungen ergänzend in der Übersicht.

**Tabelle 26: Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“ aus dem Bereich „Arbeitsinhalte“.**

Kategorien (Cluster)	Arbeitsinhalte
Inhaltliche Schwerpunkte der Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehr viele pflegeaufwändige Patienten</li> <li>• Schlechte Patientenversorgung</li> <li>• Viel Verantwortung / steigende Anforderungen</li> <li>• Angehörige</li> <li>• Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen</li> <li>• Notfallsituationen</li> </ul>
Anzahl der Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhtes Arbeitsaufkommen / -pensum / zu viele Aufgaben gleichzeitig (nichts zu Ende / nicht planbar / alle erwarten „sofort“)</li> <li>• Ständiger Ansprechpartner für „alle“</li> <li>• Viele Neuzugänge / Aufnahmen</li> </ul>
Pflegefremde Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schreibtisch- / administrative Arbeiten</li> <li>• Fachfremde / unsinnig erscheinende Nebentätigkeiten</li> <li>• Personalersatz suchen</li> <li>• Aufnahme und Verlegung ohne freie Betten</li> </ul>
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Arbeit selbst</li> </ul>

**Kollegen und Team.** Ein mit 79 Nennungen ebenfalls häufig genannter Bereich war der sich auf den sozialen Kontext von Kollegen und das Team beziehende. Eine schlechte Zusammenarbeit, mangelnde Kommunikation und Flexibilität, Missverständnisse und Konflikte sowie mangelnde Offenheit und Anerkennung untereinander wurden dabei beschrieben. Als weitere Stressoren wurden schlecht gelaunte, inkompetente, unmotivierte Kollegen, eine gereizte Stimmung, aber auch unkollegiales und egoistisches Verhalten genannt. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen kam weniger häufig zur Sprache. Hier ging es primär um schlechte Absprachen, Uneinigkeit sowie mangelnden Rückhalt und Wertschätzung von Ärzten den Pflegekräften gegenüber. Die Tabelle 27 zeigt die Nennungen dieses Bereiches ergänzend in der Übersicht.

**Tabelle 27: Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“ aus dem Bereich „Kollegen und Team“.**

Kategorien (Cluster)	Kollegen und Team
Zusammenarbeit innerhalb der Profession Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlechte Team- / Zusammenarbeit</li> <li>• Schlechte Kommunikation / Missverständnisse</li> <li>• Konflikte mit Kollegen</li> <li>• Kollegen, die nichts tun</li> <li>• Keine Offenheit</li> <li>• Mangelnde Flexibilität</li> <li>• Einmischen in Arbeitsablauf anderer</li> <li>• Keine gegenseitige Anerkennung der Arbeit</li> </ul>
Arbeitsklima / Stimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gereizte / schlechte Stimmung</li> <li>• Rauer Umgangston</li> <li>• Negativ eingestellte /schlecht gelaunte Kollegen</li> <li>• Gestresste Kollegen</li> <li>• Unkollegiales Verhalten / schlechtes Gerede</li> <li>• Ungerechtigkeiten / egoistisches Verhalten</li> </ul>
Professionalität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkompetente Kollegen / schlechte Arbeit</li> <li>• Unmotiviertheit, Unfreundlichkeit, Uninformiertheit, Gleichgültigkeit</li> <li>• Kollegen, die Angst haben, Entscheidungen zu treffen</li> </ul>
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine sofortige Reaktion von Ärzten</li> <li>• Unorganisierte, genervte Ärzte</li> <li>• Schlechte Absprachen / wenig Zusammenarbeit / Uneinigkeit</li> <li>• Kein Rückhalt von Ärzten</li> <li>• Status Ärzte – Pflege (Kampf, ernst genommen zu werden)</li> </ul>

Innerhalb des Bereiches „Arbeits- und Organisationsbedingungen“ wurden vielfach der Mangel an Personal, viele Überstunden, häufiges Einspringen, Schichtwechsel, schlecht organisierte Abläufe sowie zahlreiche Unterbrechungen und ein hoher Lärmpegel als Stressoren benannt. Im Kontext „Führung“ fehlte es den befragten Pflegekräften an Wertschätzung, Zielen und Organisation bzw. einem konkreten Arbeitsauftrag. Bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Führungskräften wurden zudem mangelndes Verständnis, wenig Hilfe u.a. in Konfliktsituationen sowie fehlende Kommunikation als belastend beschrieben. Auch wenn es im Bereich „Persönliches“ nur 36 Nennungen gab, kamen doch viele unterschiedliche Inhalte zur Sprache. So fühlten sich die befragten Pflegekräfte durch die Erwartungen von ihnen selbst, aber auch von den Erwartungen anderer beansprucht. Ein respektloser Umgang, Missmut über Nichtachtung des Berufsstandes sowie das Fehlen von Wertschätzung wurden ebenso genannt wie familiäre und finanzielle Sorgen. Stress durch empfundene körperliche Schwäche und Müdigkeit wurde hingegen nur drei Mal genannt.

Im Folgenden sind ergänzend die wörtlichen Zitate von drei befragten Pflegekräften als Antworten auf die erste Frage dargestellt:

*„Das Zerren an einem selbst – jeder will sofort zur gleichen Zeit seine Bedürfnisse befriedigt sehen.“*

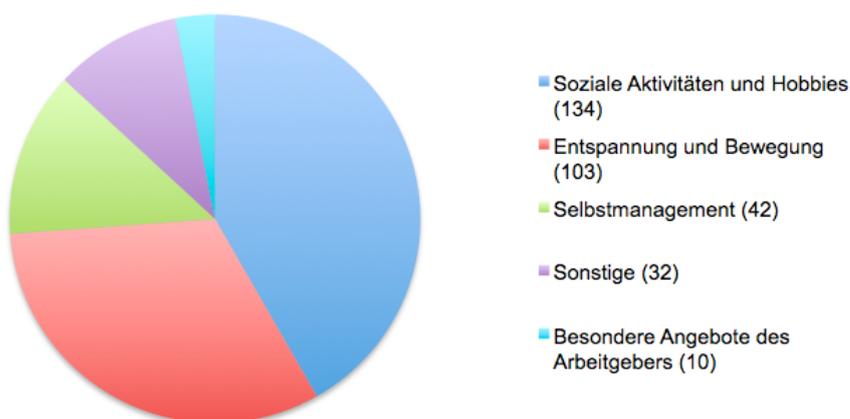
*„Ich bin müde und fertig nach jedem Dienst und gehe für einen Hungerlohn arbeiten.“*

*„Teilweise habe ich das Gefühl, bei großartiger, verantwortungsvoller Tätigkeit nur sehr wenig Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren.“*

**Zweite Fragestellung: Bisherige Burnout-Prävention.** Mit der Überzeugung, dass jede Pflegekraft ungeachtet ihrer Gefährdung, an Burnout erkranken zu können, primärpräventive Maßnahmen gestaltet, wurde die zweite Fragestellung gestellt. Die Antworten auf die Frage *„Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“* ließen sich in die folgenden fünf Bereiche unterteilen:

- Soziale Aktivitäten und Hobbies
- Entspannung und Bewegung
- Selbstmanagement
- Sonstige
- Angebote vom Arbeitgeber

Mit Abstand die meisten Nennungen erfolgten in den Bereichen „Soziale Aktivitäten und Hobbies“ sowie „Entspannung und Bewegung“. Die nachfolgende Abbildung 19 zeigt die Verteilung der Nennungen auf die genannten Bereiche.



**Abbildung 19: Inhaltliche Verteilung der Antworten zur zweiten offenen Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“**

In dem am häufigsten genannten Bereich „Soziale Aktivitäten und Hobbies“ ging es fast ausschließlich um den Austausch mit Familie, Freunden oder Kollegen, um die aktive Gestaltung von Freizeit und das Pflegen eigener Hobbies. Im Folgenden werden die inhaltlichen Nennungen der am zweit- und dritthäufigsten genannte Bereiche „Entspannung und Bewegung“ und „Selbstmanagement“ ausführlich dargestellt. Bei den Antworten im Kontext „Sonstiges“ wurden sowohl Angebote professioneller Unterstützung genannt (z.B. Psychotherapie) als auch keine Form aktiver Prävention, beispielsweise aus Zeitmangel. Die Antworten der hier nicht ausführlich dargestellten Schwerpunkte finden sich im Anhang 6.2.4.

**Entspannung und Bewegung.** Bezogen auf die Antworten im Kontext „Entspannung und Bewegung“ wurden vielfach klassische Entspannungsmethoden wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation (PMR), Yoga oder Pilates genannt, die von den Pflegekräften zur Burnout-Prävention angewendet wurden. Etwa gleich häufig wurden Möglichkeiten der Bewegung (Joggen, Reiten, Radfahren, Schwimmen etc.) sowie weiterer allgemeiner Entspannung genannt. Bei Letzterem nannten die Befragten beispielsweise Sauna, Akupunktur, Massagen, aber auch Schlafen, Ruhe gönnen und Nichtstun. Die Tabelle 28 zeigt die Antworten im Detail.

**Tabelle 28: Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“ aus dem Bereich „Entspannung und Bewegung“.**

Kategorien (Cluster)	Entspannung und Bewegung
Entspannungstechniken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PMR</li> <li>• Autogenes Training</li> <li>• Yoga</li> <li>• Pilates</li> <li>• Mentales Training</li> </ul>
Sport / Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tai-Chi</li> <li>• Joggen</li> <li>• Reiten</li> <li>• Radfahren</li> <li>• Tanzen</li> <li>• Walken</li> <li>• Fitness</li> <li>• Schwimmen</li> <li>• Spazieren gehen</li> </ul>
Entspannung allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akupunktur</li> <li>• Entspannung / Entspannungsübungen allgemein</li> <li>• Ruhe gönnen / ausruhen / nichts tun</li> <li>• Auszeit nehmen</li> <li>• Sauna</li> <li>• Wellness</li> <li>• Massagen</li> <li>• Kosmetik</li> <li>• Schlafen</li> <li>• Rauchen („dabei kann man in Ruhe nachdenken“)</li> <li>• Bachblüten</li> <li>• Psychohygiene</li> </ul>

**Selbstmanagement.** Die Antworten mit dem inhaltlichen Schwerpunkt „Selbstmanagement“ fielen sehr unterschiedlich aus. Viele der Befragten nannten Möglichkeiten der aktiven Abgrenzung, wie z.B. keine Arbeit mit nach Hause zu nehmen, das Diensttelefon zu Hause auszuschalten oder auch mal Dinge liegen zu lassen. Auch das aktive Suchen nach Lösungen, das Definieren von Prioritäten sowie das Aneignen von Wissen nannten die befragten Pflegekräfte. Mehrere Antworten fielen zudem in eine mit „Haltung“ überschriebene Kategorie. Hier ging es um positives Denken, den eigenen Anspruch zu hinterfragen oder die eigene Meinung selbstbewusst zu vertreten (s. Tab. 29).

**Tabelle 29: Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“ aus dem Bereich „Selbstmanagement“.**

Kategorien (Cluster)	Selbstmanagement
Abgrenzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Arbeit mit nach Hause nehmen</li> <li>• Privat keine Gespräche über die Arbeit</li> <li>• Privat keine Gedanken an die Arbeit</li> <li>• Abschalten / versuchen abzuschalten</li> <li>• Aufgaben delegieren</li> <li>• Dinge liegenlassen</li> <li>• Abstand (z.B. Worte nicht an sich heran lassen)</li> <li>• Diensttelefon ausschalten / nicht rangehen bei Dienstnummer</li> <li>• Nach der Arbeit kurz entspannen / runterkommen</li> </ul>
Lösungsfokussierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lösungen suchen</li> <li>• Lösungen finden</li> </ul>
Prioritätenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeit nach Wichtigkeit erledigen (nicht nach direkter Aufforderung)</li> <li>• Selbstorganisation</li> <li>• Prioritäten setzen</li> <li>• Freizeit einhalten / Freiräume schaffen</li> </ul>
Wissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viel Literatur lesen</li> </ul>
Arbeitsstruktur und -zeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stundenreduktion</li> <li>• Tage frei nehmen</li> </ul>
Haltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimistische Lebenseinstellung</li> <li>• Positiv denken</li> <li>• Eigenen Anspruch hinterfragt und 100%-Einsatz als ungesund eingestuft</li> <li>• Ruhe bewahren</li> <li>• Eigene Meinung vertreten</li> <li>• Lachen</li> </ul>

Im Wortlaut wurde die bisherige Burnout-Prävention ebenfalls sehr unterschiedlich beschrieben. Die folgenden drei Zitate befragter Pflegekräfte verdeutlichen dies:

*„Vertreten eigener Meinung und Interessen. Schafft Zufriedenheit.“*

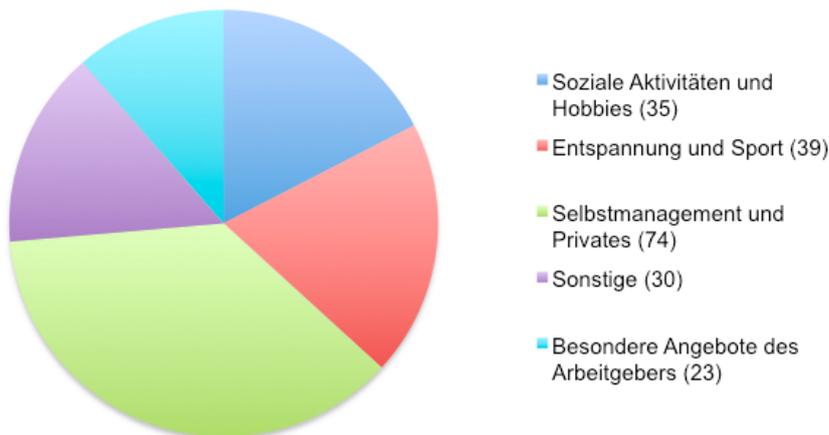
*„Nichts. Hoffen, dass man alles irgendwie übersteht, ohne dabei selber krank zu werden. Und auf den nächsten Urlaub warten.“*

*„Nach dem Dienst 30 Minuten nichts tun und auftanken.“*

**Dritte Fragestellung: Zukünftige Burnout-Prävention.** Abschließend sollte erhoben werden, was die befragten Pflegekräfte über ihre bisherige Präventions-Arbeit hinaus bereit wären, zur Prävention von Burnout zu tun. Dabei konnten die Antworten auf die Frage *„Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre eigene Burnout-Prävention zu tun.“* in folgende fünf Bereiche unterteilt werden:

- Selbstmanagement und Privates
- Entspannung und Sport
- Soziale Aktivitäten und Hobbies
- Sonstige
- Angebote vom Arbeitgeber

Die Abbildung 20 visualisiert die Verteilung der Nennungen auf die fünf Bereiche.



**Abbildung 20: Inhaltliche Verteilung der Antworten zur dritten offenen Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre eigene Burnout-Prävention zu tun.“.**

Da im Kontext der Bereiche „Entspannung und Sport“ sowie „Soziale Aktivitäten und Hobbies“ die Antworten denen aus der zweiten Fragestellung stark ähnelten, werden im Folgenden die Inhalte der Bereiche „Selbstmanagement und Privates“ sowie „Angebote vom Arbeitgeber“ ausführlicher beschrieben. Die weiteren Antworten können dem Anhang 6.2.4 entnommen werden.

**Selbstmanagement und Privates.** Innerhalb des die meisten Nennungen verzeichnenden Bereiches „Selbstmanagement und Privates“ gab es unterschiedlichste inhaltliche Antworten mit zum Teil sehr detaillierten Gedanken. Neben der Möglichkeit der Veränderung von Arbeitsstruktur und -zeit (Verlassen des Schichtdienstsystems, Stundenreduktion u.a.) gab es Ideen dazu, sich neue Arbeitsinhalte zu erschließen, Tätigkeiten zu delegieren, mehr auf sich selbst zu hören, sich selbst zu belohnen sowie Ärger oder Konflikte offen und direkt anzusprechen. Die persönliche Weiterentwicklung, mehr Gelassenheit, weniger Stress und eigener Druck sowie positives Denken und Spaß haben, wurden ebenfalls genannt. Viele Antworten bezogen sich darüber hinaus auf das Thema „Abgrenzung“ mit Ideen, egoistischer

zu sein, deutliche Grenzen zu setzen, Rückzugsräume zu schaffen, Verpflichtungen abzuschaffen und (endlich) Nein sagen zu lernen (s. Tab. 30).

**Tabelle 30: Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre Burnout-Prävention zu tun.“ aus dem Bereich „Selbstmanagement und Privates“.**

Kategorien (Cluster)	Selbstmanagement und Privates
Arbeitsstruktur und -zeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stundenreduktion (z.B. auf 50%)</li> <li>• Schichtdienstsystem verlassen</li> <li>• Stundenzahl nicht aufstocken (obwohl geplant)</li> <li>• Arbeitsplatz / Arbeitgeberwechsel</li> </ul>
Abgrenzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auszeiten ausbauen</li> <li>• (endlich) Nein sagen lernen</li> <li>• Nicht alles an sich heranlassen</li> <li>• Egoistisch sein</li> <li>• Deutliche Grenzen setzen</li> <li>• Eigene Rückzugsräume schaffen / abschalten</li> <li>• Weniger um Probleme anderer kümmern</li> <li>• Verpflichtungen abschaffen</li> <li>• „Wegen der Psyche krank sein“</li> <li>• Krankheit mit Kündigung zuvor kommen</li> </ul>
Lösungsfokussierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neue Arbeitsinhalte erschließen</li> <li>• Für ein besseres Arbeitsumfeld kämpfen</li> <li>• Eigene Situation verändern</li> </ul>
Prioritätenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit nehmen für Dinge, die man gerne tut</li> <li>• Work-Life-Balance</li> <li>• Delegation von Tätigkeiten</li> </ul>
Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprächssituationen wahrnehmen</li> <li>• Warnsignale erkennen</li> <li>• Selbstfürsorge / auf Grenzen achten</li> <li>• Mehr auf sich selbst hören</li> </ul>
Genuss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Private genießen</li> <li>• Weiterhin ein zufriedenes Leben führen</li> <li>• Sich selbst belohnen / etwas gönnen</li> </ul>
Offenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offen reden</li> <li>• Konflikte konkret angehen</li> <li>• Ärger aussprechen</li> </ul>
Selbstwert und -verwirklichung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwertgefühl erhöhen</li> <li>• Weiterentwicklung eigener beruflicher und privater Interessen</li> <li>• Weiterbildung und Studium</li> <li>• Mehr auf eigene Bedürfnisse eingehen</li> </ul>
Konsequentes Handeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequentes Durchgreifen</li> </ul>
Haltung und Werte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versuchen, weniger Stress zu haben</li> <li>• Nur Realistisches zumuten / nicht selbst unter Druck setzen</li> <li>• Nicht immer auf 101% laufen</li> <li>• Positiv denken</li> <li>• Gesamtes Leben gelassener angehen</li> <li>• Spaß haben</li> <li>• Mit einem Lächeln durchs Leben gehen</li> <li>• Selber Druck nehmen</li> </ul>

**Angebote des Arbeitgebers.** Auf die Frage, was zukünftig weitere Möglichkeiten der Burnout-Prävention wären, wurden zudem bereits vorhandene sowie noch nicht vorhandene potentielle Angebote des Arbeitgebers genannt. Dabei wurden Besprechungsformen wie Teamsitzungen oder Supervision genannt, Arbeits- oder Selbsthilfegruppen. Bezogen auf vorhandene Angebote wurden Team-Fortbildungen sowie Fort- und Weiterbildungen, aber auch Lehrgänge zu Arbeitseinteilung und Abgrenzung aufgezählt. An potentiellen, bislang nicht vorhandenen Angeboten des Arbeitgebers waren Entspannungsangebote, Supervision, Deeskalationstraining sowie eine professionelle Burnout-Prophylaxe unter den Antworten der Pflegekräfte. Die gesammelten Antworten dieses Bereiches bildet ergänzend die Tabelle 31 ab.

**Tabelle 31: Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre Burnout-Prävention zu tun.“ aus dem Bereich „Angebote vom Arbeitgeber“.**

<b>Kategorien (Cluster)</b>	<b>Besondere Angebote des Arbeitgebers</b>
Besprechungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teamsitzungen</li> <li>• Supervision</li> <li>• Gespräche mit Vorgesetzten suchen</li> </ul>
Fort- und Weiterbildung, vorhanden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Team-Fortbildungen</li> <li>• Präventions-Angebote nutzen</li> <li>• Fort- und Weiterbildungen</li> <li>• Lehrgänge zu Arbeitseinteilung und Abgrenzung besuchen</li> <li>• Angebote wahrnehmen</li> </ul>
Fort- und Weiterbildung, nicht vorhanden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport- und Entspannungsangebote</li> <li>• Professionelle Möglichkeiten</li> <li>• Supervision</li> <li>• Deeskalationstraining</li> <li>• Professionelle Burnout-Prophylaxe</li> </ul>
Selbsthilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsgruppe zur Prävention (ggf. mit psychischem Beistand)</li> <li>• Teamarbeit ausbauen</li> <li>• Selbsthilfegruppe</li> </ul>

Die Unterschiedlichkeit der Antworten auch im Rahmen der dritten Fragestellung zeigen auch die beispielhaften Aussagen dreier Pflegekräfte im Folgenden:

*„Ich müsste kürzer treten, Prioritäten setzen, aber ich denke, dass ich das nicht schaffe. (...) Es bleibt alles so, wie es ist, bis es gar nicht mehr geht.“*

*„Externe Unterstützung einholen. Meine Erfahrung: Ich schaffe es nicht allein.“*

*„Sollte es irgendwelche professionellen Möglichkeiten geben, an denen ich teilnehmen könnte, würde ich sie gerne in Anspruch nehmen.“*

**Fazit.** Die qualitativen Ergebnisse zeigten deutlich den von den Pflegekräften empfundenen Stress, der sich insbesondere in Form von Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie Arbeitsinhalten manifestiert hat. Drittrangig spielten jedoch auch das Team und die Kollegen betreffende soziale Faktoren eine Rolle im Stressempfinden. Bezüglich der aktiv durchgeführten Prävention zeigte sich der Fokus im sozialen Austausch sowie in Maßnahmen der Entspannung und Bewegung. Die darüber hinaus gewünschten Möglichkeiten der Burnout-Prävention bezogen sich hingegen vorwiegend auf Aspekte des Selbstmanagements.

## **2.9 Diskussion**

Im Folgenden werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Vorstudie diskutiert und abschließend für das zu entwickelnde Training abzuleitende Schlussfolgerungen benannt.

### **2.9.1 Diskussion der Ergebnisse**

Die quantitativen Daten zeigten sehr heterogene Ergebnisse in Hinblick auf die Belastung der untersuchten Stichprobe. Am deutlichsten zeigten die Effekte im Kontext von chronischem Stress, dass die Pflegekräfte diesbezüglich eine deutlich höhere Belastung aufwiesen als die Norm. Wie im Rahmen der Hypothesen bereits vermutet wurde, empfanden die Krankenpflegefachkräfte und Krankenpflegehelferinnen ein deutlich höheres Maß an sozialer Überlastung. Dies stimmt mit den in der Literatur beschriebenen täglichen Anforderungen einer Pflegekraft überein, die durch zahlreiche soziale Kontakte und Verpflichtungen anderen Menschen gegenüber Überlastung empfinden kann, viel Verantwortung für andere trägt und sich häufig nur wenig Zeit für sich selbst nimmt (Büssing et al., 2000). Die deutlich erhöhte Arbeitsunzufriedenheit der untersuchten Stichprobe kann in unmittelbarem Zusammenhang zur sozialen Überlastung gesehen werden. Auch hier zeigt der Arbeitsalltag im Krankenhaus, dass häufig Zusatzarbeiten erledigt werden müssen, die oft wenig Freude bereiten und bei denen die eigenen Fähigkeiten nicht bzw. kaum zum Einsatz kommen (Zander et al., 2011). Die hoch signifikanten Ergebnisse der Screening-Skala des chronischen Stresses belegen eine deutliche Überlastung, Besorgtheit sowie mangelnde Anerkennung, die die Pflegekräfte empfinden. Bereits hieraus lässt sich ein erhöhtes Risiko ableiten, an Burnout zu erkranken sowie die Notwendigkeit, Pflegekräfte persönlich zu stärken und deren Verausgabungsbereitschaft zu verringern sowie deren Distanzierungsfähigkeit zu erhöhen.

Bezüglich der mit der Burnout-Screening-Skala gemessenen kognitiven Beschwerden zeigten sich zunächst keine Unterschiede zwischen den Pflegekräften und der Norm. Die zusätzlichen Kennwerte der Intensität und Breite der Messungen zeigten jedoch Besonderheiten auf. Auch wenn der deutlich geringere Intensitätswert der untersuchten Stichprobe auf eine nur geringe Stärke der Beschwerden deutete, zeigte der signifikante Unterschied der Breitenwerte auf, dass die Pflegekräfte kognitive Beschwerden unabhängig von der Intensität in deutlich mehr Bereichen empfanden als die Norm. Auch wenn die Beschwerden somit nicht als intensiv bezeichnet werden können, so können sie doch als deutlich umfangreicher und vielschichtiger bezeichnet werden, was ebenfalls den komplexen Alltag und die zugehörigen Anforderungen an eine Pflegekraft widerspiegelt. Die Verteilung der abgefragten kognitiven Beschwerden reichte dabei von Konzentrationsdefiziten und Entscheidungsunfähigkeit über Kreativitätsverlust und fehlendes Durchsetzungsvermögen bis hin zu Souveränitätsverlust und Depersonalisation, wobei letzteres nach Maslach und Leiter (2001) bereits als eine der drei Dimensionen von Burnout gilt. Das geringe Empfinden der Intensität der Beschwerden könnte zudem aus einer emotionalen Taubheit resultieren, die ebenfalls Vorstufe einer Depersonalisation darstellen kann (Margraf, 2013). Schlussfolgernd sollte die präventive Arbeit mit in der Pflege arbeitenden Menschen inhaltlich ein breites Spektrum abdecken. Ferner ist anzunehmen, dass aufgrund individueller Erfahrungen und Erlebnisse Lernansätze in verschiedensten Kontexten angeboten werden sollten (Maslach & Leiter, 2007).

Die Ergebnisse in Bezug auf die gemessenen Konstrukte Coping und Selbstwirksamkeit entsprachen nicht den im Rahmen der Fragestellung gestellten Hypothesen, dass die untersuchte Stichprobe geringere Coping-Fähigkeiten sowie eine geringere Selbstwirksamkeit aufweisen würde. In beiden Fällen zeigten sich nahezu identische Werte zwischen der Stichprobe und der Norm. Dies könnte jedoch im Zusammenhang damit stehen, dass sich innerhalb der Faktorenanalyse dieser Subtests die Faktoren nicht so ergaben wie erwartet. Es kann angenommen werden, dass die Inhalte dieses Fragebogens anders verstanden wurden, so dass die Überprüfung dieser Konstrukte in zukünftigen Studien mittels anderer Erhebungsmethoden zu empfehlen wäre. Parallel könnte zukünftig untersucht werden, inwiefern die Stichprobe Besonderheiten aufweist, unter deren Umständen sich die erwarteten Faktoren nicht ergeben konnten. Als weitere Möglichkeit könnte aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Fragebogen-Erhebung vermutet werden, dass die teilnehmenden Personen offener für eine aktive Auseinandersetzung mit den Themen Stress und Burnout sein könnten und somit über durchschnittliche Coping-Fähigkeiten und eine durchschnittliche Selbstwirksamkeit verfügen. Selbst für den Fall, dass weitere Untersuchungen zeigen sollten, dass Pflegekräfte über ein normales Maß an Ressourcen und Selbstmanagement-Fähigkeiten verfügen, bleibt aufgrund der großen

Anforderungen eine erhöhte Notwendigkeit, diese Zielgruppe diesbezüglich weiter zu stärken und zu unterstützen, deren Fähigkeiten weiter auszubauen (Burisch, 2010).

Nach Analyse der qualitativen Daten wurde deutlich, dass sich die befragten Pflegekräfte primär durch Arbeitsinhalte, aber auch Arbeits- und Organisationsbedingungen belastet fühlten. Das erhöhte Patientenaufkommen sowie die vermehrten Aufgaben sowohl im pflegfachlichen als auch im administrativen Bereich können dabei als nur schwer veränderbare Rahmenbedingungen betrachtet werden. Veränderbar könnten und sollten jedoch alle Stressoren sein, die in den Bereichen „Kollegen und Team“ sowie „Führung“ aufgezählt wurden (Bergner, 2011; Maslach & Leiter, 2007). Insbesondere fehlende Ziele sowie mangelnde Abstimmung von Zuständigkeiten und Organisation sollten von Seiten der Führung verändert werden können. Auch ein Arbeitsklima mit mangelnder Wertschätzung oder gar Geringschätzung und Abwertung unter Kollegen sollte kein Arbeitgeber tolerieren und Maßnahmen zur Veränderung initiieren. Dennoch zeigten beispielhaft die immer wieder genannten hohen Erwartungen unterschiedlicher Personengruppen, dass die Reflexion eigener Erwartungen und Ziele notwendig für den Selbstschutz, die Distanzierungsfähigkeit und letztlich die Burnout-Prävention sind und dass es selbst in unveränderlichen Rahmenbedingungen Möglichkeiten gibt, die dort arbeitenden Menschen persönlich zu stärken. Im Rahmen der bisherigen Aktivitäten der eigenen Burnout-Prävention fiel auf, dass für die meisten Befragten der soziale Austausch sowie „Entspannung und Bewegung“ am wichtigsten waren und diesbezüglich aktiv gehandelt wurde. Dennoch gab es auch Nennungen, die deutlich machten, dass es bereits ein Burnout in der Vergangenheit gegeben hatte, der nun mit professioneller Unterstützung bearbeitet wurde. Als besorgniserregend können die – wenn auch wenigen – von Resignation zeugenden Antworten bezeichnet werden, Prävention würde aufgrund von Zeitmangel oder mangelnder Hoffnung auf Erfolg nicht durchgeführt. Die geringe Anzahl von Nennungen, inwiefern Angebote des Arbeitgebers vorhanden waren bzw. genutzt wurden, zeigte zudem ein großes Defizit in der Bereitstellung aktiver Präventionsangebote von Arbeitgeberseite für ihre Mitarbeiter. Der vorhandene Wille, ebensolche Angebote zu nutzen, wurde in den Antworten der dritten Fragestellung bestätigt. Während das Selbstmanagement im Rahmen der bereits durchgeführten Prävention mit 13% der Nennungen nur einen kleinen Anteil ausmachte, erfolgten bei der dritten offenen Fragestellung interessanterweise mit Abstand die meisten Nennungen zu dem Thema „Selbstmanagement und Privates“. Dabei konnten zahlreiche Ideen in Bezug auf Selbstwerterhöhung, Gelassenheit, Achtsamkeit, Genuss oder Abgrenzung verzeichnet werden. Die unterschiedlichen, zum Teil sehr konkreten Gedanken zeigten die erfolgte Auseinandersetzung der befragten Pflegekräfte mit dem Thema. Dennoch lässt sich schlussfolgern, dass es zumindest im Kontext des Selbstmanagements nach der erfolgreichen kognitiven Beschäftigung an weiterer Umsetzungskonsequenz oder -

kompetenz fehlt. Welche Hindernisse der Zielgruppe diesbezüglich im Wege stehen, muss weiter untersucht werden.

## **2.9.2 Ableitungen für und Notwendigkeit des zu entwickelnden Trainings**

Der Bedarf, die in der Alten- und Krankenpflege Beschäftigten in ihrer Burnout-Prävention zu unterstützen, ist im Rahmen dieser Vorstudie sehr deutlich geworden. Insbesondere das signifikant höhere Empfinden von chronischem Stress, sozialer Überlastung und Arbeitsunzufriedenheit bestätigen dies. Auch ist deutlich geworden, dass der Umfang der Bereiche, in denen Stress empfunden wird, bedeutsam größer ist. Dabei variieren die wahrgenommenen Stressoren zwischen nur schwer veränderlichen Arbeits- und Rahmenbedingungen und sozialer und persönlicher, veränderbarer Bewertungen. Die Gedanken, welche zahlreichen Möglichkeiten es gibt, im Rahmen von Selbstmanagement eigenständig und proaktiv Burnout-Prävention betreiben zu können, zeigen den Willen und die größtenteils vorhandene Bereitschaft, dafür zu arbeiten. Da im Rahmen der Studie jedoch eine große Differenz zwischen den kognitiv durchdachten Möglichkeiten der persönlichen Stärkung und dem entsprechenden Handeln deutlich geworden ist, müssen die in der Alten- und Krankenpflege arbeitenden Menschen professionelle Unterstützung erhalten, wie sie auch auf Verhaltensebene aktiv für sich arbeiten können.

Ein Training zur Burnout-Prävention in dieser Branche sollte den angesprochenen Bedürfnissen nach Abgrenzung, Distanzierungsfähigkeit, der Stärkung des Selbstwertes sowie Leitlinien zu konsequentem Handeln, sicherem Delegieren und einem eindeutigen Prioritätenmanagement nachkommen. Die Fähigkeiten, Grenzen zu setzen, Nein zu sagen und ein individuell angenehmes Nähe-Distanz-Kontinuum aufzubauen, scheinen für die Zielgruppe dabei wesentlich. Doch auch in Bezug auf konsequente Entspannung, Achtsamkeit und Genuss ist weitere Entwicklung möglich und notwendig. Aufgrund der Fülle von Anforderungen, der Vielzahl von Stressoren sowie der Erwartungen von unterschiedlichsten Personengruppen nebst eigenen Erwartungen scheint die inhaltliche Arbeit mit der eigenen Rolle, eigenen Erwartungen, eigener Selbstwertschätzung sowie mit den persönlichen Zielen und individueller Zufriedenheit fundamental wichtig. Ein Training sollte auch für eigene Klarheit sorgen, das übliche, erwünschte Verhalten hinterfragen und unbewusste Bewertungen und dessen Folgen bewusst machen.

Die präventive Arbeit mit in der Pflege arbeitenden Menschen muss inhaltlich ein breites Spektrum abdecken, jedoch auf das Bewusstmachen sowie die Stärkung der persönlichen

Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten konzentriert sein. Methodisch sollten das mit Sicherheit unterschiedlich vorhandene Wissen auf einen höheren Stand gesetzt werden. Als elementar können zudem alle die Selbstreflexion der Teilnehmer anregenden Methoden angesehen werden, um unmittelbaren Bezug zu eigenen Emotionen sowie eigenem Verhalten herstellen zu können. Darüber hinaus sollten neben Hausaufgaben didaktische Mittel des Ausprobierens sowohl unmittelbar im Training eingesetzt werden, als auch angeleitet und später reflektiert im realen Alltag integriert werden. Zeitlich sollte das Training mehrere Module mit einigen Wochen Abstand umfassen, um Ausprobieren, Transfer, Reflexion und Nachhaltigkeit gewährleisten zu können.

### **2.9.3 Weitere Ableitungen für die Alten- und Krankenpflege**

Aus den Ergebnissen der Vorstudie lässt sich neben der Notwendigkeit eines die persönlichen Kompetenzen der einzelnen Pflegekräfte zu entwickelnden Trainings zur Burnout-Prävention weiterer dringender Handlungsbedarf für die Alten- und Krankenpflege ableiten. Aufgrund der intensiven Zusammenarbeit innerhalb der Disziplin Pflege sowie interdisziplinär mit weiteren Berufsgruppen sollten alle möglichen Maßnahmen ergriffen werden, wahrgenommene soziale Stressoren zu minimieren. Hierfür sollten zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen bereit gestellt werden, um Maßnahmen der Teamentwicklung, Supervisionen sowie regelmäßige Teamsitzungen durchzuführen und nachzuhalten, um als Team Regeln gemeinsamer Werte, Ziele und Normen zu definieren und deren Umsetzung zu reflektieren. Zu Teilen gibt es diesbezüglich offene Anfragen von Mitarbeitern, die unbedingt Gehör finden sollten.

Voraussetzung für klare Richtlinien sind von Seiten der Führung transparent definierte Strukturen, Ziele, Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Da den Führungskräften in der Alten- und Krankenpflege eine tragende Rolle in der Verantwortlichkeit für ihre Mitarbeiter zugesprochen werden kann, sollten diese ebenfalls im Rahmen gezielter Trainings und Weiterbildungen, individueller Coachings oder kollegialer Beratung Unterstützung und Stärkung erfahren. Um Mitarbeiter lehren zu können, sich zu fokussieren, zielorientiert zu arbeiten und gut für sich selbst zu sorgen, brauchen Führungskräfte diese Fähigkeiten zuerst. Hier kann von einem großen Bedarf gesprochen werden, deren Deckung in den Händen der Führungskräfte selbst sowie bei den Arbeitgebern und Personalverantwortlichen aller Kliniken liegt. Insgesamt sollte genau geprüft werden, inwiefern auch in Bezug auf sämtliche Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie Arbeitsinhalte Unklarheiten, Störungen und potentielle Stressoren minimiert oder eliminiert werden können. Das Bewusstmachen dieser Bedingungen und deren kurz- und langfristigen Auswirkungen steht

dabei jedoch an erster Stelle. Der Anspruch und Wunsch nach Wertschätzung kann mit Sicherheit auf allen Ebenen reflektiert und intensiver zum Ausdruck gebracht werden. Hier sind die Politik, die Gesellschaft, die einzelnen Unternehmen und Arbeitgeber, die Führungskräfte sowie die einzelnen Mitarbeiter gefragt, dem Wert der Arbeit Respekt und Anerkennung entgegenzubringen.

#### **2.9.4 Einschränkungen des Gültigkeitsbereiches**

In diesem Abschnitt werden abschließend mögliche Einschränkungen des Gültigkeitsbereiches diskutiert. Dabei wird kurz auf die Stichprobe, auf Störvariablen, auf die Methode sowie auf die Messinstrumente Bezug genommen.

**Stichprobe.** Die Untersuchung umfasste vier Krankenhäuser in Deutschland. Die dort herrschenden Bedingungen müssen nicht Abbild für weitere Krankenhäuser sein, so dass sich Rückschlüsse über eine Repräsentativität nur bedingt schlussfolgern lassen. Welche der Mitarbeiterinnen den Fragebogen ausfüllten und welche aus welchen Gründen dies nicht taten, bleibt unerkundet. Die Verteilung der Professionen ist mit einem Anteil der Krankenpflegefachkräfte von 91,3% gegenüber den Krankenpflegehelferinnen sehr ungleich und spiegelt nicht die in der Pflege typische Verteilung wider. Die Tatsache, dass nur Personen weiblichen Geschlechts zur Teilnahme an der Studie berechtigt waren, entsprach zumindest der Tendenz der Geschlechterverteilung in der Pflege. Die zwischen 20 und 63 Jahren liegende Altersspanne kann als realen Bedingungen sehr ähnlich bezeichnet werden. Insgesamt wurde nicht berücksichtigt, in welchen Häusern bereits Angebote der Prävention verortet waren und inwiefern sich dies auf das Belastungsempfinden auswirkte.

**Störvariablen.** Aus versuchsökonomischen Gründen war es für die Verfasserin dieser Arbeit nicht möglich, während der Erhebung in den Kliniken vor Ort zu sein. Es bestand somit keine Einsicht in die Erhebungsbedingungen oder die Erhebungsumgebung. Es besteht Unklarheit darüber, wo die Fragebögen ausgefüllt wurden, ob währenddessen ein Austausch mit anderen Personen stattfand oder ob es Störungen gab. Auch bleibt offen, inwiefern die zugesicherte Anonymität für die Pflegekräfte gewährleistet schien, da alle Fragebögen über Dritte an die Versuchsleitung zurück gesandt wurden.

**Methode.** Die Auswahl vorwiegend quantitativer Erhebungsmethoden sowie drei offener Fragen schien für die vorliegende Vorstudie sehr passend. Um konkretere Erkenntnisse gewinnen zu können, wären darüber hinaus Einzel- oder Gruppeninterviews denkbar gewesen. Die standardisierten Fragebogenanteile waren Selbstbeurteilungsverfahren. Diese

müssen ebenso wie die Antworten auf die offenen Fragen als Momentaufnahme betrachtet werden. Für weitere Perspektiven wäre der Vergleich weiterer Messzeitpunkte von Interesse.

**Messinstrumente.** Die sechs Fragestellungen konnten mittels der ausgewählten Tests bzw. Subtests gut beantwortet werden. Die Items der Fragebögen TICS und BOSS II waren verständlich, die Reliabilitäten mit Ausnahme des Subtests „Soziale Überlastung“ gut bis exzellent, so dass die zuverlässige Überprüfung der Konstrukte gewährleistet war und die weitere Verwendung der aufgezeigten Messinstrumente empfohlen werden kann. Lediglich die mit dem FERUS abgefragten Konstrukte „Selbstwirksamkeit“ und „Coping“ sollten aufgrund der mangelnden Eindeutigkeit der Faktoren in zukünftigen Studien besonders beachtet und ggf. mittels weiterer Messinstrumente betrachtet werden. Trotz der Länge des Fragebogens über acht Seiten mit geschlossenen Fragen war kein Abfall der Motivation erkennbar. Es wurde insgesamt kaum eine Frage ausgelassen, und bis auf wenige Ausnahmen wurden auch die drei abschließenden offenen Fragen größtenteils sehr ausführlich beantwortet.

### 3 HAUPTSTUDIE

Das Ziel der vorliegenden Hauptstudie war es, die Effektivität eines neu entwickelten Burnout-Präventions-Trainings mit Hilfe eines nicht-randomisierten Prä-Post-Untersuchungsdesigns zu evaluieren. Weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte in zwei Experimentalgruppen (Vollzeit und Teilzeit), die über sechs Monate je zwei Stunden monatlich am Burnout-Präventions-Training teilnahmen, wurden hinsichtlich der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden), der Verausgabungsbereitschaft, der Distanzierungsfähigkeit, der Selbstwirksamkeit sowie der sozialen und leistungsbezogenen Selbstwertschätzung mit zwei unbehandelten Kontrollgruppen verglichen. Hierbei sollte geklärt werden, inwiefern sich Veränderungen in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit nachweisen ließen.

#### 3.1 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Im Folgenden werden die Hauptfragestellung sowie die Nebenfragestellungen mit den zugehörigen Hypothesen dargestellt. Aufgrund von bislang mangelnden wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Wirkung von Burnout-Präventions-Trainings für diese Stichprobe wurden ungerichtete Interaktionshypothesen formuliert.

##### 3.1.1 Hauptfragestellung

Die **Hauptfragestellung** der vorliegenden Untersuchung lautete wie folgt:

Zeigen sich bei weiblichen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften kurz- und mittelfristige Effekte in der **Selbstwirksamkeit** nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit?

**Hypothese.** In Bezug auf die vorliegende Hauptfragestellung wurde postuliert, dass sich die Selbstwirksamkeit für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert.

##### 3.1.2 Nebenfragestellungen

Zusätzlich zur Hauptfragestellung wurden fünf Nebenfragestellungen formuliert.

Die **erste Nebenfragestellung** der vorliegenden Hauptstudie lautete wie folgt:

Zeigen sich bei weiblichen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften kurz- und mittelfristige Effekte in der **Distanzierungsfähigkeit** nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit?

**Hypothese.** In Bezug auf die erste Nebenfragestellung wurde postuliert, dass sich die Distanzierungsfähigkeit für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert.

Die **zweite Nebenfragestellung** der vorliegenden Hauptstudie lautete wie folgt:

Zeigen sich bei weiblichen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften kurz- und mittelfristige Effekte in der **Verausgabebereitschaft** nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit?

**Hypothese.** In Bezug auf die zweite Nebenfragestellung wurde postuliert, dass sich die Verausgabebereitschaft für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert.

Die **dritte Nebenfragestellung** der vorliegenden Hauptstudie lautete wie folgt:

Zeigen sich bei weiblichen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften kurz- und mittelfristige Effekte in der **sozialen Selbstwertschätzung bzw. dem Umgang mit Kritik** nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit?

**Hypothese.** In Bezug auf die dritte Nebenfragestellung wurde postuliert, dass sich die soziale Selbstwertschätzung bzw. der Umgang mit Kritik für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert.

Die **vierte Nebenfragestellung** der vorliegenden Hauptstudie lautete wie folgt:

Zeigen sich bei weiblichen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften kurz- und mittelfristige Effekte in der **leistungsbezogenen Selbstwertschätzung** nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit?

**Hypothese.** In Bezug auf die vierte Nebenfragestellung wurde postuliert, dass sich die leistungsbezogene Selbstwertschätzung für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert.

Die **fünfte Nebenfragestellung** der vorliegenden Hauptstudie lautete wie folgt:

Zeigen sich bei weiblichen Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften kurz- und mittelfristige Effekte in der **Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden)** nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit?

**Hypothese.** In Bezug auf die fünfte Nebenfragestellung wurde postuliert, dass sich die Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert.

## **3.2 Methode**

Im folgenden Kapitel wird die in der Hauptstudie angewendete Methodik ausführlich beschrieben. Dabei werden zunächst der vorliegende Versuchsplan sowie die aus Experimental- und Kontrollgruppen zusammengesetzte Stichprobe in Struktur und Beschaffenheit beschrieben. Anschließend wird das mit den Experimentalgruppen durchgeführte Training inhaltlich, methodisch und didaktisch vorgestellt. Es folgen die Beschreibung der Methoden zur quantitativen Datenerhebung sowie das Vorgehen der qualitativen Datenerhebung, bevor Vorbereitung und Durchführung der Intervention dargestellt werden. Am Ende des Kapitels wird auf die statistische sowie auf die qualitative Auswertung eingegangen.

