

Universität Potsdam  
Institut für Psychologie

# **Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf**

Eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits- und arbeitspsychologischem Herangehen

Dissertation

eingereicht bei der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Potsdam

2006

vorgelegt von

Andreas W. Fischer

---

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis .....	7
1 VORWORT.....	8
2 EINFÜHRENDES THEORETISCHES KAPITEL .....	10
2.1 Die Problematik des Pflegeberufs.....	10
2.2 Konzept der Beanspruchung, das dieser Arbeit zugrunde liegt.....	16
2.2.1 Stress- und Gesundheitsforschung.....	16
2.2.2 Ressourcen und Gesundheit .....	21
2.2.2.1 Interne Ressourcen.....	22
2.2.2.2 Externe Ressourcen.....	24
2.2.3 Ein integratives Modell: Beckers Theorie der körperlichen und seelischen Gesundheit.....	30
2.3 Zusammenfassung.....	36
3 AVEM – KONZEPT, AUFBAU UND BESCHREIBUNG .....	38
3.1 Aufbau und Inhalte des AVEM.....	38
3.2 Gesundheitsrelevanz des AVEM.....	44
4 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN.....	51
5 METHODIK.....	56
5.1 Erhebungen und Untersuchungsstichproben.....	56
5.2 Methoden .....	60
5.2.1 Erfassung arbeitsbezogener Werte .....	60
5.2.2 Erfassung des Erlebens von Ressourcen in der Pfl egetätigkeit .....	61
5.2.3 Erfassung des Belastungserlebens .....	62
5.2.4 Erfassung objektiver Merkmale der Arbeitstätigkeit.....	62
6 ERGEBNISSE .....	64
6.1 Generelle Situation in der Pflege.....	64
6.2 Binnendifferenzierung in der Pflege .....	68
6.3 Situation der Pflegeschüler und Berufsanfänger .....	72

6.4 Veränderungen über die Zeit (Messwiederholungen ohne Intervention).....	75
6.5 Veränderungen über die Zeit (Messwiederholungen mit Intervention) .....	83
6.6 Wahrnehmung der Pflgetätigkeit durch die Pflegepersonen.....	91
7 DISKUSSION .....	97
8 ZUSAMMENFASSUNG .....	111
9 LITERATUR .....	114
Anhang .....	A-1
Erklärung .....	A-12
Danksagung .....	A-13

## Verzeichnis der Abbildungen

<i>Abbildung 1.</i>	Vereinfachtes transaktionales Prozessmodell des Stressgeschehens (nach Lazarus, 1966).....	19
<i>Abbildung 2.</i>	Schematische, verkürzte Darstellung der Gesundheitstheorie von Antonovsky (Becker, 1982, S. 11, zit. nach Dlugosch, 1994).....	21
<i>Abbildung 3.</i>	Das Demand/Control-Modell von Karasek (aus Oesterreich, 1999).....	28
<i>Abbildung 4.</i>	Hypothetisches, interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit (ausgewählte Determinanten des aktuellen Gesundheitszustandes) von Becker (1992, S. 69).....	34
<i>Abbildung 5.</i>	Referenzprofile der 4 Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens.....	40
<i>Abbildung 6.</i>	Mittelwerte der 4 Muster in den Skalen <i>Beeinträchtigung des psychischen Befindens</i> sowie <i>Körperlich-funktionelle Beschwerden</i> (948 Lehrerinnen und Lehrer).....	45
<i>Abbildung 7.</i>	Verteilung der Krankentage während der Unterrichtszeit im Jahre 1997, differenziert nach der Musterzugehörigkeit.....	46
<i>Abbildung 8.</i>	Mittelwerte der Muster in den 4 Skalen des <i>FABA</i> (1177 Pflegepersonen).....	47
<i>Abbildung 9.</i>	Mittelwertvergleich der 4 Muster in den Skalen des <i>BHD</i> -Fragebogens.....	49
<i>Abbildung 10.</i>	Mittelwerte der Muster in den <i>IPS</i> -Skalen aus dem Bereich des Leistungsverhaltens (406 Lehrerinnen und Lehrer).....	50
<i>Abbildung 11.</i>	Mittleres AVEM-Profil von 1390 österreichischen Pflegekräften.....	65
<i>Abbildung 12.</i>	Häufigkeit der AVEM-Muster bei österreichischen Pflegekräften und in verschiedenen österreichischen Vergleichsstichproben.....	66
<i>Abbildung 13.</i>	AVEM-Profile bei Pflegepersonen aus Wien, Berlin und Brandenburg.....	67
<i>Abbildung 14.</i>	Musterverteilung bei Pflegepersonen (oben) und bei Lehrerinnen und Lehrern (unten) aus Wien, Berlin und Brandenburg.....	68
<i>Abbildung 15.</i>	Musterverteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht (Pflegepersonal, Wien).....	69

<i>Abbildung 16.</i> Musterverteilung im Zusammenhang mit dem Lebensalter (Pflegepersonal, Wien).....	70
<i>Abbildung 17.</i> Musterverteilung im Zusammenhang mit der Position (Pflegepersonal, Wien) .....	71
<i>Abbildung 18.</i> Musterverteilung im Zusammenhang mit dem Pflegebereich (Pflegepersonal, Wien).....	72
<i>Abbildung 19.</i> Musterverteilung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Ausbildung (kombinierter Längs- und Querschnittsvergleich) .....	74
<i>Abbildung 20.</i> Musterverteilung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Berufstätigkeit (Querschnittsvergleich, 1 Messpunkt).....	76
<i>Abbildung 21.</i> Die Musterverteilung zu den 4 Messpunkten (Querschnitt; MP1: n = 465, MP2: n = 425, MP3: n = 430, MP4: n = 130) .....	77
<i>Abbildung 22.</i> Die durchschnittlichen AVEM-Profile zu den 4 Messpunkten (Querschnitt).....	78
<i>Abbildung 23.</i> Die Musterverteilung zu den 4 Messpunkten (Längsschnitt, Erklärung im Text).....	80
<i>Abbildung 24.</i> Die durchschnittlichen AVEM-Profile zu den 4 Messpunkten (Längsschnitt, Erklärung im Text).....	82
<i>Abbildung 25.</i> Verteilung der 4 AVEM-Muster bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Querschnitt).....	84
<i>Abbildung 26.</i> Mittleres AVEM-Profil bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Querschnitt).....	84
<i>Abbildung 27.</i> Verteilung der 4 AVEM-Muster bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Längsschnitt, n = 35).....	85
<i>Abbildung 28.</i> Mittleres AVEM-Profil bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Längsschnitt, n = 35).....	85
<i>Abbildung 29.</i> Zusammenhang von AVEM-Mustern und beruflicher Position bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 (oben) und 2005 (unten) (Querschnitt) .....	87

<i>Abbildung 30.</i> Zusammenhang von AVEM-Mustern und bevorzugter Dienstform bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Querschnitt).....	88
<i>Abbildung 31.</i> Verteilung der 4 AVEM-Muster im Vergleich von Förder-Assessment-Center (AC) und Evaluations-Assessment-Center (EAC) im Rahmen eines Entwicklungsprogramms für Führungskräfte aus dem Pflegebereich (Längsschnitt, n = 42).....	90
<i>Abbildung 32.</i> Verteilung der 4 AVEM-Muster im Vergleich von Förder-Assessment-Center (AC) und Evaluations-Assessment-Center (EAC) im Rahmen eines Entwicklungsprogramms für Führungskräfte aus dem Pflegebereich (Längsschnitt, n = 42).....	91
<i>Abbildung 33.</i> Arbeitsbezogene Werte im Zusammenhang mit der Musterzuordnung (1177 Pflegepersonen, Wien).....	93
<i>Abbildung 34.</i> Einschätzung von Ressourcen in der Tätigkeit im Zusammenhang mit der Musterzugehörigkeit (diplomierte Pflegepersonal, Wien, n = 748).....	94
<i>Abbildung 35.</i> Die erlebte Belastung durch konkrete Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit der Musterzugehörigkeit (Pflegepersonal Wien, n = 1177) .....	95
<i>Abbildung 36.</i> Mittelwerte in den Einschätzungen der Mustervertreter zum Verhalten und Erleben gegenüber Patienten.....	96

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	<i>Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung (aus Oesterreich, 1999).....</i>	26
Tabelle 2:	<i>Zuordnung krankheitsrelevanter belastender Situationstypen („Stressoren“) zu dadurch ausgelösten emotionalen Zuständen (Becker, 1992, S. 71).....</i>	35
Tabelle 3:	<i>Die 11 Dimensionen des AVEM.....</i>	38
Tabelle 4:	<i>Umfänge der in die Längsschnitterhebung einbezogenen Teilstichproben .....</i>	78

## 1 VORWORT

Mehr als 12 Jahre intensiver Beschäftigung mit dem Pflegeberuf und der Beanspruchungsoptimierung in diesem Beruf legen nahe, die angehäuften Erkenntnisse und Erfahrungen zusammenzufassen. Sie wurden gewonnenen bei Belastungsanalysen und darauf gegründeten arbeitsgestalterischen Interventionen, aber auch über Supervision und Training in Pflorgeteams, die Aus- und Weiterbildung von leitenden Pflegekräften, die Begleitung von Auswahlentscheidungen sowie die Beratung und Betreuung von Einzelfällen. Es handelt sich also um die Arbeit eines Praktikers. Doch sie ist mehr als ein Erfahrungsbericht aus jahrelanger Berufstätigkeit. Es liegen auch systematische empirische Erhebungen zugrunde. Sie stützen sich insbesondere auf die Anwendung des Verfahrens AVEM, dessen Entwicklung in diesen Zeitraum fiel (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster; Schaarschmidt & Fischer, 1996, 2003). AVEM erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsansforderungen. Damit bietet sich dieses Instrument insbesondere für die Früherkennung gesundheitlicher Risiken sowie die Begründung und Ableitung präventiver Maßnahmen an. Die unter diesem Aspekt im Pflegebereich gewonnenen Daten bilden die wichtigste Grundlage für die Aussagen der vorliegenden Arbeit.