### **3.2.1 Versuchsplan**

Um den Einfluss des Burnout-Präventions-Trainings in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit zu überprüfen, wurde ein Versuchsplan entworfen, dem ursprünglich ein dreifaktorielles Untersuchungsdesign zugrunde lag. Die drei unabhängigen Variablen unterteilten sich dabei wie folgt:

- Die erste unabhängige Variable war die experimentelle Bedingung mit zwei Abstufungen. Mit den Experimentalgruppen (EG) wurde das Training zur Burnout-Prävention über ein halbes Jahr durchgeführt, während die Kontrollgruppen (KG) keinerlei Treatment erhielten.
- Die zweite unabhängige Variable wurde durch den Faktor Beschäftigungsumfang dargestellt. Dieser war ebenfalls zweifach in „Vollzeit“ und „Teilzeit“ gestuft, wobei Teilzeit einen Stundenumfang von mindestens 50% umfasste.
- Die dritte unabhängige Variable bildete der Faktor Zeit, der sich mit drei Ausprägungen in die Messzeitpunkte  $t_0$  (prae),  $t_1$  (post) und  $t_2$  (6-Monatskatamnese) unterteilen ließ.

Die Tabelle 32 zeigt den Versuchsplan mit der jeweiligen Anzahl der Probandinnen.

**Tabelle 32: Realer Versuchsplan mit Stichprobengrößen (N).**

		$t_0$	$t_1$	$t_2$
<b>EG</b>	<b>Vollzeit</b>	8	7	5
	<b>Teilzeit</b>	7	6	3
<b>KG</b>	<b>Vollzeit</b>	10	8	3
	<b>Teilzeit</b>	5	3	3
	$\Sigma$	$N = 30$	$N = 24$	$N = 14$

Aufgrund einer beträchtlichen Verringerung der Anzahl der Probandinnen im Verlauf der Studie, insbesondere im Vergleich vom Messzeitpunkt  $t_1$  zu  $t_2$ , wurde für die Auswertung auf die zweite unabhängige Variable Beschäftigungsumfang verzichtet, so dass sich ein zweifaktorielles Untersuchungsdesign ergab. Zum ersten Messzeitpunkt nahmen 30 Probandinnen teil, 15 in der Experimentalgruppe und 15 in der Kontrollgruppe. Zum zweiten Messzeitpunkt reduzierte sich die Anzahl der Versuchspersonen auf insgesamt 24 (EG:  $n = 13$ ; KG:  $n = 11$ ), zum dritten Messzeitpunkt auf 14 (EG:  $n = 8$ ; KG:  $n = 6$ ). Der Verlust innerhalb der Experimentalgruppe zum zweiten Messzeitpunkt ist durch den längerfristigen Ausfall einer Probandin und Krankheit einer anderen Probandin zu erklären. Über die Gründe für die Verringerung der Stichprobengröße zum dritten Messzeitpunkt sowie innerhalb der Kontrollgruppe insgesamt lässt sich nur mutmaßen, da es keine Kontakte zur Kontrollgruppe durch die Verfasserin dieser Arbeit gab, sowie es zum dritten Messzeitpunkt keinen persönlichen Kontakt mehr zur Experimentalgruppe gab (mit Ausnahme der Probandin der Einzelfallanalyse).

Aufgrund fehlender Katamnese-Messungen mussten mehrere Versuchspersonen zunächst ausgeschlossen werden. Um dennoch eine möglichst hohe Aussagekraft vorliegender Daten treffen zu können, wurde der Versuchsplan mittels der Methode „intention-to-treat“ (itt) bearbeitet. Mit Hilfe der „last observation carried forward“-Methode wurden je die zum Zeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ) fehlenden Werte durch die Werte des zweiten Messzeitpunktes ( $t_1$ ) ersetzt. Bei fehlenden Werten bereits zum zweiten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) wurden diese von der Analyse ausgeschlossen. Die Ausnahme bildete eine Probandin, deren Werte nur zu  $t_1$  fehlten. Diese wurden durch die Werte des dritten Messzeitpunktes ( $t_2$ ) ersetzt. Der somit veränderte und für alle folgenden Berechnungen gültige Versuchsplan wird in Tabelle 33 aufgezeigt.

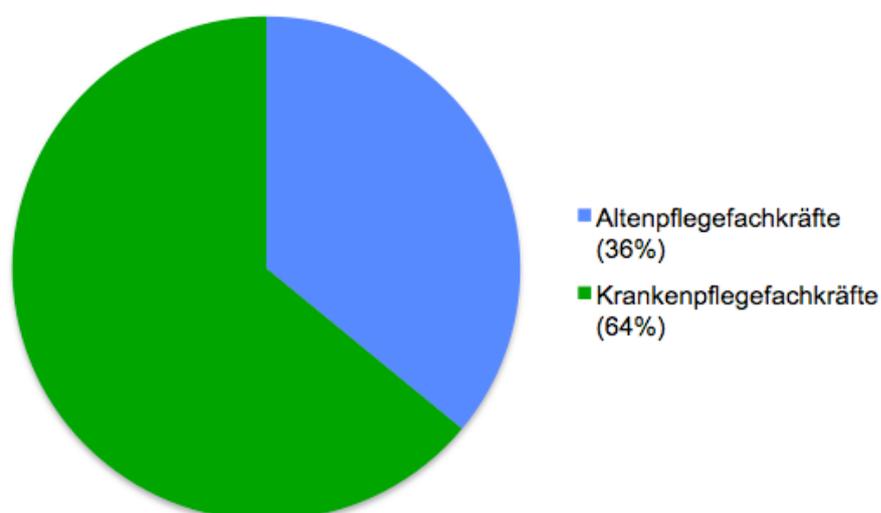
**Tabelle 33: Versuchsplan intention-to-treat mit Stichprobengrößen (N).**

	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>
<b>EG</b>	13	13	13
<b>KG</b>	12	12	12
$\Sigma$	N = 25	N = 25	N = 25

### 3.2.2 Stichprobe

**Versuchspersonenrekrutierung.** Die Auswahl erfolgte durch freiwillige Meldung bei der Pflegedirektorin. Diese hatte zuvor mittels mündlicher und schriftlicher Information über die bevorstehende Studie sowie das Training informiert (s. Anhang 6.3.1)

**Profession.** Die Stichprobe der Hauptstudie bestand aus Altenpflegefachkräften und Krankenpflegefachkräften, die zum Zeitpunkt der Studiendurchführung in Vollzeit oder Teilzeit am Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum beschäftigt waren. Teilnehmen durften sowohl Altenpflegefachkräfte als auch Krankenpflegefachkräfte, da beide Professionen etwa gleich verteilt im Klinikum arbeiten. Aufgrund einer äußerst geringen Anzahl von männlichen Pflegekräften wurden zwecks besserer Vergleichbarkeit der Daten ausschließlich weibliche Pflegekräfte rekrutiert. Insgesamt gingen die Daten von 25 Personen in die Hauptstudie ein. Dabei waren neun Personen (36%) Altenpflegefachkräfte und 16 Krankenpflegefachkräfte (64%). Dies zeigt die nachfolgende Abbildung 21.

**Abbildung 21: Verteilung der Profession.**

Bezüglich der Profession zeigte sich eine ähnliche Verteilung auf die Experimental- und Kontrollgruppe, wobei die Verteilung der Krankenpflegefachkräfte identisch war, wie nachfolgende Tabelle 34 verdeutlicht.

**Tabelle 34: Verteilung der Profession auf die Experimental- und Kontrollgruppe.**

	Altenpflegefachkräfte	Krankenpflegefachkräfte	$\Sigma$
EG	5	8	$n = 13$
KG	4	8	$n = 12$
$\Sigma$	$n = 9$	$n = 16$	$N = 25$

**Alter.** Das Alter der Versuchspersonen betrug im Mittel  $M_{25} = 40.16$  mit einer Standardabweichung von  $SD_{25} = 10.50$  und variierte zwischen 22 und 54 Jahren, wie die nachfolgende Tabelle 35 darstellt.

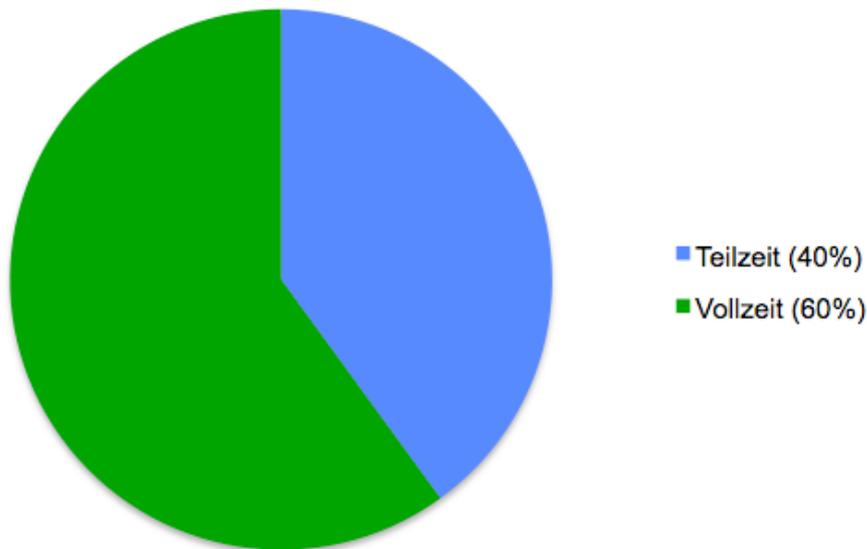
**Tabelle 35: Statistik zum Alter.**

N	M	MD	SD	V	Min	Max
25	40.16	42	10.50	110.22	22	54

Legende: N=Gesamtstichprobe, M=Mittelwert, MD=Median, SD=Standardabweichung, V=Varianz, Min=Minimum, Max=Maximum

Die Probandinnen der Experimentalgruppe ( $M_{13} = 42.69$ ,  $SD_{13} = 10.89$ ) waren im Durchschnitt etwa fünf Jahre älter als die der Kontrollgruppe ( $M_{12} = 37.42$ ,  $SD_{12} = 9.77$ ).

**Beschäftigungsumfang und -dauer.** Um eventuell vorherrschende Unterschiede von Bedarf und Inhalt von Burnout-Prävention ermitteln zu können, wurde eine gleichmäßige Verteilung von Pflegekräften in Voll- und Teilzeit-Anstellung angestrebt. Von den 25 Teilnehmerinnen arbeiteten 15 in Vollzeit und zehn in Teilzeit (s. Abb. 22).



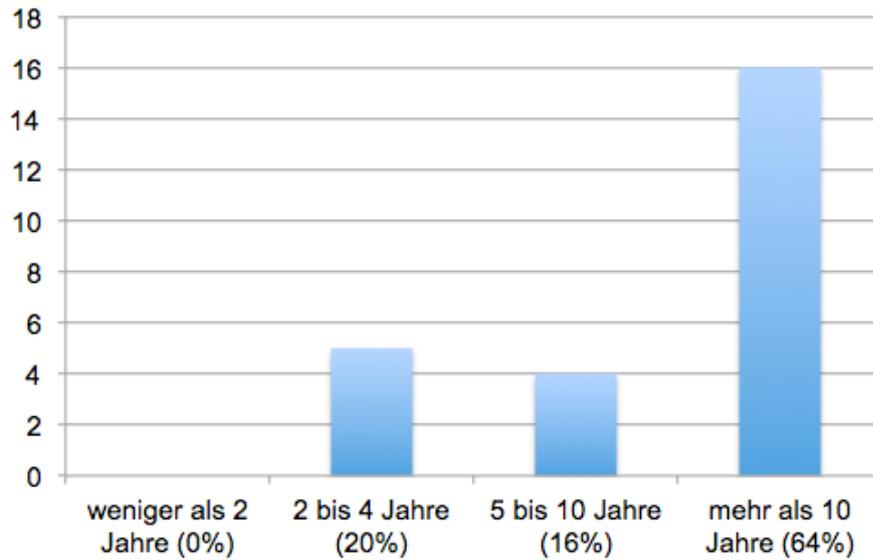
**Abbildung 22: Verteilung des Beschäftigungsumfangs.**

In Bezug auf die Verteilung des Beschäftigungsumfangs auf die Experimental- und die Kontrollgruppe ließ sich feststellen, dass in der Experimentalgruppe nahezu gleich viele Teilnehmerinnen in Voll- und Teilzeit arbeiteten. In der Kontrollgruppe arbeiteten doppelt so viele Probandinnen in Vollzeit wie in Teilzeit (s. Tab. 36).

**Tabelle 36: Verteilung des Beschäftigungsumfangs auf die Experimental- und Kontrollgruppe.**

	Vollzeit	Teilzeit	$\Sigma$
EG	7	6	$n = 13$
KG	8	4	$n = 12$
$\Sigma$	$n = 15$	$n = 10$	$N = 25$

Um darüber hinaus eine mögliche Abhängigkeit zur Beschäftigungsdauer berechnen zu können, wurden die Probandinnen zudem zur Dauer ihrer beruflichen Tätigkeit in der Pflege befragt. Dabei wurde deutlich, dass mit 64% der Großteil der Probandinnen bereits seit über 10 Jahren in der Pflege beschäftigt war und niemand weniger als zwei Jahre berufstätig war (s. Abb. 23).



**Abbildung 23: Verteilung der Beschäftigungsdauer.**

Die Verteilung der Beschäftigungsdauer auf die Experimental- und Kontrollgruppe zeigte eine Gleichverteilung der über zehn Jahre in der Pflege Beschäftigten. Bei den weniger lange Beschäftigten konnten nur geringe Abweichungen innerhalb der Beschäftigungsdauer festgestellt werden, wie Tabelle 37 visualisiert.

**Tabelle 37: Verteilung der Beschäftigungsdauer auf die Experimental- und Kontrollgruppe.**

	2 - 4 Jahre	5 - 10 Jahre	mehr als 10 Jahre	$\Sigma$
<b>EG</b>	2	3	8	$n = 13$
<b>KG</b>	3	1	8	$n = 12$
$\Sigma$	$n = 5$	$n = 4$	$n = 16$	$N = 25$

**Weitere Berufsausbildungen.** Um gegebenenfalls Rückschlüsse auf Kompetenzen früherer, weiterer Berufsausbildungen ziehen zu können, wurde zudem gefragt, ob die Probandinnen über solche verfügten. Dabei zeigte sich, dass 28% der Probandinnen weitere Berufsausbildungen vorweisen konnten (s. Abb. 24). Die Inhalte dieser können dem Anhang 6.5 entnommen werden. Bezüglich der weiteren Berufsausbildungen zeigten Experimental- und Kontrollgruppe nahezu gleiche Verteilungen, wie Tabelle 38 veranschaulicht.

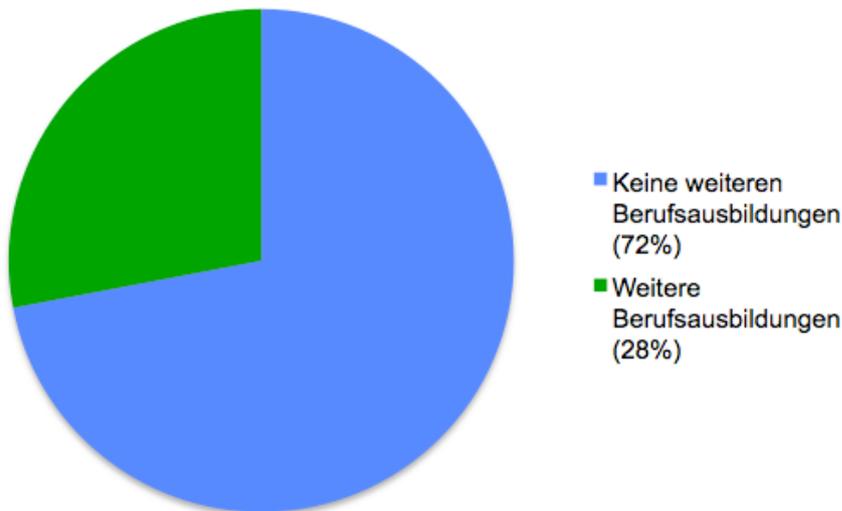


Abbildung 24: Verteilung weiterer Berufsausbildungen.

Tabelle 38: Verteilung weiterer Berufsausbildungen auf die Experimental- und Kontrollgruppe.

	Keine weitere Berufsausbildung	Weitere Berufsausbildung	$\Sigma$
EG	9	4	$n = 13$
KG	9	3	$n = 12$
$\Sigma$	$n = 18$	$n = 7$	$N = 25$

**Dropout-Analyse.** Von den zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) 30 Probandinnen brachen sechs Personen die Teilnahme zum zweiten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) ab (20%). Zum dritten Messzeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ) kam es zu zehn Abbrüchen, so dass die Dropout-Rate insgesamt bei 53% lag (s. Abb. 25).

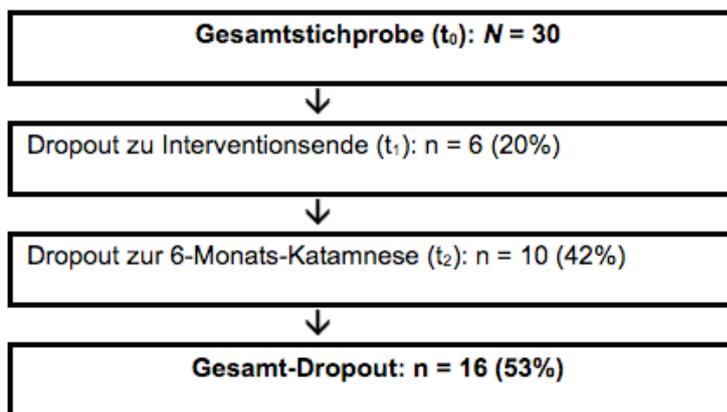


Abbildung 25: Flussdiagramm zu den Stichprobengrößen zu den drei Messzeitpunkten.

Zur Analyse der Abbrüche wurden t-Tests und Chi<sup>2</sup>-Tests durchgeführt. Diese zeigten, dass die Abbrüche nicht durch soziodemographische Daten bestimmt waren und die abbrechenden Personen gleichermaßen aus der Experimental- sowie der Kontrollgruppe kamen ( $p = .464$ ) und sich auch bezüglich des Alters nicht unterschieden ( $t_{(28)} = -1.03$ ,  $p = .311$ ). Auch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Beruf ( $\chi^2_{(1)} = 2.01$ ,  $p = .156$ ), den Beschäftigungsumfang ( $\chi^2_{(1)} = .09$ ,  $p = .765$ ), die Beschäftigungsdauer ( $\chi^2_{(3)} = 2.90$ ,  $p = .407$ ) und weitere Berufsausbildungen ( $\chi^2_{(1)} = .05$ ,  $p = .818$ ).

### **3.2.3 Beschreibung des persönliche Kompetenzen stärkenden Trainings zur Burnout-Prävention**

Im Folgenden wird das Training detailliert beschrieben. Dabei wird zunächst ein Überblick gegeben, anschließend werden die sechs Trainingseinheiten im Einzelnen vorgestellt.

**Trainings-Übersicht.** Das vorliegende, in zwei Gruppen je durchgeführte Training fokussierte sich im Rahmen der Burnout-Prävention auf die Stärkung von persönlichen Kompetenzen der Teilnehmerinnen.

**Ziel des Trainings** war es, die Teilnehmerinnen mittels ausgewählter, Burnout-relevanter Inhalte die persönlichen Kompetenzen zu stärken und die Gefahr, einen Burnout zu erleiden, zu reduzieren.

Die Trainingseinheiten fanden monatlich für je zwei Zeitstunden statt. Die nachfolgende Tabelle 39 zeigt eine Übersicht der sechs Trainingseinheiten und der jeweils behandelten Inhalte. Die Ziele werden für jede Einheit nach deren ausführlicher Darstellung zusammengefasst.

**Tabelle 39: Übersicht der Trainingseinheiten und deren Inhalte.**

<b>Trainingseinheit</b>	<b>Inhalte</b>
Trainingseinheit 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragebogen <i>prae</i> (<math>t_0</math>)</li> </ul> Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Burnout</li> <li>• Ressourcen und Stärken</li> </ul>
Trainingseinheit 2	Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Burnout-Prävention</li> <li>• Werte, Selbstwert, (Selbst-)Wertschätzung</li> </ul>
Trainingseinheit 3	Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress und Stresstoleranz</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Erholung und Ruhe</li> </ul>
Trainingseinheit 4	Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungen und Beziehungskompetenz</li> <li>• Nähe und Distanz</li> <li>• Grenzen</li> <li>• Nein-sagen und Selbstbehauptung</li> </ul>
Trainingseinheit 5	Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rolle(n) und Lebenshüte</li> <li>• Erwartungen und Ziele</li> </ul>
Trainingseinheit 6	Themen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertiefung Selbstwert, (Selbst-)Wertschätzung</li> <li>• Ressourcen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragebogen <i>post</i> (<math>t_1</math>)</li> </ul>

Im Folgenden werden Inhalte sowie Methodik und Didaktik der sechs Module detailliert vorgestellt.

**Trainingseinheit 1.** Die erste Trainingseinheit begann mit einer ausführlichen Vorstellung aller Personen (alle Teilnehmerinnen und die Versuchsleitung), des Projektes und der Projektziele, des gesamten Trainings mit Inhalten und Zielen sowie des konkreten Ablaufes der ersten Einheit. Nach der Beantwortung grundlegender das Training und das Vorgehen betreffender Fragen füllten die Teilnehmerinnen den dann ausgehändigten Fragebogen aus (erster Messzeitpunkt  $t_0$ ). Nach einer kurzen Pause startete das Training mit einem Input zu Definitionen, Merkmalen, Phasen, Hintergründen und möglichen Auslösern von Burnout. Die jeweils zur Veranschaulichung dienenden Flipcharts (s. Anhang 6.4.1) wurden eingehend diskutiert. Der erste praktische Impuls des Trainings umfasste das Thema Ressourcen und Stärken. Nach einem kurzen Input tauschten sich die Teilnehmerinnen mittels Brainstorming über mögliche Ressourcen und Stärken sowie deren Nutzungsmöglichkeiten aus. Im Anschluss führten je zwei Teilnehmerinnen gemeinsam ein vorbereitetes Stärken-Interview (s. Anhang 6.4.2) miteinander und stellten die Antworten anschließend im Plenum vor. Ziel des Interviews war es, sich mit Hilfe unterschiedlicher Aussagen bzw. Perspektiven eigene Ressourcen und Stärken bewusst zu machen. Alle Teilnehmerinnen erhielten von der Verfasserin dieser Arbeit ein Ressourcen-Schatzkästchen mit Karten und einem kleinen

Ressourcen- und Hausaufgaben-Buch. Sie wurden gebeten, nun eigene Stärken (identifiziert u.a. aus dem Stärken-Interview) auf je eine Karte zu schreiben und ihr Schatzkästchen damit zu füllen. Abschließend wurden die Teilnehmerinnen gebeten, als Hausaufgabe bis zur nächsten Einheit weitere 20 Ressourcen zu sammeln, diese auf den Karten zu notieren und ins Schatzkästchen zu legen. Optional konnten auch Familie, Freunde oder Kollegen zu den Stärken der Teilnehmerinnen befragt werden. Mit den jeweiligen Hausaufgaben sollte eine Weiterbeschäftigung der Inhalte und ein Transfer in den Alltag erzielt werden. In einer Abschlussrunde teilte jede ihr aktuelles Befinden mit. Mit einem Ausblick auf Termin und Inhalt der zweiten Einheit, einem Verweis auf die Hausaufgabe und einem Dank verabschiedete sich die Verfasserin dieser Arbeit von den Teilnehmerinnen. Die nachfolgende Tabelle 40 zeigt die Inhalte und Methodik der ersten Trainingseinheit in der Übersicht.

**Tabelle 40: Inhalte und Methodik der ersten Trainingseinheit.**

Inhalte	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Willkommen und Vorstellung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorstellung Teilnehmerinnen und Trainerin</li> <li>○ Vorstellung Projekt (Vorstudie, Ziel)</li> <li>○ Vorstellung Inhalte Training</li> <li>○ Vorstellung Ablauf heute</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung mittels Flipcharts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen prae</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelarbeit: Fragebögen für alle Teilnehmerinnen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input Burnout                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definition</li> <li>○ 3 Merkmale</li> <li>○ 3 Phasen</li> <li>○ 3 Ebenen</li> <li>○ Hintergründe und Auslöser</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vortrag / Input mittels Flipcharts</li> <li>• Diskussion im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen und Stärken                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Input / Definition</li> <li>○ Brainstorming</li> <li>○ Stärken-Interview</li> <li>○ Stärken sammeln in Ressourcen-Schatzkästchen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Brainstorming der Gruppe</li> <li>• Kleingruppenarbeit (zu zweit), Vorstellung im Plenum</li> <li>• Einzelarbeit (vorher: Aushändigung von Schatzkästchen mit Karten und Büchlein)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hausaufgabe“: 20 weitere eigene Ressourcen fürs Schatzkästchen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aushändigung weiterer 20 Ressourcen-Karten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussrunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback im Plenum</li> </ul>

Die **Ziele der ersten Trainingseinheit** waren u.a.:

- Kennenlernen von Inhalten und Zielen des Trainings
- Kennenlernen von Definitionen, Merkmalen und Hintergründen zu Burnout
- Bewusstmachen und Visualisierung eigener Ressourcen und Stärken, Kennenlernen weiterer Ressourcen

**Trainingseinheit 2.** In der zweiten Trainingseinheit wurde nach der Begrüßung mit einer Befindersrunde gestartet. Jede der Teilnehmerinnen erzählte kurz, wie es ihr aktuell und in den vergangen ca. vier Wochen ergangen war. Zudem wurde individuell besprochen bzw. nachgefragt, wie es den Teilnehmerinnen mit ihren Hausaufgaben ergangen war und ob sich noch Fragen aus der ersten Einheit ergeben hatten. Anschließend wurden von der Trainerin Ablauf und Inhalte der zweiten Einheit vorgestellt. Begonnen wurde inhaltlich mit einem Input des 12-Stufen-Modells der Burnout-Prävention nach Bergner (2011; vgl. Kap. 1.5). Alle Stufen des Modells wurden vorgestellt und an einzelnen Punkten vertiefend besprochen. Es folgte der Bezug der Theorie auf die eigene Person, so dass diskutiert wurde, welche Inhalte für die eigene Person aktuell als am relevantesten angesehen wurden, wo eigene Stärken und wo Verbesserungspotenziale für die eigene Burnout-Prävention verborgen lagen. Im weiteren Verlauf der Trainingseinheit ging es um die Themen Werte, Selbstwert und (Selbst-)Wertschätzung. Die Trainerin startete mit der Gruppe mit einer gemeinsamen Definition von Werten und eröffnete eine Gesprächsrunde zu der Frage, welches heute die wichtigsten Werte in der Pflege seien. Der Transfer auf die eigene Person erfolgte mit Hilfe eines „Expresso-Coaches“ zu eigenen Werten (s. Anhang 6.4.2), in dem zunächst eigene Werte definiert und anschließend die fünf wichtigsten priorisiert werden sollten. Diese wurden im Plenum vorgestellt und gemeinsam wurde diskutiert, inwiefern die eigenen Werte im beruflichen Alltag als lebbar empfunden würden, wo es Differenzen gäbe, was realistisch sei und was nicht. Ziel hierbei war es, das Bewusstsein über eigene Werte zu schärfen und die eigene Realitätsakzeptanz zu erweitern. Es folgte eine gemeinsame Definition des Begriffes Selbstwert und wie sich ein hoher von einem niedrigen Selbstwert bei der eigenen Person in Fühlen, Denken und Verhalten unterscheidet und wodurch er sich bei anderen Personen erkennen bzw. vermuten lasse.

In Einzelarbeit erarbeitete jede Teilnehmerin anschließend eine Selbsteinschätzung des eigenen Selbstwertes in bestimmten Situationen mit Hilfe des Arbeitsblattes „Mein Selbstwert und Selbstbewusstsein“ (s. Anhang 6.4.2). Im Plenum wurden diese gemeinsam reflektiert und berufliche Situationen besprochen, in denen der Selbstwert als sehr hoch bzw. sehr niedrig empfunden wurde. Im Weiteren wurde gemeinsam über mögliche Gründe hierfür diskutiert sowie über Möglichkeiten, das Gefühl eines hohen Selbstwertes zu verstärken bzw. zu verankern. Selbstverständnis, Souveränität und Selbstbewusstsein wurden hier praktisch zum Thema gemacht.

Den inhaltlichen Abschluss der zweiten Einheit stellte die Selbst-Wertschätzung dar. Gemeinsam wurde überlegt, welche Formen und Ausdrücke von Selbst-Wertschätzung es gäbe und wie sich die einzelnen Teilnehmerinnen selbst Wertschätzung schenken. Als konkrete Hausaufgabe wurden die Teilnehmerinnen gebeten, bis zur nächsten Einheit

mindestens dreimal den folgenden Satz in ihr kleines Hausaufgaben-Buch (bereits in der ersten Einheit erhalten) zu schreiben und jeweils zu ergänzen: „Heute bin ich stolz auf mich, weil...“. Nach Diskussion weiterer Fragen und Anmerkungen folgte die Abschlussrunde, in der jede Teilnehmerin kurz ihr Befinden äußerte und auf Nachfrage der Trainerin zudem bereits eine erste Vervollständigung von „Heute bin ich stolz auf mich, weil...“ benannte. Die Trainerin bedankte sich bei den Teilnehmerinnen für die engagierte Teilnahme, nannte kurz Termin und Inhalt der nächsten Einheit und verabschiedete sich (s. Tab. 41).

**Tabelle 41: Inhalte und Methodik der zweiten Trainingseinheit.**

Inhalte	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrüßung und Start                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befindersrunde</li> <li>○ Nachbesprechung „Hausaufgabe“</li> <li>○ Klärung offener Punkte vom letzten Modul</li> <li>○ Vorstellung der Inhalte heute</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion im Plenum</li> <li>• Vorstellung mittels Flipcharts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input: 12-Stufen-Modell der Burnout-Prävention                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorstellung Modell und Inhalte</li> <li>○ Vertiefung einzelner Inhalte, gemeinsame Definition</li> <li>○ Diskussion (welche Inhalte wann für wen am wichtigsten?), wo eigene Stärken und zu verbessernde Punkte</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vortrag / Input mittels Flipcharts</li> <li>• Gruppenarbeit im Plenum</li> <li>• Diskussion im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werte                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gemeinsame Definition</li> <li>○ Was sind heute in der Pflege die wichtigsten Werte?</li> <li>○ Eigene Werte: Meine fünf wichtigsten Werte</li> <li>○ Eigene Werte: „Soll-Ist-Differenz“</li> <li>○ Lebbarkeit im beruflichen Alltag (Realitätsakzeptanz)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming in der Gruppe</li> <li>• Einzelarbeit: „Expresso-Coach Werte“, Vorstellung im Plenum</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwert                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gemeinsame Definition</li> <li>○ Wie äußert sich bei Personen hoher bzw. niedriger Selbstwert? Welche Unterschiede gibt es je im Fühlen, Denken, Verhalten etc.?</li> <li>○ Selbsteinschätzung (Hintergründe, Bewusstheit, Verankerung)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming in der Gruppe</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> <li>• Einzelarbeit: „Reflexion Selbstwert und Selbstbewusstsein“, Vorstellung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wertschätzung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gemeinsame Definition</li> <li>○ Selbst genutzte Maßnahmen der Wertschätzung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming in der Gruppe</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hausaufgabe“: „Heute bin ich stolz auf mich, weil...“ (mind. 3x bis zum nächsten Modul ins Büchlein eintragen)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussrunde, inkl. „Heute bin ich stolz auf mich, weil...“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback im Plenum</li> </ul>

Die **Ziele der zweiten Trainingseinheit** waren u.a.:

- Kennenlernen eines Modells zur Burnout-Prävention
- Werteklarheit und Realitätsakzeptanz lebbarer Werte
- Bewusstmachen des eigenen Selbstwertes und Selbstbewusstseins
- Wertschätzung der eigenen Person

**Trainingseinheit 3.** Die dritte Trainingseinheit beschäftigte sich mit den Themen Stress, Erholung und Achtsamkeit. Wie üblich wurde mit einer Befindensrunde gestartet, in der neben dem Wohlbefinden und besonderen Ereignissen der letzten Wochen auch die Hausaufgabe der zweiten Trainingseinheit thematisiert wurde. Nachdem offene Fragen geklärt und Inhalte sowie Vorgehen der neuen Einheit vorgestellt waren, startete die Trainerin mit einem kurzen Input sowie einer Definition zum Thema Stress. Nach kurzer Diskussion darüber erhielten die Teilnehmerinnen je eine persönliche Stress-Karte, in der eigene Stressoren eingezeichnet werden sollten (s. Anhang 6.4.2). Der individuellen Bearbeitung folgte im Plenum das Sammeln verschiedener Beispiele von Stressoren sowie zugehörige Stressreaktionen. Nach dem anschließenden Zusammentragen möglicher Maßnahmen zur Stressreduktion benannte jede Teilnehmerin noch einmal individuell, wo sie zur persönlichen Stressreduktion ansetzen würde. Für das anschließende Themenfeld Erholung und Ruhe begann die Trainerin wiederum mit einem kurzen Input, bei dem sie u.a. das Phasenmodell der Erholung von Allmer (1996, S. 56 f.) vorstellte. Gemeinsam wurde die Bedeutung von Erholung diskutiert sowie deren Umsetzbarkeit und die bisherige persönliche Umsetzung im Alltag. Um sich vorhandener, eigener Erholungs- und Ruhe-Ressourcen bewusst zu machen, bekamen die Teilnehmerinnen erneut einige Kärtchen für ihre Ressourcen-Schatzkiste, auf die sie Antworten auf die konkrete Fragestellung „*Was tue ich bereits für meine Erholung und Ruhe?*“ notieren sollten. Es folgte die Vorstellung der persönlichen Ressourcen im Plenum und eine Diskussion weiterer möglicher Ruhe-Anker. Inhaltlich abschließend wurde in dieser Einheit eine Definition von Achtsamkeit vorgestellt.

Nach kurzer Diskussion über den Begriff und dessen Bedeutung leitete die Trainerin die Teilnehmerinnen zu einer Achtsamkeits-Übung an, die sie gemeinsam durchführten (Bergner, 2011, S. 178). Es folgte eine kurze Reflexion und die Beantwortung noch offener Fragen oder Anmerkungen. Die Hausaufgabe der dritten Einheit lautete, in den nächsten Wochen mindestens drei konkrete Situationen bewusster Entspannung, Ruhe oder Achtsamkeit zu dokumentieren. In der Abschlussrunde beschrieben die Teilnehmerinnen erneut ihr Befinden mit der Einheit und allgemein. Die Trainerin bedankte sich und verwies auf Termin und Inhalt der nächsten Einheit. Die Inhalte und Methoden der dritten Trainingseinheit sind in nachfolgender Tabelle 42 zusammengefasst.

**Tabelle 42: Inhalte und Methodik der dritten Trainingseinheit.**

Inhalte	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrüßung und Start                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befindersrunde</li> <li>○ Nachbesprechung „Hausaufgabe“</li> <li>○ Klärung offener Punkte vom letzten Modul</li> <li>○ Vorstellung der Inhalte heute</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion im Plenum</li> <li>• Vorstellung mittels Flipcharts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was bedeutet Stress? Definition nach Lazarus</li> <li>○ Was sind meine Stressoren? Meine persönliche Stress-Karte</li> <li>○ Sammlung von Beispielen für Stressoren und zugehöriger Stressreaktionen</li> <li>○ Sammlung möglicher Maßnahmen zur Stressreduktion (Wo möchte jeder einzelne ansetzen?)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Einzelarbeit: „Meine Stress-Karte“, Vorstellung im Plenum</li> <li>• Gruppenarbeit im Plenum</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erholung und Ruhe                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorstellung Phasenmodell der Erholung</li> <li>○ Diskussion der Bedeutung und Relevanz von Erholung</li> <li>○ Was habe bzw. tue ich für meine Erholung und Ruhe? (für Ressourcenschatzkiste)</li> <li>○ Diskussion möglicher individueller Ruhe-Anker</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vortrag / Input mittels Flipcharts</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> <li>• Einzelarbeit: Meine Erholungs- und Ruhe-Ressourcen (vorher: Aushändigung neuer Karten für Ressourcen-Schatzkästchen), Vorstellung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achtsamkeit                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorstellung Definition nach Bergner</li> <li>○ Diskussion</li> <li>○ Kennenlernen Basis Übung Achtsamkeit</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> <li>• Durchführung Achtsamkeits-Übung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hausaufgabe“: 3x bis zum nächsten Modul bewusste Entspannung, Ruhe oder Achtsamkeit dokumentieren</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussrunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback im Plenum</li> </ul>

Die **Ziele der dritten Trainingseinheit** waren u.a.:

- Kennenlernen der Definition von Stress nach Lazarus
- Bewusstmachen eigener Stressoren, Stressreaktionen, deren Beeinflussbarkeit sowie Maßnahmen zur persönlichen Stressreduktion
- Kennenlernen des Phasenmodells der Erholung
- Bewusstmachen und Visualisierung eigener Erholungs- und Ruhe-Ressourcen
- Praktisches Kennenlernen einer Achtsamkeits-Übung

**Trainingseinheit 4.** Die Themen Beziehung, Nähe und Distanz, Grenzen, Nein-sagen und Selbstbehauptung standen im Fokus der vierten Trainingseinheit. Wie gewohnt wurde mit einer Befindersrunde und der Reflexion der Hausaufgabe gemeinsam gestartet. Die

Trainerin stellte im Anschluss Inhalte und Ablauf des aktuellen Moduls vor und begann dies mit einem kurzen Input zu emotionaler Intelligenz, Mitgefühl und Mitleid sowie Empathie. Nach kurzer Diskussion der Begriffe unter dem Kontext Beziehungen und Beziehungskompetenz erstellten die Teilnehmerinnen unter Anleitung der Trainerin gemeinsam ein Schaubild darüber, zu welchen Personengruppen sie im beruflichen Kontext Beziehungen eingingen. Es folgte ein Meinungs austausch über Beziehungskompetenz in Bezug auf das Schaubild, bevor die Teilnehmerinnen je eine individuelle Beziehungskarte erstellten, die sie im Plenum kurz vorstellten (s. Anhang 6.4.2).

Im Folgenden wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, die empfundene Nähe bzw. Distanz zu den im gemeinsamen Schaubild definierten Berufsgruppen einzuzeichnen. Dabei wurden mögliche Differenzen zwischen Ist- und Soll-Zustand emotionaler Nähe bzw. Distanz diskutiert. Es folgte ein kurzer Input zu Grenzen, Selbstschutz und klarer Kommunikation. Auch das Modell der „Non violent communication“ von Rosenberg (2012) wurde vorgestellt und Formulierungen mit diesem Modell von allen ausprobiert. Im Plenum folgte eine Diskussion, was Grenzen sind und wie diese klar, konkret und konsequent gezogen werden können. Die Teilnehmerinnen erhielten weitere Karten für ihr Ressourcen-Schatzkästchen mit der Aufgabe, eigene Grenzen aufzuschreiben.

Nach einer kurzen Vorstellung dieser in der Gruppe empfangen die Teilnehmerinnen den in dieser Einheit letzten Input zu den Themen Nein-sagen, Selbstbehauptung und Delegation. Es wurden zwei Partner-Übungen durchgeführt, in denen die Teilnehmerinnen zum einen eine konkrete Bitte formulieren sollten und zum anderen mit wiederholter, klarer Aussage sich selbst behaupten sollten (s. Anhang 6.4.2). Nach einer kurzen Reflexion und der Beantwortung noch offener Fragen folgte die Information zur Hausaufgabe: Ein konkreter Vorsatz sollte gefasst und bereits in der Abschlussrunde benannt werden, wozu bzw. zu wem die Teilnehmerinnen in den kommenden Wochen Nein sagen wollten. Eine konkrete Nachfrage würde im nächsten Modul folgen. In der Abschlussrunde beschrieben die Teilnehmerinnen ihr Befinden. Die Trainerin bedankte sich für die aktive Teilnahme, gab einen kurzen Ausblick auf Termin und Inhalt des folgenden Moduls und verabschiedete die Teilnehmerinnen. Die nachfolgende Tabelle 43 zeigt Inhalte und Methoden der vierten Trainingseinheit in der Übersicht.

**Tabelle 43: Inhalte und Methodik der vierten Trainingseinheit.**

Inhalte	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrüßung und Start                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befindersrunde</li> <li>○ Nachbesprechung „Hausaufgabe“</li> <li>○ Klärung offener Punkte vom letzten Modul</li> <li>○ Vorstellung der Inhalte heute</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion im Plenum</li> <li>• Vorstellung mittels Flipcharts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungen und Beziehungskompetenz                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Input: Emotionale Intelligenz, Mitgefühl vs. Mitleid, Empathie</li> <li>○ Zu wem habe ich im beruflichen Kontext Beziehungen?</li> <li>○ Was heißt Beziehungskompetenz? (allgemein und individuell)</li> <li>○ Erstellung einer individueller „Beziehungskarte“</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Gruppenarbeit im Plenum (Auflistung beruflicher Beziehungen)</li> <li>• Brainstorming in der Gruppe</li> <li>• Einzelarbeit: „Meine Beziehungen“, Vorstellung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nähe und Distanz                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nähe und Distanz zu beruflichen Bezugsgruppen (s.o.)</li> <li>○ Differenzen zwischen Ist- und Soll-Zuständen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenarbeit im Plenum, individuelle und gemeinsame Visualisierung</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Input: Grenzen, Selbstschutz und klare Kommunikation</li> <li>○ Input: Non violent communication</li> <li>○ Was sind Grenzen? Wie ziehe ich klar, konkret und konsequent Grenzen?</li> <li>○ Wie ziehe ich Grenzen? (für Ressourcenschatzkiste)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inputs mittels Flipchart</li> <li>• Brainstorming in der Gruppe</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> <li>• Einzelarbeit: Meine Grenzen, Vorstellung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein-sagen und Selbstbehauptung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Input: Delegation</li> <li>○ Bitten lernen in Theorie und Praxis</li> <li>○ Selbstbehauptung in Theorie und Praxis</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipchart</li> <li>• Input „Bitten lernen“ in Kopie</li> <li>• Partner-Übung: Bitte aussprechen (mit Partner zu echtem eigenen Thema)</li> <li>• Partner-Übung: Schallplatte mit Sprung (mit Partner zu echtem eigenen Thema)</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hausaufgabe“: Wozu bzw. zu wem will ich Nein sagen? (Vorsatz wird notiert und Erfolg beim nächsten Modul abgefragt)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussrunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback im Plenum</li> </ul>

Die Ziele der vierten Trainingseinheit waren u.a.:

- Reflexion des eigenen Nähe- und Distanz-Verhaltens im Kontext privater und beruflicher Beziehungen (Soll-Ist-Differenzen erkennen, eigenes „Wunsch-Soll“ definieren)
- Bewusstmachen der eigenen Grenzen und Visualisierung dieser
- Kennenlernen und Ausprobieren von Übungen zur gewaltfreien Kommunikation, Nein-sagen, Abgrenzung und Selbstbehauptung

**Trainingseinheit 5.** In der fünften Trainingseinheit sollten die Themen Rollen und Ziele, Erwartungen und Realität besprochen und diskutiert werden. Gestartet wurde mit einer Befindersrunde sowie einer gemeinsamen Reflexion der Hausaufgabe. Nachdem Inhalte und Ablauf des Trainings vorgestellt worden waren, gab die Trainerin einen kurzen Input zu den zwei Burnout-Theorien der enttäuschten Rollenerwartungen von Lauderdale (1982) und den verfehlten Lebensplänen nach Freudberger (Freudberger & Richelson, 1980, S. 34). Es folgte eine Diskussion über Rollen, welche die Teilnehmerinnen im beruflichen Kontext einnahmen. Als Arbeitsauftrag definierte anschließend jede ihre persönlichen (maximal 12) Rollen bzw. „Lebenshüte“, priorisierte diese nach Wichtigkeit und kennzeichnete sie in Bezug auf das Wohlbefinden in dieser Rolle mit unterschiedlichen Symbolen. In der Diskussion wurde zudem über das Fehlen erwünschter Rollen sowie über das mögliche Streichen nicht angenehmer Rollen gesprochen.

Im folgenden Trainings-Teil ging es um das Thema Erwartungen. Gemeinsam wurden die Erwartungen gesammelt, die die Teilnehmerinnen vor ihrer Berufsausbildung an ihren Beruf gehabt hatten. Auch die Erwartungen anderer an sie bzw. ihre Berufsgruppe der Pflege (Patienten, Angehörige, Ärzte, Gesellschaft u.a.) wurden gesammelt. Es folgte eine Diskussion, welche der eigenen Erwartungen in der Realität wiederzufinden waren und welche der Erwartungen anderer von den Teilnehmerinnen erfüllt und welche nicht erfüllt werden wollten. Der anschließende Input vertiefte das Thema Ziele. Dabei wurden die sogenannten Haltungsziele nach dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM; Storch & Krause, 2010, S. 171) vorgestellt sowie unterschiedliche Zielbereiche nach Bergner (2011, S. 264). Mit Hilfe von zwei Arbeitsblättern aus dem Zürcher Ressourcen Modell formulierten die Teilnehmerinnen je ein Haltungsziel zur persönlichen Burnout-Prävention (s. Anhang 6.4.2). Im Plenum stellten die Teilnehmerinnen ihre Ziele kurz vor und definierten mit Hilfe der Trainerin ein zugehöriges Symbol als Anker. Zudem wurde auch dieses Ziel auf einer neuen Karte für das Ressourcen-Schatzkästchen visualisiert.

Die Hausaufgabe lautete, das Symbol zu verorten, so dass das gesetzte Ziel im Alltag präsent bleiben konnte. Optional sollte ein weiteres Haltungsziel für den beruflichen Kontext definiert werden. In Hinblick auf die nachfolgende, letzte Trainingseinheit erfragte die Trainerin Wünsche nach Vertiefungen besprochener Inhalte und ggf. zusätzlichen Themen. Nach Klärung abschließender Fragen beschrieben die Teilnehmerinnen in der Abschlussrunde ihr Befinden in Bezug auf das Training und im Allgemeinen. Es folgte der Dank der Trainerin, der Ausblick auf Termin und Inhalt des nächsten Trainings und die Verabschiedung der Teilnehmerinnen. Eine Übersicht findet sich in nachfolgender Tabelle 44.

**Tabelle 44: Inhalte und Methodik der fünften Trainingseinheit.**

Inhalte	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrüßung und Start                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befindersrunde</li> <li>○ Nachbesprechung „Hausaufgabe“</li> <li>○ Klärung offener Punkte vom letzten Modul</li> <li>○ Vorstellung der Inhalte heute</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion im Plenum</li> <li>• Vorstellung mittels Flipcharts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Theorien zu Burnout                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Input zu Theorien von Lauderdale und Freudenberger</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Diskussion in Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was sind Rollen? Welche Rollen gibt es?</li> <li>○ Was habe ich für Rollen bzw. „Lebenshüte“?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming in der Gruppe</li> <li>• Einzelarbeit (jeder Blanko-Blatt in zwölf Teile, Rollen darauf schreiben, mit ☺ / ☹ bzgl. Wohlfühlen und Priorisierung kennzeichnen), Vorstellung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was waren eigene berufsbezogene Erwartungen vor der Berufsausbildung?</li> <li>○ Was sind die Erwartungen anderer? (Patienten, Angehörige, Ärzte u.a.)</li> <li>○ Welche Erwartungen will ich erfüllen, welche nicht?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion in Plenum</li> <li>• Gruppenarbeit im Plenum, gemeinsame Visualisierung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziele                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Haltungsziele nach ZRM</li> <li>○ Mögliche Zielbereiche</li> <li>○ Was ist Ziel für meine Burnout-Prävention?</li> <li>○ Übersicht ZRM</li> <li>○ Symbole und Anker</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Einzelarbeit: ZRM – Eigenes Ziel, Vorstellung im Plenum</li> <li>• Input mittels Kopie (ZRM – Übersicht)</li> <li>• Gruppenarbeit im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hausaufgabe“: Eignes Symbol verorten optional ein berufliches Haltungsziel definieren</li> <li>• Ausblick auf Modul 6: Welche Inhalte zusätzlich oder vertiefend sind gewünscht?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussrunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback im Plenum</li> </ul>

Die **Ziele der fünften Trainingseinheit** waren u.a.:

- Gefestigte Rollensicherheit (erwünschte und unerwünschte Rollen kennen)
- Erhöhtes Gefühl der Selbstbestimmung (eigene vs. fremde Rollen und Erwartungen differenzieren)
- Erweiterte Zielerkenntnis (Überprüfung eigener Ziele, Kennenlernen wohlgeformter Haltungsziele)
- Formulierung eines Haltungszieles zur eigenen Burnout-Prävention

**Trainingseinheit 6.** Das sechste Modul stellte die letzte Einheit des Trainings dar. Inhaltlich sollte auf Wunsch der Teilnehmerinnen das Thema Selbstwert vertieft werden. Die Trainerin hatte zudem eine Vertiefung des Themas Ressourcen, die bereits im ersten Modul Inhalt waren, geplant, sowie eine ausführliche gemeinsame Reflexion des gesamten Trainings. Auch die letzte Einheit startete mit der Reflexion der Hausaufgabe und einer Befindersrunde aller Teilnehmerinnen, bevor die Trainerin einen kurzen Überblick über Inhalte und Ablauf der Einheit gab. Zum Thema Selbstwert und Selbstwertschätzung führten die Teilnehmerinnen angelehnt an eine These zu Burnout und Selbstwert von Bergner (2011, S. 79) eine Diskussion. Dann bekamen sie den Auftrag, eine eigene Selbstwertschätzung zu dem Thema „Ich bin es wert...“ mit Hilfe eines Arbeitsblattes zu erarbeiten (s. Anhang 6.4.2). Die Übung wurde im Plenum kurz reflektiert.

Für die Vertiefung zum Thema Ressourcen verteilte die Trainerin weitere Karten und bat alle Teilnehmerinnen, für jede der anderen Teilnehmerinnen Karten mit deren potentiell wahrgenommenen Stärken und Ressourcen zu schreiben, die optional auch für die Ressourcen-Schatzkästchen genutzt werden konnten. Die Karten wurden geschrieben und umgedreht auf den Stuhl der entsprechenden Person gelegt. Auch auf diese Übung folgte eine kurze gemeinsame Reflexion. Nach dem nun abgeschlossenen inhaltlichen Teil des Trainings bekamen die Teilnehmerinnen ihren Fragebogen und füllten diesen zusammen mit einem zusätzlichen Feedback-Bogen einzeln aus (zweiter Messzeitpunkt  $t_1$ ).

Im Anschluss erfolgten im Plenum eine kurze Befindersrunde zu der aktuellen Einheit und eine ausführliche Reflexion des gesamten Trainings. Die Trainerin bedankte sich bei allen Teilnehmerinnen sehr herzlich für die gemeinsame Arbeit und übergab jeder Teilnehmerin persönlich eine Mappe mit einer Foto-Dokumentation des Trainings und ein Geschenk als Dankeschön. Sie gab einen Ausblick auf den dritten Befragungszeitpunkt im Dezember 2014 sowie auf die Vorstellung der Ergebnisse nach Abschluss der Studie im Haus. Dann verabschiedete sich die Trainerin von jeder Teilnehmerin. Die Inhalte und Methoden der sechsten Trainingseinheit fasst die nachfolgende Tabelle 45 zusammen.

**Tabelle 45: Inhalte und Methodik der sechsten Trainingseinheit.**

Inhalte	Methodik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrüßung und Start                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befindensrunde</li> <li>○ Nachbesprechung „Hausaufgabe“</li> <li>○ Klärung offener Punkte vom letzten Modul</li> <li>○ Vorstellung der Inhalte heute</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion im Plenum</li> <li>• Vorstellung mittels Flipcharts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwert und Selbstwertschätzung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ These zu Burnout und Selbstwert</li> <li>○ Eigene Selbstwertschätzung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input mittels Flipcharts</li> <li>• Diskussion im Plenum</li> <li>• Einzelarbeit: „Ich bin es wert...“, Vorstellung im Plenum</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen (Vertiefung)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fremdwahrnehmung eigener Ressourcen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Arbeit im Plenum: jeder notiert Stärken und Ressourcen der anderen Personen auf Karten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen post</li> <li>• Schriftliches Feedback</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelarbeit: Fragebögen für alle Teilnehmerinnen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschlussrunde                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reflexion: Was habe ich gelernt? Was nehme ich mit?</li> <li>○ Dank der Trainerin</li> <li>○ Ausblick (weiterer Fragebogen, Ergebnisse)</li> <li>○ Verabschiedung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausführliches Feedback im Plenum</li> <li>• Aushändigung von Foto-Dokumentation des Trainings, Kopie „Als ich mich selbst zu lieben begann“ und Geschenk</li> </ul>

Die **Ziele der sechsten Trainingseinheit** waren u.a.:

- Vertiefendes Bewusstmachen und Wertschätzung des eigenen Selbstwertes
- Fremdeinschätzung zu eigenen Ressourcen und Stärken erhalten und anderen schenken
- Selbstreflexion der im Training erlernten Aspekte

Um den in Kapitel 1.6 dargestellten Anforderungen des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells zur Gesundheitsförderung gerecht zu werden, ist in der folgenden Tabelle 46 noch einmal zusammenfassend dargestellt, welche der Module die vier im Modell genannten Ebenen bearbeiten, um so eine möglichst umfassende Prävention zu ermöglichen.

**Tabelle 46: Einordnung der Trainings-Module ins systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (2001).**

Anteile des systemischen Ressourcen-Anforderungs-Modells	Entsprechende Module im Training
Interne Anforderungen	Modul 5: Rolle und Ziele, eigene Erwartungen und Realität
Externe Anforderungen	Modul 4: Beziehungskompetenz, Nähe, Distanz und Grenzen
Interne Ressourcen	Module 2 und 3: Werte, Selbstwert und Selbst-Wertschätzung, Achtsamkeit und Erholung
Externe Ressourcen	Module 1 und 6: Ressourcen-Arbeit <i>Zusätzlich:</i> Das Training und die Teilnehmer / Kollegen als externe Ressource nutzen

### 3.2.4 Quantitative Datenerhebung – Messinstrumente

Im Folgenden werden alle verwendeten Erhebungsinstrumente beschrieben. Nach der Reihenfolge der auch im Fragebogen verwendeten Skalen wird zuerst auf den Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) von Jack (2007) eingegangen. Im Anschluss werden die Burnout-Screening-Skalen (BOSS) von Hagemann und Geuenich (2009), das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) von Schaarschmidt und Fischer (2006) und die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS) von Schütz und Sellin (2006) vorgestellt. Eine Übersicht der eingesetzten Messinstrumente bietet die nachfolgende Tabelle 47. Der komplette Fragebogen der Hauptstudie ist dem Anhang 6.3.2 zu entnehmen.

**Tabelle 47: Übersicht der eingesetzten Messinstrumente, deren Autoren, der verwendeten Skalen und zugehöriger Item-Anzahl.**

<b>Messinstrument</b>	<b>Autoren (Jahr)</b>	<b>Verwendete Skalen</b>	<b>Itemanzahl</b>
Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	Jack (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeit</li> </ul>	9 Items  <i>Gesamt: 9 Items</i>
Burnout-Screening-Skalen (BOSS)	Hagemann und Geuenich (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Beschwerden (BOSS II)</li> </ul>	10 Items  <i>Gesamt: 10 Items</i>
Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)	Schaarschmidt und Fischer (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verausgabungsbereitschaft</li> <li>• Distanzierungsfähigkeit</li> </ul>	6 Items 6 Items  <i>Gesamt: 12 Items</i>
Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)	Schütz und Sellin (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik</li> <li>• Leistungsbezogene Selbstwertschätzung</li> </ul>	5 Items 5 Items  <i>Gesamt: 10 Items</i>

### **3.2.4.1 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)**

Die gesamte Darstellung des Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten findet sich in Kapitel 2.3.3. Während in der Vorstudie die Subtests „Coping“ und „Selbstwirksamkeit“ Verwendung fanden, wurde in der Hauptuntersuchung ausschließlich der Subtest „Selbstwirksamkeit“ verwendet.

### **3.2.4.2 Burnout-Screening-Skalen (BOSS)**

Die gesamte Darstellung der Burnout-Screening-Skalen findet sich in Kapitel 2.3.2. Die verwendete Skala sowie zugehörige Items in Vor- und Hauptstudie sind identisch.

### **3.2.4.3 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)**

Das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster bietet eine differenzierte Selbsteinschätzung zu Verhalten und Erleben bezüglich der eigenen Arbeit und dient sowohl der personenbezogenen Intervention als auch der präventiven Begründung von Maßnahmen ganzer Arbeitsbereiche. Der Fragebogen wurde 2001 von Uwe Schaarschmidt und Andreas Fischer entwickelt. Die hier verwendete Fassung ist die dritte Auflage (2006). Vorrangiges Ziel dieses persönlichkeitsdiagnostischen Verfahrens ist es, Verhaltens- und Erlebensmuster

zu identifizieren, die einen Rückschluss auf gesundheitsförderliche sowie gesundheitsgefährdende Beanspruchungsverhältnisse zulassen. Hiervon wiederum hängt ab, ob berufliche Belastungen zu positiven oder negativen Beanspruchungsfolgen führen (Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 7). Dem Verfahren liegen das transaktionale Stress- und Coping-Konzept von Lazarus und verschiedene Ressourcen-Theorien zugrunde (u.a. Antonovsky, 1979; Udris, 1990, zitiert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 7.). Insgesamt besteht der AVEM aus elf faktorenanalytisch gewonnenen Subtests mit je sechs Items. Die Subtests können den Bereichen „Berufliches Engagement“, „Widerstandskraft“ und „Emotionen“ zugeordnet werden. In der nachfolgenden Tabelle 48 sind die Subskalen aufgezeigt und je kurz erläutert. Die auch im Fragebogen verwendeten Subskalen sind dabei fett gedruckt.

**Tabelle 48: Bereiche und Subtests des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 8).**

Bereiche	Subtests
Verausgabungsbereitschaft	• Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben)
	• Beruflicher Ehrgeiz (Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf)
	• <b>Verausgabungsbereitschaft</b> (Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen)
	• Perfektionsstreben (Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung)
	• <b>Distanzierungsfähigkeit</b> (Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit)
Widerstandskraft	• Resignationstendenz bei Misserfolgen (Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben)
	• Offensive Problembewältigung (Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen)
	• Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts)
Emotionen	• Erfolgserleben im Beruf (Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten)
	• Lebenszufriedenheit (Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation)
	• Erleben sozialer Unterstützung (Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit)

In der fünfstufigen Antwortskalierung gab es die Möglichkeit, zu den vorliegenden Aussagen mit *trifft völlig zu* (5), *trifft überwiegend zu* (4), *trifft teils / teils zu* (3), *trifft überwiegend nicht zu* (2) oder mit *trifft überhaupt nicht zu* (1) Stellung zu nehmen. In der nachfolgenden Abbildung 26 wird hierzu ein Beispielitem vorgestellt.



**Abbildung 26: Beispielitem des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006).**

Für zwei Nebenfragestellungen der Studie wurden die zwei Subtests „Verausgabebereitschaft“ und „Distanzierungsfähigkeit“ ausgewählt. Deren zugehörige Items werden in der Tabelle 49 dargestellt.

**Tabelle 49: Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und zugehörige Items des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 8).**

Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und Cronbachs Alpha	Items
Verausgabebereitschaft (ver, $\alpha = .87$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.</li> <li>• Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung.</li> <li>• Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.</li> <li>• Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.</li> <li>• Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.</li> <li>• In der Arbeit verausgabe ich mich stark.</li> </ul>
Distanzierungsfähigkeit (dis, $\alpha = .90$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen.</li> <li>• Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme.</li> <li>• Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.</li> <li>• Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit.</li> <li>• Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag.</li> <li>• Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit.</li> </ul>

**Gütekriterien.** Für die elf Subtests des AVEM wurden die Reliabilitäten für zwei Stichproben erfasst ( $N = 301$  und  $N = 2160$ ). Hinsichtlich der durch Cronbachs Alpha gemessenen internen Konsistenzen zeigten sich insgesamt mittlere bis gute Werte im Bereich von  $.78 \leq \alpha \leq .90$ . Der Validitätsnachweis des AVEM erfolgte unter anderem mittels Faktorenanalyse sowie der fast ausnahmslos hohen Trennschärfen der Items. Eine zuverlässige und veränderungssensitive Messung konnte gewährleistet werden, und auch der wiederholte Einsatz des Verfahrens ist erlaubt, um beispielsweise interventionsbedingte Modifikationen abzubilden (Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 5).

### 3.2.4.4 Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)

Die Multidimensionale Selbstwertkala wurde 2005 von Astrid Schütz und Ina Sellin als deutschsprachige Adaptation der „Multidimensional Self-Concept Scale“ von Fleming und Courtney (1984) entwickelt. Die Skala besteht aus sechs Subskalen, die selbstbezogene

Beschreibungen und Bewertungen beinhalten und sich sowohl in ihrer dichotomen bzw. polytomen Form als auch inhaltlich und formal unterscheiden. Theoretisch fußt der hier verwendete Begriff der Selbstwertschätzung auf den Definitionen von Baumeister (1998) und Coopersmith (1967), die Selbstwertschätzung als subjektive Beurteilung des eigenen Wertes definieren, welche wiederum auf den Einschätzungen bezüglich Fähigkeiten, Bedeutsamkeit, Erfolgen und allgemeiner Würde beruht (Schütz & Sellin, 2006, S. 10 f). Schütz und Sellin (2006) betonen zudem, dass Selbstwertschätzung als Persönlichkeitseigenschaft angesehen werden kann und üblicherweise zeitlich eine hohe Stabilität aufweist. Dennoch sei eine Beeinflussung innerhalb der verschiedenen Facetten der Selbstwertschätzung einer Person möglich. Als unbestritten hingegen wird die Relevanz der positiven Einstellung der eigenen Person gegenüber als wichtiger Bestandteil psychischer Gesundheit diskutiert (Schütz & Sellin, 2006). Innerhalb der MSWS können vier Subtests inhaltlich der allgemeinen Selbstwertschätzung zugeordnet werden, zwei weitere der körperbezogenen Selbstwertschätzung. Sie beinhalten je zwischen fünf und sieben Items. Eine Übersicht aller Subtests der MSWS sowie deren Inhalte stellt die nachfolgende Tabelle 50 dar.

**Tabelle 50: Subtests der MSWS und deren Inhalte (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006, S. 34 f.).**

<b>Übergeordnete Skalen</b>	<b>Bereiche</b>	<b>Inhalte</b>
Allgemeine Selbstwertschätzung	Emotionale Selbstwertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allgemeine Selbstakzeptanz, Selbstzufriedenheit, positive Einstellung sich selbst gegenüber</li> </ul>
	Soziale Selbstwertschätzung – Sicherheit im Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohlbefinden im sozialen Kontakt, geringe Hemmungen im Umgang mit Anderen</li> </ul>
	<b>Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unabhängigkeit von Meinungen Anderer, eigene Überzeugung, dass Andere eigene Person wertschätzen und Leistung anerkennen</li> </ul>
	<b>Leistungsbezogene Selbstwertschätzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Überzeugung eigener fachlicher Kompetenz, Überzeugung, fachlichen Aufgaben gewachsen zu sein</li> </ul>
Körperbezogene Selbstwertschätzung	Selbstwertschätzung physische Attraktivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, Überzeugung eigener Attraktivität</li> </ul>
	Selbstwertschätzung Sportlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zufriedenheit mit sportlichen Fähigkeiten, Sicherheit bei sportlichen Aktivitäten</li> </ul>

Innerhalb der Multidimensionalen Selbstwertkala werden zwei unterschiedliche Antwortformate verwendet. Innerhalb des Intensitätsformats (IF) werden die einzelnen Fragen auf einer siebenstufigen Antwortskalierung mit *gar nicht (1)* bis *sehr (7)* beantwortet, während innerhalb des Häufigkeitsformats (HF) eine ebenfalls siebenstufige Einschätzung

von *nie* (1) bis *immer* (7) erfolgt. Zwei Beispielitems veranschaulichen diese Formate in den folgenden Abbildungen 27 und 28.

Sind Sie mit Ihren Leistungen im Beruf zufrieden?	<input type="radio"/>						
	1 gar nicht	2	3	4	5	6	7 sehr

**Abbildung 27: Beispielitem Intensitätsformat der MSWS (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006).**

Wie häufig machen Sie sich Sorgen darüber, was andere von Ihnen denken?	<input type="radio"/>						
	1 nie	2	3	4	5	6	7 immer

**Abbildung 28: Beispielitem Häufigkeitsformat der MSWS (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006).**

Die verwendeten Subtests, deren zugehörige Abkürzungen sowie die je zuzuordnenden Items finden sich in der nachfolgenden Tabelle 51.

**Tabelle 51: Verwendete Subtests, Abkürzungen und Items der MSWS (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006).**

Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und Cronbachs Alpha	Items
Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik (ssw, $\alpha = .87$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie sehr machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere Leute Sie als Versager ansehen? (IF)</li> <li>Wie sehr beschäftigt oder beunruhigt es Sie, wenn Sie sich vorstellen, dass andere vielleicht eine negative Meinung von Ihnen haben? (IF)</li> <li>Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, dass jemand Ihre Arbeit kritisieren könnte? (HF)</li> <li>Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere gerne mit Ihnen zusammen sind? (HF)</li> <li>Wie häufig machen Sie sich Sorgen darüber, was andere von Ihnen denken? (HF)</li> </ul>
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung (lsw, $\alpha = .75$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sind Sie mit Ihren Leistungen im Beruf zufrieden? (IF)</li> <li>Zweifeln Sie an Ihren fachlichen Fähigkeiten? (IF)</li> <li>Wie häufig haben Sie das Gefühl, wirklich gute Arbeit geleistet zu haben, nachdem Sie eine Arbeit abgeschlossen haben? (HF)</li> <li>Wie häufig sind Sie überzeugt von den Leistungen, die Sie in Ihrer Arbeit erbracht haben? (HF)</li> <li>Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie anspruchsvollen Aufgaben nicht gewachsen sind? (HF)</li> </ul>

**Gütekriterien.** Bei der durch Cronbachs Alpha gemessenen internen Konsistenzen konnten befriedigende bis gute Werte im Bereich von  $.75 \leq \alpha \leq .87$  verzeichnet werden ( $N = 453$ ). Mittels faktorenanalytischer Untersuchungen konnte zudem der Validitätsnachweis der MSWS erbracht werden. Darüber hinaus wurden noch wenige weitere quantitative Daten erhoben, die an anderer Stelle ausgewertet werden.

### 3.2.5 Qualitative Datenerhebung

Um neben den quantitativen auch qualitative Daten zu erheben, wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, die im Folgenden aufgezeigt werden.

**Offene Frage im Fragebogen.** Am Schluss des Fragebogens wurde zwecks Generierung qualitativer Daten von Experimental- und Kontrollgruppe über alle drei Messzeitpunkte folgende offene Frage gestellt: *„Was ist für Sie das Wichtigste, das Sie zu Ihrer eigenen Burnout-Prävention tun?“*

**Befindersrunden vor den Trainingseinheiten.** Um Kenntnis über den Transfer-Erfolg und das Befinden in den Wochen zwischen den Trainingseinheiten zu erfassen, startete jedes Modul mit einer kurzen Befindersrunde. Die Teilnehmerinnen wurden hier offen befragt, wie es ihnen in den vergangenen Wochen ergangen war und inwiefern sie Gelegenheit gehabt hatten, sich mit den Hausaufgaben oder weiteren Inhalten aus dem Training zu beschäftigen. Da im ersten Modul die Begrüßung, Vorstellung und Einleitung stattfand, starteten die Befindersrunden zu Beginn der zweiten Trainingseinheit. Die Antworten wurden von der Verfasserin dieser Arbeit per Gedächtnisprotokoll aufgenommen.

**Befindersrunde nach den Trainingseinheiten.** Am Ende jeder Trainingseinheit wurde innerhalb der Experimentalgruppe in einer Abschlussrunde das Befinden allgemein und mit der vorausgegangenen Trainingseinheit reflektiert. Die Trainerin stellte hierbei je folgende Fragen: *„Wie geht es Ihnen jetzt?“* und *„Was nehmen Sie von heute mit?“* Nach der letzten Trainingseinheit erfolgte eine ausführlichere Befindersrunde, in der die Fragen *„Wie geht es Ihnen mit dem Training insgesamt?“* und *„Was ist für Sie das Wichtigste, was Sie aus dem Training für sich mitnehmen?“* ergänzt wurden. Die Antworten der Teilnehmerinnen wurden auch hier je per Gedächtnisprotokoll aufgenommen.

**Schriftliches Feedback zum Trainings-Abschluss.** Zum Abschluss des Trainings ( $t_1$ ) wurden der Experimentalgruppe drei zusätzliche, schriftliche Fragen in Bezug auf das erlebte Training und dessen subjektiv empfundene Wirksamkeit gestellt (s. Anhang 6.3.3):

- 1.) *Was ist für Sie das Spannendste / der wichtigste Inhalt / die größte Erkenntnis, welche/s Sie aus dem Training für sich persönlich mitnehmen?*
- 2.) *a) Als wie wirkungsvoll schätzen Sie das Training für die Prävention von Burnout ein? Geben Sie eine Prozentzahl von 0 - 100% an (0% = gar nicht wirkungsvoll, 100% = absolut wirkungsvoll).*  
*b) Für wie langfristig umsetzbar schätzen Sie das Erlernte ein?*
- 3.) *Was würden Sie für weitere Burnout-Präventions-Trainings empfehlen? In Bezug auf Inhalte, Umfang, Dauer, Didaktik etc.*

**Interviews mit einer Probandin.** Zu allen drei Messzeitpunkten wurde mit einer Probandin der Experimentalgruppe ein halbstandardisiertes Interview geführt (s. Anhang 6.3.4). Geplant waren Interviews mit zwei Probandinnen. Da die zweite Probandin jedoch ab dem dritten Trainings-Modul krankheitsbedingt ausfiel, wurde das mit ihr zum ersten Messzeitpunkt geführte Interview an anderer Stelle ausgewertet und in dieser Studie nicht weiter berücksichtigt.

### **3.2.6 Versuchsdurchführung**

In dem folgenden Kapitel wird die genaue Durchführung der Untersuchung aufgezeigt. Zunächst wird auf die vor Beginn getroffenen Vorbereitungen eingegangen. Im Anschluss daran werden die Bedingungen während der Datenerhebungen zu den drei Messzeitpunkten beschrieben sowie der konkrete Ablauf während der Untersuchung. Die gesamte Untersuchung wurde von der Verfasserin dieser Arbeit Dina Loffing vorbereitet, begleitet und durchgeführt.

#### **3.2.6.1 Vorbereitungen**

Bereits im Mai 2013 erfolgte die erste Kontaktaufnahme zur DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V. und dem zugehörigen Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum. Sowohl die Vorsitzende der Schwesternschaft und Geschäftsführerin des Krankenhauses Frau Oberin Egen als auch die Pflegedirektorin Frau Pomorin zeigten sich von vornherein äußerst interessiert an der Durchführung des Trainings in ihrem Hause. In einem persönlichen Gespräch am 09. Juni 2013 in Lübeck wurde zunächst das geplante Training inhaltlich und methodisch vorgestellt. Nach einer gemeinsamen Diskussion über mögliche Teilnehmerinnen, Gruppengrößen und den zeitlichen Rahmen von Trainings und Datenerhebungen waren sich die Beteiligten schnell über die Durchführung der Untersuchung im Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum einig. Im Verlaufe

des zweiten Halbjahres 2013 erfolgten weitere Gespräche, in denen Informationen ausgetauscht und organisatorische Rahmenbedingungen geklärt wurden. Die Weitergabe der Informationen über das Burnout-Präventions-Training sowie die Rekrutierung bzw. Auflistung der freiwilligen Teilnehmerinnen erfolgte durch die Pflegedirektorin Frau Pomorin bzw. die Pflegedirektion.

### **3.2.6.2 Erhebungsbedingungen und Versuchsablauf**

**Zeitraum der Erhebung.** Die gesamte Untersuchung erstreckte sich über 12 Monate von Januar 2014 bis Dezember 2014. Das Burnout-Präventions-Training wurde über sechs Monate von Januar bis Juli 2014 durchgeführt. Zu Beginn des Trainings (Januar 2014, prae /  $t_0$ ), zum Ende des Trainings (Juli 2014, post /  $t_1$ ) sowie sechs Monate nach Beendigung des Trainings (Dezember 2014, follow-up /  $t_2$ ) fanden die Datenerhebungen der Experimentalgruppe statt. Die drei Datenerhebungen der Kontrollgruppe fanden je im gleichen Zeitraum statt.

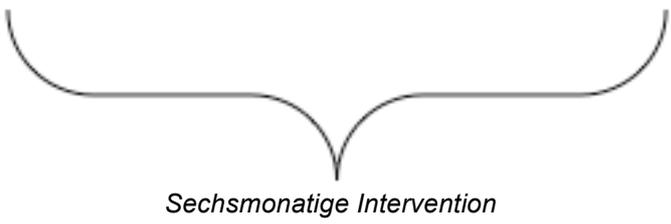
**Erster Messzeitpunkt.** Die Erhebung zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) erfolgte für die Experimentalgruppe im Rahmen der ersten Trainingseinheit. Unmittelbar nach einer kurzen Vorstellung über Inhalte und Ziele des Projektes erhielten die Teilnehmerinnen ihren Fragebogen. Innerhalb des Seminarraumes konnten sie sich einen Platz suchen, an dem sie den Fragebogen ungestört ausfüllen konnten. Nach der Beendigung wurden die Bögen auf dem Tisch der Trainerin ungeordnet gesammelt. Die Fragebögen für die Kontrollgruppe wurden der Pflegedirektorin Frau Pomorin in offenen DIN A4 Umschlägen gesendet. Sie sorgte für die Verteilung der Fragebögen auf den Stationen. Die Bedingungen, wann, wo und in welchem Umfeld die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe ihre Fragebögen ausfüllten, sind nicht bekannt. Die Rückgabe erfolgte zur Wahrung der Anonymität in dem verschlossenen Umschlag über den Umweg der Stationsleitung oder auf dem direkten Weg zurück zu Frau Pomorin, die die gesammelten Umschläge an die Verfasserin dieser Arbeit zurück sendete. Um die Motivation der für die Trainerin unbekanntes Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe zu steigern, wurden deren Umschläge zu allen drei Messzeitpunkten um ein handgeschriebenes „Danke“-post-it und eine Schokolade ergänzt.

**Zweiter Messzeitpunkt.** Die Erhebungsbedingungen des zweiten Messzeitpunktes ( $t_1$ ) sind mit den Erhebungsbedingungen des ersten Messzeitpunktes identisch. Einzig der Zeitpunkt der Erhebung innerhalb der Experimentalgruppe unterschied sich insofern, als dass die Erhebung nach dem inhaltlich abgeschlossenen Training des sechsten Moduls erfolgte.

**Dritter Messzeitpunkt.** Zum dritten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) erfolgte die Verteilung und Einsammlung aller Fragebögen für die Teilnehmerinnen der Experimental- und Kontrollgruppe über die Pflegedirektorin. Die Umschläge waren alle mit einem handgeschriebenen „Danke“-post-it und einer Schokolade versehen, die der Experimentalgruppe zusätzlich mit einem abnehmbarem post-it mit deren Namen, um die Zuordnung zu erleichtern. Die Rücksendung erfolgte wie geplant eine Woche nach Verteilung der Bögen. Ein Fragebogen wurde mit einer Woche Verzug persönlich an die Verfasserin dieser Arbeit zurück gesandt.

Für das Ausfüllen der Fragebögen gab es je Messzeitpunkt keine zeitliche Beschränkung. Die Interviews der einzelnen Probandin wurden ebenfalls zu den oben genannten Messzeitpunkten vor dem ersten Training, nach dem letzten Training und zu einem vereinbarten Termin zum dritten Messzeitpunkt durchgeführt (ebenfalls je im Seminargebäude). Tabelle 52 zeigt dies in der Übersicht.

**Tabelle 52: Übersicht der Versuchsdurchführung.**

	1. Messzeitpunkt ( $t_0$ )	2. Messzeitpunkt ( $t_1$ )	3. Messzeitpunkt ( $t_2$ )	
	 <p><i>Sechsmonatige Intervention</i></p>			
<b>Quantitative Datenerhebung</b>	Fragebogen aus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FERUS</li> <li>• BOSS</li> <li>• AVEM</li> <li>• MSWS</li> </ul> (EG & KG; N = 30)	Fragebogen aus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FERUS</li> <li>• BOSS</li> <li>• AVEM</li> <li>• MSWS</li> </ul> (EG & KG; N = 24)	Fragebogen aus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FERUS</li> <li>• BOSS</li> <li>• AVEM</li> <li>• MSWS</li> </ul> (EG & KG; N = 14)	
<b>Qualitative Datenerhebung</b>	Offene Frage im Fragebogen (EG & KG; N = 30)	Offene Frage im Fragebogen (EG & KG; N = 24)	Offene Frage im Fragebogen (EG & KG; N = 14)	
	Halbstandardisiertes Interview (EG; N = 1)	Halbstandardisiertes Interview (EG; N = 1)	Halbstandardisiertes Interview (EG; N = 1)	
	Sechsmalige Befindersrunde vor und nach den Trainings (EG; N = 8 bis 15)			
		Schriftliches Feedback zum Trainings-Abschluss (EG; N = 13)		

### 3.2.7 Statistische Auswertung

Nachfolgend wird in diesem Kapitel ausführlich die statistische Auswertung der eingegangenen Daten dargestellt. Nach der Beschreibung der Dateneingabe folgt die methodenbezogene Auswertung, bevor das Kapitel mit der Auswertung der einzelnen Testskalen schließt. Die gesamte Dateneingabe, -berechnung sowie die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS 20.1. Dabei wurden die erhobenen Daten sowohl deskriptiv als auch statistisch ausgewertet.

#### 3.2.7.1 Dateneingabe

Vor Eingabe der Testwerte wurde in SPSS eine Auswerteschablone erstellt. Hierbei wurden den einzelnen Variablen Namen gegeben und Variablen- und Wertelabels, Dezimalstellen etc. wurden definiert. Die Codes der einzelnen Fragebögen sowie demographische und weitere im Fragebogen erfasste Daten wurden für jede Probandin vor Eingabe der Testwerte in der Datenmatrix gespeichert. Die Eingabe der Daten erfolgte für alle drei Messzeitpunkte. Im Folgenden wird die Dateneingabe für jeden der verwendeten Fragebögen einzeln dargestellt.

**FERUS.** Die Beschreibung zur Dateneingabe des FERUS findet sich in Kapitel 2.6.1. In die Hauptuntersuchung ging jedoch ausschließlich der Subtest „Selbstwirksamkeit“ ein.

**BOSS.** Die Beschreibung zur Dateneingabe der Burnout-Screening-Skalen findet sich in Kapitel 2.6.1. Die verwendete Skala sowie zugehörige Items in Vor- und Hauptstudie sind identisch.

**AVEM.** Den 12 Aussagen des AVEM wurden zunächst Punktwerte von eins (*trifft überhaupt nicht zu*) bis fünf (*trifft völlig zu*) zugeordnet. Anschließend konnte der Summenwert, nachfolgend der Subtestmittelwert berechnet werden. Bei diesem Schritt mussten die Itemwerte des entsprechenden Subtests teilweise miteinander addiert, teilweise subtrahiert werden und meist abschließend mit einer festen Zahl als Gewichtung nochmals addiert werden.

**MSWS.** Den zehn Aussagen der MSWS wurden Punktwerte von eins (*gar nicht bzw. nie*) bis sieben (*sehr bzw. immer*) zugeordnet. Die Summen- bzw. Rohwerte wurden im Anschluss je Subtest berechnet. Mit Hilfe der Normtabellen konnten die T-Werte und Prozentränge abgelesen werden.

**Missing Data.** Bei keinem Fragebogen und zu keinem der drei Messzeitpunkte konnte ein fehlender Wert verzeichnet werden.

**Ausschluss.** Für den dritten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) ging ein Fragebogen ein, der in keinsten Weise mit einer Codierung der teilnehmenden Probandinnen der vorausgegangenen Messzeitpunkte in Verbindung gebracht werden konnte. Dieser Fragebogen wurde nicht berücksichtigt.

### 3.2.7.2 Methodenbezogene Auswertung

Für alle vier standardisierten Tests (FERUS, BOSS II, AVEM und MSWS) wurden die Reliabilität sowie die faktorielle Struktur berechnet. Dabei entsprachen die Werte der Reliabilität sowie der Faktorenanalysen den angelegten Kriterien (vgl. Kap. 2.6.2).

### 3.2.7.3 Auswertung der einzelnen Testskalen

Die Effekte der Haupt- und Nebenfragestellungen wurden mittels parametrischer Verfahren überprüft. Die Auswertungen erfolgten dabei auf Subtestebene.

**Deskriptive Analysen.** Im Rahmen der deskriptiven Analysen wurden für jeden Subtest Mittelwert, Standardabweichung, Varianz, Schiefe, Kurtosis, Minimum und Maximum berechnet. Die Tabellen der deskriptiven Berechnungen lassen sich dem Anhang 6.5 entnehmen. Alle errechneten Kennwerte wiesen entsprechend der Kriterien keine abnormalen Tendenzen auf (vgl. Bortz & Döring, 2002, S. 219 ff.).

**Statistische Verfahren für die Haupt- und Nebenfragestellungen.** Um den Einfluss der Intervention auf die Selbstwirksamkeit, die Verausgabungsbereitschaft, die soziale und die leistungsbezogene Selbstwertschätzung sowie die kognitiven Beschwerden zu überprüfen, wurde für jede Fragestellung eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen (ANOVA) durchgeführt. Die Signifikanzprüfung erfolgte dabei auf Basis eines Alphaniveaus von  $\alpha = .05$ . Aufgrund des explorativen Charakters der Nebenfragestellungen wurde auf eine Korrektur nach Bonferroni verzichtet. Die Tabelle 53 zeigt die statistischen Auswertungen aller Subtests in der Übersicht.

**Tabelle 53: Übersicht über statistische Auswertungen für alle Subtests.**

Messinstrument	Subtests	Datenanalyse
FERUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Statistiken</li> <li>• Reliabilitätsanalyse</li> <li>• Faktorenanalyse</li> <li>• Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen</li> </ul>
BOSS II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Beschwerden</li> </ul>	
AVEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verausgabungsbereitschaft</li> <li>• Distanzierungsfähigkeit</li> </ul>	
MSWS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Selbstwertschätzung – Umgang mit Kritik</li> <li>• Leistungsbezogene Selbstwertschätzung</li> </ul>	

### 3.2.8 Qualitative Auswertung

Die in unterschiedlicher Form qualitativ erhobenen Daten wurden je separat ausgewertet. Das hierbei gewählte Vorgehen wird im Folgenden beschrieben.

**Offene Frage im Fragebogen.** Die Antworten auf die offene Frage am Schluss des Fragebogens wurden zunächst für jeden der drei Messzeitpunkte je für die Experimental- und Kontrollgruppe verschriftlicht. Im weiteren Verlauf wurden sie mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) bearbeitet. Das konkrete Vorgehen mittels dieser Analyse wurde bereits in Kapitel 2.7 ausführlich dargestellt.

**Befindersrunden vor und nach den Trainingseinheiten.** Die Rückmeldungen aus den Befindersrunden wurden währenddessen in Stichworten von der Verfasserin dieser Arbeit protokolliert und unmittelbar im Anschluss als Gedächtnisprotokoll vervollständigt und ergänzt. Die Antworten aller Teilnehmerinnen wurden für jede Befindersrunde tabellarisch zusammengeführt. Sofern es inhaltlich die Möglichkeit dazu gab, wurden Häufigkeiten der gegebenen Rückmeldungen bestimmt. Anschließend wurden die Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen Trainingseinheiten miteinander verglichen (Hopf, 2007, S. 349 ff.).

**Schriftliches Feedback zum Trainings-Abschluss.** Das zum Ende des Trainings einmalig erhobene schriftliche Feedback der Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe wurde ebenso wie die offene Frage im Fragebogen verschriftlicht und mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) analysiert. Um bei der geringen Anzahl der Probandinnen einen größtmöglichen Erkenntnisgewinn zu erzielen wurde hierbei zugunsten eines niedrigen Abstraktionsniveaus entschieden und auf die zweite Reduktion verzichtet.

**Interviews mit einer Probandin / Einzelfallanalyse.** Die zu allen drei Messzeitpunkten geführten Interviews wurden mit der Zustimmung der Probandin auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert (s. Anhang 6.3.5). Die Satz- und Wortstrukturen wurden

hierbei nicht verändert. Die transkribierten Inhalte wurden mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) für jeden Zeitpunkt gesondert ausgearbeitet. Hierbei wurden Kategorien gebildet, deren Inhalte aus dem Material herausgefiltert und zusammengefasst. Die Kategorien orientierten sich an den Fragen des Interview-Leitfadens. Im Anschluss fand eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der einzelnen Messzeitpunkte statt. Dieses Vorgehen beschreibt auch Schmidt (2007, S. 448) zur Auswertung von Einzelfällen als ideal, während Bortz und Döring (2003, S. 323) Einzelfallstudien ergänzend als intensive Forschung bezeichnen, bei der die Komplexität eines Falles möglichst umfassend und detailliert erfasst werden sollte.

### 3.3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden alle Ergebnisse der vorliegenden Studie ausführlich dargestellt. Dabei werden zunächst die methodenbezogenen Ergebnisse (Reliabilität und faktorielle Struktur) für die verwendeten Tests beschrieben. Im zweiten Abschnitt werden die Hypothesen der Haupt- und Nebenfragestellungen anhand von einfaktoriellen Varianzanalysen und t-Tests geprüft sowie die Effektstärke durch Cohens  $d$ , bevor abschließend die qualitativen Ergebnisse sowie die Einzelfallanalyse dokumentiert werden.

#### 3.3.1 Methodenbezogene Ergebnisse

In diesem Kapitel steht die psychometrische Qualität der Messinstrumente im Vordergrund. Nacheinander werden für den FERUS, die BOSS II, den AVEM und die MSWS die jeweilige Reliabilität sowie die Ergebnisse der faktoriellen Berechnungen für alle in die Hauptstudie eingegangenen Subtests dargestellt.

##### 3.3.1.1 Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

**Reliabilität.** Im Zuge der Reliabilitätsanalyse wurde ein Wert von Cronbachs Alpha  $\alpha = .91$  für die neun Items der Skala „Selbstwirksamkeit“ berechnet. Dieser Wert kann als exzellent bezeichnet werden. In der nachfolgenden Tabelle 54 sind zusätzlich Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Trennschärfe ( $r_{it}$ ), Itemanzahl sowie Minimum und Maximum abgebildet.

**Tabelle 54:** Item- und Skalenwerte für den Subtest „Selbstwirksamkeit“ des FERUS ( $N = 25$ ).

Subtest	M	SD	Alpha ( $\alpha$ )	$r_{it}$	Itemanzahl	Min. - Max.
Selbstwirksamkeit	31.72	5.63	.91	.52 - .80	9	17 - 42

**Faktorielle Struktur.** Für die neun Items des FERUS wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Diese erfolgte zunächst als explorative Analyse, welche eine Zwei-Faktoren-Lösung mit einer Varianzaufklärung von 72,85% ergab. Daraufhin wurde eine weitere Faktorenanalyse mit einer Faktorenbeschränkung auf einen Faktor durchgeführt. Durch diese Struktur konnte ein Faktor mit einem Eigenwert  $> 1$  definiert werden, mit dem 59,40% der Varianz aufgeklärt werden konnte (s. Tab. 55).

**Tabelle 55: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der neun Items des FERUS für  $N = 25$  mit einer Beschränkung auf einen Faktor.**

Item <sup>(2)</sup>	F1	$h^2$
F_SW_55	<b>.86</b>	.73
F_SW_9	<b>.83</b>	.69
F_SW_51	<b>.81</b>	.65
F_SW_42	<b>.79</b>	.62
F_SW_36	<b>.78</b>	.60
F_SW_15	<b>.77</b>	.60
F_SW_30	<b>.74</b>	.55
F_SW_22	<b>.72</b>	.53
F_SW_2	<b>.61</b>	.37
Eigenwert <sup>(3)</sup>	5.35	
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	59.40	

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.  
<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.  
<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.  
F...Faktor;  $h^2$ ...Kommunalität.

### 3.3.1.2 Burnout-Screening-Skalen (BOSS)

**Reliabilität.** Im Zuge der Reliabilitätsanalyse ergab sich für die zehn Items der Skala „Kognitive Beschwerden“ ein ebenfalls exzellenter Wert von  $\alpha = .95$  (s. Tab. 56).

**Tabelle 56: Item- und Skalenwerte für den Subtest „Kognitive Beschwerden“ der BOSS II ( $N = 25$ ).**

Subtest	M	SD	Alpha ( $\alpha$ )	$r_{it}$	Item-anzahl	Min. - Max.
Kognitive Beschwerden	1.24	.94	.95	.69 - .89	10	0 - 4

**Faktorielle Struktur.** Die durchgeführte Hauptkomponentenanalyse replizierte die von Hagemann und Geuenich (2009) beschriebene Ein-Faktoren-Lösung. Dieser Faktor klärte eine Varianz von 72,50% auf (s. Tab. 57).

**Tabelle 57: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der zehn Items der BOSS II für  $N = 25$ .**

Item <sup>(2)</sup>	F1	$h^2$
B_KOG_6	<b>.91</b>	.83
B_KOG_7	<b>.90</b>	.81
B_KOG_9	<b>.90</b>	.81
B_KOG_1	<b>.88</b>	.78
B_KOG_3	<b>.86</b>	.75
B_KOG_4	<b>.85</b>	.72
B_KOG_5	<b>.84</b>	.70
B_KOG_2	<b>.82</b>	.67
B_KOG_10	<b>.80</b>	.64
B_KOG_8	<b>.74</b>	.55
Eigenwert <sup>(3)</sup>	7.52	
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	72.50	

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.

<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.

<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.  
F...Faktor;  $h^2$ ...Kommunalität.

### 3.3.1.3 Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

**Reliabilität.** Im Zuge der Reliabilitätsanalyse ergaben sich gute Werte von  $\alpha = .82$  und  $\alpha = .89$  für die 12 Items der Skalen „Distanzierungsfähigkeit“ und „Verausgabungsbereitschaft“, wie in der Tabelle 58 dargestellt.