Wenn die Beanspruchungsverhältnisse im Pflegeberuf Gegenstand der Erörterung sind, wird am ehesten eine Verbindung zu dem Belastungssyndrom „Burnout“ hergestellt, das für die sog. Helferberufe charakteristisch sein soll (vgl. u. a. Maslach, 1982; Burisch, 1994). Die Arbeitserfahrungen und die mit dem AVEM gewonnenen Ergebnisse verweisen allerdings darauf, dass im Pflegeberuf eine sehr spezifische Beanspruchungssituation vorliegt, der nicht allein und wohl auch nicht in erster Linie mit „Burnout“ Rechnung getragen werden kann. Nicht selten dürfte dem Burnout-Syndrom ein zu hoher Stellenwert zugemessen werden. Auch ist oftmals ein recht großzügiger und unreflektiert Umgang mit diesem Konzept zu konstatieren. Unseren Erkenntnissen zufolge spielen andere Beeinträchtigungen eine größere Rolle, die nicht (bzw. noch nicht) Burnout-Qualität haben: vor allem Probleme bzgl. der Motivation, der Identifikation mit der Arbeit, Einschränkungen in der Arbeitszufriedenheit, ohne dass emotionale Erschöpfung, Resignation etc. stark ausgeprägt sein müssen. Sie betreffen eine große Zahl von Beschäftigten im Pflegebereich und scheinen durch manche Entwicklungstendenzen der modernen Medizin und in der Gesellschaft an Bedeutung zu gewinnen. Freilich handelt es sich auch hier um Fragen von Gesundheitsrelevanz. Wir gehen dabei (in Anlehnung an Becker & Minsel, 1986) davon aus, dass zur (psychischen) Gesundheit auch gehört, dass sich Menschen mit Freude, Energie, Selbstvertrauen, Engagement und Interesse den externen Anforderungen (speziell beruflichen Anforderungen) stellen.



Mit der Arbeit soll dazu beigetragen werden, systematischer und differenzierter das Beanspruchungserleben von Beschäftigten im Pflegebereich zu erfassen und so auch Hinweise für gezieltere Intervention zu erhalten. Der Interventionsbezug spielt natürlich aus Sicht des Praktikers eine besondere Rolle. Es gilt, die Maßnahmen zu begründen und zu ergreifen, die treffsicher sind bzgl. der vorherrschenden Probleme. Dabei dürfte gelten, dass nachhaltiger Erfolg nur zu erreichen ist, wenn Verhaltens- und Verhältnisprävention einander ergänzen und Hand in Hand gehen. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis nicht selten beim Versuch der Verhaltensbeeinflussung des Einzelnen endet (Äpfel, Bio-Müsli, Bewegung, richtiges Heben...) – und scheitert. Es kann auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse gezeigt und begründet werden, dass neben individuell ausgerichteter Einflussnahme auch weitergehende organisationsbezogene Maßnahmen im Sinne der Verhältnisprävention unumgänglich sind – gerade unter den Bedingungen des modernen Krankenhauses. Dies aufzuzeigen, ist eine der wichtigsten Zielsetzungen dieser Arbeit.

Die hier mitgeteilten Ergebnisse stützen sich auf die Untersuchung von nahezu 3000 Pflegepersonen aus österreichischen öffentlichen Spitälern. Damit wird ein wichtiger Bereich des Pflegedienstes erfasst, wenn auch nicht allen Teilbereichen entsprochen werden kann (z. B. wurden privat geführte Belegspitäler, ambulante Pflege, Hauskrankenpflege nicht einbezogen.). Zu berücksichtigen ist auch, dass sich manche Bedingungen in der Pflege in Abhängigkeit von nationalen Besonderheiten und vom Krankenhausträger unterscheiden. Andererseits kann aber doch vorausgesetzt werden, dass im generellen Trend die österreichischen Entwicklungen repräsentativ sein dürften für die Veränderungen, die sich auch in Deutschland und anderswo vollziehen.

## 2 EINFÜHRENDES THEORETISCHES KAPITEL

### 2.1 Die Problematik des Pflegeberufs

„Der Pflegeberuf ist weitgehend ein harter und belastender Beruf.“ So heißt es in einer Presseaussendung der österreichischen Gewerkschaft Öffentlicher Dienst (OTS0100, 25. 02. 2005). Aus diesem Grunde werden Entlastungsmaßnahmen für das Pflegepersonal und die Einbeziehung aller Pflege- und Sozialberufe in die Schwerarbeitsregelung gefordert. Diese Auffassung scheint begründet: Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Tätigkeit in der Pflege häufig schwere körperliche Arbeit in einem psychisch belastenden Umfeld bedeutet. Sie ist darüber hinaus mit Schicht- und Nachtarbeit verbunden, wenn die Pflege über 24 Stunden am Tag gewährleistet sein muss – und das ist für mindestens ein Drittel aller Krankenschwestern und -pfleger der Fall (vgl. Thallner, 1999).

Es steht außer Frage, dass dem Pflegepersonal innerhalb des Gesundheitssystems und speziell im Spital eine enorme Bedeutung zukommt. Ärzte und Vertreter anderer medizinischer Berufsgruppen könnten ihre Leistungen nicht oder nur zu geringen Teilen erbringen, würden Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger nicht vor- und nachbereitend sowie unterstützend mitwirken. Dieses Aufeinander-Angewiesensein verschiedener Berufsgruppen bei Dominanz der Medizin im Spital bringt für das Pflegepersonal aber auch Probleme mit sich. Es wird dadurch schwerer, den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu definieren und sich insbesondere gegenüber den Ärzten als gleichberechtigter Partner zu behaupten. Wenngleich das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 und seine Novellierungen weitgehende Klarheit und damit eine formale Grundlage für mehr berufliches Selbstvertrauen geschaffen haben, ist die Situation der Berufsgruppe nach wie vor schwierig.

Darauf verweisen viele Befunde. Im Rahmen des österreichischen Präventionsprojekts PFLEGEfit wird festgestellt, „nur wenige ÖsterreicherInnen wollen einen Pflegeberuf ergreifen..., die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf beträgt drei bis vier Jahre, und die Neigung, nach einer kinderbedingten Karenz wieder in den Beruf einzusteigen, ist gering. Rund die Hälfte des Pflegepersonals denkt an einen Arbeitsplatzwechsel und jede siebte Diplomschwester spekuliert damit, aus ihrem Beruf überhaupt auszusteiern.“ (Hallström, 2004, S. 14; vgl. auch Krajcic u. a., 2003).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch internationale Untersuchungen. Beispielhaft sei die im 5. Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Union durchgeführte NEXT-Studie (nurses' early exit study) genannt, die 10 europäische Länder (allerdings nicht Österreich) einbezieht. Sie beschäftigt sich mit dem vorzeitigen Berufsausstieg aus dem Pflegeberuf und versucht die Frage zu beantworten, wie der

Verbleib der Pflegekräfte im Beruf unterstützt werden kann. In ihrem Zwischenbericht (Hasselhorn, Tackenberg & Müller, 2003, deutschsprachige Übersetzung von Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling & Simon, 2005) verweisen die Autoren auf erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Ländern. Besonders in Großbritannien, Deutschland und Italien denken Pflegekräfte verstärkt über den Berufsausstieg nach, in den Niederlanden und Norwegen nur sehr wenige, wobei in den zuletzt genannten Ländern günstigere Werte in den erfassten Arbeitsbedingungen und Gesundheitsindikatoren festzustellen waren. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass „offensichtlich... die Pflege in einigen Ländern durchgeführt werden [kann], ohne dass es zu großen Anteilen unzufriedener, ausgebrannter und kranker Pfleger kommt, die ihren Beruf verlassen wollen“ (S. 131). Dies scheint allerdings nur für eine Minderheit zuzutreffen. In der Mehrzahl ist die mittlere Verweildauer im Beruf sehr kurz, wobei eine große Variation zwischen den Einrichtungen besteht (vgl. Hallström, 2004; Krajic u. a., 2003). Aus diesem Grunde bescheinigen die Autoren den Pflegepersonen, sehr gut zwischen für sie „attraktiven“ und „unattraktiven“ Einrichtungen unterscheiden zu können. Bemerkenswert ist, dass die NEXT-Autoren auf der individuellen Ebene zwei Gruppen von Berufsausstiegern unterscheiden: „a) *motiviert* Aussteiger und b) *resigniert* Aussteiger. Die *motivierten* Aussteiger sind jung, gut ausgebildet und streben nach beruflicher und damit persönlicher Weiterentwicklung. In Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt haben sie mehr oder weniger Möglichkeiten, ihre Zukunftspläne zu verwirklichen. Die *resignierten* Aussteiger haben hingegen eine schlechte Gesundheit, geringe Arbeitsfähigkeit und sind eher ausgebrannt. Es ist anzunehmen, dass sie außerhalb der Pflege geringe Arbeitsmöglichkeiten haben und den vorzeitigen Ruhestand anstreben.“ (S. 132). Da „bei Personen, die häufig an den Berufsausstieg denken, eine deutlich geringere Identifizierung mit ihrer Einrichtung (und ihrer Profession)“ festgestellt werden konnte, schließen die Autoren nicht aus, „dass diese „innere Emigration“ bereits Rückwirkungen auf die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen hat.“ Weil ein Drittel aller Ausstiegswilligen für sich eine Weiterqualifizierung in Betracht zieht, sehen die Autoren eine Möglichkeit, dem Trend zum beruflichen Ausstieg über Fortbildungs- und Entwicklungsangebote entgegenzuwirken. Dies dürfte aber, so wird gleichzeitig vermutet, für die Pflege in manchen Ländern (z. B. Deutschland) „ein ernstes Problem“ darstellen. Denn Voraussetzung für die Wirksamkeit eines solchen Angebots wäre, dass höhere Verantwortlichkeiten in der Pflege-tätigkeit eingeräumt und bessere Verdienstmöglichkeiten geschaffen werden können.

Weitere Probleme im Pflegebereich werden in der in Deutschland durchgeführten Studie „Pflege-Thermometer“ (Weidner & Isfort, 2002) angesprochen. So sind in Deutschland trotz eines insgesamt stark angespannten Arbeitsmarktes im Pflegebereich offene Stellen zu verzeichnen. Der Personalbedarf kann in diesem Bereich nicht gedeckt werden und die Personalknappheit wächst. Gleichzeitig verzeich-

nen die Autoren eine zunehmend ungünstige Bewerberlage für die Berufsausbildung. Es gibt immer weniger Bewerber für die Krankenpflegeausbildung; zusätzlich werden die persönlichen Voraussetzungen der Bewerber für eine erfolgreiche Ausbildung zunehmend ungünstiger beurteilt, d. h. die Eignung der Bewerber nimmt ihrer Einschätzung zufolge ab.

Die dargestellten Probleme dürften Grund genug sein, die Beanspruchungsverhältnisse im Pflegeberuf differenzierter zu analysieren.

Dass sich der Pflegeberuf durch eine Vielzahl von Belastungen auszeichnet, ist nicht neu. Hallström (2004) beschreibt sie auf anschauliche Weise: „Der Beruf ist zu stressig, bietet zu wenig Freizeit, die Arbeitszeiten sind unangenehm und der Verdienst ist schlecht; auch Karrieremöglichkeiten (fehlen). ... der Pflegealltag ist körperlich und seelisch sehr anstrengend: Kranke müssen gehoben, gestützt und getragen werden; täglich sind Pflegende fremden Menschen so nah wie meist nicht einmal den eigenen Familienangehörigen. Die dauernde Konfrontation mit Leid und Tod zehrt an den Kräften. Nacht-, Wochenend- und Schichtdienste bringen die natürlichen biologischen Rhythmen durcheinander.“ (S. 14).

Nach Büssing und Glaser (2003) bilden Unterbrechungen durch Personen, motorische Erschwerungen und Regulationsüberforderungen durch mangelhafte ergonomische Bedingungen die stärksten Belastungsquellen in der stationären Krankenpflege.

Baumgart, Metz und Degener (2003) nennen drei weitere generell wirksam werdende Belastungsfaktoren in der Pfl egetätigkeit: geringe Entscheidungsmöglichkeiten, hohe Komplexität und Vielfalt (v. a. in Verbindung mit Zeitdruck und hoher Verantwortung) und hohe Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit. Mit ihrer Schlussfolgerung, „insofern gehört es zum Charakter von stationären Pflegeleistungen, dass Möglichkeiten eigenständiger Planung und Entscheidungen im Kernbereich therapeutischer Maßnahmen per se nicht gegeben sind“ (S. 208), weisen sie mit Deutlichkeit auf die unzureichende Qualität der Arbeitsanforderungen in der Pflege hin.

Auf dem Hintergrund des gesicherten Wissens der Arbeitspsychologie und der Arbeitsmedizin ist es deshalb nicht verwunderlich, wenn Krankenschwestern und -pfleger häufig über Knochen- und Gelenkerkrankheiten bzw. -beschwerden (z. B. Rückenerkrankungen, Wirbelsäulenschäden, Rheuma oder Ischias) berichten, über körperlich-funktionelle Störungen (z. B. Magen-Darm-Erkrankungen und Kreislaufstörungen) und psychische Beschwerden (z. B. Selbstwertbeeinträchtigungen, Leistungsinsuffizienz und Erschöpfung) klagen (Fischer & Schaarschmidt, 1997; s. a. Büssing & Glaser, 2003).

Zu den bereits genannten Belastungsfaktoren gesellen sich allerdings neue, die einerseits durch Veränderungen in der Gesellschaft und andererseits durch aktuelle Entwicklungen in der Pflege bedingt sind.

Weitreichende Folgen für die Gesundheitssysteme – und damit auch für die Pflege – werden durch die sich vollziehenden demografischen Veränderungen erwartet. Es ist erfreulich, dass die Menschen in den entwickelten Ländern immer älter werden und derzeit wenig gegen die Fortsetzung dieses Trends spricht (vgl. Wilkinson, 2001). Auf der anderen Seite ist aber auch damit verbunden, dass immer ältere, behinderte und multimorbide Menschen pflegebedürftig werden. Vor allem die Anteile chronisch Kranker, häufig mit fortschreitendem Schweregrad, sowie von Patienten mit psychiatrisch relevanten Störungen und demenziellen Erkrankungen dürften zunehmen. Ebenso wird ein steigender Anteil von Migranten vorhergesagt, die nicht durch das familiäre Unterstützungsnetz aufgefangen werden. Sozialer Wandel vollzieht sich in den Familien und schließt eine Pluralisierung der Lebensstile ein, was einhergeht mit abnehmender Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben in der Familie. Mit anderen Worten: auch bezüglich des familiären und informellen Hilfspotentials zeigt sich eine ungünstige Entwicklung (s. u. a. Adolph, 2003; Brandenburg, 2003).

Veränderungen vollziehen sich aber auch in der Pflege selbst. Brandenburg (2003) sieht eine immer stärkere Verlagerung der Rekonvaleszenzphase nach Hause. Neben der unmittelbaren postoperativen und intensivpflegerischen Versorgung wird die Pflegearbeit in den Krankenhäusern s. E. deshalb zukünftig von der Entlassungsvorbereitung dominiert sein. Pflegeheime werden sich auf die Aufnahme von Personen konzentrieren, deren häusliche Betreuung und pflegerische Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann (z. B. zu hoher Aufwand, Kostengründe, keine Möglichkeit oder Bereitschaft der Angehörigen zur Pflege). Darüber hinaus werden sie verstärkt Aufgaben der sog. „subakuten“ Versorgung von Spitälern übernehmen und diese damit teilweise in der Grundversorgung ersetzen. Brandenburg nennt hier als Beispiele die Bereiche „Beatmung, Infusionstherapie, künstliche Ernährung, Frührehabilitation, postoperative Wundversorgung“ (S. 135) und schließt: „Dies bedeutet für die Pflegenden, dass sie (im stationären Pflegebereich, aber auch ambulant) zunehmend mit spezialisierter Pflege und mehr Technologie konfrontiert sein werden.“ (S. 136). Bedingt durch mehr Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen werden Anforderungen der Kooperation, Kommunikation und Koordination für das Pflegepersonal an Bedeutung gewinnen. Schließlich werden sich der Ausbau bestehender und die Implementierung neuer Informations- und Dokumentationssysteme fortsetzen. Neben der interprofessionellen Abstimmung betrifft dies in der Pflege besonders die Bereiche Pflegedokumentation, Pflegestandards und Pflegediagnosen sowie neu geschaffene pflegefachliche Instrumente (z. B. Patientenassessments, Personalmessungsverfahren). In jedem Fall werden der Anteil administrativer Aufgaben und der

dafür erforderliche Zeitaufwand für das Pflegepersonal weiter zunehmen. Es gibt mehrere Gründe für diese Entwicklung. Brandenburg (2003) nennt den gestiegenen Anteil pflegebedürftiger Personen, verstärkten Kostendruck (durch „gedeckelte“ Budgets und leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung) und juristische Anforderungen an Dokumentationspflichten. Zu berücksichtigen ist sicherlich auch, dass elektronische Datenverarbeitungssysteme und weiterentwickelte Kommunikationstechnologien ständig wachsende Leistungsmöglichkeiten bereitstellen, denen gegenüber sich Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen nicht längerfristig oder gar dauerhaft verschließen können. Daneben erzeugt die schon bisher eingesetzte (Datenverarbeitungs-)Technik auf Grund ihres ständigen Erneuerungsbedarfs auf höherem Niveau Nachfrage nach ihrer immer umfassenderen Nutzung. So ist auch die Technisierung der Pflgetätigkeit unaufhaltsam. Diese Entwicklung hat für das Pflegepersonal durchaus erfreuliche, aber auch problematische Seiten. „Die Gefahren liegen in einer immer stärker technisierten, durch Kommunikationstechnologie überwachten und gesteuerten Pflege. Die Chancen sind in der erhöhten Transparenz der Effektivität und Ineffektivität von pflegerischen Leistungen zu sehen.“ (Brandenburg, 2003, S. 136).

Gerade die zuletzt dargestellten neuen und zukünftig noch verstärkt wirkenden Anforderungen scheinen mit der Kernaufgabe der Pflege (und dem traditionellen Pflegeverständnis) nicht immer gut vereinbar. Auch wenn das diakonisch-caritative Pflegeverständnis und die damit verbundene Selbstaufopferung und Hingabe das Berufsbild heute nicht mehr bestimmen, so bleibt doch die Krankenpflege ein helfender Beruf. Es braucht der Kranke nicht nur sachlich-pflegerische Hilfe bei der Bewältigung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung. Unverzichtbar ist nach wie vor die emotionale Zuwendung, die der leidende Mensch erfährt, sind der Beistand und das Verständnis, die ihm und seinen Angehörigen Halt, Mut und Hoffnung geben (vgl. auch Gottschlich, 1998). Und in diesem Sinne hat sich die für den Beruf charakteristische psychosoziale Verantwortung und Belastung nicht verändert. Im Gegenteil – ihr Ausmaß wird auf dem Hintergrund der absehbaren Entwicklungen noch zunehmen (z. B. in der Langzeitpflege mit gerontopsychiatrischer Schwerpunktsetzung). Neben der fachlichen Arbeit werden in der Pflege immer mehr sozial-emotionale Leistungen zu erbringen sein – und dies in einem doppelten Sinne: zum einen gegenüber dem Patienten bei der Durchführung der pflegerischen Handlungen (i. S. von „sentimental work“), zum anderen im Umgang der Krankenschwestern und -pfleger mit sich selbst zum Zwecke der Belastungsbewältigung und der Erhaltung der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit (i. S. von „emotional work“) (s. a. Brucks, 1998). Die Erbringung dieser sozial-emotionalen Leistungen wird aber unter den heutigen Bedingungen und Anforderungen immer schwieriger, da für sie immer weniger Zeit zur Verfügung steht.

So konstatieren Höpflinger und Hugentobler (2005) in der Zusammenfassung ihres Buches zwar, dass die in der Schweiz in der Langzeit- und Altenpflege Beschäftigten ihre Arbeit mehrheitlich als befriedigend erleben und mit ihren pflegerischen Aktivitäten größtenteils zufrieden sind, merken allerdings mit Blick auf die stationäre Alters- und Langzeitpflege und vor allem auf größere Betriebe kritisch an: „Vor allem Zeitdruck sowie eine verstärkte bürokratische Reglementierung von Pflegeleistungen kollidieren mit dem für Pflegefachfrauen zentralen Beziehungsaspekt pflegerischen Handelns. Vereinfacht ausgedrückt erweisen sich gerade bei der Pflege älterer Menschen mit chronischen Beschwerden oder demenziellen Einschränkungen nicht die Spitex-Klienten oder Heimbewohner als beruflich-emotionale Hauptstörfaktoren, sondern eher organisatorische Gegebenheiten (zu großer Betrieb, unflexible Dienstgestaltung, hoher Zeitdruck und Übergewicht wirtschaftlicher Leistungskriterien gegenüber beziehungsorientierten Pflegedimensionen, unehonorierte Mehrarbeit, wenig Anerkennung für die geleistete Arbeit sowie eine ungenügende Infrastruktur für das Personal). Ein Mangel an Pflegefachpersonen ist also nicht deshalb zu befürchten, weil die Pflege kranker alter Menschen als emotional zu anstrengend angesehen wird, sondern entscheidend ist vielmehr, welche Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen in der Pflege vorherrschen.“ (S. 7).

Auch in anderen Arbeiten (vgl. u. a. Bartholomeyczik, 1993; Kuhlmei, 1999; Böger & Hacker, 1999) wird für das Pflegepersonal eine zunehmend problematische Belastungssituation ausgewiesen. Das findet seinen Ausdruck auch in Begriffen wie „Krise der Helfer“, „Helfersyndrom“ und „Burnout“, die in jüngerer Zeit immer häufiger im Zusammenhang mit der Pflgetätigkeit gebraucht werden (vgl. auch Hacker & Reinhold, 1998). All diese Begriffe verweisen auf – häufig, aber nicht immer mit Resignation einhergehende – Identifikations- und Motivationsprobleme der Beschäftigten, die im Zusammenhang mit der Pflgetätigkeit unter den aktuellen Bedingungen auftreten. Es fällt auf, dass es den Pflegekräften zunehmend weniger gut zu gelingen scheint, die vielfältigen und nicht selten widersprüchlichen Anforderungen der modernen Pflege erfolgreich, d. h. auch ohne Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit, zu bewältigen.