**Tabelle 58: Item- und Skalenwerte für die Skalen „Distanzierungsfähigkeit“ und „Verausgabungsbereitschaft“ des AVEM ( $N = 25$ ).**

Subtest	M	SD	Alpha ( $\alpha$ )	$r_{it}$	Item-anzahl	Min. - Max.
Distanzierungsfähigkeit	21.68	7.52	.89	.07 - .31	6	12 - 29
Verausgabungsbereitschaft	16.88	4.45	.82	.32 - .78	6	7 - 25

**Faktorielle Struktur.** Für die 12 Items des AVEM wurde eine explorative Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Diese ergab eine Zwei-Faktoren-Lösung mit einer Varianzaufklärung von 64,71%. Zu berücksichtigen dabei ist, dass die Items 16 („*Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme.*“) und 49 („*Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag.*“) der Skala „Distanzierungsfähigkeit“ auf beiden Faktoren hoch luden, die höchste Ladung jedoch auf dem falschen Faktor zu verzeichnen war. Das Item 25 („*Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.*“) der Skala „Verausgabungsbereitschaft“ lud zudem auf dem falschen Faktor. Inhaltlich ist eine Vermischung der Aussagen der beiden Faktoren nachvollziehbar. Auch wenn die hier undifferenziert erscheinenden Items einmal

die kognitive und einmal die handlungsorientierte Facette der übermäßigen Beschäftigung mit Arbeit aufzeigen, so ist die Schnittmenge des gemeinsamen Inhalts dennoch groß (s. Tab. 59).

**Tabelle 59: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der 12 Items des AVEM für N = 25.**

Item <sup>(2)</sup>	F1	F2	h <sup>2</sup>	a <sub>1</sub> <sup>2</sup> /h <sup>2</sup>	a <sub>2</sub> <sup>2</sup> /h <sup>2</sup>
A_VER36	<b>.85</b>	-.26	.79	.91	.09
A_VER47	<b>.79</b>	-.08	.63	.99	≤.01
A_VER58	<b>.79</b>	<u>-.30</u>	.71	.88	.13
A_VER14	<b>.68</b>	<u>-.24</u>	.52	.89	.11
A_VER3	<b>.64</b>	.01	.41	.99	≤.01
A_VER25	.23	<b>-.55</b>	.36	.15	.84
A_DIS16r	<b>-.65</b>	<b>.60</b>	.78	.54	.46
A_DIS49r	<b>-.56</b>	<b>.47</b>	.53	.59	.42
A_DIS38	-.07	<b>.92</b>	.85	≤.01	.99
A_DIS27	-.21	<b>.91</b>	.87	.05	.95
A_DIS5	-.07	<b>.85</b>	.73	≤.01	.99
A_DIS60r	<b>-.47</b>	<b>.61</b>	.59	.37	.63
Eigenwert <sup>(3)</sup>	3.92	3.85			
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	32.63	32.08	64.71		

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.

<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.

<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.

F...Faktor; h<sup>2</sup>...Kommunalität; a<sup>2</sup>/h<sup>2</sup>...relativer Anteil der Ladungen an der Kommunalität.

### 3.3.1.4 Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS)

**Reliabilität.** Im Zuge der Reliabilitätsanalyse ergaben sich für die insgesamt zehn Items der Skalen „Leistungsbezogene Selbstwertschätzung“ und „Soziale Selbstwertschätzung“ Werte von  $\alpha = .80$  und  $\alpha = .93$  (s. Tab. 60). Diese Werte können als gut und exzellent bezeichnet werden.

**Tabelle 60: Item- und Skalenwerte für die Skalen „Leistungsbezogene Selbstwertschätzung“ und „Soziale Selbstwertschätzung“ der MSWS (N = 25).**

Subtest	M	SD	Alpha ( $\alpha$ )	r <sub>it</sub>	Item-anzahl	Min. - Max.
Soziale Selbstwertschätzung	24.68	7.52	.93	.75 - .84	5	6 - 33
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung	24.44	5.37	.80	.04 - .19	5	14 - 35

**Faktorielle Struktur.** Auch für die zehn Items der MSWS wurde zunächst eine Hauptkomponentenanalyse ohne Beschränkung durchgeführt. Diese ergab eine Drei-Faktoren-Lösung. Mit einer Beschränkung auf zwei Faktoren konnte eine Varianzaufklärung von 71,82% erreicht werden (s. Tab. 61). Lediglich das Item 28 („Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie anspruchsvollen Aufgaben nicht gewachsen sind?“) lud auf den ersten statt auf den zweiten Faktor. Inhaltlich kann angenommen werden, dass bei der Beantwortung dieser Frage die Erwartungen Anderer eine große Rolle gespielt haben könnten und somit auch die soziale Selbstwertschätzung Anteil haben könnte.

**Tabelle 61: Varimax-rotierte Ladungsmatrix<sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der zehn Items der MSWS für N = 25.**

Item <sup>(2)</sup>	F1	F2	h <sup>2</sup>	a <sub>1</sub> <sup>2</sup> /h <sup>2</sup>	a <sub>2</sub> <sup>2</sup> /h <sup>2</sup>
M_SSW7r	<b>.92</b>	.01	.85	.99	≤.01
M_SSW23r	<b>.86</b>	.11	.75	.99	.02
M_SSW25r	<b>.85</b>	<u>.33</u>	.83	.87	.13
M_SSW24r	<b>.81</b>	<b>.40</b>	.82	.80	.20
M_SSW6r	<b>.80</b>	.20	.68	.94	.06
M_LSW28r	<b>.70</b>	<u>.31</u>	.59	.83	≤.01
M_LSW26	-.01	<b>.93</b>	.87	≤.01	.99
M_LSW27	.17	<b>.86</b>	.77	.04	.96
M_LSW8	<b>.44</b>	<b>.61</b>	.57	.34	.65
M_LSW9r	<u>.32</u>	<b>.60</b>	.46	.22	.78
Eigenwert <sup>(3)</sup>	4.43	2.75			
Varianz (%) <sup>(3)</sup>	44.32	27.50	71.82		

Anmerkungen: <sup>(1)</sup> Ladungen mit  $.30 \leq a < .40$  sind unterstrichen, mit  $\geq .40$  fett gedruckt.

<sup>(2)</sup> Abkürzungen der Items.

<sup>(3)</sup> Eigenwerte und Varianzaufklärung für die unrotierte Ladungsmatrix.  
F...Faktor; h<sup>2</sup>...Kommunalität; a<sup>2</sup>/h<sup>2</sup>...relativer Anteil der Ladungen an der Kommunalität.

### 3.3.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung sowohl tabellarisch als auch grafisch dargestellt. Dabei werden zunächst die Ergebnisse der Hauptfragestellung beschrieben, im Anschluss alle Befunde der fünf Nebenfragestellungen. In den Tabellen der einfaktoriellen Varianzanalysen lassen sich die Freiheitsgrade (df), Prüfgrößen (F), Signifikanzen ( $p$ ) und je das partielle Omega<sup>2</sup> ( $\omega^2_p$ ) für die Haupteffekte „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie deren Interaktion ablesen. Zusätzlich sind die Mittelwerte und Standardabweichung für Experimental- und Kontrollgruppe je zum ersten, zweiten und dritten Messzeitpunkt tabellarisch dargestellt.

### 3.3.2.1 Ergebnisse der Hauptfragestellung – Effekte in der Selbstwirksamkeit

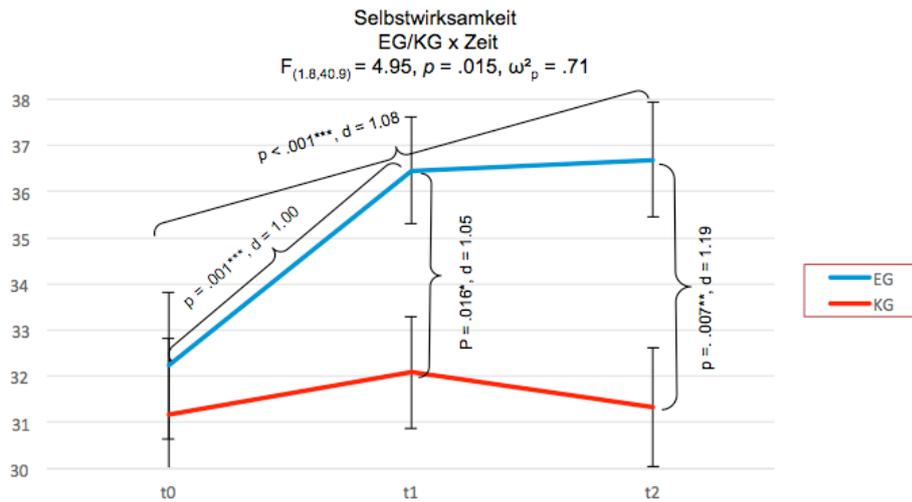
Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Hauptfragestellung ergab einen signifikanten Effekt der Interaktion von der experimentellen Bedingung und der Zeit auf die Selbstwirksamkeit ( $F_{(1,8,40,9)} = 4.95$ ,  $p = .015$ ,  $\omega^2_p = .71$ ). Durch den Interaktionseffekt wird der signifikante Haupteffekt der Zeit überlagert (s. Tab. 62).

**Tabelle 62: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Selbstwirksamkeit“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ).**

ANOVA	EG			KG			Faktoren			F	
	$t_0$	$t_1$	$t_2$	$t_0$	$t_1$	$t_2$	EG/KG df (1,23)	Zeit df (1,8,40,9)	EG/KG x Zeit df (1,8,40,9)		
<b>Selbst- wirk- samkeit</b>	M	32.23	36.46	36.69	31.17	32.08	31.33	4.20	7.85	4.95	
	SE	1.59	1.16	1.25	1.65	1.21	1.30	<u>.052</u>	<b>.002</b>	<b>.015</b>	p
								.113	.812	.714	$\omega^2_p$

**Paarweise abhängige Vergleiche.** Durch das Training verbesserte sich die Selbstwirksamkeit der Altenpflege- und Krankenpflegefachkräfte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt hochsignifikant ( $p = .001$ ,  $d = .99$ ). Dieser kurzfristige, große Effekt konnte mittelfristig gesteigert werden, so dass vom Beginn des Trainings zum Zeitpunkt der Katamnese 12 Monate später ein ebenfalls hochsignifikantes Ergebnis mit einem großen Effekt ( $p \leq .001$ ,  $d = 1.08$ ) berichtet werden konnte.

**Paarweise unabhängige Vergleiche.** Zu dem zweiten und dritten Messzeitpunkt zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe. So konnte die Experimentalgruppe zum zweiten Messzeitpunkt nach dem Training eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit aufweisen ( $p = .016$ ,  $d = 1.05$ ). Zum Zeitpunkt der Katamnese war die Selbstwirksamkeit weiterhin signifikant erhöht ( $p = .007$ ,  $d = 1.19$ ). Beide Ergebnisse wiesen eine große klinische Bedeutsamkeit auf (s. Abb. 29).



**Abbildung 29: Mittlere Verläufe der „Selbstwirksamkeit“ für die experimentelle Bedingung sowie die Zeit (N = 25).**

**Fazit.** Die Annahme, dass sich die Selbstwirksamkeit für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechsmonatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert, konnte im Zuge der Untersuchung bestätigt werden. Bereits unmittelbar nach dem Training verbesserte sich die Selbstwirksamkeit für die Teilnehmerinnen des Trainings. Auch im weiteren zeitlichen Verlauf konnten sie ihre Werte weiter verbessern. Es zeigten sich außerdem signifikante Unterschiede nach erfolgtem Training im Vergleich zu den Probandinnen der Kontrollgruppe, die im Zeitverlauf durch Verbesserungen der Selbstwirksamkeit bei den Trainings-Teilnehmerinnen weiter bestanden. Insgesamt kann von einem großen klinischen Effekt gesprochen werden, mit dem das vorliegende Training die Selbstwirksamkeit bedeutsam verbessern konnte.

### 3.3.2.2 Ergebnisse der ersten Nebenfragestellung – Effekte in der Distanzierungsfähigkeit

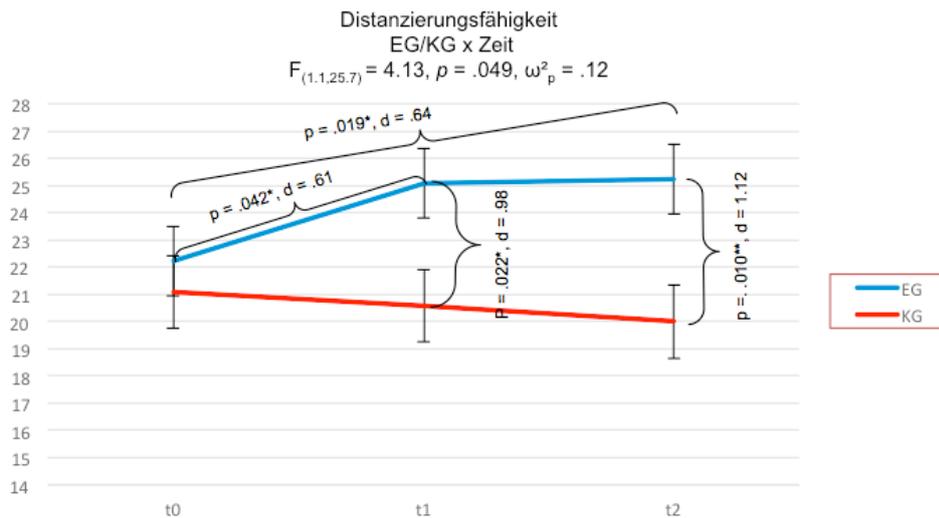
Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die erste Nebenfragestellung ergab signifikante Effekte der Distanzierungsfähigkeit in Wechselwirkung mit der experimentellen Bedingung und der Zeit sowie in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung ( $F_{(1,1,25,7)} = 4.13, p = .049, \omega^2_p = .12$ ). Der signifikante Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit wird dabei vom Interaktionseffekt überlagert (s. Tab. 63).

**Tabelle 63: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Distanzierungs-fähigkeit“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion (N = 25).**

ANOVA	EG			KG			Faktoren			F	
	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	EG/KG df (1,23)	Zeit df (1,1,25.7) (1.48,34)	EG/KG x Zeit df (1,1,25.7) (1.48,34)		
Distanzierungs-fähigkeit	M	22.23	25.08	25.23	21.08	20.58	20.00	4.92	1.36	4.13	F
	SE	1.28	1.27	1.30	1.34	1.32	1.35	.037	.259	.049	p
								.135	.016	.122	$\omega^2_p$

**Paarweise abhängige Vergleiche.** Bereits vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt konnte die Distanzierungs-fähigkeit der teilnehmenden Altenpflege- und Krankenpflegekräfte signifikant gesteigert werden ( $p = .042$ ,  $d = .61$ ). Dieser mittlere Trainingseffekt konnte mittelfristig gehalten werden, so dass sich auch zum Zeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ) ein signifikantes Ergebnis mit mittlerer Effektstärke darstellen ließ ( $p = .019$ ,  $d = .64$ ).

**Paarweise unabhängige Vergleiche.** Bereits unmittelbar nach dem Training ( $t_1$ ) zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ( $p = .022$ ,  $d = .98$ ), der sich im weiteren Verlauf zum dritten Messzeitpunkt noch einmal in einen hochsignifikanten Effekt steigerte ( $p = .010$ ,  $d = 1.12$ ). Zudem wiesen beide Ergebnisse eine große klinische Bedeutsamkeit auf. Die Werte der Experimentalgruppe zeigten sich auch in der 6-Monatskatamnese nach dem Training sehr stabil ( $t_1$ :  $M = 25.08$ ,  $SD = 1.27$ ;  $t_2$ :  $M = 25.23$ ,  $SD = 1.30$ ). Diesen Verlauf sowie die beschriebenen Effekte visualisiert die nachfolgende Abbildung 30.



**Abbildung 30: Mittlere Verläufe der „Distanzierungs-fähigkeit“ für die experimentelle Bedingung sowie die Zeit (N = 25).**

**Fazit.** Die Annahme, dass sich die Distanzierungs-fähigkeit für weibliche Altenpflege- und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert, konnte im Zuge der Untersuchung bestätigt werden. Die Distanzierungs-fähigkeit verbesserte sich für die Trainings-Teilnehmerinnen unmittelbar nach dem Training und konnte auch mittelfristig stabil aufrechterhalten werden. Insgesamt kann von einem großen klinischen Effekt gesprochen werden, wie sehr das Burnout-Präventions-Training die Distanzierungs-fähigkeit stärkt.

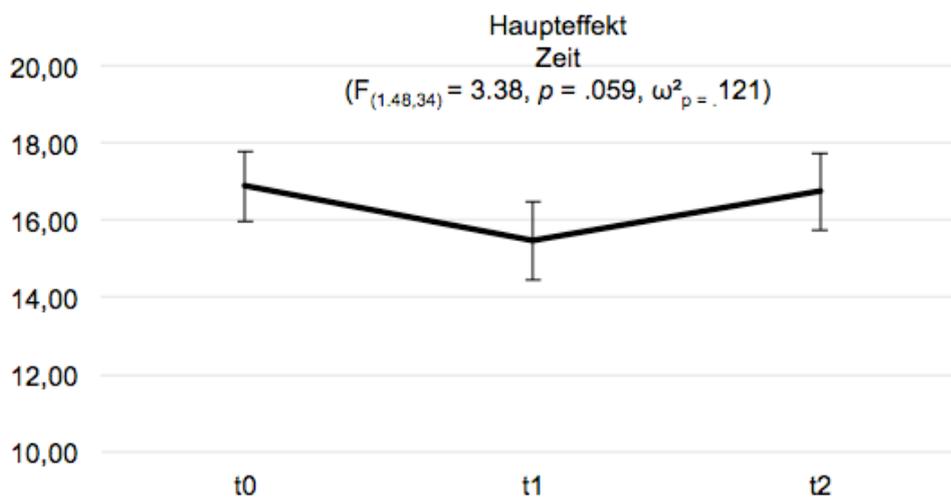
### 3.3.2.3 Ergebnisse der zweiten Nebenfragestellung – Effekte in der Verausgabungsbereitschaft

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die zweite Nebenfragestellung ergab eine tendenziell signifikante Veränderung in der Verausgabungsbereitschaft in Abhängigkeit der Zeit, jedoch keinen Interaktionseffekt ( $F_{(1,48,34)} = 1.41, p = .255, \omega_p^2 = .02$ ; s. Tab. 64).

**Tabelle 64: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Verausgabungsbereitschaft“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion (N = 25).**

ANOVA	EG			KG			Faktoren			F	
		t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	EG/KG df (1,23)	Zeit df (1.1,25.7) (1.48,34)		EG/KG x Zeit df (1.1,25.7) (1.48,34)
Verausgabungs- bereit- schaft	M	16.92	14.54	16.15	16.83	16.42	17.33	.29	3.38	1.41	
	SE	1.26	1.41	1.39	1.31	1.47	1.44	.594	.059	.255	p
								.029	.121	.023	ω <sup>2</sup> <sub>p</sub>

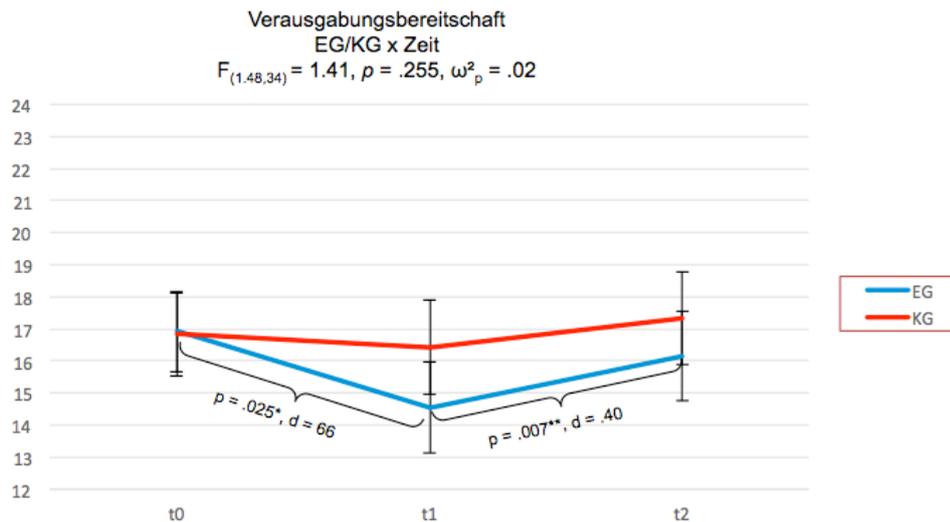
**Haupteffekt in Abhängigkeit der Zeit.** In Abhängigkeit der Zeit konnte für die Verausgabungsbereitschaft ein tendenziell signifikanter Effekt nachgewiesen werden, der hypothesengenerierend betrachtet wird ( $F_{(1.48,34)} = 3.38, p = .059, \omega^2_p = .121$ ). Vom zweiten (t<sub>1</sub>) zum dritten Messzeitpunkt (t<sub>2</sub>) zeigte sich eine signifikante Verschlechterung von kleiner Effektgröße ( $p = .012, d = .25$ ; s. Abb. 31).



**Abbildung 31: Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Verausgabungsbereitschaft“ für den tendenziellen Haupteffekt in Abhängigkeit Zeit.**

**Haupteffekt in Abhängigkeit der experimentellen Bedingung.** In Abhängigkeit der experimentellen Bedingung zeigte sich bezüglich der Verausgabungsbereitschaft kein signifikanter Effekt ( $F_{(1,23)} = .29, p = .594, \omega^2_p = .03$ ).

**Hypothesengenerierend** wurden paarweise Vergleiche für die nicht signifikante Interaktion angeschlossen, die ergaben, dass die Verausgabungsbereitschaft der Experimentalgruppe vom ersten ( $t_0$ ) zum zweiten ( $t_1$ ) Messzeitpunkt signifikant zunahm ( $p = .025$ ,  $d = .66$ ) und vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt signifikant abnahm ( $p = .007$ ,  $d = .40$ ). Die Zunahme während des Trainings wies dabei eine mittlere klinische Bedeutsamkeit auf, die Abnahme zur 6-Monatskatamnese eine kleine klinische Bedeutsamkeit (s. Abb. 32).



**Abbildung 32: Mittlere Verläufe der „Verausgabungsbereitschaft“ für die hypothesengenerierend berechnete Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“ (N = 25).**

**Fazit.** Die Annahme, dass sich die Verausgabungsbereitschaft für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert, konnte im Zuge der Untersuchung nicht bestätigt werden. In Abhängigkeit der Zeit zeigte sich ein tendenziell signifikanter Effekt, der im Verlauf zunächst niedrigere, zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese höhere Werte aufwies. Hypothesengenerierende Analysen zeigten kurzfristig eine Verbesserung, mittelfristig jedoch eine Verschlechterung in der Verausgabungsbereitschaft der Teilnehmerinnen.

### 3.3.2.4 Ergebnisse der dritten Nebenfragestellung – Effekte in der sozialen Selbstwertschätzung bzw. dem Umgang mit Kritik

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die dritte Nebenfragestellung ergab keine Effekte der sozialen Selbstwertschätzung bzw. im Umgang mit Kritik in Wechselwirkung mit der experimentellen Bedingung und der Zeit ( $F_{(1,24,28,4)} = .55$ ,  $p = .499$ ,  $\omega^2_p = .022$ ). Zudem konnten keine Haupteffekte der experimentellen Bedingung und der Zeit festgestellt werden (s. Tab. 65).

**Tabelle 65: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Soziale Selbstwertschätzung bzw. den Umgang mit Kritik“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion (N = 25).**

ANOVA	EG			KG			Faktoren			F	
	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	EG/KG df (1,23)	Zeit df (1.24,28.4) (1.25,28.84)	EG/KG x Zeit df (1.24,28.4) (1.25,28.84)		
<b>Soziale Selbstwertschätzung</b>	M	25.46	26.77	28.23	23.83	24.92	24.58	1.05	1.46	.55	F
	SE	2.12	1.69	1.60	2.20	1.76	1.67	.317	.243	.499	p
								.002	.022	.022	$\omega^2_p$

**Fazit.** Die Annahme, dass sich die soziale Selbstwertschätzung bzw. der Umgang mit Kritik für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechsmonatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert, konnte im Zuge der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden.

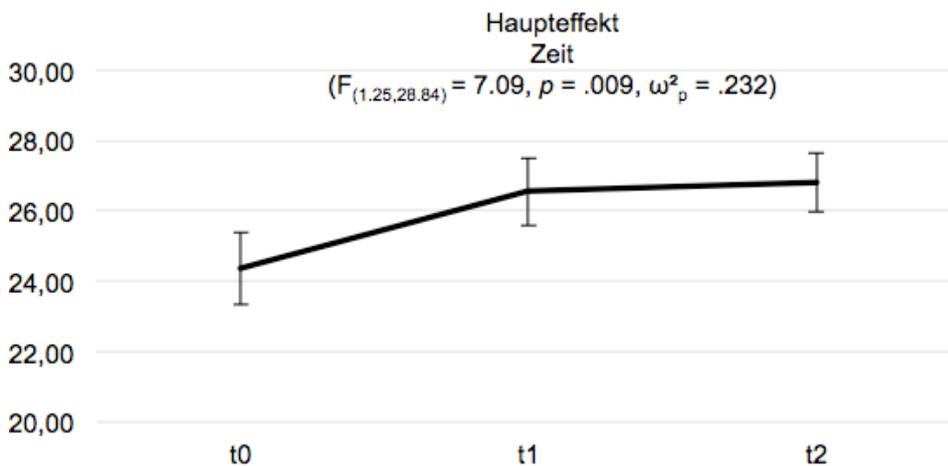
### 3.3.2.5 Ergebnisse der vierten Nebenfragestellung – Effekte in der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die vierte Nebenfragestellung ergab signifikante Effekte der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung in Abhängigkeit der experimentellen Bedingung ( $F_{(1,23)} = 6.69, p = .017, \omega^2_p = .185$ ) und der Zeit ( $F_{(1,25,28.84)} = 7.09, p = .009, \omega^2_p = .232$ ). Ein Interaktionseffekt zeigte sich nicht (s. Tab. 66).

**Tabelle 66: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Leistungsbezogene Selbstwertschätzung“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion (N = 25).**

ANOVA	EG			KG			Faktoren			F	
	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	EG/KG df (1,23)	Zeit df (1.24,28.4) (1.25,28.84)	EG/KG x Zeit df (1.24,28.4) (1.25,28.84)		
Leistungs- bezogene Selbst- wert- schätzung	M	26.23	29.08	29.00	22.50	24.00	24.58	6.69	7.09	.45	F
	SE	1.42	1.33	1.17	1.48	1.38	1.22	.017	.009	.550	p
								.185	.232	.028	$\omega^2_p$

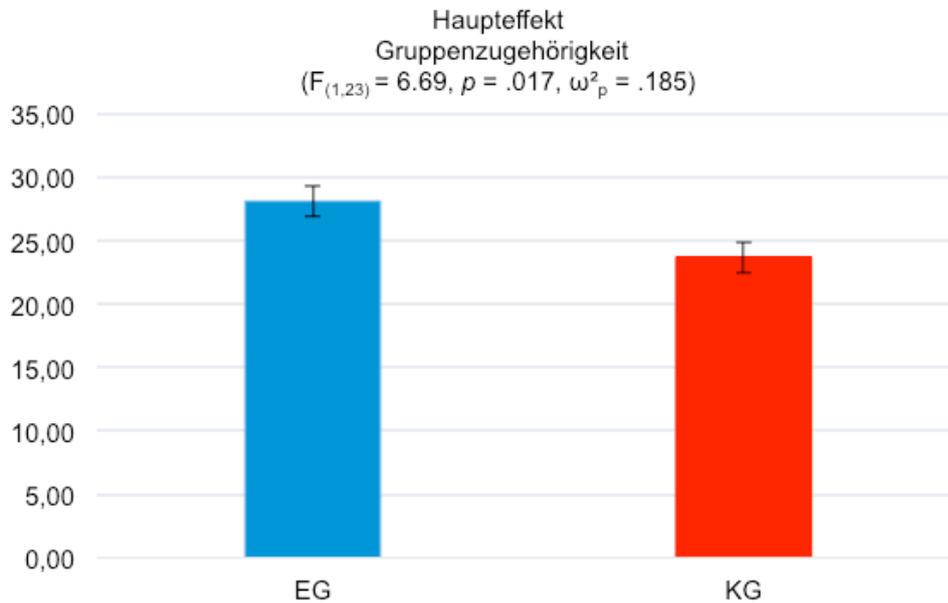
**Haupteffekt in Abhängigkeit der Zeit.** Für die leistungsbezogene Selbstwertschätzung in Abhängigkeit der Zeit konnte ein signifikanter Haupteffekt nachgewiesen werden. Die Verbesserung der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung zeigte sich sowohl im Vergleich vom ersten (t<sub>0</sub>) zum zweiten Messzeitpunkt (t<sub>1</sub>) mit einem kleinen Effekt ( $p = .049$ ,  $d = .423$ ) als auch vom ersten (t<sub>0</sub>) zum dritten Messzeitpunkt (t<sub>2</sub>) mit ebenfalls kleiner Effektstärke ( $p = .023$ ,  $d = .473$ ; s. Abb. 33).



**Abbildung 33: Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung“ für den Haupteffekt in Abhängigkeit der Zeit.**

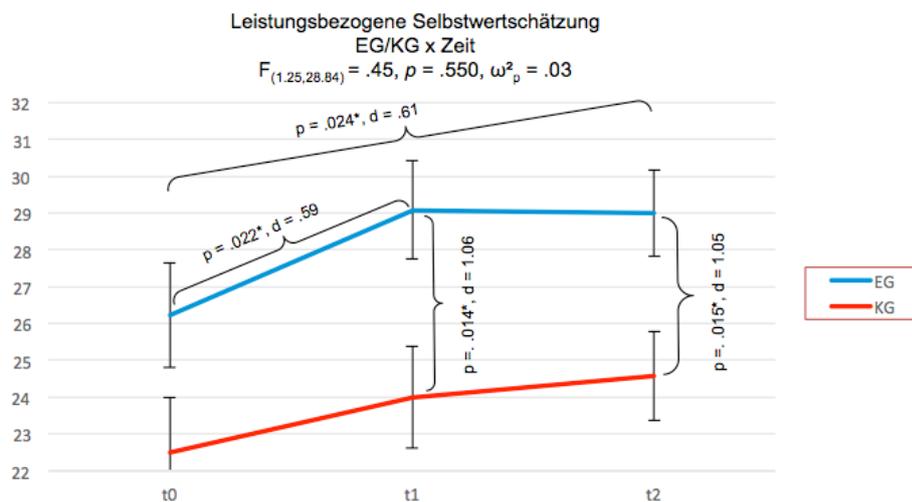
**Haupteffekt in Abhängigkeit der experimentellen Bedingung.** Auch für die leistungsbezogene Selbstwertschätzung in Abhängigkeit der experimentellen Bedingung wurde ein signifikanter Haupteffekt berechnet. Dabei wies die Experimentalgruppe eine

signifikant höhere leistungsbezogene Selbstwertschätzung auf als die Kontrollgruppe ( $p = .017$ ,  $d = 1.036$ ). Hierbei kann von einem großen Effekt gesprochen werden (s. Abb. 34).



**Abbildung 34: Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung“ für den Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit.**

**Hypothesengenerierend** ergaben sich bei den paarweisen Vergleichen der Interaktion von experimenteller Bedingung und Zeit kurzfristig ( $p = .022$ ,  $d = .59$ ) und mittelfristig ( $p = .024$ ,  $d = .61$ ) signifikante Verbesserungen der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung der TeilnehmerInnen sowie signifikante Unterschiede der experimentellen Bedingung zum Zeitpunkt der zweiten ( $p = .014$ ,  $d = 1.06$ ) und der dritten Messung ( $p = .015$ ,  $d = 1.05$ ; s. Abb. 35).



**Abbildung 35: Mittlere Verläufe der „Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung“ für die hypothesengenerierend berechnete Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“ ( $N = 25$ ).**

**Fazit.** Die Annahme, dass sich die leistungsbezogene Selbstwertschätzung für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert, konnte im Zuge der Untersuchung nicht bestätigt werden. Haupteffekte zeigten sich in Abhängigkeit der Zeit und der experimentellen Bedingung. Hypothesengenerierend zeigten die paarweisen Vergleiche der Interaktion der experimentellen Bedingung und der Zeit, dass die Teilnehmerinnen des Trainings kurz- und mittelfristig ihre leistungsbezogene Selbstwertschätzung verbessern konnten. Die Unterschiede zu den Werten der Kontrollgruppe waren zum Zeitpunkt der zweiten und dritten Messung signifikant höher.

### 3.3.2.6 Ergebnisse der fünften Nebenfragestellung – Effekte in der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden)

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die fünfte Nebenfragestellung zeigte eine tendenziell signifikante Veränderung der Skala der kognitiven Beschwerden in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung ( $F_{(1,23)} = 3.78, p = .064, \omega^2_p = .100$ ), jedoch keinen Interaktionseffekt ( $F_{(1.14,26.34)} = .24, p = .660, \omega^2_p = .036$ ; s. Tab. 67).

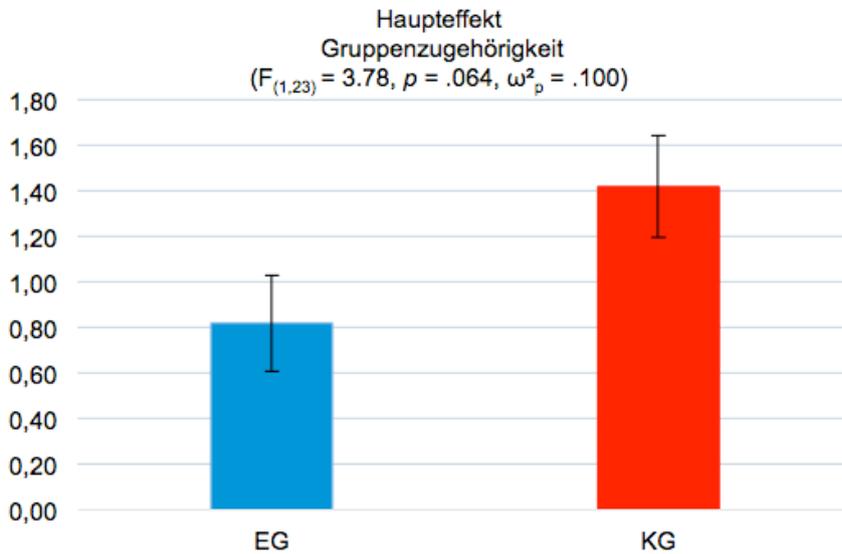
**Tabelle 67:** Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung der „Burnout-Gefährdung“ (kognitive Beschwerden) in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ).

ANOVA	EG			KG			Faktoren			F	
	$t_0$	$t_1$	$t_2$	$t_0$	$t_1$	$t_2$	EG/KG df (1,23)	Zeit df (1.14,26.34)	EG/KG x Zeit df (1.14,26.34)		
<b>Kognitive Beschwerden</b>	M	1.00	.72	.74	1.51	1.36	1.38	3.78	2.24	.24	F
	SE	.26	.22	.22	.27	.23	.23	.064	.144	.660	p
								.100	.053	.036	$\omega^2_p$

**Haupteffekt in Abhängigkeit der Zeit.** Für die kognitiven Beschwerden in Abhängigkeit der Zeit konnten keine Effekte aufgezeigt werden ( $F_{(1.14,26.34)} = 2.24, p = .144, \omega^2_p = .05$ ).

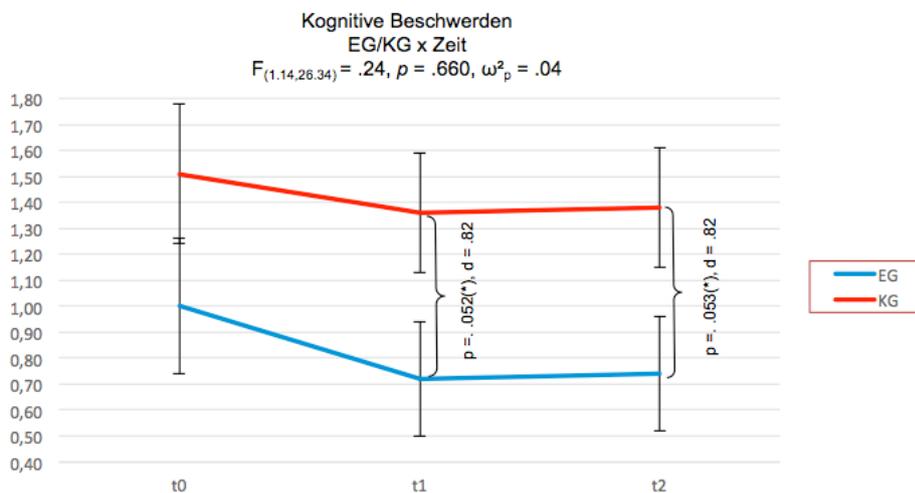
**Haupteffekt in Abhängigkeit der experimentellen Bedingung.** Für das Konstrukt der kognitiven Beschwerden in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit konnte ein tendenziell

signifikanter Effekt aufgezeigt werden ( $F_{(1,23)} = 3.78, p = .064, \omega^2_p = .100$ ). Die Experimentalgruppe wies tendenziell signifikant niedrigere Werte auf als die Kontrollgruppe ( $p = .064, d = .779$ ), wobei von einem mittleren Effekt gesprochen werden kann (s. Abb. 36).



**Abbildung 36: Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Burnout-Gefährdung“ (kognitive Beschwerden) für den Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit.**

**Hypothesengenerierend** ergaben die paarweisen Vergleiche der Interaktion von experimenteller Bedingung und Zeit tendenziell signifikante Unterschiede der experimentellen Bedingung zum Zeitpunkt der zweiten ( $p = .052, d = .82$ ) und der dritten Messung ( $p = .053, d = .82$ ; s. Abb. 37). Die kognitiven Beschwerden der Experimentalgruppe waren jeweils tendenziell signifikant niedriger unmittelbar nach und sechs Monate nach der Intervention als die Ausprägungen der Kontrollgruppe.



**Abbildung 37: Mittlere Verläufe der „Burnout-Gefährdung“ (kognitive Beschwerden) für die hypothesengenerierend berechnete Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“ (N = 25).**

**Fazit.** Die Annahme, dass sich die Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) für weibliche Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte nach einem sechs-monatigen Burnout-Präventions-Training in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit und Zeit kurz- und mittelfristig verändert, konnte im Zuge der Untersuchung nicht bestätigt werden. In Abhängigkeit der experimentellen Bedingung konnte sowohl unmittelbar nach dem Training als auch sechs Monate später eine positive Verbesserung der trainierten Teilnehmerinnen verzeichnet werden, womit ein mittlerer klinischer Effekt nachgewiesen werden konnte. Die hypothesengenerierenden Vergleiche zeigten tendenziell niedrigere Werte in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

### 3.3.3 Ergebnisse der qualitativen Daten

Im nun folgenden Teilabschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Forschungen vorgestellt. Dabei wird zunächst auf die Antworten der offenen Frage im Fragebogen eingegangen. Es folgt die Beschreibung der Befindensrunden je vor dem Training sowie nach dem Training, bevor die Auswertung der schriftlichen Frage der Experimentalgruppe zum Trainings-Abschluss dargestellt wird. Den Abschluss bildet die Beschreibung der Einzelfallanalyse.

#### 3.3.3.1 Offene Frage im Fragebogen

Um die Gedanken aller Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe sowie der Kontrollgruppe bezüglich individueller Maßnahmen zur Burnout-Prävention zu allen drei Messzeitpunkten evaluieren zu können, wurde am Ende des Fragebogens je folgende Frage gestellt: „*Was ist das Wichtigste, das Sie zu Ihrer eigenen Burnout-Prävention tun?*“, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden.

**Kategorien.** Nach je einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden folgende vier Kategorien herausgearbeitet, denen die Antworten zugeordnet werden konnten:

- Fokus Ich: Selbstmanagement
- Fokus Aktivität: Sport, Hobbies
- Fokus Sozial: Soziale Kontakte
- Fokus Entspannung: Entspannung und Ruhe

**Ergebnisse der Experimentalgruppe.** Bereits vor Beginn des Trainings ( $t_0$ ) lag der Fokus für die Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe auf Maßnahmen des Selbstmanagements.

Inhaltlich wurden hier die Selbstreflexion eigener Einstellungen, Verhaltensweisen und Erwartungen genannt, Zeit für sich selbst, Selbstfürsorge sowie Selbstschutz. Die zweithäufigsten Nennungen fanden sich im Fokus Aktivität, wo es um die aktive Gestaltung von Freizeit ging und um das Betreiben von Sport und aktiven Hobbies. Der Umfang der Nennungen in den Bereichen soziale Kontakte sowie Entspannung und Ruhe waren annähernd gleich verteilt. Dabei ging es im sozialen Fokus primär um Zeit, Reflexion und Austausch mit Partner, Familie und Freunden, während beim Fokus Entspannung Schlaf, Autogenes Training (AT) und weitere Formen von Ausgleich und Ruhe im Vordergrund standen. Zum zweiten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) unmittelbar nach dem sechs-monatigen Training blieben – diesmal mit großem Abstand – die meisten Nennungen im Fokus Selbstmanagement. Dabei gab es inhaltliche Ergänzungen der Teilnehmerinnen, u.a. bezogen auf das eigene Bewusstsein, Selbstakzeptanz, Selbstwertschätzung, Selbstfürsorge, Grenzen, Achtsamkeit sowie die Arbeit mit sich selbst. Der Fokus der sozialen Kontakte wurde durch das „Hören auf Freunde oder den Partner“ ergänzt, der Fokus Entspannung durch das Schaffen von Ruheinseln und Abschalten. Zum Zeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ) verteilten sich die Nennungen recht gleichmäßig auf die Bereiche Selbstmanagement, Soziales und Entspannung. Im Kontext Selbstmanagement stand wiederum die Selbstfürsorge aber auch der Schutz der eigenen Person im Vordergrund, der Kontext der sozialen Kontakte wurde um die Maßnahme „Konflikte gleich ansprechen“ ergänzt. Insgesamt zeigte sich bei den Teilnehmerinnen des Trainings das Bewusstsein, mit sich selbst zu arbeiten ebenso deutlich wie die Absicht, auf unterschiedliche Ressourcen unter Einbezug des sozialen Netzes zurückzugreifen. Eine Übersicht der inhaltlichen Nennungen sowie deren Häufigkeiten zeigt nachfolgend die Tabelle 68.

**Tabelle 68: Übersicht der Antworten auf die offene Frage zur Burnout-Prävention der Experimentalgruppe über alle drei Messzeitpunkte.**

Kategorien (Cluster)	Erster Messzeitpunkt (t <sub>0</sub> )	Zweiter Messzeitpunkt (t <sub>1</sub> )	Dritter Messzeitpunkt (t <sub>2</sub> )
Fokus Ich (Selbstmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstreflexion (Einstellung, Verhalten, Erwartungen)</li> <li>• Zeit für sich selbst</li> <li>• Selbstfürsorge / Selbstschutz (andere Meinungen nicht so wichtig nehmen, nicht immer 100% geben müssen, abschalten) (11)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sich selbst bewusst sein / Besinnung / Achtsamkeit</li> <li>• Sich selbst und Grenzen akzeptieren / eigenen Zeitdruck nehmen / Nein sagen</li> <li>• Sich selbst höher Wert schätzen / sich selbst Gutes tun</li> <li>• Körperliche Warnsignale verstehen / Gesundheit pflegen</li> <li>• Mit sich selbst arbeiten (12)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstreflexion (grünes Kästchen)</li> <li>• Selbstfürsorge / Selbstschutz (egoistisch sein, „Raucherpause“ in Stresssituationen, sich Gutes tun) (5)</li> </ul>
Fokus Sozial (Soziale Kontakte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit und Reflexion mit Partner</li> <li>• Zeit und Austausch mit Familie / Freunden (6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit und Austausch mit Familie / Freunden</li> <li>• Auf Freunde / Partner hören (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeit und Austausch mit Familie / Freunden</li> <li>• Partner</li> <li>• Konflikte gleich ansprechen (6)</li> </ul>
Fokus Entspannung (Ruhe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruhe / Entspannung / AT / Schlaf</li> <li>• Tag auf der Couch</li> <li>• Ausgleich (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seele baumeln lassen / Ruheinseln schaffen</li> <li>• Abschalten (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausschlafen</li> <li>• Abschalten (4)</li> </ul>
Fokus Aktivität (Sport, Hobbies)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitäten / aktive Freizeitgestaltung</li> <li>• Sport (Radfahren, reiten u.a.) (8)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hobbies pflegen (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Freizeitgestaltung</li> <li>• Sport (2)</li> </ul>
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antrag auf Teilzeit (1)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gutes Team (1)</li> </ul>

**Ergebnisse der Kontrollgruppe.** Für die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe stand über alle drei Messzeitpunkte die Aktivierung von sozialen Kontakten im Vordergrund. Dabei wurden vor allem Gespräche mit vertrauten Personen oder Kollegen sowie das Treffen von Freunden, Familienleben und das offene, zeitnahe Ansprechen von Problemen benannt. Weit weniger Nennungen gab es zu Trainingsbeginn (t<sub>0</sub>) zum Fokus Entspannung (Freizeit, Lesen, Ruhephasen finden), zum Fokus Aktivität (Sport und andere Aktivitäten) sowie zum Selbstmanagement (Selbstfürsorge, Abgrenzung, Gelassenheit). Zum Zeitpunkt der zweiten Messung (t<sub>1</sub>) gab es ähnlich häufige Nennungen zu sozialen Kontakten, Aktivität und Entspannung, jedoch nur eine zum Fokus Selbstmanagement. Zum Zeitpunkt der Katamnese (t<sub>2</sub>) standen erneut die sozialen Kontakte im Vordergrund, die vor allem Zeit und

Gespräche mit Familie und Freunden sowie ein intaktes Privatleben beinhalteten. Eine Übersicht der Antworten zeigt die Tabelle 69.

**Tabelle 69: Übersicht der Antworten auf die offene Frage zur Burnout-Prävention der Kontrollgruppe über alle drei Messzeitpunkte.**

Kategorien (Cluster)	Erster Messzeitpunkt (t <sub>0</sub> )	Zweiter Messzeitpunkt (t <sub>1</sub> )	Dritter Messzeitpunkt (t <sub>2</sub> )
Fokus Ich (Selbstmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstfürsorge (das Leben genießen)</li> <li>• Grenzen erkennen, Nein sagen können</li> <li>• Ruhe bewahren (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen ziehen (Nähe-Distanz finden) (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abgrenzung Arbeit - Zuhause (1)</li> </ul>
Fokus Sozial (Soziale Kontakte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienleben</li> <li>• Freunde treffen</li> <li>• Mit vertrauten Personen / Kollegen sprechen</li> <li>• Probleme offen ansprechen (11)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienleben</li> <li>• Freunde sehen</li> <li>• Bezugspersonen auf der Arbeit</li> <li>• Probleme zeitnah ansprechen (6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gespräche und Zeit mit Familie / Freunden</li> <li>• Intaktes Privatleben (4)</li> </ul>
Fokus Entspannung (Ruhe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freizeit in der Natur</li> <li>• Tee und Kamin</li> <li>• Ruhephasen finden</li> <li>• Lesen (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entspannen</li> <li>• Abschalten (4)</li> </ul>	
Fokus Aktivität (Sport, Hobbies)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport (laufen)</li> <li>• Aktivitäten (4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport, tanzen</li> <li>• Aktive Freizeitgestaltung (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spaziergehen (1)</li> </ul>
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gutes Teamklima (1)</li> </ul>		

**Fazit.** Die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Experimentalgruppe mit denen der Kontrollgruppe zeigt, dass sich die Teilnehmerinnen der Intervention bereits vor dem Start intensiv mit Möglichkeiten des Selbstmanagements zur Burnout-Prävention beschäftigt hatten und diese nach erfolgtem Training weiter differenzierten. Die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe setzten den Schwerpunkt hingegen auf soziale Kontakte. Auch wenn nicht an erster Stelle, war der soziale Austausch mit Familie, Freunden und Kollegen zur Prävention auch innerhalb der Experimentalgruppe durchgehend wichtig. Insgesamt zeigt sich jedoch ein Fundus unterschiedlichster Möglichkeiten der Burnout-Prävention, die die unterschiedlichen Pole von Entspannung bis zu Aktivität und der Nutzung individueller und sozialer Ressourcen einschließen.

### 3.3.3.2 Befindersrunde vor den Trainingseinheiten

Ziel der Befindersrunde vor den Trainingseinheiten war es, Kenntnis über das allgemeine Befinden aus den Wochen zwischen den Modulen sowie Informationen über die

Weiterbeschäftigung mit Themen der vorherigen Einheit zu generieren. Bis auf wenige Ausnahmen wurden in der Auswertung der Stimmen der Teilnehmerinnen deutlich, dass sich fast alle nach den Einheiten mit ausgewählten Inhalten weiter beschäftigt hatten. Dabei wurden die im vorausgegangenen Modul neu erlernten Inhalte stets aktiv einbezogen. Intensiv zeigte sich zudem die gedankliche Weiterbeschäftigung sowie die unmittelbare Anwendung und Nutzung von Gelerntem insbesondere im Kontext aktueller privater oder beruflicher Problemlagen („... gerade viele Probleme, auch Schlafstörungen, ... , zwischendurch Kästchen rausgeholt und mir auf die Schulter geklopft, das hat gut getan...“; Probandin zu Beginn der 3. Trainingseinheit). Die Weiterbeschäftigung mit Ressourcen sowie das Finden und Aufschreiben weiterer Ressourcen stand nach dem ersten Modul im Mittelpunkt und wurde von einzelnen Teilnehmerinnen im Verlauf des Trainings immer wieder bewusst mit einbezogen. Zwischen dem zweiten und dritten Modul stand ein verstärktes Bewusstsein sich selbst gegenüber im Vordergrund, welches die Selbstwertschätzung inkludierte. Obwohl sich ab diesem Zeitpunkt insbesondere für eine Teilnehmerin private Sorgen häuften, konnte auch sie nach eigenen Angaben stets unmittelbar vom Training und der Gruppe profitieren. Vor der vierten Trainingseinheit beschrieben die Teilnehmerinnen wiederum ein verstärktes Bewusstsein sich selbst, aber auch der Natur und der Außenwelt gegenüber, welches sie u.a. mit erhöhter Achtsamkeit und vermehrter Gelassenheit beschrieben („Heute morgen habe ich bewusst Vogelgezwitscher gehört. (...) Ich habe darauf geachtet, dass die Natur so viel gewachsen ist.“; Probandin zu Beginn der 4. Trainingseinheit). Zudem wandelte sich zu diesem Zeitpunkt die Perspektive auf das Thema Stress insofern, als dass nicht mehr so viel Stress empfunden wurde. Grund dafür war das Bewusstsein, für das Empfinden von Stress selbst verantwortlich zu sein. Einigen Teilnehmerinnen ermöglichte diese Erkenntnis einen unmittelbar gelasseneren Umgang mit selbst genannten Stressoren. Mit den Themen Neinsagen und Grenzen setzen hatten sich die Teilnehmerinnen vor dem fünften Modul am stärksten auseinandergesetzt. Dabei berichteten sie sowohl von ausgewählten, erfolgreich bearbeiteten beruflichen sowie privaten Situationen. Zu Beginn der letzten Trainingseinheit beschrieben die Teilnehmerinnen ihre eigene Klarheit, ein Gefühl von Stärke und Festigkeit. Praktisch schien die vorhergehende Arbeit mit den Ziel-Formulierungen und zum Ziel gehörenden Symbolen (Anker) vielfach eine intensive Wirkung hinterlassen zu haben. Das aktive Bewusstsein für die eigenen Bedürfnisse sowie das Schaffen eigener Inseln kam darüber hinaus vielfach zur Sprache („Ich fühle mich sehr gefestigt, ... , kann mich gut abgrenzen, ... , habe Inseln und Highlights für mich jede Woche privat ...“; Probandin zu Beginn der 6. Trainingseinheit). Eine Übersicht der Rückmeldungen je vor den Trainingseinheiten zeigt die Tabelle 70. Die Zahl in Klammern benennt dabei die Häufigkeit der Nennungen.

**Tabelle 70: Übersicht der Statements aus den Befindersrunden je vor den Trainingseinheiten.**

Zeitpunkt	Feedback und Befinden vor der Trainingseinheit (zum vorherigen Modul und den vergangenen vier Wochen)
2. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit Ressourcen beschäftigt (6), 20 neu aufgeschrieben („ich werde mich noch weiter damit beschäftigen“)</li> <li>• Sehr gut gefühlt danach, nachgewirkt</li> <li>• Aktiv mehr Nein gesagt, gutes Gefühl</li> </ul>
3. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganz bewusst auf die Schulter geklopft, Selbstwertschätzung geschenkt (3)</li> <li>• Weiter mit Ressourcen beschäftigt (2)</li> <li>• Gerade sehr aufgewühlt, private Probleme (2)</li> <li>• Viel Austausch mit Freunden, viel geredet, damit beschäftigt</li> <li>• Selber keinen Stress mehr gemacht</li> </ul>
4. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wieder bewusster geworden, viele Gedanken gemacht, gelassener (3)</li> <li>• Achtsam gewesen, auf die Natur geachtet (3)</li> <li>• Weniger Stress empfunden (3)</li> <li>• Gut hier zu sein zum Runterkommen</li> <li>• Selbst was zum Selbstwert gemacht</li> <li>• Freunde nach Stärken von mir gefragt</li> <li>• Aktiv Grenzen gesetzt</li> </ul>
5. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenzen aufgezeigt und ausprobiert (4), Distanz zu Ärzten geübt, stolz</li> <li>• 10 Tage Nein-sagen geübt (2), sehr stolz</li> <li>• „Schallplatte“ ausprobiert</li> <li>• Zu Achtsamkeit gearbeitet</li> <li>• Ziel umgesetzt</li> </ul>
6. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbst gut abgegrenzt, gestärkt / gefestigt / klarer (5)</li> <li>• Selbst Bild gemalt als Anker / Ziel, Symbol gekauft, Anker und Ziel gerade sehr wohltuend, Symbol viel gebracht, sehr mit eigenem Ziel identifiziert (5)</li> <li>• Ressourcen-Schatzkiste auf Nachttisch gestellt, private Inseln geschaffen, mehr auf eigene Bedürfnisse eingehend, Selbstwertschätzung geschenkt, raus aus der Opfer-Rolle (4)</li> </ul>

**Fazit.** Die Befindersrunden vor den Trainingseinheiten zeigten deutlich, dass sich die Teilnehmerinnen in den Wochen zwischen den Modulen fast immer gedanklich, oft auch aktiv inhaltlich weiter mit den bearbeiteten Inhalten beschäftigt hatten. Vielfach wurde davon berichtet, dass auch das soziale Umfeld in die Reflexion mit einbezogen wurde und neue Verhaltensweisen im beruflichen oder privaten Kontext aktiv ausprobiert wurden. Durch gemachte Erfahrungen stellte sich vielfach ein positives und stolzes Gefühl ein. Herauszustellen ist zudem die positive Weiterbeschäftigung trotz teils immenser privater Problemlagen im zeitlichen Verlauf der Intervention bei einigen Teilnehmerinnen.

### 3.3.3.3 Befindersrunde nach den Trainingseinheiten

Um das Befinden mit der vorausgegangenen Trainingseinheit und den dort erfahrenen, wichtigsten Impulsen zusätzlich zu evaluieren, wurde dieses je unmittelbar nach dem

Training erfragt („Wie geht es Ihnen jetzt?“ und „Was nehmen Sie von heute mit?“). Während die Rückmeldungen nach den ersten beiden Modulen primär unspezifisch waren („Hat mir gut getan.“, „Schön, zwei Stunden für sich zu haben.“, zwei Probandinnen nach der 1. bzw. 2. Trainingseinheit), ging es bei den Rückmeldungen zu der dritten und vierten Einheit konkreter um eine vergrößerte Klarheit, ein tieferes Bewusstsein, aber auch um individuell konkret entwickelte Umsetzungsstrategien für das Setzen von Grenzen und die eigene Behauptung („Die zwei Stunden haben mir unheimlich viel gebracht, klar meine Meinung zu sagen und Grenzen zu setzen.“, Probandin nach der 4. Trainingseinheit). Die individuellen Gedanken bezogen auf die konkreten Übungssituationen auch für die Hausaufgaben spielten sich dabei sowohl im privaten Kontext als auch im beruflichen Setting ab („Wenn mich nächste Woche jemand anruft, ob ich einspringen kann, sage ich Nein und werde es nicht begründen.“, Probandin nach der 4. Trainingseinheit). Die Rückmeldungen nach der fünften Einheit zeigten wiederum das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen unmittelbar nach dem Training. Auch dass die Auseinandersetzung mit sich selbst ein gutes Gefühl mit sich brachte, wurde benannt. („... es hat gut getan heute, ... , viel verarbeitet, ... , es arbeitet weiter in mir ...“, Probandin nach der 5. Trainingseinheit). Eine Übersicht der Statements zeigt nachfolgend Tabelle 71.

**Tabelle 71: Übersicht der Statements aus den Befindersrunden je nach den Trainingseinheiten eins bis fünf.**

<b>Zeitpunkt</b>	<b>Feedback und Befinden nach der Trainingseinheiten 1-5 (zur unmittelbar vorher durchgeführten Einheit)</b>
1. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat gut getan (4)</li> <li>• Gut gefallen (3)</li> <li>• Spannend und gute Struktur (3)</li> <li>• Gespannt wie es weitergeht (2)</li> </ul>
2. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schön, zwei Stunden für sich, Fokus auf sich selbst (4)</li> <li>• Hat gut getan (3)</li> <li>• Gestärkt hier raus (2)</li> </ul>
3. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gut gefallen, viel mitgenommen (4)</li> <li>• Einiges klar / viel bewusst geworden (2)</li> <li>• Spaß gemacht, froh hier gewesen zu sein (2)</li> <li>• Nachdenken und darüber reden effektiv</li> <li>• „Jetzt fängt die Arbeit an.“</li> <li>• Entspannt</li> </ul>
4. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thema Grenzen setzen und selbst behaupten wichtig und gut, viel zu wenig Gedanken dazu sonst (4)</li> <li>• Hausaufgaben mit Grenzen gut, ausprobieren (2)</li> <li>• Klarheit auch Kollegen gegenüber, werde klar Meinung sagen (2)</li> <li>• Gewaltfreie Kommunikation für Team super</li> <li>• Übung „Schalplatte mit Sprung“ klasse</li> <li>• Wirklich auf Training gefreut</li> </ul>
5. Trainingseinheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gut gewesen, tut sehr gut wieder (4)</li> <li>• Positiv, gutes Gefühl mehr mit sich selbst zu arbeiten / bewusstes Auseinandersetzen (3)</li> <li>• Viel verarbeitet heute, viel Arbeit noch zu tun (2)</li> <li>• Geht besser</li> </ul>

Aufgrund des Endes des Trainings erfolgte die Befindersrunde nach der sechsten Trainingseinheit ausführlicher. In längeren, individuellen Rückmeldungen beschrieben die Teilnehmerinnen noch einmal ihren Erkenntnisgewinn. Im Vordergrund stand auch hier wieder das Bewusstsein, die Auseinandersetzung und die Arbeit mit sich selbst, die mehr Klarheit, neue Ziele, Selbstbewusstsein und ein gutes Gefühl hervorgerufen hatte. Die Teilnehmerinnen beschrieben fast alle, viel gelernt, zudem auch einiges bereits verinnerlicht zu haben. Als inhaltlich am relevantesten wurden folgende Themen benannt:

- (Selbst-)Wertschätzung
- Ressourcen
- Grenzen / Nähe und Distanz

Die nachfolgende Tabelle 72 bietet noch einmal einen Überblick der Aussagen der abschließenden Befindersrunde in reduzierter Form.

**Tabelle 72: Übersicht der Statements aus der Befindersrunde zum Abschluss des Trainings.**

Schwerpunkte	Feedback und Befinden nach der Trainingseinheit 6 (zur 6. Trainingseinheit und dem Training insgesamt)
Fokus: ich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigene Ziele neu definiert (2)</li> <li>• Eigener Standort bewusst</li> <li>• Ehrlicher zu sich selbst</li> <li>• Häufiger Nein sagen, Grenzen bewusster setzen / mehr delegieren</li> <li>• Sehr viel Selbstbewusstsein gegeben</li> <li>• Viele Gedanken um sich selbst gemacht</li> <li>• Selbstzweifel ausgeräumt</li> </ul>
Wichtigste Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Selbst-)Wertschätzung (3)</li> <li>• Ressourcen / Ressourcen-Schatzkästchen (3)</li> <li>• Grenzen / Nähe – Distanz (2)</li> <li>• Bewusstmachung</li> <li>• Kommunikation</li> </ul>
Sonstige Erkenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viele Baustellen angefangen aufzuräumen, viel gebracht / gelernt (4)</li> <li>• Je locker und leicht / entspannter nach den Modulen</li> <li>• Alles sehr nutzbar</li> <li>• Lange Begleitung, gut getan</li> </ul>

Um die Individualität der Rückmeldungen ergänzend zu verdeutlichen, sind folgend zudem die Aussagen von drei Teilnehmerinnen zitiert.

*„... mir ist bewusst, wo ich mich gerade selber befinde, habe mir neue Ziele aufgezeigt, ... , bin ehrlicher zu mir selber, ... , am wichtigsten für mich waren die Bewusstmachung und Abgrenzung, ... , Nähe und Distanz sind mein Thema ...“* (Probandin nach der 6. Trainingseinheit)

*„ ... in den Modulen gemerkt, da sind Baustellen, ... , hätte ich nicht gedacht, ... , anfangen aufzuräumen hat mir viel gebracht ...“* (Probandin nach der 6. Trainingseinheit)

*„ ... ich bin sehr froh, ... , vielleicht wäre es in zwei bis drei Jahren zum Burnout gekommen ...“* (Probandin nach der 6. Trainingseinheit)

**Fazit.** In der Auswertung der Befindersrunden nach den Trainingseinheiten wurde deutlich, wie individuell und intensiv die Teilnehmerinnen von den jeweiligen Modulen profitiert haben. Während nach der ersten und zweiten Trainingseinheit unspezifisches Wohlbefinden geäußert wurde, konkretisierten sich die Rückmeldungen nach dem dritten und vierten Modul deutlich. So gaben die Teilnehmerinnen an, mehr Klarheit gewonnen zu haben und wichtige Inhalte für sich wieder bewusst gemacht und durchdacht zu haben. Inhaltlich wurden diese Äußerungen nach dem fünften Modul um einen Mehrwert zu eigenen Grenzen, Zielklarheit und dem erhöhten Bewusstsein zu Nähe und Distanz ergänzt. Abschließend wurde im Rahmen der mündlichen Reflexion deutlich, dass alle Teilnehmerinnen ein Mehr an Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Selbstwertschätzung sowie zahlreiche individuelle Ressourcen aus dem Training mitgenommen hatten.

### **3.3.3.4 Schriftliches Feedback zum Trainings-Abschluss**

Im Rahmen der ergänzenden schriftlichen Rückmeldungen der Teilnehmerinnen der Experimental-Gruppe konnten alle Antworten der zum zweiten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) 13 anwesenden Probandinnen ausgewertet werden. Insgesamt zeichnete sich in der inhaltlichen Struktur der Antworten ein homogenes Bild ab, welches im Folgenden näher erläutert wird.

**Wichtigste Erkenntnisse aus dem Training.** Die meisten Nennungen bezogen auf die Frage „Was ist für Sie das Spannendste / der wichtigste Inhalt / die größte Erkenntnis, welche/s Sie aus dem Training für sich persönlich mitnehmen?“ fokussierten sich auf kognitive und emotionale Erkenntnisse innerhalb der Personen selbst. Die Teilnehmerinnen hatten nach eigenen Angaben gelernt, wie wichtig die Arbeit mit und die „Bewusstmachung“ über sich selbst seien. Dazu gehörten die eigene Selbstwertschätzung, die Arbeit mit Ressourcen und Zielen sowie eine gute Kommunikation nach außen.

*„Die Bewusstmachung, d.h. wo steh ich überhaupt, Ressourcen, welche hab ich (ah, so viele!!), warum stehe ich da, wo will ich hin, wie komme ich dahin; ich bin mir selbst*

*bewusster (!!)* geworden... *Danke Ihnen dafür!*" (schriftliches Feedback einer Probandin der EG zum Messzeitpunkt  $t_1$ ).

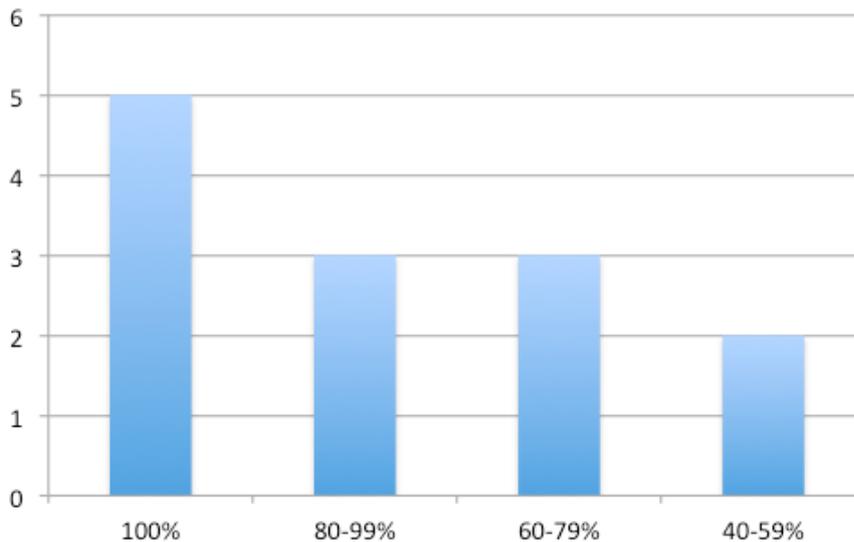
Die Klarheit und Akzeptanz der eigenen Person mitsamt seiner Grenzen und zugehörigen Konsequenzen wurden ebenfalls als Zugewinn beschrieben. Auch konnte innerhalb des Trainings deutlich gemacht werden, dass viel (v.a. Stress) selbst beeinflussbar und somit veränderbar ist. Bezogen auf die Perspektive des eigenen sozialen Umfeldes wurde mehrfach die Erkenntnis benannt, andere Menschen nicht verändern zu können und sich selbst von äußeren Einflüssen unabhängig zu machen. Doch auch das vermehrte Wissen zum Thema Burnout wurde positiv für sich selbst, aber auch benannt, um andere informieren zu können. Eine zusammengefasste Übersicht der Antworten zeigt die nachfolgende Tabelle 73.

**Tabelle 73: Antworten auf die Frage „Was ist für Sie das Spannendste / der wichtigste Inhalt / die größte Erkenntnis, welche/s Sie aus dem Training für sich persönlich mitnehmen?“.**

Kategorien (Cluster)	Schriftliche Aussagen
Fokus Ich (Selbstmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusste Arbeit / intensive Beschäftigung mit sich selbst</li> <li>• Wichtigkeit von gesundem Egoismus</li> <li>• Relevanz von Respekt und Akzeptanz sich selbst gegenüber</li> <li>• „Bewusstmachung“ von Standort, Ressourcen, Hintergründen, Möglichkeiten</li> <li>• Wertschätzung von sich selbst</li> <li>• Möglichkeit, viel zu verändern</li> <li>• Bereits gute Selbstpflege</li> <li>• Nicht schlimm, nicht immer Ja zu sagen</li> <li>• Sich selbst ernst nehmen und ernst genommen werden</li> <li>• Eigene Ressourcen („<i>kennen &amp; lieben</i>“)</li> <li>• Eigene Ziele im Leben</li> <li>• Eigene Beeinflussbarkeit von Stress („<i>es gibt keinen Stress</i>“)</li> </ul>
Fokus Sozial (Soziales Umfeld)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere Menschen nicht veränderbar / Akzeptanz wie andere sind</li> <li>• Abgrenzung / Unabhängigkeit äußerer Einflüsse</li> </ul>
Sonstige Erkenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alles bekannt</li> <li>• Wissen über Burnout (für sich selbst und andere)</li> </ul>

**Wirksamkeit und langfristige Umsetzbarkeit des Erlernenen.** Die zweite Frage war zweigeteilt. Während die Teilnehmerinnen im ersten Teil einschätzen sollten, als wie wirkungsvoll sie das Training für die Prävention von Burnout einschätzten, bezog sich der zweite Teil auf die langfristige Umsetzbarkeit des Erlernenen. Im Rahmen der ersten Frage („*Als wie wirkungsvoll schätzen Sie das Training für die Prävention von Burnout ein? Geben Sie eine Prozentzahl von 0-100% an. (0% = gar nicht wirkungsvoll, 100% = absolut wirkungsvoll)*“) antworteten fünf Probandinnen mit 100%, was einem Anteil von 38,46% entspricht. Je drei entschieden sich bezüglich der Wirksamkeit für Werte zwischen 80 und 99% bzw. 60 und 79%. Nur zwei Probandinnen gaben Werte im mittleren Bereich zwischen

40 und 59% an, was einem Anteil von 15,39% entspricht (s. Abb. 38). Die Berechnung des prozentualen Mittelwertes ergab 81,58%.



**Abbildung 38: Verteilung der Antworten auf die Frage „Als wie wirkungsvoll schätzen Sie das Training für die Prävention von Burnout ein? Geben Sie eine Prozentzahl von 0 - 100% an. (0% = gar nicht wirkungsvoll, 100% = absolut wirkungsvoll)“.**

Die zweite Frage lautete „Für wie langfristig umsetzbar schätzen Sie das Erlernte ein?“. Ein Großteil der Antworten bezog sich hierbei auf die Möglichkeit der längerfristigen oder sogar dauerhaften Umsetzbarkeit unter bestimmten Bedingungen. Wiederholend wurde dabei die Bedeutung des eigenen Selbstmanagements, insbesondere des Erinnerens und Wiederholens betont. Als konkrete Möglichkeiten hierzu wurden Bücher, regelmäßige Erinnerungs-Runden oder auch die Sichtbarkeit und weitere Arbeit mit dem Ressourcenkästchen aufgezählt.

*„Durch das Ressourcenkästchen wird es für mich einfacher sein, deshalb steht es immer sichtbar für mich und erinnert mich, nicht in alte Muster zurück zu fallen.“* (schriftliches Feedback einer Probandin der EG zum Messzeitpunkt  $t_1$ ).

Drei der 13 Aussagen stellten die langfristige Umsetzbarkeit insofern in Frage, als dass dies schwer zu beurteilen wäre und jede Situation neu bewertet werden müsse. Eine Übersicht der erfolgten, abstrahierten Aussagen findet sich in nachfolgender Tabelle 74.

**Tabelle 74: Antworten auf die Frage „Für wie langfristig umsetzbar schätzen Sie das Erlernete ein?“.**

Kategorien (Cluster)	Schriftliche Aussagen
Längerfristige Umsetzbarkeit unter bestimmten Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einiges sicherlich für immer</li> <li>• Längerfristig</li> <li>• Mit der gewonnenen Klarheit dauerhaft möglich</li> <li>• Unbegrenzte Zeit, täglich in Wahrnehmung davon profitieren</li> <li>• Bei regelmäßigem Selbst-Training lebenslang</li> <li>• Immer wieder in die Gedanken rufen: dann dauerhaft</li> <li>• Erinnerung durch Ressourcenkästchen</li> <li>• Jährliche „Erinnerungs-Runde“ zu empfehlen</li> </ul>
Langfristige Umsetzbarkeit fraglich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Zeitangabe möglich, jede Situation erfordert eigene Spielregeln</li> <li>• Kann sehr wohltuend sein</li> <li>• Nicht zu sagen</li> </ul>

**Empfehlungen für das Training.** In der letzten, offenen Fragestellung sollte eruiert werden, welche abschließenden Empfehlungen die Teilnehmerinnen für eine Weiterentwicklung des Trainings geben konnten (*„Was würden Sie für weitere Burnout-Präventions-Trainings empfehlen? In Bezug auf Inhalte, Umfang, Dauer, Didaktik etc.“*). Insgesamt wurde auch hier deutlich, dass die Teilnehmerinnen mit den Inhalten sowie den zeitlichen und methodischen Aspekten des Trainings sehr zufrieden waren. Auf der Inhaltsebene wurde das Training als gut strukturiert und den Bedürfnissen angepasst beschrieben. Ergänzend konnten sich Teilnehmerinnen die Auseinandersetzung mit Körpersprache, Rhetorik und Kommunikation vorstellen. Auch die Vertiefung einzelner Inhalte sowie der noch intensivere Einbezug der Teilnehmerinnen in die Themenauswahl wurden genannt. Bezüglich des Umfangs und der Dauer des Trainings herrschte insgesamt Einigkeit über einen Rhythmus alle vier bis sechs Wochen für ein bis maximal drei Zeitstunden. Zeitlich würde für ein nächstes Training der Vormittag präferiert werden. Eine Fortführung über einen längeren Zeitraum als sechs Monate kam zusätzlich ebenso zur Sprache wie der Gedanke einer Weiterführung in halbjährlichem Abstand. Didaktisch wurde die Idee, mehr Rollenspiele zu machen und Raum für weitere Diskussions-Runden zu geben, benannt. Darüber hinaus beschrieben die Teilnehmerinnen die Austausch-Runden zu Beginn und Abschluss sowie die Hausaufgaben als hilfreich.

*„Der Inhalt war für mich gut strukturiert, auf die Bedürfnisse wurde mit Wunschthemen gut eingegangen; Zeitabstand vier bis fünf Wochen ideal; gut sind auch die Hausaufgaben, dadurch ist man gezwungen, sich intensiver damit auseinander zu setzen (...)“* (schriftliches Feedback einer Probandin der EG zum Messzeitpunkt  $t_1$ ).

Eine Übersicht der erfolgten Antworten bezüglich der dritten Fragestellung ist in Tabelle 75 dargestellt.

**Tabelle 75: Antworten auf die Frage „Was würden Sie für weitere Burnout-Präventions-Trainings empfehlen? In Bezug auf Inhalte, Umfang, Dauer, Didaktik etc.“.**

Kategorien (Cluster)	Schriftliche Aussagen
Inhaltlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalt und Umfang super / gut strukturiert</li> <li>• Körpersprache, Rhetorik, Kommunikationstraining wünschenswert</li> <li>• Auf „Wunschthemen“ eingegangen</li> <li>• Themenauswahl die Teilnehmer entscheiden lassen</li> <li>• Bekannte Inhalte leicht ausgeweitet</li> </ul>
Zeitlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 x 2h (z.B. 9-11 Uhr alle 4 Wochen) / vormittags</li> <li>• 1x im Monat für 2-3h / 1-1,5h</li> <li>• Zeitabstand ideal</li> <li>• Weiterführung alle ½ Jahre / Treffen nach 6 Monaten</li> <li>• Regelmäßig über einen längeren Zeitraum</li> </ul>
Didaktisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Austausch-Runde“ hilfreich</li> <li>• Raum für kurze Diskussionsrunden (10-15 Min.)</li> <li>• „Hausaufgaben“ gut</li> <li>• „Aktive“ Mitgestaltung der Inhalte für intensivere Wirkung</li> <li>• Mehr Rollenspiele</li> </ul>
Übergreifend	<ul style="list-style-type: none"> <li>• So wie es ist („Weiter so!“)</li> <li>• Tolles Konzept</li> <li>• Gut für alle Berufsgruppen</li> <li>• Umfang, Themen und Dauer sehr gut</li> </ul>

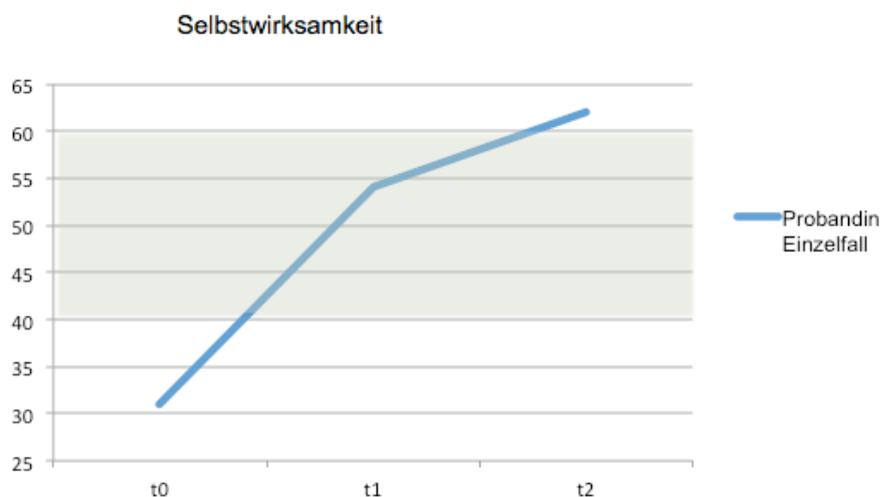
**Fazit.** Die Ergebnisse der schriftlichen Rückmeldungen zum Trainings-Abschluss untermauern die Ergebnisse der mündlichen Befindersrunden. Inhaltlich waren die wichtigsten Inhalte das Bewusstmachen eigener Ziele, Werte und Ressourcen, die Arbeit an Grenzen und Konsequenzen, aber auch das Wissen über Stress. Durchschnittlich beurteilten die Teilnehmerinnen das Training mit einer Wirksamkeit von 81,58%. Für die Umsetzbarkeit seien Anker, zum Beispiel in Form des Ressourcen-Kästchens, wichtig. Das Training insgesamt wurde inhaltlich und methodisch als gut und strukturiert bewertet, Umfang und Dauer wurde als angemessen bezeichnet. Inhaltlich wären weitere Inputs zu Kommunikation und Rhetorik, methodisch mehr Rollenspiele für die Teilnehmerinnen denkbar gewesen. Als besonders hilfreich wurde der Austausch in der Gruppe sowie die Hausaufgaben zum Transfer bezeichnet.

### 3.3.4 Ergebnisse der Einzelfallanalyse

Im Rahmen der Einzelfallanalyse wurden die Ergebnisse von Interviews zu allen drei Messzeitpunkten berücksichtigt. Außerdem wurden die einzelnen Skalen-Werte der Probandin zu den drei Messzeitpunkten je miteinander und der Norm verglichen. Bei der Probandin handelte es sich um eine 28-jährige Pflegekraft, die seit zwei Jahren in Vollzeit im Klinikum arbeitete. Während der gesamten Intervention zeigte sie sich offen den Inhalten und Methoden gegenüber und arbeitete engagiert und motiviert mit.

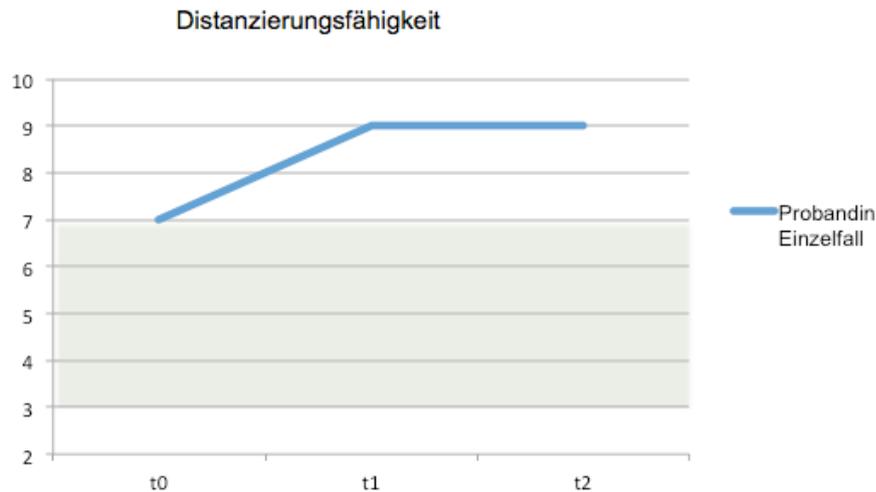
### 3.3.4.1 Quantitative Ergebnisse

Im Rahmen der quantitativen Analyse zeigten sich deutliche Veränderungen der Probandin hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit. Vor Beginn wies sie einen unterdurchschnittlichen Wert auf. Unmittelbar nach dem Training wies sie einen deutlich höheren Wert auf, den sie zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese bis über den Durchschnitt der Norm steigern konnte. Die Selbstwirksamkeit der Probandin konnte somit mittel- und langfristig gesteigert werden, wie die Abbildung 39 veranschaulicht.



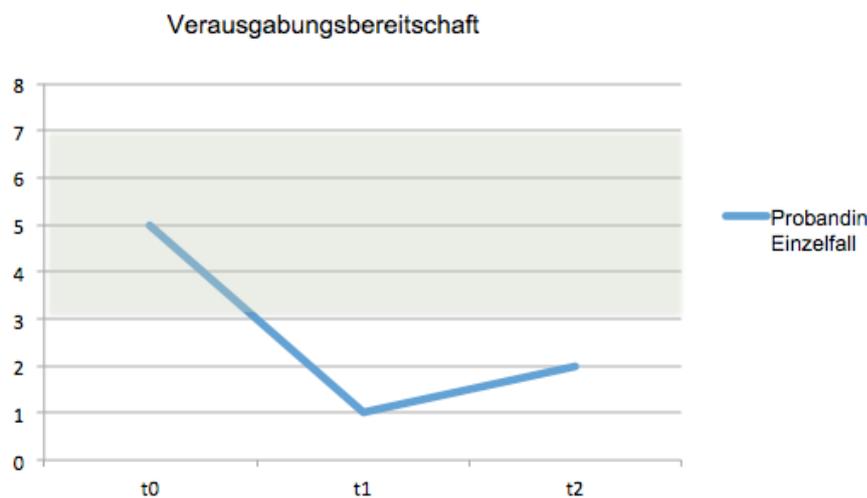
**Abbildung 39: T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Selbstwirksamkeit.**

Hinsichtlich der Distanzierungsfähigkeit startete die Probandin bereits bei der höchsten durchschnittlichen Ausprägung im Vergleich zur Norm. Im Laufe des Trainings konnte sie ihre Distanzierungsfähigkeit verbessern, so dass die Werte zu  $t_1$  und  $t_2$  gleichermaßen über dem Normbereich lagen. Die Stärkung der Distanzierungsfähigkeit konnte mittelfristig aufrecht erhalten werden (Abb. 40).



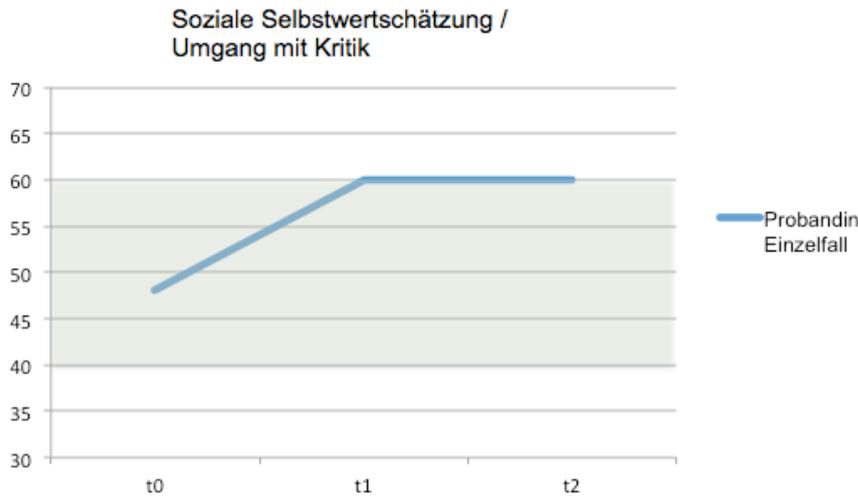
**Abbildung 40: Stanine der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Distanzierungs-fähigkeit.**

In Bezug auf Verausgabungsbereitschaft zeigte sich die Probandin vor dem Training im Mittelfeld der Norm. Nach dem Training konnte ein deutlich besserer Wert verzeichnet werden, der weit unterhalb der Norm lag. Auch zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese blieb der Wert der Probandin unter dem Normbereich (s. Abb. 41).



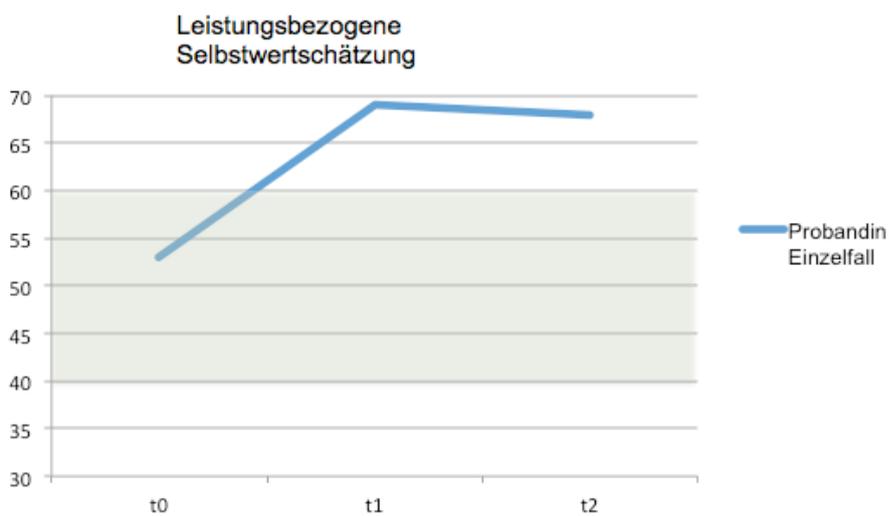
**Abbildung 41: Stanine der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Verausgabungsbereitschaft.**

Die quantitative Auswertung der sozialen Selbstwertschätzung zeigte zu Beginn der Intervention ebenfalls einen Wert der Probandin im mittleren Normbereich. Der Wert zum zweiten Messzeitpunkt konnte verbessert und zum dritten Messzeitpunkt stabil gehalten werden. Die Verbesserung der sozialen Selbstwertschätzung der Probandin im Verlauf zeigt zusätzlich die nachfolgende Abbildung 42.



**Abbildung 42: T- Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Soziale Selbstwertschätzung / Umgang mit Kritik.**

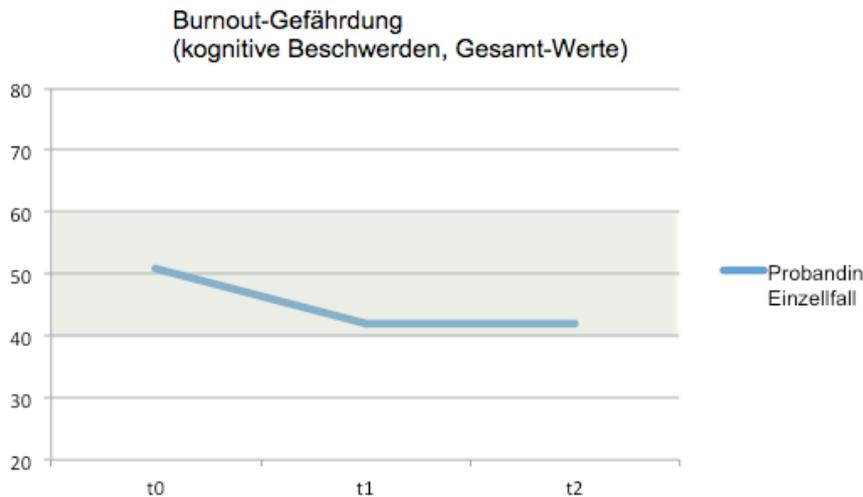
Auch die leistungsbezogene Selbstwertschätzung der Probandin wurde im Verlauf verbessert und konnte über den Normbereich gesteigert werden. Während der Wert zu Beginn des Trainings im Mittelfeld des Normbereiches zeigte, befand sich der Wert der Probandin zum Zeitpunkt unmittelbar nach dem Training stark über dem Durchschnitt und dem Normbereich. Trotz eines geringen Abfalls des Wertes zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese konnte auch eine höhere leistungsbezogene Selbstwertschätzung als die der Norm festgestellt werden.



**Abbildung 43: T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Leistungsbezogene Selbstwertschätzung.**

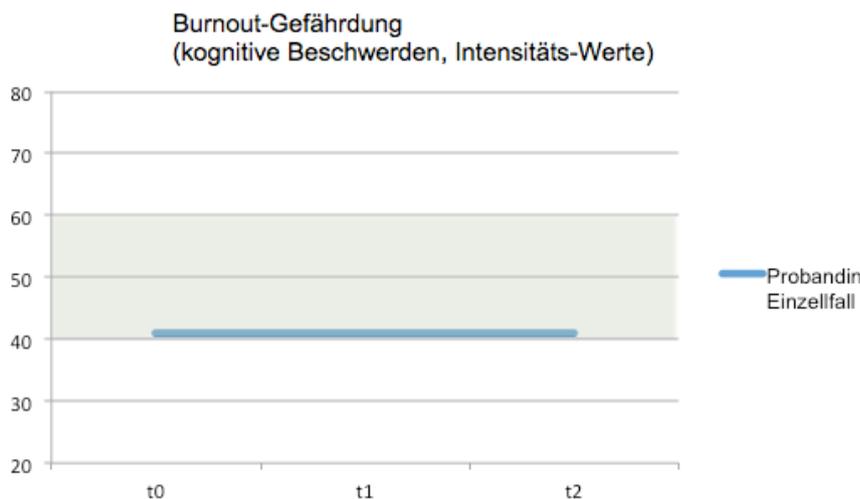
Hinsichtlich der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) zeigten sich unterschiedliche Werte und Veränderungen im Verlauf. Bezogen auf die Burnout-Gefährdung insgesamt

befanden sich die Werte der Probandin zu allen drei Messzeitpunkten im Normbereich, wenn auch nach dem Training und zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese mit leicht geringerer Ausprägung (s. Abb. 44).



**Abbildung 44: T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden, Gesamt-Werte).**

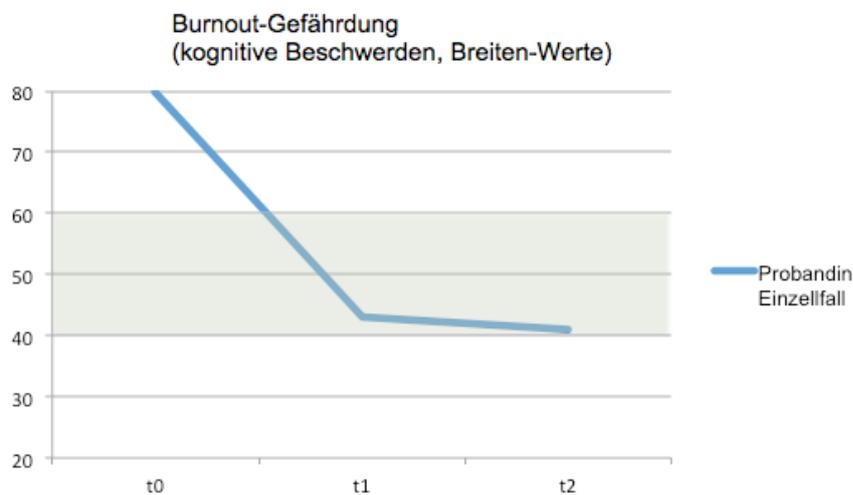
In Bezug auf die Intensität der Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden) zeigten sich die Werte der Probandin im Verlauf der Intervention unverändert im unteren Bereich des Normbereiches, wie Abbildung 45 verdeutlicht.