Genau dieses Problem ist Gegenstand der Arbeit. Es wird der Frage nachgegangen, wie es angesichts der spezifischen Belastungen um die Bewältigungskapazität des Pflegepersonals bestellt ist, mit welchem Verhaltens- und Erlebensmuster Pflegepersonen ihren Anforderungen gegenüber treten und wie sie über die Art und Weise der persönlichen Auseinandersetzung mit den Anforderungen ihre heutigen und künftigen Beanspruchungsverhältnisse mitgestalten.

## 2.2 Konzept der Beanspruchung, das dieser Arbeit zugrunde liegt

Die Belastungs- und Beanspruchungsforschung kann auf eine lange Tradition verweisen. Sie zählt zu den ältesten Forschungsthemen der Psychologie und der Arbeitswissenschaft (vgl. Richter & Hacker, 1997). Während anfänglich einzelne Phänomene wie Ermüdung (z. B. Krepelin, 1902) oder Monotonie (z. B. Münsterberg, 1912) im Vordergrund der Forschung standen, hat in den letzten Jahrzehnten die (übergreifende) Frage der Persönlichkeitsförderlichkeit der Arbeit bei besonderer Beachtung des Gesundheitsaspekts immens an Bedeutung gewonnen. Dies ging mit der Entwicklung einer Vielzahl neuer Theorien und Modelle einher.

Das dieser Arbeit zu Grunde gelegte Beanspruchungskonzept soll im Folgenden dargelegt werden.

### 2.2.1 Stress- und Gesundheitsforschung

Vorangestellt sei eine kurze Erörterung zum Stresskonzept. Der von Cannon 1914 eingeführte und von Selye (z. B. Selye, 1953, 1981) popularisierte Begriff des *Stress* (lat. *strictus* – Enge, Bedrückung, Not) wird in der Belastungs- und Beanspruchungsforschung in sehr unterschiedlicher Weise gebraucht. Nach Richter und Hacker (1998) lassen sich drei verschiedene Stressmodelle unterscheiden:

Die **reizorientierten Modelle** verstehen Stress als Gesamtheit belastender Einwirkungen, also das Insgesamt der wirksamen Stressoren. Beispiele für Stressoren aus dem Arbeitsbereich sind Belastungen aus der physikalischen Arbeitsumgebung (z. B. Unfallgefährdung, extreme Temperaturverhältnisse, Lärm, Infektionsgefahr...), Belastungen aus der Arbeitsaufgabe (z. B. qualitative Über- wie Unterforderung, Zeitdruck, Bindung an festgelegte Arbeitsabläufe, hohe Verantwortung...), Belastungen aus der sozialen Arbeitsumgebung (z. B. Zwang zur Alleinarbeit, konfliktreiche Beziehungen zu anderen Mitarbeitern...) oder Belastungen aus der Organisationsstruktur (z. B. fehlende Mitbeteiligung an arbeitsbezogenen Entscheidungen, Mangel an Entwicklungsmöglichkeiten...). Dem reizorientierten Modell folgt nach Semmer (1999) auch die Forschung zu „Kritischen Lebensereignissen“ (Überblick bei Philipp, 1981). Hier wird ein Zusammenhang zwischen „bedeutsamen Änderungen“ im Leben eines Menschen (z. B. Heirat, Scheidung, Berufswechsel, Tod des Partners...) mit physischer und psychischer Gesundheit angenommen. Vertiefende Untersuchungen legen allerdings die Vermutung nahe, dass dieser Zusammenhang nur für unerwünschte Ereignisse gilt. Eine hohe Bedeutung wird sog. „alltäglichen kleinen Ärgernissen“ („daily hassles“) zugemessen (Kanner et al., 1981). Weiterentwicklungen der Life-Event-



Forschung haben später auch individuelle Vermittlungsprozesse einbezogen, die über den mechanistischen Rahmen des Reiz-Reaktion-Bezuges hinausgehen (vgl. Bamberg & Greif, 1982).

Die **reaktionsorientierten Modelle** betrachten Stress als organismische Reaktion auf unspezifische Verursachungen. In diesem Sinne definiert Selye (1953, 1981) Stress als Reaktion des Körpers auf jede Anforderung. Er sieht darin eine generelle Anpassungsleistung. Diese vollzieht sich im Rahmen des sog. physiologischen *Allgemeinen Adaptationssyndroms (AAS)*, das bei Auseinandersetzung mit Stressoren durch drei Stadien gekennzeichnet ist:

1. *Aktivierung/Alarm*: Der Organismus reagiert auf Belastung mit Aktivierung, um eine Abwehr oder Bewältigung zu bewirken.
2. *Anpassung/Resistenz*: Wenn die Belastung auf Grund der Widerstandskraft des Organismus (gerade) noch zu bewältigen ist, stellt sich ein neues Gleichgewicht ein, das aber in der Regel nur durch Einschränkungen in anderen Verhaltensbereichen aufrechterhalten werden kann. Es kann zu morphologischen Veränderungen mit nachfolgenden pathogenetischen Reaktionen kommen, wobei sich die adaptiven Kapazitäten des Organismus vermindern.
3. *Erschöpfung*: Bei weiter steigender und lang anhaltender Belastung kommt es zur Erschöpfung der Kraft zur Anpassung; im Extremfall tritt der Tod ein.

In der Erweiterung wurde das Modell um psychologische und soziale intervenierende Faktoren bereichert, „wie z. B. ... gespeicherte Erfahrungen über erfolgreiche Bewältigungsversuche“ (Richter & Hacker, 1998). Die Autoren schätzen ein, dass sich das „Selyesche Modell als außerordentlich fruchtbar für die Analyse von Regulationserkrankungen erwiesen“ hat. Becker (1996) hebt die Leistung des Modells zur Erklärung pathologischer Reaktionen auf sehr starke und/oder lang andauernde Belastungen hervor, merkt aber kritisch an, dass es auf Grund der geringen Varianzaufklärung nur wenig dazu beiträgt, den Gesundheitszustand von Menschen unter weniger extremen Bedingungen vorherzusagen.

Das **transaktionale Modell** betrachtet Stress im Prozess der Auseinandersetzung der Person mit Belastungen.

Die bisher erwähnten reiz- und reaktionsorientierten Stressmodelle wurden auf dem Hintergrund eines pathogenetischen Gesundheitsverständnisses mit dem Zweck entwickelt, das Auftreten spezifischer Krankheiten zu erklären. Sie haben ihre Entsprechung in einem biomedizinischen Gesundheitsmodell, das heute noch am einflussreichsten und am weitesten verbreitet ist. Es geht von einem dichotomen Gesundheitsbegriff aus, bei dem Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert wird. Zur Diagnostik

des Gesundheitszustandes werden vorwiegend biologische Parameter herangezogen. Gesundheitsförderung im Sinne dieses Modells zielt auf die Prävention spezifischer Krankheiten ab, wobei die Vermeidung bzw. Verminderung von Risikofaktoren im Vordergrund steht (s. Becker, 2001).

In ihrer ursprünglichen Form verzichteten sowohl die reiz- als auch die reaktionsorientierten Stressmodelle darauf, Stress als Prozess der Auseinandersetzung der Person mit der Belastung zu betrachten. Hier setzt Lazarus mit seinem transaktionalen Prozessmodell des Stressgeschehens an (vgl. Lazarus, 1966; Lazarus & Launier, 1981). Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass potentielle Stressoren, die objektiv gegeben sind (also Umwelt- oder personeninterne Anforderungen), erst auf dem Hintergrund personenbezogener Vermittlungsprozesse zu aktuell wirksamen Stressoren werden. Bei den internen Vermittlungsprozessen handelt es sich um kognitiv-emotionale Bewertungsvorgänge. „Im Zuge der ‚primären Bewertung‘ (‚primary appraisal‘) wird die Situation daraufhin eingeschätzt, ob sie *eine Bedrohung, einen Verlust/Schaden* oder eine *Herausforderung* enthält; ist eines dieser drei Merkmale gegeben, so spricht Lazarus von Stress (Einschätzungen einer Situation als irrelevant oder ausschließlich positiv hingegen bedeuten keinen Stress.). Die ‚sekundäre Bewertung‘ (‚secondary appraisal‘) ... bezieht sich ... auf die Einschätzung der *Bewältigungsmöglichkeiten*“ (Semmer, 1999, S. 747). Werden letztere negativ beurteilt, kommt es zu Verunsicherung, zum Erleben von Hilflosigkeit und Angst und letztlich zur Resignation; bei positiver Einschätzung erfolgen problem- oder symptomorientierte Bewältigungsversuche. Sie umfassen alle „Anstrengungen, sowohl verhaltensorientierte wie intrapsychische, mit externen oder internen Anforderungen (sowie Konflikten zwischen beiden), die die Mittel einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertig zu werden, d. h. sie zu meistern, zu tolerieren, zu mildern, zu vermeiden“ (Lazarus & Launier 1981, zit. nach Kaluza, 1996) (s. Abbildung 1). Derartige Formen der Stressbewältigung haben auch unter dem Begriff *Coping* Eingang in die Literatur gefunden.

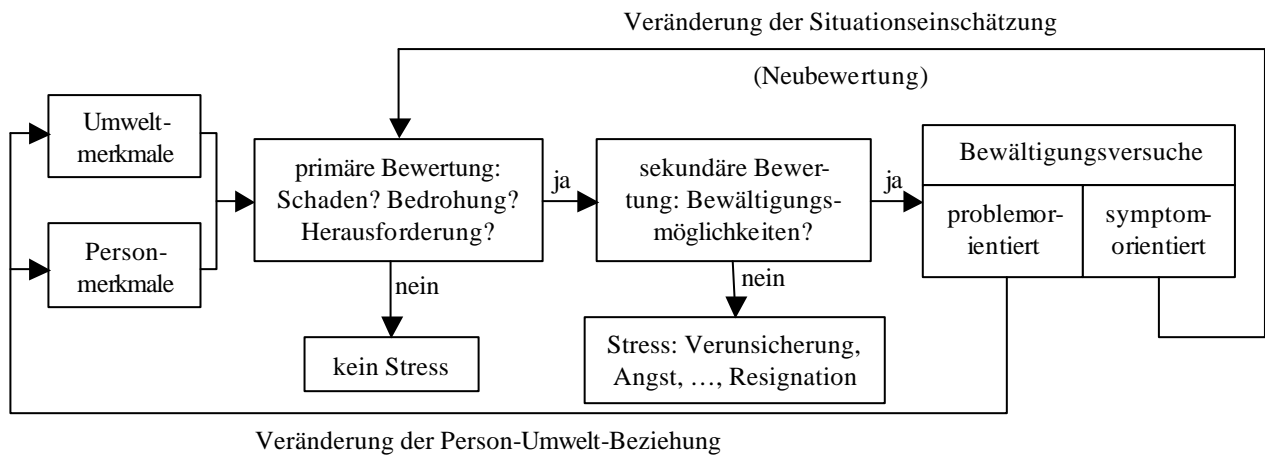


Abbildung 1. Vereinfachtes transaktionales Prozessmodell des Stressgeschehens (nach Lazarus, 1966)

Mit der transaktionalen Betrachtung des Stressgeschehens wurde eine wesentliche Grundlage für einen veränderten Zugang in der Gesundheitsforschung geschaffen, der als Paradigmenwechsel angesehen werden kann: Die Sicherung der effizienten und flexiblen Regulation der Lebensvollzüge wurde durch den Einsatz interner und externer *Ressourcen* erklärt.

Die Einführung des Ressourcenbegriffs erfolgte durch Antonovsky, der ein salutogenetisches Stressbewältigungsmodell entwickelte (Antonovsky, 1979). Er ging der Frage nach, „warum sich die meisten Individuen trotz der vielfältigen allgegenwärtigen internalen und externalen Belastungsfaktoren in der Regel dennoch einer guten Gesundheit erfreuen“ (Dlugosch, 1994). Gesundheit und Krankheit bilden nach Antonovsky keine Dichotomie. Er lokalisiert Personen in Bezug auf ihre Gesundheit vielmehr auf einen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Health-Ease-Disease- bzw. HEDE-continuum), wobei s. E. drei Faktoren für die Positionsbestimmung ausschlaggebend sind:

- „das Ausmaß an Schmerzen bzw. funktionellen Beeinträchtigungen von Lebensaktivitäten;
- die prognostische Einschätzung von Experten des Gesundheitssystems (z. B. von Ärzten oder Psychologen);
- die Notwendigkeit präventiver oder kurativer Maßnahmen“ (Dlugosch, 1994).

Die Aufrechterhaltung der Gesundheit wird durch Schutzfaktoren bzw. sog. „generalisierte Widerstandsquellen“ („generalized resistance resources“) bewirkt. Dazu zählen unter anderem materieller Wohlstand, Wissen, Intelligenz, Ichidentität, Rationalität, Flexibilität, Weitsichtigkeit beim Lösen von Problemen, Vermeidung von Stress und Reagibilität des Immunsystems (vgl. Becker, 1982, S. 10). Diese unterstützen die Belastungsbewältigung und fördern die Entwicklung des „Kohärenzsinn“ (sense of coherence) (Antonovsky, 1987, 1990) (s. Abbildung 2). Beim Kohärenzsinn handelt es sich nach

Antonovskys Auffassung um ein schon früh in der Biographie geprägtes, relativ zeitstabiles Merkmal, das die entscheidende personale Gesundheitsressource darstellt. Sie bestimmt s. E. maßgeblich die Art und Weise der Stressbewältigung (Coping) und damit die Gesundheit einer Person. Gesundheitsförderung im Sinne dieses biopsychosozialen Modells kann über den Aufbau und die Nutzung von Schutzfaktoren, also internen und externen Ressourcen, erfolgen, wobei die Entwicklung des Kohärenzsинns im Vordergrund steht (Becker, 2001).

„Das Gefühl der Kohärenz ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass 1. die Ereignisse der eigenen inneren und äußeren Umwelt im Lebenslauf strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; 2. die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Ereignisse gestellten Anforderungen gerecht zu werden und 3. diese Anforderungen als Herausforderungen zu verstehen sind, die es wert sind, sich dafür einzusetzen und zu engagieren“ (Antonovsky, 1987, S. 19). Das Kohärenzerleben wird nach Antonovsky demnach durch drei Komponenten bestimmt:

- *Verstehbarkeit/Verständlichkeit* (comprehensibility; die Vorgänge um sich herum verstehen),
- *Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit* (manageability; die Beeinflussbarkeit der eigenen Situation erleben),
- *Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit* (meaningfulness; die Lebenssituation als sinnvolle Herausforderung empfinden),

Die Eigenständigkeit dieser 3 Komponenten konnte allerdings nicht durchgängig bestätigt werden (s. a. Rimann & Udris, 1998; Schaarschmidt & Fischer, 2001).

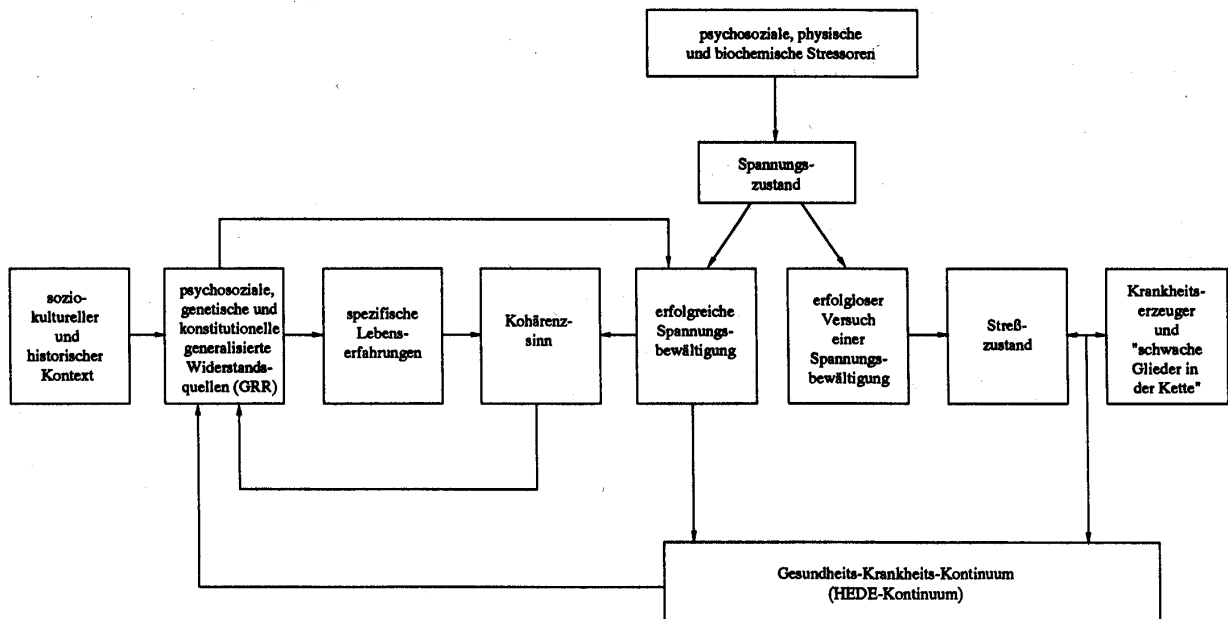


Abbildung 2. Schematische, verkürzte Darstellung der Gesundheitstheorie von Antonovsky (Becker, 1982, S. 11, zit. nach Dlugosch, 1994)

## 2.2.2 Ressourcen und Gesundheit

Als *Ressourcen* werden in der Gesundheitspsychologie allgemein jene Faktoren bezeichnet, die dazu dienen, „mit Streß fertig zu werden, Belastungen zu ertragen und die eigene Gesundheit zu erhalten“ (Udris et al., 1992, S. 14). Sie sind geeignet, „die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu fördern, vor allem bei einer Gefährdung der Gesundheit durch Belastung und Krankheit“ (Weber, 2002, S. 466). Richter und Hacker (1998, S. 25) heben hervor, dass „der Begriff der Ressourcen ... Komponenten [beinhaltet], die es erlauben, die eigenen Ziele anzustreben und unangenehme Einflüsse zu reduzieren“.

Udris et al. (1992, 1994) berücksichtigen bei der Beschreibung von Ressourcen einen strukturellen und einen funktionalen Aspekt. Unter strukturellem Aspekt werden die Eigenschaften lebender Systeme gefasst. Dazu gehören beispielsweise „Stärke, Stabilität, Differenziertheit, Lernfähigkeit...“ (S. 14). Die Fähigkeit, die Eigenschaften des Systems angemessen zu nutzen, zu beeinflussen und zu erweitern, um die Gesundheit wieder herzustellen, machen den funktionalen Aspekt von Ressourcen aus. „Dieser Prozess dient ... dem ‚eigentlichen‘ Zweck der Salutogenese, nämlich der Selbstorganisation und Selbsterneuerung des ‚gesunden‘ Individuums“ (S. 14).

In der psychologischen Forschung erfolgt die Einteilung im Weiteren nach ihrer Herkunft, wobei zumeist nach internen (psychischen bzw. personalen) und externen (organisationalen und sozialen) Ressourcen unterschieden wird (vgl. Udris et al., 1992; Hornung & Gutscher, 1994).

In den letzten Jahrzehnten wurden viele Erkenntnisse in Bezug auf die Wirkung verschiedener Ressourcen gewonnen, die ihren Niederschlag in einer Vielzahl von Modellen fanden. Auf einige wesentliche, die in jüngerer Zeit als Schutz- bzw. Risikofaktoren diskutiert wurden, soll im Folgenden näher eingegangen werden.

### 2.2.2.1 Interne Ressourcen

Unter den internen Ressourcen richtet sich die Aufmerksamkeit vor allem auf Merkmale aus den Bereichen Emotionalität, Erwartungen und Überzeugungen sowie Kompetenzen (Kohlmann, 2002).

*Emotionale Stabilität* wird als wichtigste emotionale Ressource angesehen. Nach Eysenck wird sie definiert als die „habituelle Neigung, negative Emotionen, d. h. Ärger, Angst, Depressivität, Schuldgefühle oder Gefühle der Selbstunsicherheit, selten zu empfinden“ (zit. nach Weber, 2002, S. 467). Der Gegenpol „Emotionale Labilität“ entspricht der Persönlichkeitseigenschaft „Neurotizismus“ und bezeichnet die Prädisposition des Nervensystems, unter belastenden Bedingungen neurotische Störungen zu entwickeln. Nach Costa und McCrae (1987) handelt es sich dabei um einen speziellen Stil der Wahrnehmung und des Mitteilens körperlicher Beschwerden, der allerdings kein erhöhtes Risiko für lebensbedrohliche Erkrankungen oder vorzeitigen Tod mit sich bringt (Becker, 1992).

Es ist mittlerweile eine größere Zahl verschiedenartiger Erwartungen und Überzeugungen untersucht und beschrieben worden, denen eine gesundheitsförderliche Wirkung zuzukommen scheint. Sie lassen sich einerseits nach situationsspezifischen und generalisierten Erwartungen, andererseits nach ihrem inhaltlichen Fokus unterscheiden (Weber, 2002).

Diesem Ressourcenbereich ist auch das Konzept des *Kohärenzsinn*s (Antonovsky, 1979) zuzuordnen, das die Salutogeneseforschung in Gang setzte und bis heute befruchtet (vgl. Becker, 1992). Es wurde bereits im Zusammenhang mit dem transaktionalen Stressbewältigungsmodell dargestellt und soll an dieser Stelle nicht erneut erläutert werden (s. o.).