**Abbildung 45: T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden, Intensitäts-Werte).**

Die durch den Breiten-Wert gemessene Anzahl der Beschwerden zeigte sich zu Beginn des Trainings weit über dem Durchschnitt oberhalb des Normbereiches. Bis zum zweiten Messzeitpunkt ( $t_1$ ) konnten diese so weit verringert werden, dass der Wert der Probandin auf

den unteren Rand des Normbereiches fiel. Eine weitere kleine Verbesserung konnte zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese verzeichnet werden (s. Abb. 46).



**Abbildung 46: T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden, Breiten-Werte).**

**Fazit:** Die Ergebnisse der Probandin der Einzelfallanalyse im Vergleich mit den jeweiligen Normwerten zeigt, dass die Werte der Probandin zu Anfang der Intervention zumeist im Normbereich liegen, sich jedoch im Verlauf insbesondere in Bezug auf die Selbstwirksamkeit, die Distanzierungsfähigkeit, die Verausgabungsbereitschaft sowie die leistungsbezogene Selbstwertschätzung über den Normbereich hinaus verbessern. Insbesondere die Selbstwirksamkeit der Probandin kann von unterdurchschnittlichen Werten zu Beginn auf überdurchschnittliche Werte zum Schluss der Intervention verbessert werden. Der Breiten-Wert der Burnout-Gefährdung konnte nach einer überdurchschnittlichen Ausprägung zu Beginn ebenfalls auf den unteren Bereich der Norm gesenkt werden.

### 3.3.4.2 Qualitative Ergebnisse

**Stressoren und Belastung.** Bereits im Rahmen der Auswertung der ersten beiden Fragen des Interviews („Was sind für Sie die größten Stressoren in Ihrem beruflichen Alltag?“ und „Inwiefern spielt Ihre persönliche Verfassung und äußere Umstände eine Rolle bei Ihrer Stresswahrnehmung?“) wurde die im Laufe der sechs bzw. zwölf Monate der Intervention erfolgte Veränderung deutlich. Während die Probandin zum ersten Messzeitpunkt mehrere unmittelbar auf sie einwirkende Stressoren, wie zum Beispiel Zeitknappheit oder fordernde Patienten benannte, beschrieb sie zum Zeitpunkt des zweiten Interviews, dass sie sich von Stress(oren) abgrenzen würde. Auch wenn zum Zeitpunkt der Katamnese wieder zwei Stressoren genannt wurden, beschrieb die Probandin ihr Stressempfinden mit folgenden Worten:

*„Ich fühle mich jetzt nicht mehr so gestresst ... ich lasse mich jetzt halt nicht mehr so stressen.“* (Probandin der Einzelfallanalyse zum Messzeitpunkt t<sub>2</sub>)

In Bezug auf das Thema Stressoren und Belastung kann somit festgehalten werden, dass die Probandin im Laufe des Trainings eine Neubewertung von Stress vollzogen hat. Beschrieb sie noch vor dem Training unterschiedlichste Dinge, die sie belasten würden, so entwickelte die Probandin im Laufe des Trainings einen bewussten Umgang mit Stress sowie die Bewusstheit, dass das Empfinden, ob sie Stress fühlt oder nicht, von ihr selbst bewertet wird und somit zum größten Teil selbst beeinflussbar ist. In einer abschließenden Skalenabfrage bestätigte die Probandin eine Verbesserung auf einer „wie-sehr-ich-mich-stressen-lasse“-Skala von einer anfänglichen Acht (*zehn = sehr gestresst, eins = gar nicht gestresst*) auf eine drei bis vier zum Zeitpunkt der Katamnese. Eine Übersicht exemplarisch reduzierter Aussagen der Probandin zu Stressoren und Belastungen über alle drei Messzeitpunkte zeigt die nachfolgende Tabelle 76.

**Tabelle 76: Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zu Stressoren und Belastungen.**

<b>Aussagen Messzeitpunkt t<sub>0</sub></b>	<b>Aussagen Messzeitpunkt t<sub>1</sub></b>	<b>Aussagen Messzeitpunkt t<sub>2</sub></b>
Dinge, die von der Norm abweichen	<i>„Ich lasse den Stress nicht mehr so an mich, seitdem ich weiß, dass ich mir den Stress selber mache.“</i>	<i>„Ich fühle mich jetzt nicht mehr so gestresst; ich lasse mich jetzt halt nicht mehr so stressen.“</i>
Knappe Zeit		Knappe Zeit
Unbewusst Stress von zu Hause übertragend (persönliche Verfassung spielt große Rolle)		Forderungen aller
Patienten, die ständig etwas wollen / ständig klingeln o.ä.		

**Bewältigungsstrategien.** Der zweite Teil der Fragen beschäftigte sich mit dem Themenfeld Bewältigungsstrategien („Wie begegnen Sie Ihren Stressoren und Belastungen im Alltag und langfristig?“, „Was muss passieren, dass eine Situation, bei der Sie sich häufig gestresst fühlen, Sie heute nicht stresst?“ und „Inwiefern sind Sie sich selbst aufmerksam und achtsam gegenüber?“). In Bezug auf die Bewältigung vorhandener Belastungen und den achtsamen Umgang mit sich selbst startete die Probandin vor dem Training bereits mit zahlreichen guten Ideen, die vor allem sportliche Aktivitäten beinhalteten, jedoch auch Einheiten der Ruhe.

*„Ich achte viel darauf, dass ich wirklich all meinen Stress abbaue.“* (Probandin der Einzelfallanalyse zum Messzeitpunkt t<sub>0</sub>)

Durch eine andere Wahrnehmung und Bewertung von Situationen, aber auch durch die immer wieder erfolgende Selbstreflexion, erarbeitete sich die Probandin im Laufe der Intervention mehr Gelassenheit und Ruhe sowie ein verstärktes Gefühl von Selbstwirksamkeit und Abgrenzung. Sie könne Dinge nun abgeben, müsse nicht alles perfekt machen und lasse Stress nicht mehr an sich heran. Diese Verhaltensänderungen bzw. -anpassungen wiesen mittelfristig (follow-up) eine zeitliche Stabilität auf, so dass sich die Probandin auch zum Zeitpunkt der Katamnese als gelassener, achtsamer und entspannter beschrieb. Dabei waren weiterhin die Selbstreflexion, aber auch Zeit mit Freunden und Familie von großer Wichtigkeit. Deutlich wurde zudem eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit sowie das Bewusstsein, aktiv auch soziale oder andere Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen, wie das folgende Zitat der Probandin sechs Monate nach dem Training ( $t_2$ ) verdeutlicht:

*“Ich hab gesagt, gut, dass schaffen wir schon irgendwie und wenn nicht, kann ich mir immer noch Hilfe holen von den andern Stationen ... früher, da bin ich gleich am Anfang schon so nervös geworden ... aber ... jetzt ... hab ich mir gedacht ... okay, da gucken wir jetzt erstmal.“*

Die nachfolgende Tabelle 77 zeigt weitere, ausgewählte Ergebnisse des zweiten Themenkomplexes „Bewältigungsstrategien“ in der Übersicht.

**Tabelle 77: Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zu Bewältigungsstrategien.**

Aussagen Messzeitpunkt $t_0$	Aussagen Messzeitpunkt $t_1$	Aussagen Messzeitpunkt $t_2$
Mit dem Fahrrad zur Arbeit / joggen („ein paar Kilometer Frust abgebaut“) / ein heißes Bad / ein gutes Buch	Viel verändert, ruhiger geworden / Stress nicht mehr so nahe kommen lassen / Wissen Stress selbst gemacht	Entspannteres Gefühl / Situation anders wahrgenommen
Akut vor Ort: woanders hingehen / tief durchatmen / Nichtraucherpause	Alles perfekt schaffen wollen in kürzester Zeit, selbst Zeitdruck gemacht / Bewusstsein, sich dies nicht antun zu müssen und abgeben zu dürfen	Sich selbst viel Zeit lassen / ausschlafen / hohe Priorität von Urlaub, Freizeit, Freunden, Familie
Sehr aufmerksam sich selbst gegenüber / Sauna / spazieren gehen / lesen / Sport / an die frische Luft / Urlaub	Viel Selbstreflexion / schneller Gespräch suchen nach einem Streit	Größere Achtsamkeit sich selbst gegenüber / schnellere Reaktionen / viel schneller in die Selbstreflexion / dadurch mehr Gelassenheit / Grenzen gesetzt

**Burnout.** Im weiteren Verlauf des Interviews wurde die Probandin je danach gefragt, was Burnout für sie heiße, was sie als effektive Methoden der Burnout-Prävention ansehe und welche Rolle für sie persönlich Selbstreflexion und Selbstbewusstsein bzw. innere Ruhe und Ausgeglichenheit bei der Burnout-Prävention spiele. Während für die Probandin zu Beginn

des Trainings Burnout noch Stress und Erschöpfung bedeutete, bezeichnete sie Burnout ein Jahr später als etwas, was es eigentlich nicht gäbe bzw. die Menschen dessen Entstehung selbst in der Hand hätten, so dass sie auf die Frage „Was heißt Burnout für Sie heute?“ zum Messzeitpunkt  $t_2$  wie folgt antwortete:

*„Gibt’s nicht. (lacht) Also, es ist ja meistens selbst gemachter Stress ... . Und ja, wenn das immer auf dieser Zeitebene bleibt, dass man diesen ganzen Stress hat, ist man eigentlich selber Schuld, sag ich mal. Also, das ist für mich so.“*

Für die Prävention von Burnout benannte die Probandin bereits zum ersten Messzeitpunkt konkrete Ideen, die sich vorwiegend auf den Kontext Erholung bezogen. Nach dem Training benannte sie als wesentlichste Faktoren die Selbstbestimmung, Ressourcen-Bewusstheit sowie Selbstwertschätzung als konkrete, selbst aktiv beeinflussbare Faktoren der Prävention. Auf die konkrete Frage nach der Bedeutung von Selbstreflexion und -bewusstsein sowie innerer Ruhe und Ausgeglichenheit antwortete die Probandin zu allen drei Messzeitpunkten, dass all diese Punkte eine große Rolle spielen würden. Insbesondere zum Zeitpunkt der Katamnese führte die Probandin dies jedoch mit detaillierten Beispielen weiter aus, was eine intensive Auseinandersetzung auch über die Zeit der Intervention hinaus mit den Themen schlussfolgern lässt. Dies veranschaulicht die Tabelle 78.

**Tabelle 78: Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zu Burnout.**

Inhaltlicher Schwerpunkt	Aussagen Messzeitpunkt $t_0$	Aussagen Messzeitpunkt $t_1$	Aussagen Messzeitpunkt $t_2$
„Definition“ von Burnout	Sich nur stressen / völlig fertig / überhaupt nicht abschalten		Burnout gibt es nicht / selbst gemachter Stress / „ <i>eigentlich selber Schuld</i> “
Burnout-Prävention	Raus an die Luft / an die Sonne / Spaziergehen / abschalten / alleine sein	Einsicht, Dinge selbstbestimmt ändern können / eigene Ressourcen eingestehen / Selbst-Wertschätzung / sich selbst nett gegenüber treten	Mal lachen / entspannen (auch in Situationen)
Bedeutung von Selbstreflexion und Selbstbewusstsein für Burnout-Prävention	Ganz große Rolle	Große Rolle	Sehr viel / v.a. persönliche Selbstreflexion / sich selber bremsen können
Bedeutung von innerer Ruhe und Ausgeglichenheit für Burnout-Prävention	Sehr große Rolle	Große Rolle (das Negative prallt ab)	Sehr große Rolle („ <i>da kann so viel Stress kommen, man schafft das irgendwie</i> “)

**Das Training.** Abschließend wurden am Ende des Interviews je noch die beiden folgenden Fragen gestellt: „Was kann / hat das Präventions-Training Ihrer Meinung nach für Effekte bringen / gebracht?“ und „Was ist / war dafür inhaltlich und methodisch wichtig? Was war diesbezüglich das Wichtigste für Sie?“. Die Auswertung zeigte, dass die Probandin bereits vor Beginn des Trainings offen war, für die eigene Prävention dazuzulernen und auch Kollegen mit neu erworbenem Wissen unterstützen zu können. Als den größten Effekt nach dem Training bezeichnete die Probandin das Bewusstsein, Stress sei selbst verursacht und somit änderbar, so dass sie die Intervention als „Wachrütteln“ für sich selbst beschrieb. Das erweiterte Bewusstsein zeigte die Probandin zeitlich stabil auch zum dritten Messzeitpunkt. Als ergänzende Effekte benannte sie zudem mehr Ruhe sowie erneut eine erhöhte Selbstwirksamkeit. Als für die Probandin persönlich am wichtigsten wurde zu beiden Messzeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  das Ressourcen-Schatzkästchen bezeichnet. Auch ein halbes Jahr nach dem Training dienten die dort gesammelten Ressourcen als Unterstützung, (Selbst-)Wertschätzung und Erinnerung an das Gelernte. Als Gesamt-Fazit der Intervention sagte die Probandin:

*„Ich fand das super. ... Mir hat's schon geholfen. ... Sollte jeder machen, finde ich.“*

Eine Übersicht der Auswertung zum vierten Themenkomplex findet sich nachfolgend in Tabelle 79.

**Tabelle 79: Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zum Training.**

<b>Aussagen Messzeitpunkt <math>t_0</math></b>	<b>Aussagen Messzeitpunkt <math>t_1</math></b>	<b>Aussagen Messzeitpunkt <math>t_2</math></b>
<i>„Ich denke..., dass ich viel mitnehmen kann, wie ich mich weiter davor schützen kann, Burnout zu bekommen.“</i>	<i>„...dass ich die Person um mich herum nicht ändern kann... nur meine Sicht der Dinge.“</i>	<i>„Ich bin ruhiger geworden.“</i>
Auch Kollegen helfen können	Wachrütteln für sich selbst	Bewusster achtsam sich selbst gegenüber / Selbstinstruktion, es zu schaffen / Zutrauen zu sich selbst
Freude, persönlich dazulernen	Bewusst machen, Stress ist nicht vorhanden, sondern selbst gemacht und änderbar (größter Effekt)	Am meisten hingengeblieben: die „Urlaubsecke“ (grüne Box) mit Gedanken „ <i>ganz ruhig / das wird schon alles / Stress muss nicht sein</i> “
	Das grüne Ressourcen-Kästchen mitnehmen (viele positive Gedanken und Erinnerungen, schnelle Rückblenden)	Wichtigste Methoden: Wissen zu Burnout und Stress / grüne Box mit Wertschätzungen und Wörtern, was konkret getan werden kann („ <i>am meisten geholfen</i> “) / Lernen können von anderen / Dinge aufschreiben können / großer Effekt durch Hausaufgaben

**Fazit.** Im Rahmen der Analyse der Interviews der einzelnen Probandin wurde deutlich, dass viele gute Ideen, die bereits vor Beginn der Intervention vorhanden waren, durch das Training zu konkreten Handlungsrichtlinien und individuellen Maßnahmen umgewandelt werden konnten. Insbesondere die Umbewertung des Konstruktes „Stress“ ist ebenso bemerkenswert wie der selbstwertschätzende und achtsame Umgang mit sich selbst, der auch mittelfristig ein halbes Jahr nach dem Training anhielt. Insgesamt beschrieb die Probandin mehrfach die intensivierete Beschäftigung mit sich selbst, wodurch sich nach ihren Beschreibungen eine erhöhte Selbstwirksamkeit schlussfolgern lässt. Zudem konnte die Probandin einen expliziten Nutzen durch das Ressourcen-Schatzkästchen ziehen, welches symbolisch und mit Inhalten gefüllt den Transfer des Gelernten in den Alltag deutlich unterstützte.

### 3.4 Diskussion

In dem abschließenden Kapitel der Hauptstudie werden die Ergebnisse dieser ausführlich diskutiert. Zunächst werden hierbei die Ergebnisse zusammengefasst und in den aktuellen Stand der Forschung eingeordnet. Darauf folgend werden Faktoren diskutiert, die möglicherweise zu einer Einschränkung des Gültigkeitsbereiches bzw. der Interpretation der Ergebnisse führen könnten.

#### 3.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Einordnung in die Literatur

Nacheinander werden die Ergebnisse der quantitativen Berechnungen sowie der qualitativen Fragen zusammengefasst, diskutiert und in die bestehende Literatur eingeordnet.

##### 3.4.1.1 Quantitative Ergebnisse

Für einen einsteigenden Überblick werden alle statistischen, interventionsbedingten Veränderungen und Unterschiede in der nachfolgenden Tabelle 80 dargestellt, bevor diese im Detail diskutiert werden.

**Tabelle 80: Zusammenfassung aller statistischen Interventionseffekte.**

Subtest	Quantitative Ergebnisse	
Selbstwirksamkeit	Signifikanter Interaktionseffekt	
Distanzierungsfähigkeit	Signifikanter Interaktionseffekt	
Verausgabungsbereitschaft	Haupteffekt Zeit	
Soziale Selbstwertschätzung	Nicht signifikant	
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung	Haupteffekt Zeit Haupteffekt experimentelle Bedingung	
Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden)	Haupteffekt experimentelle Bedingung	

**Selbstwirksamkeit.** Dass die Teilnehmerinnen ihre Selbstwirksamkeit nicht nur unmittelbar nach dem Training sondern auch mittelfristig hoch signifikant verbessern konnten, zeigt, dass die einzelnen Personen konkrete Maßnahmen entwickeln konnten, mit denen sie für sich selbst weiter arbeiten konnten. Das Gefühl, selbst wirksam zu sein und unabhängig von Rahmenbedingungen für sich und sein Wohlergehen sorgen zu können, kann große persönliche Stärke bedeuten. Dazu gehört ebenso die Gewissheit, Probleme lösen zu können oder eigene Ziele und Absichten zu verwirklichen. Diese Relevanz bestätigt das Konzept des Kohärenzsinn von Antonovsky (1997), dass das subjektive Empfinden eigenständiger Problemlösefähigkeit als herausragend für die psychische Gesundheit bezeichnet. Diese Unabhängigkeit und gleichzeitig großes Vertrauen in die eigene Person zu entwickeln, war eines der entscheidenden Ziele dieses Trainings, welches absolut erreicht worden ist. Innerhalb des Trainings scheint die wiederkehrende Arbeit mit eigenen Ressourcen, den eigenen Werten und der Wertschätzung dieser Faktoren (allein und in der Gruppe) für die große Weiterentwicklung der Selbstwirksamkeit der Probandinnen wesentlich gewesen zu sein. Ein hohes Selbstwertgefühl bedingt ein klar definiertes, stabiles Selbstschema und verhilft zudem, Ressourcen besser zum Einsatz bringen zu können, da selbstwertbedrohliche Informationen tendenziell eher verworfen werden (Hammelstein et al., 2006; Rosenberg, 1979). Dies konnte bestätigt werden. Es ist davon auszugehen, dass auch ein positives Selbstwertgefühl weiterentwickelt worden ist, durch welches einhergehend mit einer optimistischen Lebenseinstellung nach der Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1979) nachhaltig bessere Coping-Fähigkeiten entwickelt werden können. Doch auch der Erkenntnis-Gewinn sowie der Wissenserwerb zu Hintergründen und Wirkweisen von Stress und Burnout im Rahmen des Trainings machte die eigene Beeinflussbarkeit bewusst. Darüber hinaus scheinen die im fünften Modul bearbeiteten Inhalte für die Effekte mit verantwortlich zu sein, in denen gelernt wurde, die Erwartungen anderer von den eigenen Erwartungen deutlich zu differenzieren und eigene Ziele zu definieren. Insbesondere die Klarheit, was ein eignes Ziel beinhaltet und die komplett eigene Verantwortlichkeit, dieses umzusetzen, sorgte vielfach für eine größere Klarheit des Selbstkonzeptes, in dem das Wissen über die eigene Person geordnet ist (Asendorpf, 2005) sowie für ein intensives Gefühl von Selbstwirksamkeit. Der zum persönlichen Ziel definierte symbolische Anker, aber auch das Ressourcen-Schatzkästchen scheinen diese großen Effekte bezüglich des mittelfristigen Transfers unterstützt zu haben. Konkrete Hausaufgaben nutzten dabei die auf eigene Kompetenzen zurückzuführenden Erfolgserfahrungen als die einflussstärkste Quelle der Selbstwirksamkeitserwartung (Schütz & Renneberg, 2006). Da die Selbstwirksamkeit als Schlüsselressource für die Bewältigung von Stress (Hobfoll, 2001) sowie als wesentlicher Prädiktor von subjektivem Wohlbefinden und Gesundheit (Weber, 2005) angesehen werden

kann, kann die durch das Training erreichte Steigerung der Selbstwirksamkeit als wesentlicher Erfolg zur Prävention von Burnout bezeichnet werden.

**Distanzierungsfähigkeit.** Auch die Distanzierungsfähigkeit konnte unmittelbar durch das Training erhöht werden. Dabei zeigten die Teilnehmerinnen großen Wissensdurst in Bezug auf zugehörige Themen wie Abgrenzung oder Nein-sagen. Mehrere der Probandinnen benannten konkrete Anliegen, diesbezüglich etwas lernen zu wollen, was aufgrund der täglichen, von emotionaler Nähe geprägten Herausforderungen in der Pflege nachvollziehbar ist (Büssing et al., 2000). Innerhalb des Trainings scheinen die durch die Teilnehmerinnen je visualisierten eigenen Grenzen und das Einüben einer selbstbewussten, verbalen Abgrenzung entscheidenden Einfluss gehabt zu haben. Die Teilnehmerinnen bestätigten das positive Gefühl, Widerstand bestimmten Anforderungen gegenüber leisten zu dürfen. Dies beschreiben auch Schaarschmidt und Fischer (2006) als Voraussetzung, um abschalten zu können. Ebenso die im vierten Trainings-Modul bearbeiteten Möglichkeiten der bewussten Entspannung und Erholung trugen einen entscheidenden Teil bei. Die Autoren des AVEM definieren Distanzierungsfähigkeit konkret als die „*Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit*“ (Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 8). Das Bewusstsein, dass die notwendige Distanzierung ein festes Element einer jeden (vollständigen) Entspannung ist, untermauerte noch einmal deren Bedeutsamkeit. Auch hier unterstützte neben der immer wieder erfolgten Selbstreflexion der Wissenstransfer durch das Schaubild des Erholungs-Belastungs-Zyklus vom Allmer (1996) den Erkenntnisgewinn. Da die Distanzierungsfähigkeit bereits allgemein als sehr bedeutsam für die gesundheitsförderliche Bewältigung beruflicher Belastungen bezeichnet wird (Schaarschmidt & Fischer, 2001), die Fähigkeit zur Distanzierung in der Pflege sowie die distanzierte Anteilnahme jedoch noch entscheidendere Bedeutung hat (Lampert, 2011; Zander et al., 2011), kann deren Steigerung mittels des vorliegenden Trainings als sehr erfolgreich und bedeutsam bewertet werden.

**Verausgabebereitschaft.** In Bezug auf die Verausgabebereitschaft zeigte sich hypothesengenerierend nur direkt nach dem Training ( $t_1$ ) eine signifikante Verbesserung innerhalb der Experimentalgruppe. Es lässt sich schlussfolgern, dass die unmittelbare Beschäftigung mit diesem Aspekt des beruflichen Engagements Einstellungs- bzw. Verhaltensänderungen möglich macht. Zum Zeitpunkt der Katamnese sechs Monate nach dem Training ( $t_2$ ) folgte im Rahmen einer hochsignifikanten Verschlechterung der Werte ein Rebound-Effekt. Dieses rasche Wiederkehren in alte Verhaltensweisen könnte durch die in der Pflege extrem fordernden Rahmenbedingungen erklärt werden. Dennoch bleibt zum Zeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ) der Wert der Experimentalgruppe unter dem zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) erhobenen Wert ( $t_0$ :  $M = 16.92$ ,  $SD = 1.26$ ;  $t_2$ :  $M = 16.15$ ,  $SD = 1.39$ ). Durch die somit insgesamt verringerte Verausgabebereitschaft der Teilnehmerinnen

werden die Bemühungen und der teilweise Erfolg der Verhaltensänderung und eigenen Rollenklarheit, welche im fünften Modul bearbeitet wurde, deutlich. Insbesondere die zu den Messzeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  erkennbaren deskriptiven Unterschiede zwischen den Werten der Experimental- und der Kontrollgruppe untermauern die positive Veränderung. Der im Konstrukt der Verausgabungsbereitschaft abgefragte chronische Zeitmangel sowie die erforderliche Mehrarbeit (Schaarschmidt & Fischer, 2006) hingegen können als äußere Bedingungen bezeichnet werden, deren Veränderung nicht immer beeinflussbar ist. Insbesondere der größer werdende Personalmangel wird auch in Zukunft die Bereitschaft der Pflegekräfte, Mehrarbeit abzulehnen und nicht bis zur Erschöpfung zu arbeiten, täglich auf die Probe stellen. Sämtliche von Büssing et al. (2005) als organisationale Stressoren, Regulationshindernisse oder Überforderungen bezeichnete Belastungsformen sollten weitestgehend auch von außen reduziert werden, um den einzelnen Pflegekräften eine Verhaltensänderung zu erleichtern. Vor diesem Hintergrund scheint jedoch die mittelfristig positive Verbesserung der Distanzierungsfähigkeit der Teilnehmerinnen als ein ebenfalls bedeutsamer Anteil der individuellen Prävention umso beeindruckender.

**Soziale Selbstwertschätzung.** In Bezug auf die soziale Selbstwertschätzung konnten keinerlei signifikante Ergebnisse festgestellt werden. Dennoch konnte auf deskriptiver Ebene gezeigt werden, dass die Teilnehmerinnen des Trainings im Zeitverlauf ihre soziale Selbstwertschätzung bzw. ihren Umgang mit Kritik stetig verbessern konnten. Die Kontrollgruppe hingegen wies von Anfang an geringere Werte auf, die im Zeitverlauf ähnlich gering blieben. Eine Veränderung der allgemeinen Selbstwertschätzung durch das Training haben die hoch signifikanten Verbesserungen der Selbstwirksamkeit gezeigt, für die die Selbstwertschätzung nachweislich eine große Rolle spielt (Asendorpf, 2005; Bandura, 1979). Die subjektive Einschätzung des eigenen Wertes wurde in mehreren Modulen gezielt trainiert. Die nicht signifikanten Veränderungen des Konstruktes der sozialen Selbstwertschätzung könnten zum einen darin begründet sein, dass die Selbstwertschätzung als eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft angesehen werden kann (Burmeister, 1991), die in Untersuchungen von Schütz (2003) einen Stabilitätskoeffizienten im Bereich .80 aufwies. Dennoch sei eine langfristige Veränderung durch therapeutische Intervention nicht auszuschließen (Schütz & Sellin, 2006). Für die Generierung signifikanter Veränderungen könnte eine Langzeitstudie, aber auch eine längere Trainingsdauer denkbar sein. Zum anderen könnte der inhaltliche Fokus für die Pflegekräfte nicht so relevant sein wie andere Anteile der Selbstwertstruktur, beispielsweise die emotionale, leistungsbezogene oder körperbezogene Selbstwertschätzung (Schütz & Sellin, 2006). Zu vermuten wäre zudem, dass den Pflegekräften durch die vielen und nahen sozialen Kontakte im Alltag viel soziale Selbstwertschätzung geschenkt wird. Darüber hinaus zehrt die Zielgruppe auch im privaten Kontext von sozialen Aktivitäten und Kontakten, die bei zur Verfügung stehenden

Ressourcen an erster Stelle stehen (Loffing, 2013). Sorgen über die Meinung anderer oder Ängste, als Versager zu gelten, könnten durch ein enges soziales Netzwerk bereits minimiert sein. Dennoch konnte das Training den Teilnehmerinnen mittelfristig zu einer sozialen Selbstwirksamkeit verhelfen.

**Leistungsbezogene Selbstwertschätzung.** Im Rahmen der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung konnte ein großer klinischer Effekt in Abhängigkeit der Zeit und der Gruppenzugehörigkeit nachgewiesen werden. Unmittelbar nach dem Training, aber auch mittelfristig nach sechs Monaten zeigte sich eine Verbesserung der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung der Teilnehmerinnen des Trainings. Insbesondere aufgrund der bereits zuvor beschriebenen Stabilität der Persönlichkeitseigenschaft des Selbstwertes (Burmeister, 1991) ist die Veränderung als großer Erfolg zu bewerten. Innerhalb des Trainings konnten die Pflegekräfte erlernen, sich die eigene Wertschätzung bewusst zu machen und sich selbst zuzugestehen, täglich eine großartige Arbeit zu leisten. Insbesondere bei den extremen Rahmenbedingungen, in denen die Vollendung aller anstehenden Arbeiten nur selten möglich ist, ist die Stärkung des Gefühls der eigenen fachlichen Kompetenz wesentlich. Selbst zu wissen, gute Arbeit zu leisten, den Anforderungen gewachsen zu sein und mit den eigenen Leistungen zufrieden zu sein, konnte hier erarbeitet und verstärkt werden. Zusätzlich kann sich eine positive Wechselwirkung mit dem erhöhten Selbstwert und der gleichzeitig verringerten Risikoeinschätzung vermuten lassen. Studien zeigen, dass eine erhöhte Selbstwertschätzung eine geringere Vulnerabilität bzw. Risikoeinschätzung mit sich bringt (Gerrard, Gibbons, Reis-Bergan & Russell, 2000). Durch eigene Erfolgserfahrungen, stellvertretende Erfahrungen aus der Gruppe und verbale Verstärkungen als Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung kann vermutet werden, dass Zweifel an fachlichen Fähigkeiten oder Überforderung im Arbeitsalltag zusätzlich verringert worden sind und sich somit auch die Risikoeinschätzung verkleinert hat. Die daraus resultierende Zufriedenheit und Ruhe kann gleichzeitig als stärkende Ressource gewertet werden. Insgesamt kann von einem großen klinischen Effekt gesprochen werden, womit die Wirksamkeit des Trainings auch für das Konstrukt der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung bestätigt werden konnte, die in den Einheiten zwei und sechs trainiert wurde.

**Kognitive Beschwerden.** In Abhängigkeit der experimentellen Bedingung konnte mittelfristig ein mittlerer klinischer Effekt nachgewiesen werden. Kognitive Beschwerden wie mangelnde Entschlussfreudigkeit, negatives Denken oder quälenden Gedanken konnten durch das Training somit positiv beeinflusst werden. Im Rahmen der Überlegung von Ansatzpunkten zu trainierender Ressourcen im Stressprozess kann hier von einem Einfluss auf die unmittelbare Bewertung des Stressors ausgegangen werden (Schuster et al., 2011). Dabei könnte die bewusste Aufmerksamkeitslenkung, Entschlussfreudigkeit sowie

Konzentration die Burnout-Gefährdung positiv beeinflusst haben (Hagemann & Geuenich, 2009). Diese Konstrukte wurden in allen Modulen des Trainings thematisiert und immer wieder trainiert. Der nur mittlere Effekt könnte schlussfolgernd in Frage stellen, wie groß die Rolle kognitiver Beschwerden für die Burnout-Gefährdung bzw. Prävention in der Pflege ist, und ob für diese Zielgruppe Beschwerden anderer Art relevanter erscheinen.

### 3.4.1.2 Qualitative Ergebnisse

**Offene Frage im Fragebogen.** Die Ergebnisse der zu allen drei Messzeitpunkten gestellten offenen Fragen im Fragebogen zeigten unterschiedliche Facetten der Gedanken zur Burnout-Prävention in der Experimental- und der Kontrollgruppe. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass sich der untersuchte Personenkreis mit verschiedensten Möglichkeiten der Burnout-Prävention beschäftigt. Bezogen auf die unterschiedlichen Schwerpunkte zwischen Experimental- und Kontrollgruppe könnte sich schlussfolgern lassen, dass die Teilnehmerinnen, die sich auch für die Intervention entschieden haben, schon im Vorwege ein verstärktes Gefühl der Notwendigkeit gehabt haben, sich mit sich selbst zu beschäftigen, um Burnout vorzubeugen. Aufgrund der ähnlich häufigen Nennungen zum Fokus Selbstmanagement zum ersten und zweiten Messzeitpunkt lässt sich zudem vermuten, dass das Bewusstsein, mit sich selbst zu arbeiten, bei den Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe bereits bestand, dieses jedoch durch das Training noch einmal gefestigt und konkretisiert werden konnte. Insbesondere bei den Teilnehmerinnen des Trainings zeigt die Auswertung zum Zeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ), dass der Einbezug und die Aktivierung aller Arten von Ressourcen als ideal bezeichnet werden kann. Der Blick auf verschiedene Präventions-Aspekte, insbesondere aber auf Möglichkeiten der aktiven Auseinandersetzung mit sich selbst, scheint einem Großteil der Zielgruppe Pflegender zu fehlen, wie die Ergebnisse der Kontrollgruppe zeigen.

**Befindersrunde vor und nach den Modulen.** Die regelmäßigen Runden vor und nach den Modulen, in denen die Teilnehmerinnen mündlich ihr Befinden, ihre Erfahrungen und Gedanken benennen konnten, brachten einen großen, zusätzlichen Erkenntnis-Gewinn. Die Runden waren von Anfang an sehr offen, so dass ausnahmslos jede Teilnehmerin jedes Mal ihre Gedanken und Gefühle preisgab. Zu vermuten ist bereits ein positiver Effekt dadurch, dass die Teilnehmerinnen je vor und nach den Modulen für sich reflektierten, was für sie an dem Tag am wichtigsten war und inwiefern das Ausprobieren im Alltag Erfolg gebracht hatte. Wohlwollend und wertschätzend wurde dies stets auch von der Gruppe respektiert und nonverbal honoriert. Davon ausgehend, dass im Kontext einer Gruppe stets soziale Erleichterungen, ebenso jedoch soziale Hemmungen auf die einzelnen Gruppenmitglieder

Einfluss nehmen, kann hier von einem Prozessgewinn und einem optimalen Einsatz der in der Gruppe für die einzelnen Teilnehmerinnen vorhandenen Ressourcen ausgegangen werden (Wilke & Wit, 2003). Vor allem in den mündlichen Statements der Befindersrunden, aber auch in den schriftlichen Feedbacks bezüglich der Umsetzbarkeit des Erlernten zum Trainings-Abschluss wird die Bedeutung des Ressourcen-Schatzkästchens als große Unterstützung für den Transfer deutlich. Die Beschäftigung zu Beginn des Trainings und die fortwährende Arbeit damit hat dies zu einem festen Bestandteil der Intervention gemacht. Zu mehreren Zeitpunkten wurden die Teilnehmerinnen aufgefordert, weitere Ressourcen dorthinein zu ergänzen. Ein Großteil der Teilnehmerinnen brachte das Kästchen je zu den Modulen mit. Darüber hinaus wurde mehrfach davon berichtet, dass weitere Ressourcen definiert, aufgeschrieben und in das Kästchen gelegt wurden, was den Transfer und die Weiterbeschäftigung mit dem Gelernten nachhaltig unterstützen konnte. Sowohl das Sichtbarmachen von Ressourcen als auch das Sichtbarmachen des Ressourcen-Schatzkästchens spielten für mehrere Teilnehmerinnen eine große Rolle. Dabei kann das Festhalten von Gedanken mit Hilfe eines Objektes dem Alltagstransfer dienen (Storch & Krause, 2010). Ebendies zeigte auch die Arbeit mit den zu einem selbst definierten Ziel zugehörigen Symbol (Anker). Fast alle Teilnehmerinnen hatten im Verlauf vom fünften zum sechsten Modul ihr Symbol verortet (ein Bild dazu gemalt, im Urlaub das Symbol gekauft, Aufkleber dazu machen lassen etc.). Neurowissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass mittels der häufigen und erfolgreichen Aktivierung eines gewünschten Zielzustandes neuronale Verschaltung neu organisiert werden können (Storch & Krause, 2010). Hüther (1997, S. 8) spricht dabei von der *„nutzungsabhängigen Veränderbarkeit des menschlichen Gehirns“*, bei der Symbole (Anker) bei der Umsetzung im Alltag nachhaltige Unterstützung bieten können. Interessanterweise zeigte sich die tiefere Bedeutsamkeit des in Modul fünf definierten persönlichen Ziels zur Burnout-Prävention erst einige Wochen später. Während die Definition des eigenen Ziels mit zugehörigem Symbol unmittelbar nach dem Training nicht besonders intensiv benannt wurde, wurde die Bedeutsamkeit dieser Ziele zu Beginn der sechsten Trainingseinheit deutlich verbalisiert, indem die Teilnehmerinnen ihre eigene Klarheit und Stärke sowie den durch die Ziel-Definition erfolgten Erkenntnis-Gewinn beschrieben. Dies wiederum zeigt, wie wichtig die mittelfristige Begleitung ist, da ein nachhaltiger Transfer nur selten unmittelbar erfolgen kann. Auch der Abstand der Trainings-Module von ca. vier Wochen kann hierauf bezogen erneut als positiv und sinnvoll bewertet werden. Weitere Aussagen aus den Befindersrunden untermauerten, dass das tiefere Bewusstwerden und der Bezug des Gehörten auf die eigene Person einige Wochen bzw. Monate in Anspruch nehmen können. In der Theorie der Selbsteffizienz von Bandura (1997) wird die enge Verzahnung von Merkmalen des Verhaltens, konkreten Lernerfahrungen, die gemacht werden müssen, sowie eigenen Erwartungen betont. Dabei wird deutlich, dass

Veränderung nur schrittweise funktionieren kann und stetig reflektiert werden muss, auch wenn die dafür benötigte Dauer individuell verschieden ist.

In den mündlichen Befindersrunden je vor und nach den Trainingseinheiten wurde darüber hinaus deutlich, wie wichtig auch der Input theoretischer Konstrukte zu sein scheint, noch wichtiger jedoch die praktische Anwendung bzw. das Ausprobieren für die eigene Person unmittelbar danach. Ohne Ausnahme beteiligten sich alle Teilnehmerinnen bei allen praktischen Einzel- und Gruppen-Übungen intensiv. Aufgrund von Aussagen, eines „*leichter und entspannter Fühlens*“ unmittelbar nach dem Training kann eine Erleichterung in Form einer positiven Selbsterfahrung interpretiert werden, mit der Selbstzweifel ausgeräumt und Selbststärkung geschaffen werden konnten. Das konkrete Einüben neuer Verhaltensweisen wird auch in der Literatur immer wieder als wesentlicher Bestandteil von Bewältigungs- oder Präventionstrainings angesehen (Kaluza, 2004; Kanfer et al., 2012; Meichenbaum, 2012; Reimann & Pohl, 2006). Diesen Gedanken unterstützte die überaus große Bereitschaft der Teilnehmerinnen, sich im Rahmen der konkret gestellten Hausaufgaben in der Zeit zwischen den Modulen erneut mit dem Themenkomplex auseinander zu setzen. Bis auf wenige Ausnahmen brachten die Teilnehmerinnen stets viele Gedanken zu der Auseinandersetzung mit der gestellten Aufgabe mit. Wunschel und Linden (2005) bezeichnen Hausaufgaben als unverzichtbaren Bestandteil in jeder verhaltensverändernden Intervention. Als wichtigste Verstärkung beschreiben sie die regelmäßige Nachbesprechung der Aufgaben in der nächsten Stunde. Die positive Erfahrung gezielt eingesetzter Hausaufgaben wurde in diesem Training bestätigt. Darüber hinaus wurde mehrfach bereits in der Befindersrunde zum Abschluss der Trainingseinheit die Dankbarkeit der Teilnehmerinnen für die konkrete Hausaufgabe betont.

Inhaltlich konnten, wie auch gewünscht, sowohl die beruflichen als auch die privaten Situationen überdacht, mit einbezogen und bearbeitet werden. Insbesondere bei den für viele Teilnehmerinnen sehr wichtigen Themenkomplexen von Abgrenzung und Selbstbehauptung wurde von zahlreichen Beispielen aus dem beruflichen (z.B. Ärzten gegenüber) sowie aus dem privaten (z.B. Erziehung und Zeit für sich) Kontext berichtet. Da die Stärkung persönlicher Kompetenzen selbstverständlich alle Lebenssituationen umfasst, ist der Transfer in alle Richtungen als sehr positiv zu bewerten.

**Schriftliches Feedback zum Trainings-Abschluss.** Auch die schriftlichen Rückmeldungen der Trainingsteilnehmerinnen unmittelbar nach dem gesamten Training stellten eine sehr gute Ergänzung der Generierung von Daten dar. Die dort niedergeschriebenen Statements replizierten die aus den mündlichen Befindersrunden aufgenommenen Ergebnisse und lieferten weitere Details. Dies spricht zusätzlich für die Ehrlichkeit der Teilnehmerinnen, auch

im öffentlichen Raum ihre persönliche Meinung offen benannt zu haben. Inhaltlich wurde auch in den schriftlichen Aussagen deutlich, dass das Bewusstmachen von Stress, Ressourcen und des eigenen Verhaltens absolut im Fokus stand. Das hierfür notwendige Wissen wurde ebenfalls klar benannt. So waren die Definition von Stress nach Lazarus sowie die bewusste Erkenntnis, dass sowohl Menschen als auch zahlreiche Rahmenbedingungen nicht veränderbar sind, für viele der teilnehmenden Pflegekräfte wesentlich. Dies kann mit der für die Stressbewältigung wesentlichen Ressource der Realitätsakzeptanz verglichen werden (Lazarus, 2005; Schuster et al., 2011). Dass die Mischung aus emotionalen, kognitiven und aktiv-handlungsorientierten Elementen als sinnvoll empfunden wurde, wurde ebenfalls wiederholt benannt. Dies entspricht dem von Schuster et al. (2011) empfohlenen Vorgehen, sowohl die intrapsychischen als auch die handlungsorientierten Bewältigungsstrategien in eine Intervention präventiver Art einzubeziehen. Auch die Tatsache, dass das Training in Bezug auf Inhalt, Umfang und Methodik aus Sicht der Teilnehmerinnen kaum Veränderungsbedarf aufweist, unterstreicht die hohe Akzeptanz dessen. Der intensive Austausch innerhalb der Gruppe wurde ebenfalls als positiv und stärkend betont. Diese Tatsache spricht ebenfalls für die Vorzüge einer Gruppenintervention gegenüber Interventionen im Einzelkontakt (Wilke & Wit, 2003). Die subjektive Einschätzung der Wirksamkeit des Trainings kann mit durchschnittlich 81,58% als sehr hoch bewertet werden. Hier wäre eine weitere Messung zum Zeitpunkt der Katamnese interessant. Für die mittelfristige Umsetzbarkeit wurden die Hausaufgaben auch schriftlich noch einmal positiv hervorgehoben. Dies zeigt die Motivation und lässt eine große Veränderungsbereitschaft der Teilnehmerinnen vermuten. Für die langfristige Umsetzbarkeit beschrieben die Teilnehmerinnen erneut ihre Ressourcen-Schatzkästchen als mit am wichtigsten. Als zusätzliche Besonderheit könnte die Dankbarkeit der Teilnehmerinnen bewertet werden. Diese wurde vielfach in den schriftlichen Feedbacks zum Trainingsabschluss betont.

### **3.4.1.3 Ergebnisse der Einzelfallanalyse**

Eindrücklich zeigen die Ergebnisse der Einzelfallanalyse die Übereinstimmung positiver Effekte der quantitativen und qualitativen Analysen. Im Rahmen der quantitativen Auswertungen zeigten die Veränderungen innerhalb der einzelnen Subtests, dass die Probandin in jedem Bereich (bis auf den Intensitäts-Wert der Burnout-Gefährdung) ihre Kompetenzen im Verlauf der Intervention verbessern konnte. Insbesondere unmittelbar nach dem Training zeigten sich teilweise starke Kompetenzzuwächse, insbesondere bezüglich der Selbstwirksamkeit, der Distanzierungsfähigkeit, der Verausgabungsbereitschaft, der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung und der Anzahl der kognitiven Beschwerden

(Burnout-Gefährdung). In allen Bereichen der Selbstwirksamkeit, der Distanzierungsfähigkeit, der Verausgabungsbereitschaft und der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung verfügte die Probandin zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese über sehr viel höhere Werte als die Norm. Hierbei sei herauszustellen, dass sich die Werte der Selbstwirksamkeit der Probandin zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) deutlich unterhalb der Norm befanden. Ihre im Vergleich zur Norm unterdurchschnittliche Ausprägung konnte sie im Verlauf der Intervention auf eine überdurchschnittlich hohe Selbstwirksamkeit verbessern. Dies passt zu ihren mündlichen Äußerungen der Interviews zum zweiten und dritten Messzeitpunkt. Die Anzahl der kognitiven Beschwerden (Burnout-Gefährdung) war zum Zeitpunkt der ersten Messung weit über dem Durchschnitt. Mittels Neubewertung des Konstruktes Stress konnten hier große Erfolge verzeichnet werden, so dass sich die Werte nach dem Training am unteren Ende des Normbereiches fanden. Sämtliche Verbesserung konnten mittelfristig zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnese bis auf marginale Veränderungen stabil gehalten werden.