Das Konstrukt *dispositionaler Optimismus* von Scheier & Carver (1985, 1987) bezeichnet eine „allgemeine, d. h. generalisierte Erwartung, dass Dinge trotz auftretender Probleme und Hindernisse schon gut ausgehen werden, aus welchen Gründen auch immer“ (Weber, 2002, S. 467). Es handelt sich hierbei um eine Misserfolge überdauernde zuversichtliche Lebenseinstellung grundsätzlicher Art. Gesundheitsförderliche Effekte konnten beispielsweise in Bezug auf physische und psychische Beschwerden

(bei Depressivität) und im Genesungsverlauf nach Bypass-Operationen nachgewiesen werden (Scheier et al., 1989).

Für bedeutsam halten wir die weitere Unterscheidung nach *funktionalem* und *defensivem Optimismus*, wie sie Schwarzer (1997) vorgenommen hat. Im Falle des funktionalen Optimismus stehen die eigenen Handlungsmöglichkeiten und Selbstwirksamkeitserwartungen (s. folgende Ausführungen) im Mittelpunkt. Davon abzugrenzen ist der defensive (oder auch naive) Optimismus, der durch eine Unterschätzung von Risiken gekennzeichnet ist. („Mir wird schon nichts passieren.“) Im letzteren Falle kann von einer internen Ressource nicht die Rede sein. Einschlägige Forschungsbefunde belegen die hohe Gesundheitsrelevanz dieser Unterscheidung (Schwarzer, 1997).

Bandura (im Überblick: Bandura, 1997) entwickelte im Rahmen seiner sozial-kognitiven Lerntheorie das Konzept *Selbstwirksamkeit*. Dieses umfasst zwei unterschiedliche Arten von Erwartungen. Sog. *Konsequenzerwartungen* meinen die Überzeugung, dass es Handlungen bzw. Mittel und Wege gibt, eine bestimmtes Ziel zu erreichen (z. B. um seine körperliche Fitness zu verbessern). *Kompetenzerwartungen* (synonym *Selbstwirksamkeitserwartungen*) bezeichnen das grundlegende Vertrauen einer Person in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, ein konkretes Verhalten selbst ausführen zu können (z. B. ein regelmäßiges Ausdauertraining zu absolvieren). Gerade Kompetenzerwartungen werden als wesentlicher motivationaler Faktor angesehen, der die Auslösung, die Intensität und die Ausdauer des Verhaltens steuert. Während Bandura sein Konzept auf spezifisches Verhalten beschränkt sieht, erweiterten Jerusalem und Schwarzer (1986) den Ansatz, indem sie eine generalisierte Kompetenzerwartung („Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“) bestimmten, die als Persönlichkeitstrait in Entsprechung zum dispositionellen Optimismus von Scheier und Carver aufzufassen ist. Auch dieses Merkmal erlaubte Vorhersagen von perzipiertem Gesundheitsstatus und körperlichen Symptomen (vgl. Schwarzer, 1997).

Unter dem Begriff *Hardiness* fasste Kobasa (1982) drei Komponenten zusammen, die die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber Belastungen und Gesundheitsgefährdungen unterstützen. *Commitment* (als Gegenteil von Entfremdung) drückt hohes emotionales Engagement gegenüber Lebensanforderungen und anderen Menschen aus, *Kontrolle* (als Gegenteil von Machtlosigkeit) beschreibt das Gefühl, Ereignisse im Leben durch entsprechende Anstrengungen beeinflussen zu können und *Herausforderung* betrifft die Tendenz, hohe Anforderungen als Lerngelegenheit und Entwicklungsmöglichkeit und nicht als Bedrohung zu interpretieren. Maddi (1990) konnte belegen, dass Hardiness die Vulnerabilität vermindern und effektives Coping begünstigen kann.

Zu den internen Ressourcen werden auch verschiedene gesundheitsrelevante *personale Kompetenzen* gezählt. Dabei handelt es sich vor allem um die Fähigkeit zur Bewältigung negativer Emotionen und von Stress. In der Bewältigungsforschung gibt es zwar derzeit kein einheitliches Klassifikationssystem, doch wird häufig nach unterschiedlichen Bewältigungsfunktionen (problemorientiert, reaktionsorientiert) und Bewältigungsformen (aktional, intrapsychisch) unterschieden. In Bezug auf die Effektivität des Bewältigungsverhaltens sind generalisierbare Aussagen nur bedingt möglich. Obwohl bestimmte Strategien identifiziert werden konnten, die in jedem Falle ineffektiv zu sein scheinen (z. B. Realitätsflucht in Wunschphantasien, Alkohol- und Medikamentenkonsum, aggressives Ausagieren, ..., Selbstabwertung, Selbstbeschuldigung, Selbstmitleid...) und andere sich in der Regel als effektiv erwiesen (z. B. offensive Problembewältigung, positive Neubewertung von Situationen unter temporärem und sozialem Aspekt...), muss vor einer vereinfachten Effektivitätsbewertung des Bewältigungsverhaltens gewarnt werden. Vielmehr dürfte es für die Wirksamkeit und Effektivität entscheidend sein, über ein breites Repertoire von Strategien zu verfügen, die die jeweiligen situativen Bedingungen berücksichtigen und die flexibel eingesetzt werden können (vgl. Kaluza, 1996).

Eine zentrale und übergreifende interne Ressource sieht Becker (1982) in *seelischer Gesundheit*. Sie stellt einen personalen Schutzfaktor gegenüber psychischen Erkrankungen dar. Es handelt sich dabei um ein Persönlichkeitskonstrukt, das neben Regulationskompetenzen Selbstaktualisierung und Sinnfindung beinhaltet. In der Weiterentwicklung seines theoretischen Ansatzes differenziert Becker (1986) zwischen *seelischer Gesundheit als aktueller Zustand* und *seelischer Gesundheit als (relativ stabile) Eigenschaft* der Persönlichkeit (im Sinne eines Traits). Letztere definiert er als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen. S. E. stellt seelische Gesundheit als Eigenschaft die entscheidende interne Gesundheitsressource dar. Becker hat eine geschlossene Theorie vorgelegt, die mit den durch andere Autoren geschaffenen gesundheitsrelevanten Ressourcenkonzepten gut korrespondiert, was durch vielfältige Befunde verifiziert werden konnte (z. B. Becker 1992, 1994; Becker, Bös & Woll, 1994). Weil Beckers Theorie der seelischen Gesundheit einen geeigneten Rahmen für die vorliegende Arbeit bildet, soll sie im Weiteren detaillierter dargestellt werden. Zuvor wird allerdings noch ein Überblick über externe Ressourcenmodelle gegeben.

### 2.2.2.2 Externe Ressourcen

Externe Ressourcen umfassen gesundheitsförderliche Merkmale aus den Bereichen Arbeit/Organisation und soziale Beziehungen. Zu ihnen zählen beispielsweise Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielraum, Qualifi-



kationspotential und Partizipationsmöglichkeiten als organisationale sowie Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner und andere Personen als soziale Ressourcen (Udris et al., 1992). Die Ressourcenforschung hat mehrere Modelle hervorgebracht, die, empirisch gut abgesichert, zum festen Bestandteil der Arbeitspsychologie geworden sind.

Im Kontext der Ressourcenforschung spielt das Konzept Anforderung/Belastung (im Überblick: Oesterreich & Volpert, 1999) eine wesentliche Rolle. Auf dem Hintergrund der Handlungsregulationstheorie und von Überlegungen zur Regulation von Arbeitstätigkeiten (vgl. Volpert, 1987, 1994) wird „strikt [unterschieden zwischen] ... mehr oder weniger großen Handlungsmöglichkeiten, die die Umwelt dem Menschen bietet und – im Kontrast dazu – bestimmten Handlungsbeschränkungen, denen die Menschen unterliegen“ (Leitner, 1999, S. 69). Die Handlungsmöglichkeiten werden als *Psychische Anforderungen* bezeichnet. Sie sind ihrem Charakter nach grundsätzlich als Ressourcen zu verstehen, da sie positive Aspekte von Arbeitsbedingungen kennzeichnen (vgl. Tabelle 1). Eine gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Tätigkeit beinhaltet dem entsprechend hohe Entscheidungs- und Kooperationsanforderungen, denn gerade sie ermöglichen dem Menschen den Einsatz seiner Fähigkeiten und die Befriedigung seiner Bedürfnisse gegenüber der Arbeit. Leitner (1999) hält fest, „die Anforderungen sollten *möglichst hoch* [Hervorhebung v. Verf.] sein, d. h., die Arbeit sollte möglichst große Entscheidungsspielräume und Kommunikationschancen bieten“ und meint in einer Fußnote: „Werden die Anforderungen einer Aufgabe erhöht, so kann es erforderlich sein, die von dieser Arbeitsgestaltungsmaßnahme Betroffenen weiterzuqualifizieren“ (S. 76). Die oben genannten Handlungsbeschränkungen stellen *Psychische Belastungen* dar und sind als negative Aspekte von Arbeitsbedingungen stets schädlich. Sie entstehen durch Hindernisse, die einen Zusatzaufwand für den Arbeitenden bedingen, durch Monotonie oder Zeitdruck (vgl. Tabelle 1). Nach Volpert sind psychische Anforderungen und Belastungen als voneinander unabhängige Dimensionen zu verstehen, d. h. aus der Kenntnis der Anforderungen lässt sich keine Aussage über die Belastungen ableiten. Wünschenswert im Sinne des Modells ist s. E. generell eine Arbeitsgestaltung, die durch hohe Anforderungen in Bezug auf Entscheidungs- und Kooperationsmöglichkeiten und -erfordernisse bei möglichst geringen psychischen Belastungen gekennzeichnet ist.

Das Konzept Anforderung/Belastung bezieht sich auf bedingungsbezogene Merkmale der Arbeitstätigkeit. Der grundsätzlichen Bedeutung hoher Anforderungen kann sicherlich bedenkenlos zugestimmt werden. Allerdings scheint mit dem ausschließlichen Verweis auf „Zusatzqualifikation“ dem Problem der für eine gesundheitsförderliche Tätigkeit notwendigen Übereinstimmung von Arbeitsanforderungen und persönlichen Leistungsvoraussetzungen (zur Vermeidung von Überforderung), insbesondere auch unter motivationalem Aspekt, nicht ausreichend Genüge getan. Mit anderen Worten: die persönlichen Voraus-

setzungen und damit verbundene individuelle Unterschiede zwischen einzelnen Menschen werden im Modell unzureichend berücksichtigt. Zu hinterfragen ist auch die im Konzept angenommene *Unabhängigkeit* von Anforderungen und Belastungen, die aus unserer Sicht *nur partiell* besteht. So ist es doch beispielsweise wahrscheinlicher, dass geringe (eintönige) Anforderung Monotonie hervorbringt und somit zur Belastung wird.

Tabelle 1: *Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen im Konzept Anforderung/Belastung (aus Oesterreich, 1999)*

<b>Psychische Anforderungen</b>		
<b>Entscheidungsanforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsspielraum</li> <li>• zeitbezogene Entscheidungen</li> <li>• strukturbezogene Entscheidungen</li> </ul>	<b>Kooperationsanforderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• betriebsintern, mit einzelnen Kollegen</li> <li>• betriebsintern, in Gruppe</li> <li>• betriebsextern</li> </ul>	
<b>Psychische Belastungen</b>		
<b>Zusatzaufwand</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informatorische Erschwerungen</li> <li>• manuell/motorische Erschwerungen</li> <li>• Unterbrechungen</li> </ul>	<b>Monotone Bedingungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Routinetätigkeit</li> <li>• Bei langen Phasen ohne Eingriffserfordernis</li> </ul>	<b>Zeitdruck</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontinuierlich enge Zeitvorgabe</li> <li>• diskontinuierlich durch Endtermine</li> </ul>

Dem Konzept Anforderung/Belastung verwandt ist das Konzept Vollständige Tätigkeit (Hacker, 1991; Hacker u. a., 1995). Es bezeichnet im Grunde den ‚Idealtyp‘ menschlichen Handelns. Dabei wird davon ausgegangen, dass gesundheitsstabilisierende und -förderliche Arbeitstätigkeiten sowohl *zyklisch* als auch *hierarchisch vollständig* sein sollen, d. h. zum einen außer ausführenden auch vorbereitende, organisierende und kontrollierende Teiltätigkeiten beinhalten, zum anderen psychische Regulation auf verschiedenen Stufen erfordern, also neben automatisierten psychischen Prozessen Wahrnehmungs- und Vorstellungsprozesse, algorithmische, nichtalgorithmische und schöpferische Denkprozesse erfordern.

Nach Hacker u. a. (1995, S. 13) sind vollständige Tätigkeiten gekennzeichnet durch

- „ausreichende Häufigkeit des Auftretens von Handlungserfordernissen überhaupt
- mögliche Kooperation und Kommunikation
- ausreichende regulationswirksame Rückmeldungen

- Erfordernisse von
  - kognitiven Handlungsvorbereitungsschritten mit auch
  - nichtalgorithmischen, produktiven Teilen sowie
  - selbständigen, zugleich motivierenden Zielsetzungs- (Vornahme- und Entscheidungs-) Möglichkeiten
  - Übertragungsmöglichkeiten auf andere Arbeits- (bzw. auch Freizeit-) Tätigkeiten“.

Tätigkeiten, die diese normativen Kriterien erfüllt, gelten als effizient und persönlichkeitsförderlich. In Untersuchungen konnte bestätigt werden, dass unvollständige Tätigkeiten zu erhöhten Ermüdungs-, Monotonie- und Sättigungserscheinungen sowie zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens führen. Oesterreich (1999) schätzt ein, dass es „insgesamt gesehen ... sowohl in der Theorie wie in der Empirie recht enge Bezüge zwischen den Merkmalen der ‚Vollständigkeit‘ und den ‚Anforderungen‘ gibt (S. 183). Der Autor bemängelt allerdings das Fehlen von Aspekten psychischer Belastung im Konzept „Vollständige Tätigkeit“, die nicht allein aus zu geringen Anforderungen resultieren (z. B. Zusatzaufwand durch Regulationshindernisse). Nach seiner Auffassung sind auch methodische Probleme und Unzulänglichkeiten in der statistischen Auswertung zu kritisieren, weshalb durch die Untersuchungsergebnisse von Hacker u. a. nicht ausreichend belegt werden könne, dass zu geringe Vollständigkeit Gesundheitsrisiken *langfristig* erhöhen würde. Dieser Aspekt ist jedoch im Rahmen dieser Arbeit weniger von Bedeutung. Vielmehr ist festzuhalten, dass beide Konzepte in ihrem Verständnis von Gesundheitsressourcen gut übereinstimmen.

Ein dem Konzept Anforderung/Belastung recht ähnliches Zwei-Faktoren-Modell entwickelte Karasek (1979; zusammenfassend Karasek & Theorell, 1990). Es ist als Demand/Control-Modell (oder auch job-strain-model) bekannt. Mit ihm werden die beiden Dimensionen *Entscheidungsspielraum* (decision latitude/control) und *psychische Belastung* (psychological demands) zueinander in Beziehung gesetzt, was in der Kombination prinzipiell vier verschiedene Tätigkeitstypen entstehen lässt. Karasek stellte fest, dass niedriger Entscheidungsspielraum und niedrige psychische Belastung (passive job) mit einer verminderten Aktivität im Freizeitverhalten einhergehen und niedriger Entscheidungsspielraum und hohe psychische Belastung (high strain job) mit vielen gesundheitlichen Beschwerden. Hoher Entscheidungsspielraum ist bei geringer psychischer Belastung assoziiert mit wenig gesundheitlichen Beschwerden (low strain job), und in Verbindung mit hoher psychischer Belastung ist vermehrt ein aktives Freizeitverhalten vorzufinden (active job) (vgl. Abbildung 3).

Die Forschungen von Karasek und seiner Gruppe erbrachten u. a. folgende Erkenntnisse: Hoher Entscheidungsspielraum in der Arbeit wirkt dem Entstehen gesundheitlicher Beschwerden entgegen und begünstigt ein aktives Freizeitverhalten. Hohe psychische Belastung stellt in Verbindung mit niedrigem Entscheidungsspielraum ein Gesundheitsrisiko dar, trägt bei hohem Entscheidungsspielraum jedoch zur Entwicklung eines aktiven Freizeitverhaltens bei. Unter dem Gesichtspunkt gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung ist deshalb eine Erhöhung des Entscheidungsspielraums stets wünschenswert, wo hingegen bei niedrigem Entscheidungsspielraum eine Verminderung der psychischen Belastung und bei großem Entscheidungsspielraum deren Erhöhung erforderlich ist, um der Entwicklung gesundheitlicher Beschwerden entgegenzuwirken bzw. einen „active job“ entstehen zu lassen. Oesterreich (1999) merkt kritisch an, dass in der Karasek-Forschung „auf diese ‚Zwitterrolle‘ [der psychischen Belastung] wenig eingegangen... wird“ (S. 157).

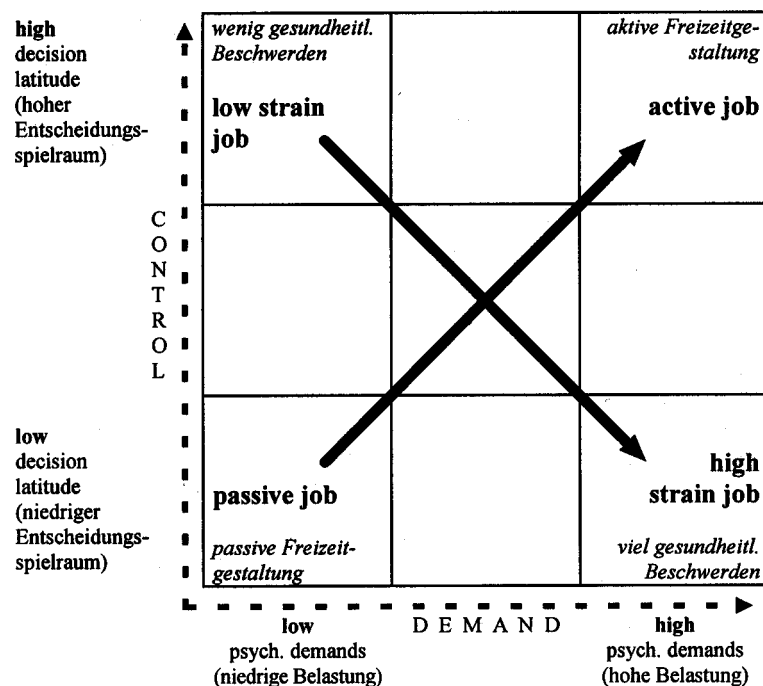


Abbildung 3. Das Demand/Control-Modell von Karasek (aus Oesterreich, 1999)

Das Demand/Control-Modell von Karasek wurde später durch das Konzept Soziale Unterstützung (auch als sozialer Rückhalt bezeichnet) erweitert (Johnson, 1989; Johnson & Hall, 1988; Johnson, Hall & Theorell, 1989). Wenngleich es zahlreiche Definitionen zum Begriff Soziale Unterstützung gibt, kann sie allgemein verstanden werden als „Interaktion zwischen zwei oder mehr Menschen, die darauf abzielt, einen Leid erzeugenden Zustand zu verändern oder bei objektiver Unveränderbarkeit die Belastungsfol-

gen abzumildern“ (Gusy, 1995). Das Konstrukt lässt verschiedene Perspektiven zu – als Empfänger, Helfer oder Beobachter. Soziale Unterstützung kann auf verschiedenen Wegen erfolgen, z. B. als

- „emotionale Unterstützung: gemeinsames Erleben positiver Gefühle, von Nähe und Vertrauen, Akzeptieren auch von unangenehmen oder sozial unerwünschten Gefühlen, Trost spenden, Ermutigen, „zu jemandem halten“, Selbstwert stärken, Körperkontakt;
- instrumentelle Unterstützung: Hilfen beim Problemlösen, Informationen geben, über ein Problem sprechen, Rückmeldungen;
- praktische und materielle Unterstützung: Dinge oder Geld ausleihen, praktische Hilfen im Alltag...;
- geistige Unterstützung: Lebensvorstellungen, Werte und Normen, politische Anschauungen teilen.“  
(Kaluza, 1996, S. 40)

Vielfältige Befunde verweisen auf positive Wirkungen von Sozialer Unterstützung. So treten beispielsweise gesundheitliche Beschwerden vermindert auf (z. B. koronare Herzerkrankungen; vgl. Schwarzer & Leppin, 1989) und es wird die belastende Wirkung von Stress gedämpft (Kirschbaum et al., 1993; Ksienzyk & Schaarschmidt, 2005). Klauer (2002) verweist auf empirisch gesicherte Ergebnisse, „dass adäquate soziale Unterstützung zum einen mit angemessenem Gesundheitsverhalten (z. B. der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) und zum anderen mit einem günstigeren physiologischen Leistungszustand im Hinblick auf kardiovaskuläre, endokrine und immunologische Indikatoren verbunden ist“ (S. 544).

Sozialer Rückhalt und das Erleben sozialer Unterstützung werden von verschiedenen Autoren als „psychologischer Schutzfaktor“ gegenüber kritischen Situationen und zugleich als unmittelbarer Ausdruck von Wohlbefinden und damit psychischer Gesundheit betrachtet. Sozialer Unterstützung kommt also eine „Pufferfunktion“ zu, falls sie in der Arbeit wirksam wird. Fehlende soziale Unterstützung stellt hingegen einen eigenen Belastungsfaktor dar (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989; Schwarzer, 1990).