Auch die zusätzliche Erhebung qualitativer Daten der einzelnen Probandin mittels Interviews kann positiv bewertet werden. Die hier generierten Ergebnisse untermauern mittels konkreter Beispiele eindrucksvoll die bereits dargestellten Schlussfolgerungen. Inhaltlich zeigte sich deutlich, dass die Probandin bereits vor Beginn des Trainings auf allen Ebenen über gute, teilweise auch konkrete Ideen zur eigenen Burnout-Prävention verfügte, von denen einige im Rahmen konkreter Maßnahmen und Aktivitäten bereits zum Zeitpunkt des Trainings-Starts aktiv umgesetzt wurden. Wie die quantitativen Ergebnisse gezeigt haben, verfügte sich Probandin zum Start der Intervention dennoch über eine unterdurchschnittliche Selbstwirksamkeit und ein überdurchschnittliches Maß kognitiver Beschwerden bezüglich ihrer Burnout-Gefährdung. Mittels des Trainings konnte die Probandin jedoch konkretere Ideen und Gedanken für sich persönlich reflektieren, definieren und ausprobieren. Selbstbestimmtheit, Selbstreflexion und die Bewusstheit über sich, die eigenen Gedanken und Verhaltensweisen standen für sie dabei im Fokus. Die Probandin beschrieb eindrücklich die Veränderungen, beispielsweise selbstbestimmt aktiv für (mehr) Ruhe und Gelassenheit zu sorgen. Am intensivsten zeigten sich jedoch die veränderten Definitionen zu Stress und Burnout, die die Probandin beschrieb. Dabei war für sie die eigene Beeinflussbarkeit des Empfindens von Stress und allen zugehörigen Symptomen wesentlich, wie sich in der deutlichen Verbesserung der Anzahl der kognitiven Beschwerden im Rahmen der Burnout-Gefährdung quantitativ untermauern ließ. Stellte Burnout zu Trainingsbeginn ( $t_0$ ) für die Probandin noch eine Form von Erschöpfung dar, so beschrieb sie dies zum Zeitpunkt der Katamnese ( $t_2$ ) als etwas, was es nicht geben müsse, da die Menschen dies selbst zu verantworten hätten. Hier wird die wiedergewonnene, eigene Handlungsfähigkeit deutlich, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, aber auch das Gefühl, Situationen verändern zu

können, welches für die Burnout-Prävention wesentlich ist (Antonovsky, 1997; Bergner, 2011). Diese sehr großen Veränderungen auf kognitiver Ebene der Probandin können als ebenso bedeutsam beschrieben werden wie die Veränderungen auf emotionaler und handlungsbezogener Ebene, die allesamt als mittelfristig wirksame Effekte des Trainings beschrieben werden können.

#### **3.4.1.4 Zusammenführung der Ergebnisse**

Die statistisch zum Teil hoch signifikanten Verbesserungen der trainierten Konstrukte sind auch dem hohen Engagement der Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe zu verdanken. Besonders in den Rückmeldungen, die im Rahmen der Befindersrunden vor und nach den Trainingseinheiten generiert wurden, wurde deutlich, dass die Pflegekräfte von Anfang an ein gutes Gefühl hatten, an dem Training teilzunehmen und sehr schnell Vertrauen zur Trainerin aufbauten. Ohne anfangs konkret zu wissen, was auf sie zukommen würde, nahmen die Teilnehmerinnen jede Einladung an, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, bestehende Verhaltensweisen zu überprüfen und neue auszuprobieren. Auch die Auswahl der inhaltlichen Schwerpunkte sowie der didaktischen Methoden können positiv bewertet werden, da alles angenommen und ausprobiert wurde. Darüber hinaus fanden fast alle Teilnehmerinnen innerhalb der sechs Module das für ihre Burnout-Prävention persönlich wichtigste Thema vor, so die Rückmeldungen. Auch wurde die hohe Motivation zum Training durch die intensive Weiterbeschäftigung mit den Themen in der Zeit zwischen den Modulen deutlich. Die Hausaufgaben wurden fast immer durchgeführt, sogar in Zeiten zum Teil großer privater Sorgen und einer hohen beruflichen Beanspruchung mit vielen Überstunden. Zudem wurde häufig von einer zusätzlichen Beteiligung des sozialen Umfeldes (beruflich und privat) berichtet, bei der die bearbeiteten Themen weiter besprochen, diskutiert und deren Anwendungsmöglichkeiten gemeinsam reflektiert wurden. Insgesamt wurde sowohl in den Trainingseinheiten selbst als auch im Alltag der Teilnehmerinnen angeleitet und eigenständig sehr viel ausprobiert, womit die einflussreichste Quelle der Selbstwirksamkeitserwartung genutzt wurde: die auf eigene Kompetenzen zurückzuführenden Erfolgserfahrungen (Schüz & Renneberg, 2006). Eine hohe Selbstwirksamkeit unterstützt die eigene Wirksamkeitsüberzeugung und die Ergebniserwartungen als Elemente der Verhaltenssteuerung (Bandura, 1997) und dient damit wesentlich dem Schutz vor Stress (Semmer & Zapf, 2004). Gezielt konnten auch Erfolge der von Maslach und Leiter (2001) definierten Schlüsselthemen von Burnout der distanzierten Anteilnahme sowie der negativen Selbsteinschätzung verzeichnet werden. Der dort als kaum zu erreichendes Ideal bezeichneten distanzierten Anteilnahme sind die Teilnehmerinnen des Trainings ein großes Stück näher gekommen, wie die signifikante Verbesserung der Distanzierungsfähigkeit sowie

die Ergebnisse der qualitativen Methoden zeigen. Der vorschnelle Zweifel der eigenen professionellen Kompetenz sowie negative emotionale Erfahrungen, die sich häufig ähnlich einem persönlichen Misserfolg anfühlen, wurden durch stetige Stärkung der teilnehmenden Pflegekräfte, dem Bewusstmachen der eigenen Kompetenz und der Befähigung zur Selbstwertschätzung kontinuierlich verringert, wie das folgende Zitat einer Teilnehmerin zum Ende des Trainings beispielhaft verdeutlicht:

*„Hatte viel an mir selbst gezweifelt, aber das, was ich mache, ist gut.“* (Probandin nach der 6. Trainingseinheit)

Das Bewusstmachen der eigenen Werte und alle Übungen zur Erhöhung des Selbstwertes wurden von den Teilnehmerinnen höchst aktiv angenommen und zum Abschluss im Rahmen des sechsten Moduls als Vertiefung eingefordert. Das hier gestillte Bedürfnis nach Selbstwertschutz und -erhöhung kann als eines der menschlichen Grundbedürfnisse bezeichnet werden (Grawe, 2004). Die großen klinischen Effekte der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung weisen die Wirksamkeit des Trainings auch für dieses so wesentliche Konstrukt der Burnout-Prävention eindrücklich nach. Die Teilnehmerinnen bestätigten unter anderem in ihrem schriftlichen Feedback zum Trainings-Abschluss, dass das Bewusstmachen des eigenen Standortes, der eigenen Ziele und Ressourcen wesentlichste Erkenntnisse des Trainings gewesen seien. Sich selbst wieder näher zu kommen, eigene Ziele zu definieren und die eigene Rolle zu klären und aufzuwerten, werden in der Literatur vielfach als persönlich stärkende und vor Burnout schützende Elemente bezeichnet (Burisch, 2010; Cherniss, 1999; Lauderdale, 1982). Doch auch die Bedeutung der über das gesamte Training stetigen Erweiterung des eigenen Ressourcenpools für eine proaktive Stressverarbeitung (Becker, 2001; Burisch, 2010; Hobfoll & Buchwald, 2004) darf nicht unterschätzt werden und wird für die positiven Effekte des Trainings mit verantwortlich sein. Auch hier standen die stetige Selbstreflexion, das Bewusstmachen sowie das eigenständige Ausprobieren und in die Gruppe zurück Melden im Vordergrund. Insbesondere in der abschließenden Befindensrunde wurde deutlich, dass sich die Teilnehmerinnen aus eigener Perspektive primär persönlich gestärkt fühlten. Da es vorrangiges Ziel der Studie war, ein Training zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege zu konzipieren und zu evaluieren, welches die persönlichen Kompetenzen jedes Einzelnen stärkt, kann das Training mit den damit erreichten Ergebnissen als voller Erfolg bezeichnet werden.

### **3.4.1.5 Reflexion des Qualitätsmanagements**

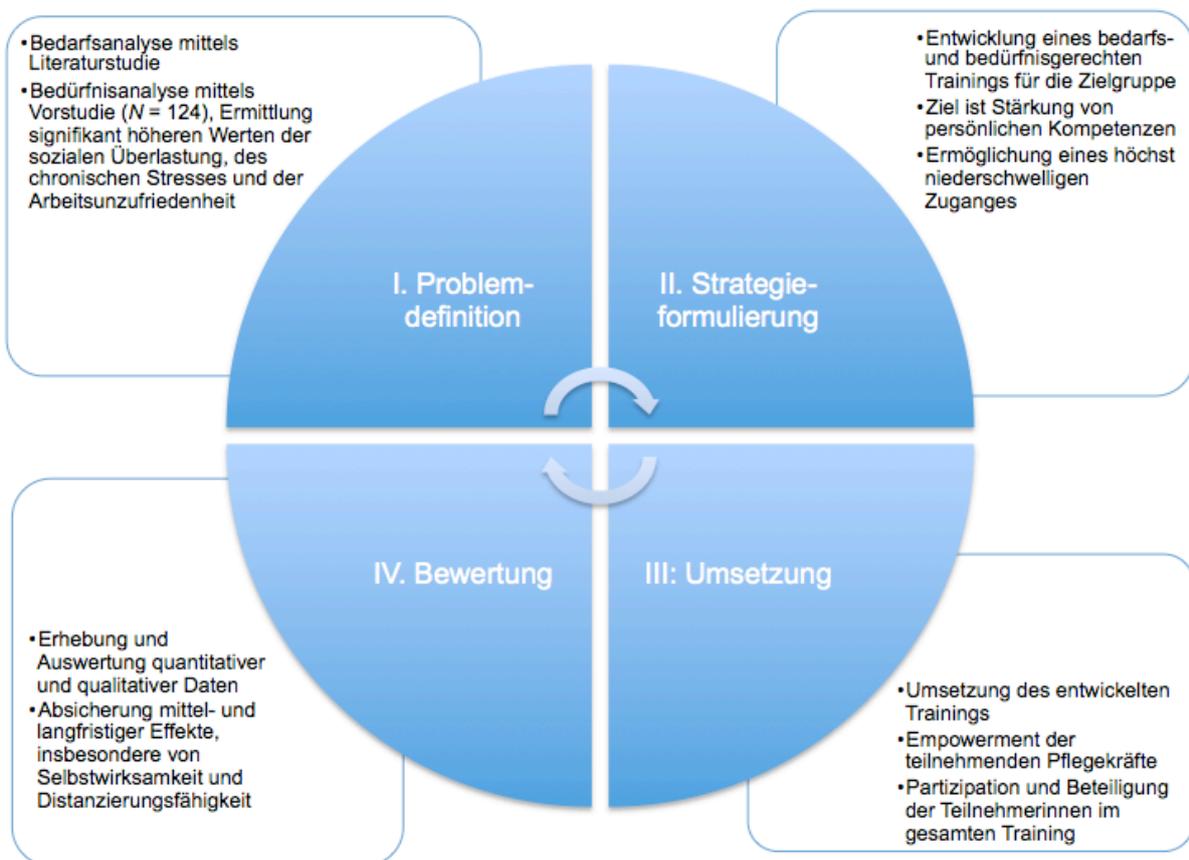
In Anlehnung an den „Public Health Action Cycle“ (Kolip, 2006; vgl. Kap. 1.1.3) werden im Folgenden noch einmal die dort beschriebenen vier Phasen auf die in dieser Forschung

konzipierte und evaluierte Intervention projiziert und deren Qualität reflektiert. Im Rahmen der ersten Phase der Problemdefinition wurde im Theorie-Teil dieser Arbeit (vgl. Kap. 1) der Bedarf, die theoretische Fundierung, die Erfahrungswerte vergleichbarer Projekte sowie Kenntnisse über Rahmenbedingungen der Zielgruppe Pflege ausführlich dargestellt (Kolip, 2006; Tempel et al., 2013). Forschungsziel dabei war, ein Trainings-Programm zur Burnout-Prävention in der Alten- und Krankenpflege zu konzipieren und zu evaluieren. Um zusätzlich die Bedürfnisse dieser Zielgruppe zu erkunden, wurde eine umfangreiche Vorstudie durchgeführt (vgl. Kap. 2). Diese belegte die Notwendigkeit der Unterstützung der Alten- und Krankenpflegekräfte mittels einer primären Verhaltensprävention. Insbesondere die signifikant höheren Werte der sozialen Überlastung, des chronischen Stresses sowie der Arbeitsunzufriedenheit wurden besonders berücksichtigt. Die bestehende Planungsqualität konnte dadurch noch einmal erhöht werden. Auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz erfolgte die detaillierte Planung der Intervention (vgl. Kap. 4.3). Die dabei abgeleiteten Methoden und Inhalte des Trainings wurden passgenau auf Bedarf und Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt.

Für eine zusätzliche Erhöhung der Strukturqualität wurden die zeitlichen und örtlichen Bedingungen den bestehenden Rahmenbedingungen der Zielgruppe angepasst. Die Intervention fand in Räumlichkeiten der Klinik statt, die sich unmittelbar im Nachbarhaus bzw. zwei Straßen von der Arbeitsstätte der Teilnehmerinnen befanden. Fand das Training innerhalb der Arbeitszeit der Teilnehmerinnen statt, so wurden diese für die Zeit des Trainings von der Arbeit freigestellt. Auch durch die gute Atmosphäre des großzügigen Raumes sowie vorhandene Getränke und Snacks konnte ein sehr niederschwelliger Zugang zur Intervention gewährleistet werden (vgl. Kap. 3.2.2 und Kap. 3.2.6.1).

In Bezug auf die dritte Phase des PHAC wurde die Intervention exakt so durchgeführt und umgesetzt, wie sie geplant wurde. Inhaltlich und methodisch erfolgte eine sehr hohe Akzeptanz des Trainings durch die Zielgruppe. Ein in dieser Form die persönlichen Kompetenzen von Pflegekräften stärkendes Training zur Burnout-Prävention kann als höchst innovativ bezeichnet werden. Die mittelfristige Stabilität der gesicherten Effekte unterstreicht die Nachhaltigkeit der Intervention. Die Teilnehmerinnen wurden empowert, wie auch die qualitativen Ergebnisse beweisen. Die im Rahmen der Prozessqualität geforderte Partizipation wurde der Zielgruppe ebenfalls ermöglicht (Tempel et al., 2013). Dabei konnten Wünsche, Bedürfnisse und Kritik jederzeit formuliert werden, und die Teilnehmerinnen hatten stets die Möglichkeit, individuelle Themen und Beispiele in das Training zu integrieren. Insbesondere für das sechste Modul konnten sie selbst einen inhaltlichen Schwerpunkt definieren. Hier wurden die Themen Selbstwert und Selbstwertschätzung auf Wunsch der Teilnehmerinnen vertiefend trainiert.

Durch das Erreichen des Zieles, ein die persönlichen Kompetenzen stärkendes Training zu entwickeln und zu evaluieren, konnte die in der Phase vier der Bewertung geforderte Ergebnisqualität bereits gesichert werden. Unterstützt wird diese von den teils hoch signifikanten Verbesserungen persönlicher Kompetenzen, die die Zielgruppe mit Hilfe der Intervention erzielen konnte (vgl. Kap. 3.3.2). Die Durchführbarkeit und Akzeptanz des Trainings wurde neben den Erkenntnisse der Trainerin zusätzlich qualitativ evaluiert und für sehr gut befunden (vgl. Kap. 3.3.3.4 und Kap. 3.4.1.4). Die nachfolgende Abbildung 47 veranschaulicht die in dieser Studie erfolgten in den PHAC eingeordneten Teilschritte und Erfolge.



**Abbildung 47: Teilschritte und Erfolge der vorliegenden Studie eingeordnet in den „Public Health Action Cycle“ (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 238).**

Um allen Qualitätsansprüchen einer gesundheitsbezogenen Intervention gerecht zu werden, kann für zukünftige Maßnahmen abgeleitet werden, Multiplikatoren mehr in die Pflicht zu nehmen. Durch das Einbeziehen von Unternehmen und Führungskräften kann ein noch größeres Empowerment der Zielgruppe vermutet und die Prozessqualität weiter gesteigert werden. Das vorliegende Training kann abschließend als qualitativ hochwertige Intervention für das Gesundheitssystem bewertet werden, so dass diese Evidenzbasis für weiterführende

Forschungsprojekte sowie zukünftige Prävention in der Pflege einen wichtigen Beitrag geleistet hat.

### **3.4.1.6 Durchführbarkeit und Akzeptanz**

Als konkrete Fragestellung zur Durchführbarkeit und Akzeptanz des Trainings diente eine qualitative Frage am Abschluss des Trainings für alle Teilnehmerinnen. Insgesamt zeigte sich bei den Teilnehmerinnen der Intervention eine hohe Akzeptanz des Trainings. Das neu konzipierte Burnout-Präventions-Training wurde sowohl inhaltlich als auch methodisch vom ersten bis zum sechsten Modul sehr gut angenommen. Insbesondere die mündlichen Rückmeldungen haben bestätigt, dass sich die Teilnehmerinnen zu jedem Zeitpunkt wohl gefühlt haben, eine klare Struktur sowie einen sicheren Rahmen wahrgenommen haben. Unabhängig von Themen, Settings und Gruppengröße beteiligten sich bei jedem Modul bis auf exemplarische Ausnahmen alle Teilnehmerinnen äußerst offen und engagiert. Auch die Atmosphäre in der Gruppe wurde stets als positiv beschrieben, was ein vertrauensvolles, intensives Arbeit möglich machte. Hierzu sollte auch zukünftig die Gruppengröße auf maximal 12 Teilnehmer/innen begrenzt werden, um stets ausreichend Raum für individuelle Fragen und Bedürfnisse geben zu können. Inhaltlich zeigen die Befragungen übereinstimmend eine große Zufriedenheit mit den erlernten und erprobten Themenbereichen. Einzig das Thema Kommunikation (Körpersprache, Rhetorik) könnte vertieft werden, so die Rückmeldungen nach dem Training. Da das sechste und letzte Modul Raum für ebensolche vertiefende oder ergänzende Themenbereiche bietet, könnten diese jederzeit einbezogen werden. Im Rahmen der hier evaluierten Intervention erfolgte nach Wunsch der Mehrheit der Teilnehmerinnen jedoch eine Vertiefung zum Thema Selbstwert und (Selbst-)Wertschätzung. Die Reihenfolge der bearbeiteten Themen kann als sehr positiv bewertet werden, insbesondere der Start und Abschluss mit persönlichen Ressourcen, die die Teilnehmerinnen durchweg begleiteten.

Methodisch könnten nach Meinung einiger Teilnehmerinnen mehr Rollenspiele erfolgen sowie mehr Zeit für Diskussionsrunden innerhalb der Gruppe. Beide Aspekte wären leicht in das bestehende Training zu integrieren, könnten jedoch auch bedarfsorientiert zum Einsatz kommen. Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Ergebnisse je nach den einzelnen Modulen, aber auch im Anschluss an das gesamte Training, sprechen dafür, dass das Burnout-Präventions-Training durchführbar ist und von den Teilnehmenden akzeptiert wird und darüber hinaus als angenehm und hilfreich empfunden wird. Der zeitliche Umfang von zwei Stunden je Einheit, aber auch der zeitliche Abstand von ca. vier Wochen zwischen den Modulen, verteilt über ein halbes Jahr, wurde als angemessen beurteilt. Von Seiten der

Teilnehmerinnen sowie von der Verfasserin dieser Arbeit wurde dem Training eine sehr gute Durchführbarkeit bescheinigt. Inhaltlich, methodisch und didaktisch konnte das vorliegende Training eine hohe Akzeptanz erzielen.

### **3.4.2 Einschränkungen des Gültigkeitsbereiches**

In dem nun folgenden Abschnitt werden mögliche Einschränkungen in Bezug auf die Interpretierbarkeit der Ergebnisse aufgezeigt. Dabei werden nacheinander Einschränkungen diskutiert, die die Stichprobe, die Methodik sowie die Messinstrumente betreffen. Abschließend werden mögliche Störvariablen beschrieben.

#### **3.4.2.1 Stichprobe**

Bei den Probandinnen der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um Mitarbeiterinnen einer Klinik der Stadt Lübeck. Da keine Personen weiterer Einrichtungen in die Studie einbezogen wurden, sollten die vorliegenden Ergebnisse unter Vorbehalt dieser Tatsache interpretiert werden. Auch ist das Vorhandensein weiterer Moderatorvariablen möglich, die in diesem Rahmen nicht aufgedeckt werden konnten. Die Reduzierung der Stichprobengröße von 30 zum ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) zu 14 zum dritten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) kann einen Selektionseffekt mit sich gebracht haben. Die Dropout-Analyse zeigte jedoch, dass die Abbrüche zufällig und unabhängig von den soziodemographischen Daten waren. Dennoch ist die Abhängigkeit von einer nicht gemessenen Variablen möglich. Der Teilnahme war zu jedem Zeitpunkt freiwillig. Eine größere Stichprobe von Beginn an war aufgrund der eingeschränkten personellen Mittel in dieser Studie nicht zu realisieren. Die Aufdeckung weiterer Effekte des Trainings könnte mit einer größeren Anzahl von Probandinnen in Experimental- und Kontrollstichprobe möglich sein. Auch der Einbezug des männlichen Geschlechts sollte dann Berücksichtigung finden. Sowohl das Alter mit einem Durchschnitt von 40 Jahren als auch die Aufteilung der Profession in 64% Altenpflegefachkräfte und 36% Krankenpflegefachkräfte scheint realitätsnah. Auch die vorwiegend lange Beschäftigungsdauer (64% über zehn Jahre, 0% unter zwei Jahren) kann positiv bewertet werden. Die Verteilung von Voll- und Teilzeitkräften war gleichmäßig. Um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen, könnte im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten eine Randomisierung der Experimental- und Kontrollgruppe angestrebt werden (Bortz & Döring, 2003, S. 58).

### 3.4.2.2 Methode

**Design.** In Bezug auf das Design der Hauptstudie sollte die methodische Begrenztheit zur Evaluation des die persönlichen Kompetenzen stärkenden Trainings erläutert werden. Die Tatsache, dass der Untersuchung lediglich ein nicht randomisiertes Kontrollgruppendesign mit Messwiederholungen vorlag, darf kritisch betrachtet werden. Um keine Abschwächung der externen Validität und somit der Generalisierbarkeit zu riskieren, hätte eine randomisierte Zuteilung zu beiden experimentellen Bedingungen erfolgen müssen. Dies konnte in dieser Studie aufgrund organisatorischer Gegebenheiten sowie knapper personeller Ressourcen nicht gewährleistet werden. Dennoch kann das hier gewählte Versuchsdesign eine angemessene Untersuchung ermöglichen, wenn aussagekräftigere Vorgehensweisen nicht realisierbar waren (Bortz & Döring, 2003). Im Rahmen der Möglichkeiten wurde zudem auf eine Vergleichbarkeit in Bezug auf die Versuchspersonenrekrutierung sowie auf die Ausgangslagen geachtet. Innerhalb der statistischen Überprüfung der Ausgangslagen fanden sich in keinem Fall signifikante Unterschiede, so dass von einer optimierten Kontrollgruppe und einer hohen internen Validität ausgegangen werden kann. Durch die Anwendung der Methode „intention-to-treat“ wurden einzelne Werte des zweiten Messzeitpunktes ( $t_1$ ) auf den dritten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) übertragen. Hierdurch wurden die Unterschiede in Abhängigkeit von der Zeit zwischen dem zweiten und dritten Messzeitpunkt stabiler.

**Verfahren.** Im Rahmen dieser Studie wurden quantitative und qualitative Methoden erhoben und ausgewertet. Dadurch kann von einem erhöhten Erkenntnisgewinn ausgegangen werden, der in dieser Untersuchung deutlich erkennbar ist. Zudem spricht die Vielfalt der angewendeten qualitativen Methoden für einen Informationsgewinn aus mehreren Perspektiven. Die Entscheidung für ein Selbstbeurteilungsverfahren im Rahmen der quantitativen Erhebung kann kritisch hinterfragt werden. Da die vorliegende Untersuchung jedoch auf die Abbildung interner Prozesse zielte, scheint das verwendete Verfahren für die hier gestellten Fragestellungen passend und angemessen.

**Langzeiteffekte.** Aufgrund des vorliegenden Designs lassen sich keine Aussagen zu Langzeiteffekten treffen. Dennoch waren durch die 6-Monatskatamnese mittelfristige Effekte messbar. Für nachfolgende Langzeitmessungen sind aufgrund der bisherigen Erkenntnisse jedoch insbesondere im Rahmen von Selbstwirksamkeit, Distanzierungsfähigkeit und leistungsbezogener Selbstwertschätzung weiter stabile Ergebnisse zu erwarten.

**Trainingsevaluation.** Obwohl das hier durchgeführte Training einen modularen Aufbau beinhaltet, wurde lediglich das Training als Ganzes evaluiert. Bei weiteren Forschungen

könnte darüber hinaus die Bewertung der einzelnen Module als Bausteinevaluation erfolgen, um neben dem Training als Ganzes Erkenntnisse über deren jeweilige Wirksamkeit generieren zu können. Auch die Trainerin, die gleichzeitig die Verfasserin dieser Arbeit war, kann Einfluss genommen haben. Unterschiedliche Vorgehensweisen und Einstellungen der Trainerin in der Arbeit mit den Probandinnen könnten die Ergebnisse ebenfalls beeinflusst haben. Zur Minimierung dieser Einflüsse wurde ein detaillierter Leitfaden zur Durchführung des Trainings geschrieben, um mit möglichst gleicher Vorgehensweise für eine standardisierte Durchführung Sorge zu tragen.

### 3.4.2.3 Messinstrumente

Sowohl die Haupt- als auch die Nebenfragestellungen konnten mit den ausgewählten Tests bzw. Subtests gut beantwortet werden. Den Probandinnen der Experimental- und Kontrollgruppe wurde zu allen drei Messzeitpunkten der gleiche Fragebogen ausgehändigt. Zusätzlich bekamen die Teilnehmerinnen der Experimental-Gruppe zum zweiten Messzeitpunkt weitere offene Fragen zur unmittelbaren Trainings-Evaluation. Da die Wahl der Messinstrumente stets unmittelbaren Einfluss auf die Ergebnisse ausübt, liegt die Empfehlung nahe, im Rahmen weiterer Forschungsarbeiten auch andere Instrumente anzuwenden. Gleiche Ergebnisse mit anderen Messinstrumenten würden die Resultate dieser Studie untermauern.

**Quantitative Messinstrumente.** Die aus den vier Fragebögen FERUS, BOSS II, AVEM und MSWS gewählten 50 Items waren verständlich und wurden zu allen drei Messzeitpunkten alle beantwortet. Die Reliabilitäten waren gut bis exzellent, so dass von einer zuverlässigen Messung der Konstrukte ausgegangen werden kann.

**Qualitative Messinstrumente.** Die Generierung zusätzlicher, unterschiedlicher qualitativer Ergebnisse erschien für diese Studie sehr gewinnbringend. Insbesondere zur inhaltlichen Differenzierung zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, aber auch zur Evaluation des Erkenntnisgewinnes für die Trainings-Teilnehmerinnen resultierten aus den qualitativen Resultaten der offenen Frage im Fragebogen, den mündlichen Rückmeldungen in den Modulen sowie aus den Ergebnissen der Einzelfallanalyse wichtige Hinweise. Lediglich die Ergebnisse der Kontrollgruppe zum dritten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) sollten aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl vorsichtig interpretiert werden. Die Möglichkeit einer Kategorisierung bzw. Vorgabe möglicher Antworten im Rahmen der Befindersrunden vor und nach den Trainingseinheiten kann kritisch diskutiert werden. Für die Erstevaluation des vorliegenden Trainings brachten offene Rückmeldungen mit Sicherheit den größten Informationsgewinn. Die teilweise sehr ausführliche Beantwortung der offenen Frage über

alle drei Messzeitpunkte hinweg spricht für eine anhaltende Motivation der Teilnehmerinnen. Für weiterführende Erkenntnisse wären Interviews bzw. mündliche Befragungen der Kontrollgruppe möglich. Es könnte vermutet werden, dass dies zudem eine Wertschätzung für die Probandinnen bedeutet und somit auch die Dropout-Quote geringer ausfallen würde.

#### **3.4.2.4 Störvariablen**

**Umweltbedingungen.** Da im Rahmen der Messungen für Experimental- und Kontrollgruppe sowie für unterschiedliche Messzeitpunkte verschiedene Rahmenbedingungen herrschten, konnten Störvariablen nicht ausgeschlossen werden. Lediglich die Fragebögen der Experimentalgruppe zum ersten und zweiten Messzeitpunkt wurden in denselben Räumlichkeiten und zu denselben Bedingungen ausgefüllt, so dass diesbezüglich keine Einschränkungen zu erwarten waren. Zum Zeitpunkt der Katamnese konnten die Bedingungen beider Gruppen nicht kontrolliert werden. Da bezüglich der Bearbeitung jedoch keine Unterscheidung festgestellt werden konnte, sind aufgrund der Umstände bei der Datenerhebung keine systematischen Verzerrungen zu erwarten. Auch der Einfluss der tatsächlich wahrgenommenen, zugesicherten Anonymität der Kontrollgruppe bleibt offen, da deren Fragebögen stets über Hände Dritter zur Trainerin zurück geschickt wurden. Letztlich sollte bei der langfristigen Interpretation der Studie die Momentaufnahme der Ergebnisse im Rahmen der 2014 vorherrschenden Bedingungen berücksichtigt werden. Sich verändernde Rahmenbedingungen, weniger unterstützendes Personal und eine höhere Aufgabendichte sind nur einige Beispiele für sich schnell verändernde Umweltbedingungen, die Einfluss auf die Trainingseffekte haben können.

**Versuchsleitereffekte.** Aufgrund der Durchführung des Trainings durch eine Trainerin sind Versuchsleitereffekte möglich, da prägnante Charakteristika der durchführenden Person Einfluss auf die Wirksamkeit des Trainings haben können. Um diese Beeinträchtigung in Grenzen zu halten, ist eine weitere Standardisierung der Untersuchungsbedingungen sowie des Versuchsleiterverhaltens zu empfehlen (Bortz & Döring, 2003, S. 88).

**Soziale Erwünschtheit.** Im Rahmen der Gruppenbedingungen, vor allem bei allen offen erhobenen Fragen der Experimentalgruppe, könnte zudem sozial erwünschtes Antworten eine weitere, mögliche Störvariable gewesen sein (Bortz & Döring, 2003, S. 233). Die Kontrolle des Problems der sozialen Erwünschtheit in Abhängigkeit von Bezugsgruppe und der Situation könnte durch die Vorgabe von Antwortalternativen erfolgen oder durch ergänzende quantitative Messungen der qualitativ erhobenen Konstrukte. Insgesamt kann in jedem Fall davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse dieser Studie entscheidende Hinweise für zukünftige Forschungen in der Burnout-Prävention liefern konnten.

## 4 ALLGEMEINE DISKUSSION

Im Folgenden abschließenden Kapitel werden die Diskussionen von Vor- und Hauptstudie zusammengeführt. Es folgen Implikationen für Forschung und Praxis sowie ein Ausblick, bevor ein kurzes Fazit diese Arbeit schließt.

### 4.1 *Diskussion von Vor- und Hauptstudie*

Inhaltlich und methodisch baute die Hauptstudie auf der Vorstudie auf. Im Rahmen der Vorstudie wurde primär erforscht, wie groß die Burnout-Gefährdung ist, welche Stressoren dieser zugrunde liegen, inwiefern bei der Zielgruppe der Pflegekräfte Coping-Mechanismen und Ressourcen zur Verfügung stehen und welche Instrumente der Verhaltensprävention für sie denkbar wären. Im Rahmen der Hauptstudie wurde darauf aufbauend das entwickelte Training sowie dessen Effekte auf die Stärkung von persönlichen Kompetenzen zur Burnout-Prävention evaluiert.

**Stressoren und Burnout-Gefährdung.** Die Burnout-Gefährdung ist mit den Ergebnissen der signifikant höheren sozialen Überlastung, des chronischen Stressses, der Arbeitsunzufriedenheit sowie der Breite kognitiver Beschwerden (Burnout-Gefährdung) in der Vorstudie deutlich geworden. Die hohen Anforderungen, soziale Beziehungen mit unterschiedlichsten Personengruppen einzugehen und sich aufgrund von häufig hochbelastetem Befinden von zu Pflegenden und deren Angehörigen großen Erwartungen gegenüber zu sehen, zeigte sich quantitativ und qualitativ als hoch belastend in den Ergebnissen der Vorstudie. Der chronische Stress allein aufgrund der Fülle an Aufgaben, Verantwortung und Erwartungen zeigte sich in der Vorstudie ebenfalls deutlich, wird qualitativ in der Hauptstudie bestätigt und untermauert die Resultate der Bedarfs-Analyse. Die ebenfalls signifikant erhöhte Arbeitsunzufriedenheit kann zusätzlich aus dem Gefühl resultieren, dass von außen wenig zur Senkung der benannten Stressoren getan wird. Insbesondere in Bezug auf schlechte Arbeits- und Organisationsbedingungen (am zweithäufigsten genannter Stressor in der Vorstudie), aber auch in Bezug auf mangelnde Führung und Zielklarheit sowie schlechte Zusammenarbeit unter Kollegen werden die Möglichkeiten der Verhältnisprävention deutlich (vgl. auch Kap. 4.2). Bemühungen von Personalverantwortlichen, Rahmenbedingungen dieser Art zu verbessern, könnten den Betroffenen in der Pflege zumindest das Signal geben, dass auch von außen Möglichkeiten der Reduzierung potentieller Stressoren aktiv genutzt werden und die Vielfalt von Stressoren anerkannt wird. Die Akzeptanz weiterer, unveränderbarer, beanspruchender Rahmenbedingungen könnte bei den Pflegenden auch dadurch gesteigert werden.

Im Rahmen der Hauptstudie spiegelten qualitativ erhobene Aussagen vielfach die in der Vorstudie aufgezeigten Stressoren wieder. Hier konnten die Ergebnisse der Kontrollgruppe Sorge bereiten, die stets geringere Werte in Bezug auf ihre Ressourcen, jedoch eine höhere Burnout-Gefährdung aufwiesen. Die Verausgabungsbereitschaft der Kontrollgruppe erhöhte sich im Verlauf der 12 Monate der Intervention sogar. Dies untermauert die mangelnden Fähigkeiten, sich trotz der Auseinandersetzung mit dem Thema Burnout aktiv zu distanzieren und für sich selbst zu sorgen. Mangelndes Wissen in Theorie und Praxis sowie mangelnde Handlungsfähigkeit, aktiv selbst für die eigene Prävention von Burnout zu sorgen, zeigte sich ebenso vielfach in den qualitativen Ergebnissen der Vorstudie. Die Notwendigkeit zu sehen, aufgrund der großen Belastung besser für sich selbst sorgen zu müssen und dennoch eine eigene Unfähigkeit zu verspüren, dies in Handlungen und Verhalten umzusetzen, kann ein weiterer Stressor sein bzw. werden. Um das Gefühl von Handhabbarkeit der Situation wieder herzustellen (Kohärenzgefühl, vgl. Kap. 1.4.2.1) ist Unterstützung von außen notwendig.

**Ressourcen und Burnout-Prävention.** Sowohl innerhalb der Ergebnisse der Vorstudie als auch der Hauptstudie ist deutlich geworden, dass die Zielgruppe der Pflegekräfte größtenteils über eine deutliche innere Motivation verfügt, an und mit sich selbst zu arbeiten, um sich zu stärken. Vielfach wurde geäußert, dass Möglichkeiten der Prävention und Unterstützungsangebote gerne genutzt werden wollten. Leider sind diese noch immer viel zu wenig vorhanden. Sowohl die befragten Pflegekräfte der Vorstudie als auch die Pflegekräfte der Kontrollgruppe der Hauptstudie gaben bei der Fragestellung der aktuell eigenständig durchgeführten Maßnahmen zur Burnout-Prävention sozialen Austausch, Entspannung, Sport oder Hobbies an. Auf die Frage der Vorstudie, was zukünftig zur Burnout-Prävention denkbar wäre, fanden sich die meisten Nennungen im Kontext „Selbstmanagement und Privates“. Für die Pflegekräfte der Experimentalgruppe der Hauptstudie stand Selbstmanagement zu allen drei Messzeitpunkten der Intervention an erster Stelle möglicher und umgesetzter Präventions-Arbeit. Die Ideen aus der Vorstudie zu Möglichkeiten der Prävention (Selbstwerterhöhung, Gelassenheit, Abgrenzung u.a.) zeigten die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema, ohne jedoch über eine entsprechende Umsetzungskompetenz zu verfügen. Die durch das Training der Hauptstudie erreichten Erfolge, beispielsweise in Bezug auf Stärkung von Selbstwirksamkeit und Distanzierungsfähigkeit, passen genau zu den Bedürfnissen, die in der Vorstudie genannt wurden. Insbesondere das Gefühl der eigenen Handlungsfähigkeit, die Stärkung von Selbstwert und -vertrauen in die eigenen Fähigkeiten können als zu erlernende bzw. zu vertiefende Kompetenzen bezeichnet werden, deren Ausbau für alle in der Pflege arbeitenden Personen unabdingbar wichtig ist. Die Ergebnisse von Selbstwirksamkeit und Coping in der Vorstudie zeigten zudem, dass diese Ressourcen der Pflegekräfte im Vergleich mit der Norm nicht höher aber auch nicht geringer ausgeprägt waren. Auch hier

wird somit deutlich, dass die Anlagen der Ressourcen vorhanden sind, deren Nutzung hin zu präventiven Maßnahmen ohne Unterstützung von außen jedoch schwer fällt.

**Bedürfnisse.** Der Bedarf der Burnout-Prävention wurde durch die Analyse der Literatur klar bestätigt (vgl. Kap. 1). Die Bedürfnisse der Pflegekräfte sind in der Vorstudie ebenso deutlich geworden wie in der Hauptstudie dieser Arbeit. Das vorliegende Training bietet passgenau zu diesen Bedürfnissen die Möglichkeit der Stärkung von persönlichen Kompetenzen. Die dabei erfolgreich evaluierten Effekte der Steigerung von Selbstwirksamkeit und Distanzierungsfähigkeit sowie die kurzfristig verringerte Verausgabungsbereitschaft, die verbesserte leistungsbezogene Selbstwertschätzung und die geringeren kognitiven Beschwerden der Teilnehmerinnen des Trainings passen exakt zu den erhobenen Bedürfnissen der Zielgruppe. Das Training bietet somit maßgeschneidert die Unterstützung, die den Pflegekräften laut Vor- und Hauptstudie bislang fehlte.

**Einschränkungen.** In Bezug auf die Ableitungen der Ergebnisse der Vorstudie für das im Rahmen der Hauptstudie durchgeführte Training sollte abschließend die Unterschiedlichkeit der Professionen reflektiert werden. Während in der Vorstudie neben Krankenpflegefachkräften auch Krankenpflegehelferinnen befragt wurden, waren in der Hauptstudie Krankenpflegefachkräfte und Altenpflegefachkräfte beteiligt. Da es bislang keine Befunde gibt, die bedeutsame Unterschiede von Belastung, Stressverarbeitung und persönlichen Kompetenzen zwischen diesen Ausbildungsständen innerhalb der Profession Pflegenden belegen, können hier vergleichbare Ausgangslagen vorausgesetzt werden. In der Literatur wird vielmehr an den Anspruch an Menschen in helfenden Berufen allgemein verwiesen (Burisch, 2010; Rook, 1998).

## ***4.2 Implikationen und Ausblick***

Die vorliegende Studie lieferte wichtige Erkenntnisse zur Prävention von Burnout in der Alten- und Krankenpflege. Trotz der Aktivität und des Engagements der Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe wurde selbst dort die hohe Relevanz von Prävention deutlich sichtbar. Verglichen mit den Burnout-Stadien von Edelwich und Brodsky (1984) war in den schriftlichen und mündlichen Erhebungen der Probandinnen vielfach bereits Stagnation und Frustration spürbar (Stadien zwei bzw. drei von vier). Im Vergleich mit den Burnout-Stadien von Freudemberger und North (1992) waren der Zwang, sich zu beweisen, die Vernachlässigung sowie die Verdrängung eigener Bedürfnisse, teilweise auch das Umdeuten von Werten und Verschieben von Prioritäten erkennbar (Stadien eins bis vier bzw. fünf von insgesamt 12). Auch Anteile aller drei Dimensionen von Burnout nach Maslach und

Jackson (1981), insbesondere der emotionalen Erschöpfung, zeigten sich bei einem Großteil der in der Studie teilnehmenden Pflegekräften. Die Tatsache, dass sogar die aktiv motivierten Probandinnen erste Anzeichen von Burnout aufwiesen, unterstreichen die in höchstem Maße vorhandene Notwendigkeit der Stärkung dieser Zielgruppe, um keinen vollständigen Burnout zu erleiden. Aber auch die teils frustrierten Aussagen von Probandinnen vor allem auch aus der Vorstudie können als besorgniserregend bezeichnet werden (*„Ich reduziere meinen Anspruch an mich selbst und gehe auch zum Schulterzucken über wie viele andere Kollegen auch. Ich resigniere.“*; Probandin der Vorstudie). Es besteht somit dringender Handlungsbedarf.

**Implikationen für die Forschung.** Inhaltlich sollten alle auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit zielenden Interventionen so fortgeführt werden, wie im Training konzipiert und durchgeführt. Die quantitativen Ergebnisse zeigten große hierdurch erreichte Effekte. Die qualitativen Ergebnisse bestätigen die Bedeutsamkeit für die einzelnen Teilnehmerinnen. Dass die Probandinnen ihre Distanzierungsfähigkeit kurz- und mittelfristig verbessern konnten, unterstreicht ihre Motivation zur Veränderung. Die auch in der Literatur als wesentlich beschriebene Ressource, sich abgrenzen zu können (Bartholdt & Schütz, 2010; Burisch, 2010), wurde im Training sehr aktiv ausprobiert und kurzfristig erfolgreich in den Alltag transferiert. In vertiefenden Forschungsarbeiten sollte zusätzlich untersucht werden, inwiefern die Veränderbarkeit der Distanzierungsfähigkeit von Rahmenbedingungen des Arbeitskontextes abhängig ist. In Bezug auf die Distanzierungsfähigkeit, aber auch die Verausgabungsbereitschaft machen es extrem fordernde externe Anforderungen wie andauernde Unterbesetzung und Mehrarbeit den Pflegekräften ungleich schwer, ihre internen Ressourcen auf- und weiter auszubauen. Mehrarbeit bis zur Erschöpfung, die Anhäufung von Belastungen und das Hinzukommen von organisatorischen Stressoren begünstigen die potentielle Verausgabungsbereitschaft der Pflegekräfte enorm (Büssing et al., 2005; Fengler, 2001). Um auch hier mittel- und langfristig Verbesserungen zu erwirken, kann eine längerfristige Begleitung der Pflegekräfte empfohlen werden. Diese könnte im Rahmen einer weiteren Begleitung eines externen Trainers, ebenso jedoch im Rahmen regelhafter, kollegialer Beratung denkbar sein. Das Bewusstmachen und die Minimierung interner und externer Anforderungen bei gleichzeitiger Stärkung und Erweiterung der internen und externen Ressourcen würde ein optimales Ausschöpfen der Möglichkeiten zur Burnout-Prävention im Sinne des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell bedeuten (Becker, 2001). Hier fehlt es nach Aussagen aus Vor- und Hauptstudie an Kommunikation und konkreten Angeboten. Dafür ist jedoch das proaktive Engagement von Seiten der Arbeitgeber, Unternehmen und Führungskräfte essentiell.

Beispielhaft kam immer wieder das Thema „Ziele“ zur Sprache. Gelten klar definierte Ziele als Ressource, so können nicht definierte Arbeitsziele als Belastung angesehen werden (Cherniss, 1999). Der erfolgreichen Definition persönlicher Ziele durch die Teilnehmerinnen des Trainings müsste die klare Definition von Zielen im Arbeitskontext durch die Vorgesetzten vorgeschaltet sein. Nur wenn es diese Ziele gibt, kann die Überprüfung der eigenen Identifikation mit diesen erfolgen (Weinert, 2004). Beides kann als Voraussetzung für Zufriedenheit und Ruhe im Rahmen der Burnout-Prävention angesehen werden.

Zuvor jedoch muss das Bewusstsein der Akteure geschärft werden, ohne welches kein Handeln folgen wird. Die externen Anforderungen, Rahmenbedingungen des konkreten Arbeitsfeldes sowie das aktive Handeln von Arbeitgeber-Seite zur Stress-Reduktion sollten in zukünftigen Forschungen Berücksichtigung finden. Im Rahmen der sozialen und leistungsbezogenen Selbstwertschätzung sollte weiterführend untersucht werden, wie viel Einfluss diese Konstrukte auf das Stress-Empfinden und die Burnout-Prävention haben. Auch wenn das hier vorliegende Training große klinische Effekte der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung nachweisen konnte, stellt sich die Frage der Bedeutsamkeit der sozialen Selbstwertschätzung. Schuster et al. (2011) bezeichnen Selbstwertbedrohungen durch z.B. Geringschätzung als einen der wesentlichen sozialen Stressoren im Arbeitskontext. Die qualitativen Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Bedeutsamkeit der eigenständigen Wertschätzung zur Stärkung des Selbstwertgefühls sowie die Unabhängigkeit von dem Lob und dem Urteil anderer. Sollte neben der Stärkung der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung auch die Verbesserung der sozialen Selbstwertschätzung in nachfolgenden Studien weiter als für die Prävention von Burnout relevant erachtet werden, so kann auch hier eine längerfristige Begleitung der Pflegekräfte empfohlen werden, um diese stabile Persönlichkeitseigenschaft nachhaltig verändern zu können. Dies ist ebenso zutreffend für die kognitiven Beschwerden als ein Teil der Burnout-Gefährdung (Hagemann & Geuenich, 2009).

Die Belastung durch kognitive Beschwerden kommt sowohl in der Vor- als auch in der Hauptstudie weder in den Ergebnissen der quantitativen noch der qualitativen Forschung zu einschlägigen Erkenntnissen der Beeinträchtigung. Da aufgrund geringerer kognitiver Beschwerden jedoch von positiven Wechselwirkungen beispielsweise auf die Verausgabungsbereitschaft oder die Distanzierungsfähigkeit ausgegangen werden kann, sollte diesem Konstrukt in der Burnout-Prävention weiter Beachtung geschenkt werden. Inwiefern andere Inhalte möglicherweise die Relevanz kognitiver Beschwerden überlagern, sollte in zukünftigen Forschungen überprüft werden. Die in diesem Training jedoch konzipierten und evaluierten Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Kompetenzen stellen eine Kombination dar, die in bisherigen Interventionsansätzen vernachlässigt wurde.

In jedem Fall sollten in einem Training zur Burnout-Prävention die in der Literatur sowie in einschlägigen Forschungsarbeiten definierten Ursachen der Entstehung von Burnout Berücksichtigung finden. Insbesondere auch unbewusste Ursachen, wie das Gefühl, eine Situation nicht verändern zu können, eine ersehnte Rolle nicht ausüben zu können oder unbewusste, feststehende Ziele nicht zu erreichen, müssen in einem Training bearbeitet werden (Bergner, 2011).

Insgesamt kann die Fortführung der Inhalte, der Methodik sowie der Didaktik des Trainings für weitere Interventionen und Trainings zur Prävention von Burnout empfohlen werden. Lediglich die Kommunikation des Erlernten sowie das Üben konkreter Verhaltensweisen in Rollenspielen könnten vertiefend Ergänzung finden. Diesbezüglich kann entweder im sechsten Modul oder je ergänzend zu einzelnen Themen in anderen Modulen eine gezielte Auseinandersetzung konkreter Gesprächssituationen empfohlen werden. Dabei sollten die Teilnehmerinnen zunächst eine konkrete Situation, in der sie die gewünschte Verhaltensweise anwenden möchten, definieren. In einem zweiten Schritt würden sie aufgefordert, den genauen Wortlaut dessen, was sie sagen möchten, zu verschriftlichen. Dann folgend kann im Rollenspiel die Situation ausprobiert und die geplanten Worte gesprochen werden. Je nach Kenntnis- und Erfahrungsstand der Teilnehmenden könnte ein kurzer Input zu Grundregeln der Rhetorik eingeschoben werden. Wichtig ist in jedem Fall die anschließende Reflexion der betreffenden Person und das Einholen konstruktiven Feedbacks aus der Gruppe. Abschließend sollten die Teilnehmenden Zeit bekommen, um das Gehörte und Erlernte für sich selbst zu sortieren und die wichtigsten Erkenntnisse für sich persönlich noch einmal zu verschriftlichen. Eine Anleitung zu diesem Vorgehen bietet das nachfolgende Arbeitsblatt (Abb. 48).

**Starke Kommunikation**

I.) Einzelarbeit

Definieren Sie eine konkrete Situation, in der Sie die gewünschte Verhaltensweise anwenden möchten (eine Grenze setzen, sich selbst behaupten, Ihre Erwartungen verbalisieren o.ä.).

---

---

Überlegen Sie nun, welche Person Ihnen in dieser Situation gegenüber steht. Bitte formulieren Sie ganz konkret einen bis maximal zwei Sätze, welche Sie dieser Person sagen möchte. Versuchen Sie, kurz, klar und konkret zu formulieren.

---

---

II.) Gemeinsame Arbeit im Plenum

- Sie dürfen sich nun eine Person aus der Gruppe aussuchen, die Ihr Gegenüber spielt.
- Sagen Sie nun im Wortlaut das, was Sie aufgeschrieben haben zu Ihrem Gegenüber. Dabei kommt es vor allem auf Ihre Haltung an, nicht auf Ihr Gegenüber.
- Nach dem kurzen Rollenspiel wird gemeinsam reflektiert, wie Sie sich gefühlt haben, wie sich Ihr Gegenüber gefühlt hat und was die Gruppe beobachten konnte.

Notieren Sie bitte hier, was das wichtigste Feedback für Sie gewesen ist.

---

---

Notieren Sie bitte hier, was Sie für zukünftige Kommunikations-Situationen gelernt haben.

---

---

Viel Erfolg!

**Abbildung 48: Arbeitsblatt „Starke Kommunikation“ als Ergänzung zum Training.**

Zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe zeigten sich in Bezug auf die Selbstwirksamkeit sowie die leistungsbezogene Selbstwertschätzung große Differenzen zum zweiten und dritten Messzeitpunkt. Der Ursache hierfür sollte in weiteren Forschungsarbeiten auf den Grund gegangen werden. Sofern dies versuchsökonomisch möglich ist, kann zudem ein randomisiertes Versuchsdesign für weitere Erhebungen empfohlen werden. Darüber hinaus werden weitere Daten zur Untersuchung der Differenzierung von Alten- und Krankenpflege sowie der Größe der Einrichtungen benötigt. Auch eine größere Stichprobe

kann die Aussagekraft erhöhen und die Messung weiterer abhängiger Variablen ermöglichen.

Die qualitative Messung des Empfindens der subjektiven Wirksamkeit des Trainings, aber auch der Umsetzung der erarbeiteten Inhalte im Alltag könnte zur Überprüfung der langfristigen Effekte ergänzend im Rahmen einer Längsschnittstudie untersucht werden. Nach der hier vollzogenen Kompaktevaluation des Trainings scheint zudem der Informationsgewinn durch eine Evaluation der einzelnen Module notwendig. Durch die dann folgende Erkenntnis, welche Inhalte und Methoden als besonders effektiv bezeichnet werden können und welche einen geringeren Mehrwert bringen, könnte das Training inhaltlich und bei Bedarf auch methodisch noch einmal angepasst werden.

**Implikationen für die Praxis.** Klar bewiesen sind die gesundheitsförderliche Wirkung der vorliegenden Intervention zur Verhaltensprävention sowie die Motivation und der Wille der teilnehmenden Pflegekräfte, Burnout präventiv zu begegnen. Dieser Wille der Pflegenden zeigt den Handlungsbedarf für die Einrichtungen in der Praxis auf. Unternehmen, Politik und Gesellschaft müssen sich ihrer Fürsorgepflicht und ihrer Verantwortung dieser hoch belasteten Berufsgruppe gegenüber bewusst werden und den Gebenden ebenfalls etwas zugestehen und anbieten. Dabei muss es ebenso um die Anerkennung der Leistung der Pflegekräfte, wie um eine gezielte Koordination aller möglichen Präventionsangebote und im Unternehmen vorherrschenden Kompetenzen gehen. Wünschenswert wäre beispielsweise die Vereinbarung des vorliegenden Trainings zur Burnout-Prävention mit je vorhandenen Konzepten des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Hierzu könnten mittels Längsschnittstudien Aussagen über positive Wechselwirkungen und Effekte gemacht werden. Bereits heute können Evaluationsstudien zur Überprüfung der Effektivität von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Burnout-Prävention empfohlen werden. Um zusätzlich die Rahmenbedingungen für persönliches Wachstum der Mitarbeitenden in der Pflege zu verbessern, müssen die Führungskräfte intensiv gestärkt und befähigt werden, um Ressourcen bereitzustellen. Auch ist davon auszugehen, dass sich die vorrangige Berücksichtigung der präventiven Arbeit mit den Führungskräften positiv auf die anschließenden Veränderungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden auswirken würde. Diesbezüglich wären verschiedene Ansätze möglich:

- 1.) Das vorliegende Training mit gleichen Inhalten explizit für Führungskräfte durchzuführen.
- 2.) Zwei halbtägige Impuls-Veranstaltungen zur Burnout-Prävention für Führungskräfte durchzuführen (Fokus: Wissensvermittlung, Selbstwert, Erwartungen und Distanz).
- 3.) Zwei-stündige Impuls-Vorträge für Führungskräfte zu der Notwendigkeit der Burnout-Prävention durchzuführen, um das Bewusstsein von Bedarf und Bedürfnis zu schärfen.

Die langfristige Veränderung im Verhalten der Pflegekräfte ist nur schwerlich möglich, ohne dass die unmittelbaren Führungskräfte Verständnis für die Notwendigkeit der Verhaltensänderung und -prävention haben. Dazu gehört das Wissen über die Wirkweise von Stress, die Hintergründe und Symptome von Burnout sowie die zahlreichen Möglichkeiten des Einsatzes von Ressourcen auf individueller Ebene und im Team. Nach der eigenen Auseinandersetzung sollte die Führungskraft in der Lage sein, gemeinsam mit dem Team beispielsweise folgende Fragestellungen zu diskutieren und zu bearbeiten, um das Bewusstsein der Auseinandersetzung der Themen Stress, Burnout-Prävention und Selbstfürsorge zu einer gemeinsamen Aufgabe zu machen:

- Was sind unsere Stärken? Was haben wir für Ressourcen und Fähigkeiten?
- Was sind unsere größten Stressoren? Wie äußert sich Stress im Team bei uns?
- Was sind unsere wichtigsten Werte? Inwiefern leben wir diese im Alltag?
- Was ist unser gemeinsames, größtes Ziel?
- Was erwarten wir von einander? Welche dieser Erwartungen sind wir bereit zu erfüllen, welche nicht?
- Wovon wollen wir uns abgrenzen / distanzieren? Wie können wir uns diesbezüglich gegenseitig unterstützen?

Schließlich ist die Primär-Prävention aller in der Pflege tätigen Menschen dringend anzuraten. Dabei ist die Etablierung präventiver Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Kompetenzen bereits in der Ausbildung zur Pflege-Kraft möglich und sinnvoll. Bund und Länder sollten in den Austausch über die Veränderungen in dem Beruf der Pflege gehen. Neben dem in der Ausbildung gelehrteten Wissen, den praktischen Einsätzen und Übungen sollte in jeder Ausbildung zur Pflegefach- oder Pflegehilfskraft ein Kontingent von wenigstens 12 Unterrichtseinheiten zum Thema „Persönliche Kompetenz, Stress- und Selbstmanagement“ integriert werden. In je einer Doppelstunde sollten dabei unterschiedliche Fragestellungen thematisiert werden. Je nach Kenntnisstand können ebenso wie im vorliegenden Training kurze theoretische Inputs gegeben werden. Der Fokus jedoch sollte in der Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit den gestellten Fragen und sich selbst sein. Da die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst für junge Menschen neu und anspruchsvoll sein kann, empfiehlt sich ausreichend Zeit für eigene Gedanken, in der die eigenen Gedanken z.B. mittels Arbeitsblättern strukturiert, geordnet und idealerweise auch gewertschätzt werden können. Eine Übersicht möglicher Fragestellung, die im Rahmen der Ausbildung zur Pflege-Kraft in sechs Doppelstunden bearbeitet werden können, zeigt die nachfolgende Tabelle 81.

**Tabelle 81: Übersicht möglicher Unterrichtseinheiten und zu bearbeitender Fragestellungen in der Ausbildung zur Pflegekraft.**

Unterrichtseinheiten in der Ausbildung	Zu bearbeitende Fragestellungen
Unterrichtseinheit 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was erwarte ich von meinem Beruf als Pflegekraft?</li> <li>• Wer erwartet was von mir?</li> </ul>
Unterrichtseinheit 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was ist mir wichtig, was sind meine wichtigsten Werte?</li> <li>• Was ist mein berufliches Ziel (kurzfristig)?</li> </ul>
Unterrichtseinheit 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was bedeutet Stress für mich?</li> <li>• Wie äußert sich dieser?</li> <li>• Wie gehe ich mit Stress um?</li> </ul>
Unterrichtseinheit 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was habe ich für Stärken?</li> <li>• Was kann ich besonders gut?</li> <li>• Wie kann ich mich selber loben?</li> </ul>
Unterrichtseinheit 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Beziehungen muss ich in meinem Beruf eingehen?</li> <li>• Wie viel Nähe und Distanz mag ich?</li> <li>• Wie kann ich mich abgrenzen und Nein sagen?</li> </ul>
Unterrichtseinheit 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie sorge ich gut für mich?</li> <li>• Was verschafft mir Erholung?</li> <li>• Was tut mir richtig gut?</li> </ul>

Der große Bedarf muss für alle in der Pflege Verantwortlichen ebenso deutlich werden wie die nachhaltige Effektivität von Burnout-Prävention, die in sämtlichen Praxisprojekten evaluiert werden sollte. Die vorliegende Studie hat bewiesen, dass mit bereits sechs zwei-stündigen Modulen innerhalb eines halben Jahres große Effekte möglich sind.

### 4.3 Fazit

Auch wenn die unterschiedlichsten Programme, Konzepte und Maßnahmen zur Burnout-Prävention vorhanden sind, so fehlte bislang die genaue Abstimmung auf die Zielgruppe in der Pflege arbeitender Personen und ein in das alltägliche Setting integrierbare Training, welches umfassende Möglichkeiten der Stärkung der persönlichen Kompetenzen im Allgemeinen bietet und gleichzeitig individuelle Bedürfnisse berücksichtigt. So ermöglichte die Vorstudie, die Bedürfnisse der Zielgruppe zu ermitteln und in die Konzeption des Trainings zu integrieren. Eine besondere Bedeutung dieses neu erstellten Trainings liegt dabei auf der Fokussierung auf die bei den Teilnehmern bereits vorhandenen Ressourcen, deren Aktivierung sowie Freisetzung und Nutzbarkeit weiterer persönlicher Potenziale. Dies ermöglicht die Berücksichtigung der Individualität, kann persönliche Schwerpunkte setzen und durch die Erfahrung, erfolgreich zu sein, zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit führen. Auch anhand der mündlichen Rückmeldungen zu Beginn sowie zum Abschluss jedes Trainings-Moduls lässt sich schlussfolgern, dass die Trainingsteilnehmerinnen der Intervention eine hohe Akzeptanz zusprachen. Auch wenn hier nicht geplant und von Seiten der Teilnehmerinnen nicht gewünscht, könnte eine ergänzende Beratung auf individueller

Ebene weitere Ressourcen aufdecken, die in der Gruppe unter Umständen nicht benannt wurden.

**Umsetzung und Weiterentwicklung des Trainings.** Die gute Umsetzbarkeit der Intervention im Klinik-Alltag kann als Erfolg bewertet werden und darf zur Durchführung weiterer Trainings motivieren. Auch die Untersuchung weiterer, die persönliche und emotionale Kompetenz stärkender Konstrukte würde nachfolgend die Optimierung des vorliegenden Trainings ermöglichen, so dass die bestmögliche Anpassung der Intervention an die Bedürfnisse der Zielgruppe erreicht werden kann. Nicht außer Acht gelassen werden sollte zudem, dass selbstverständlich auch einzelne Module jederzeit Anwendung finden können. Dies würde nicht dem Anspruch der umfassenden Stärkung der persönlichen Kompetenzen zur Burnout-Prävention genügen, jedoch kann das Setzen einzelner Impulse zur Stärkung ebenfalls als positiv bewertet werden, sollten äußere oder interne Umstände die Durchführung des gesamten Trainings unmöglich machen. Um stabile und nachhaltige Ergebnisse zu sichern, sind weitere Messzeitpunkte sowie mögliche Auffrischungssitzungen in den nach dem Training folgenden Monaten bzw. Jahren möglich. Von Seiten der Verfasserin dieser Arbeit wird das entwickelte Training in den kommenden Jahren an unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen der Gesundheitswirtschaft zum Einsatz kommen. Eine Evaluation mit den bestehenden Methoden wäre dann ebenso denkbar wie die Weiterentwicklung dieser.

**Investition in die Pflegenden.** Die abnehmende Zahl verfügbarer Pflegekräfte bei gleichzeitiger Erhöhung der Anzahl der zu Pflegenden sowie Kostendruck und weitere herausfordernde Rahmenbedingungen bringen Jahr für Jahr steigende Anforderungen und potentiell mehr Belastung für Arbeitende in der Pflege mit sich. Diese Tatsache sollte zu einem Wachrütteln aller Beteiligten führen und zu einer engen Begleitung und Unterstützung dieser Berufsgruppe motivieren. Die im Rahmen dieser Forschungsarbeit resultierenden Ergebnisse zeigen deutlich den Bedarf und die effektiven Möglichkeiten der Stärkung der persönlichen Kompetenzen zur Burnout-Prävention und sprechen somit eindeutig für den Einsatz des neu entwickelten Trainings. Um auch intern bestmögliche Bedingungen zu schaffen, vorhandene Konzepte zu integrieren und die bestehenden Rahmenbedingungen zu optimieren, müssen jedoch auch die Unternehmen selbst einbezogen werden. Dass dies möglich ist und zusätzlich zu einer Verringerung der Burnout-Gefährdung bei Pflegekräften führen kann, wurde bereits vor knapp 20 Jahren nachgewiesen (Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 1998). Erst dann würden nach dem SAR-Modell (vgl. Kap. 1.6) neben den internen Anforderungen und Ressourcen auch den externen Anforderungen und Ressourcen ausreichend Beachtung geschenkt werden (Becker, 2001). Zuvor jedoch müssen die

Gesellschaft und die Politik die dringende Notwendigkeit der Unterstützung dieser Berufsgruppe verstehen und im zweiten Schritt entsprechende Ressourcen bereitstellen.

*„Um präventive Maßnahmen erfolgreich umsetzen zu können, müssen auf verschiedenen Ebenen zwischen nationaler Gesundheitspolitik und individuellem Verhalten Kooperationen eingegangen werden, die das Ziel haben, Gesundheit zu fördern“ (Schüz & Möller, 2006, S. 148).*

Die ersten Befunde belegen, dass sich die Selbstwirksamkeit und Distanzierungsfähigkeit statistisch wie klinisch signifikant kurz- und mittelfristig verbesserten. Zudem sprechen hypothesengenerierende Analysen für Verbesserungen in der Verausgabungsbereitschaft und der leistungsbezogenen Selbstwertschätzung. Die qualitativen Ergebnisse untermauern diese Effekte und bezeugen gleichzeitig, dass die Teilnehmerinnen des Trainings in höchstem Maße individuell profitierten. Dies sollte ermutigen, an der präventiven Arbeit für diese Zielgruppe intensiv weiter zu arbeiten. Die bislang vorliegenden Effekte gilt es nun mittels weiterer Forschungsarbeiten zu replizieren. Es ist zu erwarten, dass sich sowohl das Risiko, einen Burnout zu erleiden, als auch stressbezogene Erkrankungen weiter vermindern lassen. Die Zielgruppe der Pflegenden sollte durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung unterstützt werden, deren Relevanz von Jahr zu Jahr aufgrund der Veränderungen in der Branche weiter an Bedeutung gewinnt. Nach den eindeutigen Belegen aus der Literatur, den Pflegestatistiken und den hier nachgewiesenen Möglichkeiten der Prävention sollte es keinen anderen Weg geben als den der intensiven Unterstützung und somit Gesunderhaltung der Pflegenden. Das vorliegende, neu entwickelte Training zur Stärkung persönlicher Kompetenzen zur Burnout-Prävention in der Pflege hat gezeigt, dass dies möglich und effektiv ist und schließt somit eine wesentliche Lücke in der Gesundheitsprävention dieser so wichtigen und großartige Arbeit leistenden Zielgruppe.

## 5 LITERATURVERZEICHNIS

- Alexander, R.J. (1980). „*Burning out*“ versus „*punching out*“. *Journal of Human Stress*, 6, 37-41.
- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Tübingen: dgvt.
- Aronson, E., Pines, A.M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Asendorpf, J.B. (2005). *Psychologie der Persönlichkeit* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.) (2015). *Fehlzeitenreport 2015. Schwerpunktthema: Neue Wege für mehr Gesundheit- Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement*. Heidelberg: Springer.
- Bartholdt, L. & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz.
- Baumeister, R.F. (1991). Self concept and identity. In V.J. Derlega, B.A. Winstead & W.H. Jones (Eds.), *Personality: Contemporary theory and researches* (349-380). Chicago: Nelson.
- Baumeister, R.F. (1998). The self. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (680-740). New York: McGraw.
- Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Gieseke (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention*. München: Atwerb.
- Bengel, J., Strittmatter, J. & Willmann, H. (2001). *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bergner, T.M.H. (2011). *Burnout-Prävention. Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bernhard, H. & Wermuth, J. (2011). *Stressprävention und Stressabbau. Praxisbuch für Beratung, Coaching und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Berlin: Springer.

- Brause, M., Kleina, T. & Horn, A. (2015). Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräften. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10 (1), 41-48.
- Büssing, A., Eisenhofer, J., Glaser, J., Natour, N. & Theis, U. (1995). *Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege: Untersuchungen zum Einfluss von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen* (Bericht Nr. 21 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A., Giesenbauer, B., Glaser, J. & Höge, T. (2000). *Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen. Eine Pilotstudie mit Erfahrungsberichten*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (111-150). Bern: Huber.
- Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2005). *Das Belastungsscreening: TAA – Ambulante Pflege: Manual und Materialien*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Caplan, G. (1964). *An approach to community mental health*. Tavistock: London.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job stress in the Human Services*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cherniss, C. (1999). *Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen*. Weinheim: Beltz.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Demerouti, E. (1999). *Burnout. Eine Folge konkreter Arbeitsbedingungen bei Dienstleistungs- und Produktionstätigkeiten*. (Studien zur Arbeits- und Organisationspsychologie, 17). Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Diekmann, S., Ernd, A., Häußler, A., Kiekert, T., Kindlein, P., Klessen, B., Kutsch, D., Lippert, R., Schnurr, G. & Zirkelbach, M. (2010). *Balance halten im Pflegealltag*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK): Berlin. Verfügbar unter: <http://www.dbfk.de> (02.02.2016, 21:03 Uhr).
- Dierendonck, D. van, Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 83 (3), 392-407.
- Dunckel, H. & Zapf, D. (1986). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Belastungen, gesundheitliche Folgen, Gegenmaßnahmen*. Köln: Bund.

- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt. Das Burnout Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM.
- Fengler, J. (2001). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation* (6. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon.
- Freudenberger, H. J. & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Frankfurt: Krüger.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1980). *Burn-Out. The High Cost of High Achievement*. Garden City. N.Y.: Anchor Press.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1983). *Ausgebrannt. Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden*. München: Kindler.
- Friel, M. & Tehan, C.B. (1980). *Counteracting burn-out fort he hospice care-giver*. *Cancer Nursing*, 3, 285-293.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Reis-Bergan, M. & Russell, D.W. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions and health risk behavior. *Journal of Personality*, 68, 1177-1201.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hagemann, W. & Geuenich, K. (2009). *BOSS – Burnout-Screening-Skalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hammelstein, P., Pohl, J., Reimann, S. & Roth, M. (2006). Persönlichkeitsmerkmale. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.61-105). Heidelberg: Springer.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2003). *Anti-Stress-Training für Kinder* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping* (S.11-26). Göttingen: Hogrefe.
- Hopf, C. (2007). Qualitative Interviews – Ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S.349-360) Hamburg: Rowohlt.
- ICD-10-WHO (2016). Internationale Klassifikation der Erkrankungen, Version 2016. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/index.htm>. (02.09.2016, 10:45 Uhr).
- Jack, M. (2007). *FERUS – Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.

- Janke, W. & Wolffgramm, J. (1995). Biopsychologie von Streß und emotionalen Reaktionen: Ansätze interdisziplinärer Kooperation von Psychologie, Biologie und Medizin. In K.W. Kallus (Hrsg.), *Biopsychologie von Streß und emotionalen Reaktionen* (S.293-339). Göttingen: Hogrefe.
- Kallus, K. W. (1995). *Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF)*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Stress* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kanning, U.P. (2002). Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 154-163.
- Kernen, H. (1997). *Burnout-Prophylaxe im Management. Erfolgreiches individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement*. Stuttgart: Haupt.
- Kleiber, D. & Enzmann, D. (1990). *Burnout. Eine internationale Bibliographie*. Göttingen: Hogrefe.
- Klug, A. (2011). Analyse des Personalentwicklungsbedarfs. In J. Ryschka, M. Solga & A. Mattenkloft (Hrsg.), *Praxishandbuch Personalentwicklung* (3. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Knüppel, J. (2015). *Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“*. Hintergrundinformationen. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e.V. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Zahlen-Daten-Fakten-Pflege-2015-03.pdf> (08.02.2016, 16:34 Uhr).
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1 (4), 234-239.
- Kury, P. (2012). *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*. Frankfurt am Main: Campus.
- Lammert, M. (1981). A group experience to combat burnout and learn group process skills. *Journal of Nursing Education*, 20, 41-46.
- Lampert, B. (2011). Detached Concern: Eine emotionsregulierende Bewältigungsstrategie in der Altenpflege. In der Reihe von P. Sachse & E. Ulich (Hrsg.), *Beiträge zur Arbeitspsychologie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Lauderdale, M.L. (1982). *Burnout: Strategies for Personal and Organizational Life*. San Diego, CA: Learning Concepts, subsidiary of University Associates.

- Lazarus, R. (2005). Stress, Bewältigung und Emotionen. In V.H. Rice (Hrsg.), *Stress und Coping – Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S.231-263) Bern: Hans-Huber.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S.213-259). Bern: Huber.
- Loffing, D. (2013). *Burnout-Prävention in der Krankenpflege*. Unveröffentlichte Vorstudie zur Dissertation. Universität Flensburg.
- Margraf, J. (2013). *Verhaltenstherapie: Störungen des Erwachsenenalters*. Heidelberg: Springer.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. New York: Springer.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2007). *Burnout erfolgreich vermeiden. Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern*. Wien: Springer.
- Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S.468-475). Hamburg: Rowohlt.
- Meichenbaum, D. (2012). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings* (3. Aufl.). Bern: Hans-Huber.
- Nienhaus, A., Westermann, C. & Kuhnert, S. (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. Ein Review zur Prävalenz. *Bundesgesundheitsblatt* 2012, 55 (211-222). Wien: Springer.
- Payk, T.R. (2013). *Burnout. Basiswissen und Fallbeispiele*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pines, A.M., Aronson, E. & Kafry, D. (1987). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett.
- Poppelreuter, S. & Mierke, K. (2008). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen – Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten* (3. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt.
- Reimann, S. & Pohl, J. (2006). Stressbewältigung. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.217-228). Heidelberg: Springer.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg: Roland Asanger.
- rme/aerzteblatt.de (2011). Burnout von Pflegekräften ein internationales Problem. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49593> (08.02.2016, 10:38 Uhr).

- Rook, M. (1998). *Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung. Eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standortbestimmung*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (2010). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens* (10. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Rüegg, J.C. (2007). *Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2006). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (3. Aufl.). Frankfurt: Swets Test Services.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study & Practice: A critical Analysis*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Schmidt, B. (2004). *Burnout in der Pflege. Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, C. (2007). Analyse von Leitfadeninterviews. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (5. Aufl., S.447-456). Hamburg: Rowohlt.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuster, N., Haun, S. & Hiller, W. (2011). *Psychische Belastungen im Arbeitsalltag. Trainingsmanual zur Stärkung persönlicher Ressourcen*. Weinheim: Beltz.
- Schütz, A. (2003). *Psychologie des Selbstwertgefühls: Von Selbstakzeptanz bis Arroganz* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *MSWS – Multidimensionale Selbstwertkala*. Göttingen: Hogrefe.
- Schüz, B. & Möller, A. (2006). Prävention. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.143-155). Heidelberg: Springer.
- Schüz, B. & Renneberg, B. (2006). Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.123-139). Heidelberg: Springer.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Semmer, N.K. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse. Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz*. Weinheim: Beltz.

- Statistisches Bundesamt (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile). (08.09.2015, 12:37 Uhr).
- Storch, M. & Krause, F. (2010). *Selbstmanagement ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)*. Bern: Hans Huber.
- Tempel, N., Bödeker, M., Reker, N., Schaefer, I., Klärs, G. & Kolip, P. (2013). *Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings*. Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 42, Aufl. 1.2.01.13). Köln: BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Weber, H. (2005). Persönlichkeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Persönlichkeit: Themenbereich C Theorie und Forschung, Band 1 Gesundheitspsychologie* (S.129-147). Göttingen: Hogrefe.
- Weinert, A. (2004). *Organisations- und Personalpsychologie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- West, D.J., Horan, J.J. & Garnes, P.A. (1984). Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 209-218.
- WHO (World Health Organization) (1986). Ottawa Charta for Health Promotion, 1986. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (15.02.2016, 13:45 Uhr).
- Wilke, H. & Wit, A. (2003). Gruppenleistung. In W. Stroebe, K. Jonas & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (4. Aufl., S.497-536).
- Wunschel, I. & Linden, M. (2005). Hausaufgaben. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5. Aufl., S.176-180). Heidelberg: Springer.
- Zander, B., Dobler, L. & Busse, R. (2011). Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. *Pflegezeitschrift* 2011, 64, 2, (98-101).
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268.

- Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Band 3 Organisationspsychologie* (2. Aufl., S.1007-1112). Göttingen: Hogrefe.
- Zimber, A. & Weyerer, S. (1999). *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

## 6 ANHANG

### 6.1 Anhang A – Verzeichnisse

#### 6.1.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Verschiedene Arten potenzieller Stressoren im Arbeitskontext (modifiziert nach Schuster et al., 2011, S. 43).....	7
Tabelle 2:	Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (Udris & Frese, 1988; entnommen aus Ulich, 2005, S. 474).....	10
Tabelle 3:	Stressbewältigungsstrategien (modifiziert nach Schuster et al., 2011, S. 53)..	11
Tabelle 4:	Verschiedene Definitionen von Burnout (modifiziert nach Rook, 1998, S. 109 f.). .....	16
Tabelle 5:	Dimensionen und Symptome des Burnout-Syndroms nach Maslach und Leiter (modifiziert nach Maslach & Leiter, 2001, S. 25). ....	22
Tabelle 6:	Statistik zum Alter (Vorstudie). ....	45
Tabelle 7:	Übersicht der in der Vorstudie eingesetzten Messinstrumente, deren Autoren, Erscheinungsjahr und verwendete Subtests.....	47
Tabelle 8:	Subtests des TICS und deren Inhalte (modifiziert nach Schulz et al., 2004, S. 13 ff.).....	49
Tabelle 9:	Verwendete Subtests, Abkürzungen und Items des TICS (modifiziert nach Schulz et al., 2004, S. 32 f.).....	50
Tabelle 10:	Subtests der BOSS II und deren Inhalte (modifiziert nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 21 ff.).....	52
Tabelle 11:	Verwendeter Subtest, Abkürzung und Items der BOSS II (modifiziert nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 21 ff.).....	53
Tabelle 12:	Subtests des FERUS und deren Inhalte (modifiziert nach Jack, 2007, S. 20 ff.).....	54
Tabelle 13:	Verwendete Subtests, Abkürzungen und Items des FERUS (modifiziert nach Jack, 2007, S. 20 ff.).....	55
Tabelle 14:	Bewertungskriterien für die Faktorenanalyse. ....	60
Tabelle 15:	Messinstrumente, Subtests und statistische Auswertungen (Vorstudie).....	60
Tabelle 16:	Interne Konsistenz (gemessen durch Cronbachs Alpha) für die drei Subtests des TICS ( $N = 126$ ). ....	62
Tabelle 17:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der 14 Items des TICS für $N = 126$ . ....	63

Tabelle 18:	Interne Konsistenz (gemessen durch Cronbachs Alpha) für den Subtest der BOSS II ( $N = 126$ ). .....	63
Tabelle 19:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der zehn Items der BOSS II für $N = 126$ . .....	64
Tabelle 20:	Interne Konsistenz (gemessen durch Cronbachs Alpha) für die zwei Subtests des FERUS ( $N = 126$ ). .....	64
Tabelle 21:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der neun Items des FERUS, Skala „Selbstwirksamkeit“ für $N = 126$ . .....	65
Tabelle 22:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der 12 Items des FERUS, Skala „Coping“ für $N = 126$ . .....	65
Tabelle 23:	Ergebnisse der t-Tests der drei Subtests des TICS im Vergleich mit der Normstichprobe. ....	66
Tabelle 24:	Ergebnisse der t-Tests des Subtests der BOSS II im Vergleich mit der Normstichprobe. ....	67
Tabelle 25:	Ergebnisse der t-Tests der zwei Subtests des FERUS im Vergleich mit der Normstichprobe. ....	68
Tabelle 26:	Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“ aus dem Bereich „Arbeitsinhalte“. ....	70
Tabelle 27:	Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“ aus dem Bereich „Kollegen und Team“. ....	71
Tabelle 28:	Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“ aus dem Bereich „Entspannung und Bewegung“. ....	74
Tabelle 29:	Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“ aus dem Bereich „Selbstmanagement“. ....	75
Tabelle 30:	Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre Burnout-Prävention zu tun.“ aus dem Bereich „Selbstmanagement und Privates“. ....	77
Tabelle 31:	Antworten auf die Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre Burnout-Prävention zu tun.“ aus dem Bereich „Angebote vom Arbeitgeber“. ....	78
Tabelle 32:	Realer Versuchsplan mit Stichprobengrößen ( $N$ ). .....	90
Tabelle 33:	Versuchsplan intention-to-treat mit Stichprobengrößen ( $N$ ). .....	91
Tabelle 34:	Verteilung der Profession auf die Experimental- und Kontrollgruppe. ....	92
Tabelle 35:	Statistik zum Alter. ....	92

Tabelle 36:	Verteilung des Beschäftigungsumfangs auf die Experimental- und Kontrollgruppe.....	93
Tabelle 37:	Verteilung der Beschäftigungsdauer auf die Experimental- und Kontrollgruppe. ....	94
Tabelle 38:	Verteilung weiterer Berufsausbildungen auf die Experimental- und Kontrollgruppe.....	95
Tabelle 39:	Übersicht der Trainingseinheiten und deren Inhalte.....	97
Tabelle 40:	Inhalte und Methodik der ersten Trainingseinheit.....	98
Tabelle 41:	Inhalte und Methodik der zweiten Trainingseinheit. ....	100
Tabelle 42:	Inhalte und Methodik der dritten Trainingseinheit.....	102
Tabelle 43:	Inhalte und Methodik der vierten Trainingseinheit.....	104
Tabelle 44:	Inhalte und Methodik der fünften Trainingseinheit.....	106
Tabelle 45:	Inhalte und Methodik der sechsten Trainingseinheit. ....	108
Tabelle 46:	Einordnung der Trainings-Module ins systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (2001). ....	109
Tabelle 47:	Übersicht der eingesetzten Messinstrumente, deren Autoren, der verwendeten Skalen und zugehöriger Item-Anzahl. ....	110
Tabelle 48:	Bereiche und Subtests des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 8).....	111
Tabelle 49:	Verwendete Subtests, deren Abkürzungen und zugehörige Items des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006, S. 8). ....	112
Tabelle 50:	Subtests der MSWS und deren Inhalte (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006, S. 34 f.).....	113
Tabelle 51:	Verwendete Subtests, Abkürzungen und Items der MSWS (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006).....	114
Tabelle 52:	Übersicht der Versuchsdurchführung. ....	118
Tabelle 53:	Übersicht über statistische Auswertungen für alle Subtests.....	121
Tabelle 54:	Item- und Skalenwerte für den Subtest „Selbstwirksamkeit“ des FERUS ( $N = 25$ ). ....	123
Tabelle 55:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der neun Items des FERUS für $N = 25$ mit einer Beschränkung auf einen Faktor..	124
Tabelle 56:	Item- und Skalenwerte für den Subtest „Kognitive Beschwerden“ der BOSS II ( $N = 25$ ). ....	124
Tabelle 57:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der zehn Items der BOSS II für $N = 25$ . ....	125
Tabelle 58:	Item- und Skalenwerte für die Skalen „Distanzierungsfähigkeit“ und „Verausgabebereitschaft“ des AVEM ( $N = 25$ ). ....	125

Tabelle 59:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der 12 Items des AVEM für $N = 25$ . .....	126
Tabelle 60:	Item- und Skalenwerte für die Skalen „Leistungsbezogene Selbstwertschätzung“ und „Soziale Selbstwertschätzung“ der MSWS ( $N = 25$ ). .....	126
Tabelle 61:	Varimax-rotierte Ladungsmatrix <sup>(1)</sup> einer Hauptkomponentenanalyse der zehn Items der MSWS für $N = 25$ . .....	127
Tabelle 62:	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Selbstwirksamkeit“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ). .....	128
Tabelle 63:	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Distanzierungsfähigkeit“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ). .....	130
Tabelle 64:	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Verausgabebereitschaft“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ). .....	132
Tabelle 65:	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Soziale Selbstwertschätzung bzw. den Umgang mit Kritik“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ). .....	134
Tabelle 66:	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die „Leistungsbezogene Selbstwertschätzung“ in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ). .....	135
Tabelle 67:	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung der „Burnout-Gefährdung“ (kognitive Beschwerden) in Abhängigkeit von den Faktoren „Experimentelle Bedingung“ und „Zeit“ sowie für deren Interaktion ( $N = 25$ ). .....	137
Tabelle 68:	Übersicht der Antworten auf die offene Frage zur Burnout-Prävention der Experimentalgruppe über alle drei Messzeitpunkte. ....	141
Tabelle 69:	Übersicht der Antworten auf die offene Frage zur Burnout-Prävention der Kontrollgruppe über alle drei Messzeitpunkte. ....	142
Tabelle 70:	Übersicht der Statements aus den Befindersrunden je vor den Trainingseinheiten. ....	144
Tabelle 71:	Übersicht der Statements aus den Befindersrunden je nach den Trainingseinheiten eins bis fünf. ....	145

Tabelle 72:	Übersicht der Statements aus der Befindersrunde zum Abschluss des Trainings. ....	146
Tabelle 73:	Antworten auf die Frage „Was ist für Sie das Spannendste / der wichtigste Inhalt / die größte Erkenntnis, welche/s Sie aus dem Training für sich persönlich mitnehmen?“ .....	148
Tabelle 74:	Antworten auf die Frage „Für wie langfristig umsetzbar schätzen Sie das Erlernte ein?“ .....	150
Tabelle 75:	Antworten auf die Frage „Was würden Sie für weitere Burnout-Präventions-Trainings empfehlen? In Bezug auf Inhalte, Umfang, Dauer, Didaktik etc.“. ....	151
Tabelle 76:	Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zu Stressoren und Belastungen. ....	157
Tabelle 77:	Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zu Bewältigungsstrategien. ....	158
Tabelle 78:	Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zu Burnout. ..	159
Tabelle 79:	Übersicht der Aussagen der Probandin der Einzelfallanalyse zum Training.	160
Tabelle 80:	Zusammenfassung aller statistischen Interventionseffekte. ....	162
Tabelle 81:	Übersicht möglicher Unterrichtseinheiten und zu bearbeitender Fragestellungen in der Ausbildung zur Pflegekraft. ....	190

### 6.1.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Der „Public Health Action Cycle“ und seine Qualitätsdimensionen (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 238). ....	5
Abbildung 2:	Psychische Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen (modifiziert nach Allmer, 1996, S. 45). ....	8
Abbildung 3:	Stress und Stressverarbeitung nach Lazarus (entnommen aus Hampel & Petermann, 2003, S. 9). ....	12
Abbildung 4:	Transaktionale Burnout-Definition nach Cherniss (1980; modifiziert nach Rook, 1998, S. 45). ....	16
Abbildung 5:	Burnout-Modell von Cherniss (1999; entnommen aus Burisch, 2010, S. 66). ....	19
Abbildung 6:	Innere und äußere Faktoren der Burnout-Entstehung (entnommen aus Burisch, 2010, S. 55). ....	20
Abbildung 7:	Die stressreduzierenden Wirkungen von Ressourcen (modifiziert nach Zapf & Semmer, 2004; entnommen aus Schuster et al., 2011, S. 51). ....	28

Abbildung 8:	Ansatzpunkte zu trainierender Ressourcen im Stressprozess (entnommen aus Schuster et al., 2011, S. 58).....	30
Abbildung 9:	Verteilung der Professionen (Vorstudie). .....	44
Abbildung 10:	Übersicht weiterer Berufsausbildungen (Vorstudie).....	44
Abbildung 11:	Übersicht der Altersgruppen (Vorstudie).....	45
Abbildung 12:	Verteilung des Beschäftigungsumfangs (Vorstudie). .....	46
Abbildung 13:	Verteilung der Beschäftigungsdauer (Vorstudie). .....	46
Abbildung 14:	Übersicht der Krankenhausgröße nach Bettenzahl (Vorstudie).....	47
Abbildung 15:	Beispielitem des TICS (modifiziert nach Schulz et al., 2004, S. 32). .....	49
Abbildung 16:	Beispielitem der BOSS II (modifiziert nach Hagemann & Geuenich, 2009, S. 22).....	52
Abbildung 17:	Beispielitem des FERUS (modifiziert nach Jack, 2007).....	54
Abbildung 18:	Inhaltliche Verteilung der Antworten zur ersten offenen Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wodurch Sie sich am ehesten gestresst fühlen.“ 69	
Abbildung 19:	Inhaltliche Verteilung der Antworten zur zweiten offenen Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, was Sie in der Vergangenheit bis heute bereits für Ihre eigene Burnout-Prävention getan haben.“ .....	72
Abbildung 20:	Inhaltliche Verteilung der Antworten zur dritten offenen Frage „Bitte beschreiben Sie konkret, wozu Sie in Zukunft darüber hinaus bereit sind, für Ihre eigene Burnout-Prävention zu tun.“ .....	76
Abbildung 21:	Verteilung der Profession.....	91
Abbildung 22:	Verteilung des Beschäftigungsumfangs.....	93
Abbildung 23:	Verteilung der Beschäftigungsdauer. ....	94
Abbildung 24:	Verteilung weiterer Berufsausbildungen. ....	95
Abbildung 25:	Flussdiagramm zu den Stichprobengrößen zu den drei Messzeitpunkten.	95
Abbildung 26:	Beispielitem des AVEM (modifiziert nach Schaarschmidt & Fischer, 2006). 112	
Abbildung 27:	Beispielitem Intensitätsformat der MSWS (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006). .....	114
Abbildung 28:	Beispielitem Häufigkeitsformat der MSWS (modifiziert nach Schütz & Sellin, 2006). .....	114
Abbildung 29:	Mittlere Verläufe der „Selbstwirksamkeit“ für die experimentelle Bedingung sowie die Zeit ( $N = 25$ ). .....	129
Abbildung 30:	Mittlere Verläufe der „Distanzierungsfähigkeit“ für die experimentelle Bedingung sowie die Zeit ( $N = 25$ ). .....	131

Abbildung 31:	Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Verausgabungsbereitschaft“ für den tendenziellen Haupteffekt in Abhängigkeit Zeit.....	132
Abbildung 32:	Mittlere Verläufe der „Verausgabungsbereitschaft“ für die hypothesengenerierend berechnete Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“ (N = 25). .....	133
Abbildung 33:	Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung“ für den Haupteffekt in Abhängigkeit der Zeit.....	135
Abbildung 34:	Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung“ für den Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit..	136
Abbildung 35:	Mittlere Verläufe der „Leistungsbezogenen Selbstwertschätzung“ für die hypothesengenerierend berechnete Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“ (N = 25). .....	136
Abbildung 36:	Subtest-Mittelwerte und Standardfehler der „Burnout-Gefährdung“ (kognitive Beschwerden) für den Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit. 138	
Abbildung 37:	Mittleren Verläufe der „Burnout-Gefährdung“ (kognitive Beschwerden) für die hypothesengenerierend berechnete Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“ (N = 25). .....	138
Abbildung 38:	Verteilung der Antworten auf die Frage „Als wie wirkungsvoll schätzen Sie das Training für die Prävention von Burnout ein? Geben Sie eine Prozentzahl von 0 - 100% an. (0% = gar nicht wirkungsvoll, 100% = absolut wirkungsvoll)“ .....	149
Abbildung 39:	T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Selbstwirksamkeit. ....	152
Abbildung 40:	Stanine der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Distanzierungsfähigkeit.....	153
Abbildung 41:	Stanine der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Verausgabungsbereitschaft. ....	153
Abbildung 42:	T- Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Soziale Selbstwertschätzung / Umgang mit Kritik. ....	154
Abbildung 43:	T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Leistungsbezogene Selbstwertschätzung. ....	154
Abbildung 44:	T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden, Gesamt-Werte). ..	155
Abbildung 45:	T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden, Intensitäts-Werte). 155	

Abbildung 46:	T-Werte der Norm im Vergleich der Probandin der Einzelfallanalyse für den Subtest Burnout-Gefährdung (kognitive Beschwerden, Breiten-Werte). .	156
Abbildung 47:	Teilschritte und Erfolge der vorliegenden Studie eingeordnet in den „Public Health Action Cycle“ (modifiziert nach Kolip, 2006, S. 238).....	175
Abbildung 48:	Arbeitsblatt „Starke Kommunikation“ als Ergänzung zum Training.....	187