Soziale Unterstützung kann nur in dem Maße wirksam werden, wie sie als solche wahrgenommen wird. Sie setzt auch voraus, dass der Hilfsbedürftige bereit und in der Lage ist, entsprechende Signale auszusenden bzw. um Hilfe zu bitten. Das Gewähren von Sozialer Unterstützung wird demnach stark durch den Hilfsbedürftigen selbst initiiert und beeinflusst. In diesem Sinne ist Soziale Unterstützung nicht nur als externe Ressource, sondern auch als ein transaktionales Geschehen aufzufassen (vgl. Oesterreich, 1999). Weiterhin ist zu bedenken, dass soziale Unterstützung mit negativen Folgen einhergehen kann, z. B. durch Einschränkung der Autonomie des Hilfsbedürftigen, durch entstehende Gefühle der Abhängigkeit und sozialen Kontrolle, durch Angebote unangemessener Hilfeleistung oder Unzuverlässigkeit des Helfers... (vgl. Kaluza, 1996).

### 2.2.3 Ein integratives Modell: Beckers Theorie der körperlichen und seelischen Gesundheit

Becker (1982, 1986, 1992) hat ein integratives Modell entworfen, das die Wechselwirkungen zwischen internen und externen Anforderungen und Ressourcen der Person zu einer geschlossenen Theorie der körperlichen und seelischen Gesundheit zusammenführt.

Es ist gekennzeichnet durch ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Dieses hält Becker für angemessen und erforderlich, u. a. weil enge korrelative Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Symptomen bestehen, Indikatoren für den Grad der körperlichen bzw. seelischen Gesundheit viele Entsprechungen zeigen, nicht wenige unspezifische pathogene und salutogene Bedingungen gleichermaßen für körperliche und seelische Störungen relevant sind und viele Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der seelischen Gesundheit zugleich als Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der körperlichen Gesundheit wirksam werden (Becker, 1992).

Bei der Frage nach den Indikatoren von Gesundheit unterscheidet Becker (1986) zwischen Krankheits- und Gesundheitszeichen. Er vertritt die „Auffassung, dass ein hoher Grad von Gesundheit nicht nur im Fehlen von Krankheitszeichen, sondern auch in der starken Ausprägung von Gesundheitszeichen zum Ausdruck kommt. Umgekehrt genügt zur Feststellung schwerer Krankheitszustände nicht das Fehlen von Gesundheitszeichen, sondern es müssen gewichtige Krankheitszeichen hinzukommen“ (S. 8). Wie Antonovsky (1979) geht auch Becker von einem Kontinuumsmodell aus, d. h. er nimmt graduelle Ausprägungen in Bezug auf den Krankheits- bzw. Gesundheitszustand an. Auf der Grundlage bekannter Gesundheitstheorien und empirischer Studien entschied sich Becker (vgl. Becker & Minsel, 1986, S. 9) für folgende relevante Indikatoren für Zustände der Gesundheit bzw. Krankheit, wobei er nicht Vollständigkeit beansprucht:

1. Negative vs. positive emotionale Befindlichkeit  
(Schmerz, negative Gefühlszustände, Klagen über den aktuellen Zustand vs. Wohlbefinden, positive Gefühle und Zufriedenheit)
2. Energiemangel und Antriebsschwäche vs. hohes Energieniveau und Interesse  
(Müdigkeit, Schwäche, verringerte Ausdauer vs. Vitalität, Tatkraft, Aktivität, Ausdauer)
3. Defensivität vs. Expansivität  
(Schonhaltung und Vermeidungstendenzen vs. Sich-Verausgaben, Selbstbehauptung, Expressivität, Spontaneität und Selbstverwirklichung)

4. Funktions- und Leistungsstörungen vs. optimale Leistungsfähigkeit und Produktivität  
(Störungen von Organsystemen und psychischen Funktionen vs. „optimale“ psychophysische Funktionen: physische Leistungsfähigkeit, Willensstärke, Selbstkontrolle...)
5. Selbstzentrierung vs. Selbsttranszendenz  
(verstärkte Aufmerksamkeit auf eigenen Körper/eigene Person, reduziertes Interesse an Umwelt vs. verstärktes Interesse an Umwelt, Liebesfähigkeit, Generativität)
6. Hilfesuchen, Abhängigkeit vs. Autonomie  
(Eindruck der Abhängigkeit von und Suche nach ärztlicher/psychologischer Hilfe, verringertes Kontrollerleben vs. keine Hilfsbedürftigkeit, internale Kontrollüberzeugung, Autonomie)
7. Geringes vs. hohes Selbstwertgefühl  
(Eindruck der „Minderwertigkeit“, verringerte Selbstachtung, erhöhte Selbstkritik, Selbstunsicherheit vs. Bejahung des eigenen Körpers/der eigenen Person, erhöhte Selbstachtung, Selbstsicherheit)

Ein besonderer Stellenwert kommt dem Begriff der *seelischen Gesundheit* zu. Dieses Konstrukt, das den Ausgangspunkt seiner Theorieentwicklung bildete, definiert Becker folgendermaßen: „Unter ‚seelischer Gesundheit‘ wollen wir das Muster all jener psychischer Eigenschaften (d. h. relativ stabiler Kennzeichen des Verhaltens und Erlebens) verstehen, die (bei vorgegebenem Ausmaß der konstitutionellen Vulnerabilität, bei vorgegebener Intensität und Dauer der Stressoren und bei vorgegebenem Ausmaß der förderlichen Umweltbedingungen) die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Krankheit verhindern“ (Becker, 1982, S. 282). In der Weiterführung seines Ansatzes nahm Becker (1986) eine Unterscheidung nach „seelischer Gesundheit als aktueller Zustand“ (im Sinne von state) und „seelischer Gesundheit als relativ stabile Eigenschaft der Persönlichkeit“ (im Sinne von trait) vor. Seelische Gesundheit als Eigenschaft ist dadurch gekennzeichnet, dass sich ein Mensch häufig im Zustand seelischer Gesundheit befindet. Sie lässt „sich aus dem über eine hinreichend langes Zeitintervall gemittelten individuellen Verlauf der seelischen Gesundheit als Zustand ... abschätzen und ... [in Ihrem künftigen mittleren Verlauf] hinreichend genau prognostizieren“ (Becker, 1986, S. 7).

Seelische Gesundheit als Eigenschaft definiert Becker als „Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen... Externe Anforderungen beziehen sich auf Aufgaben, die eine Person bei der Interaktion mit ihrer sozialen und physikalischen Umwelt lösen muss (z. B. berufliche Rollenerwartungen)“ (Becker, 1992, S. 67).

Interne Anforderungen werden durch die Person selbst gesetzt. Becker (1986) erklärt diesen Vorgang über ein von ihm entworfenes Struktur- und Funktionsmodell der Persönlichkeit. Es beinhaltet u. a. ein

biologisches Motivationssystem und ein internes Kontrollsystem. Während das erste biologische Ist- und Sollwerte verarbeitet und Diskrepanzen (Nahrungs-, Flüssigkeitsmangel...) an das Ich – das zentrale Entscheidungssystem – über einen Filter meldet, stellt das zweite ein System erworbener Werte dar, das Sollwerte (Selbstideal, Umweltideal), die durch Umwelteinflüsse (Sozialisation, Identifikationsprozesse...) übernommen wurden, repräsentiert. Das interne Kontrollsystem nimmt nun einen Abgleich zwischen diesen verinnerlichten Werten und Normen einerseits und bereits ausgeführten, gerade realisierten oder geplanten Handlungen andererseits vor und übermittelt das Ergebnis – wiederum über einen Filter – an das Ich. Dieses hat dann zu entscheiden, wie diesen internen Anforderungen begegnet werden soll. Das interne Kontrollsystem wird ergänzt durch einen Simulator, der „internes Probedenken“, also das gefahrlose Durchspielen von Handlungen auf der Denkebene, ermöglicht. Weiterhin umfasst Beckers hier sehr verkürzt dargestellte Systemtheorie der Persönlichkeit noch ein perzeptorisches und ein effektorisches System als Schnittstellen zur Umwelt. Seelische Gesundheit als Zustand wie auch als Eigenschaft setzt die Funktionstüchtigkeit aller Teilsysteme voraus; ein seelisch gesunder Mensch kann auf keines dieser Systeme verzichten, wobei Becker dem Ich als oberste Entscheidungsinstanz die größte Bedeutung für die seelische Gesundheit zuweist. Das Ich gewährleistet vor allem, dass ein gesunder Mensch über einen eigenen „unspezifischen Antrieb bzw. Aktivitätsdrang“ verfügt und eigene Ziele („Projekte“) verfolgen und unter Berücksichtigung der Realisierungschancen erfolgreich zum Abschluss bringen kann. Diesen Prozess bezeichnet Becker als Selbstaktualisierung bzw. Selbstverwirklichung. Dabei kann das Ich auf ein stabiles und konsistentes System von Werten zurückgreifen und seine Emotionen in den Dienst der eigenen Zielsetzungen stellen.

Das Konstrukt *Seelische Gesundheit als Eigenschaft* schließt neben Regulationskompetenzen Selbstaktualisierung und Sinnfindung ein. Operationalisiert wird das Konzept mit dem Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF; Becker, 1989). Die Skala *Seelische Gesundheit als Eigenschaft* umfasst u. a. folgende Bereiche: „Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensanforderungen und Schwierigkeiten, Selbstsicherheit, Zuversicht und Optimismus, Durchsetzungsfähigkeit, Fähigkeit zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, Autonomie und Selbstverantwortlichkeit“ (Becker, 1992, S. 68).

Im Vergleich mit anderen Modellen interner Ressourcen (Kohärenzsinn, Emotionale Stabilität, Optimismus, Selbstwirksamkeit; s. o.) ist das Konstrukt *Seelische Gesundheit als Eigenschaft* deutlich breiter angelegt und als übergeordnet zu verstehen. Inhaltlich bezieht es nicht nur Kompetenzen der Bewältigung von (externen) Lebensanforderungen ein, „sondern auch die Fähigkeit zur Bewältigung interner Anforderungen (,im Einklang mit sich selbst leben‘)“ (Becker, 1992, S. 67). Gerade unter diesem Aspekt dürfte das Modell auch philosophischen Auffassungen, wie sie z. B. in der Humanistischen Psycho-



logie bzw. in dialektisch-materialistische Ansätzen vertreten werden, näher rücken, betont es doch insbesondere die Position des Menschen als Subjekt seiner Entwicklung (vgl. Schneewind, 1992).

Auf der Grundlage des oben dargestellten hypothetischen Struktur- und Funktionsmodells der Persönlichkeit entwickelte Becker (1986, 1992) ein *interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit*, in dem seelische Gesundheit als Eigenschaft die Bedeutung eines generellen Schutzfaktors erhält.

Mit der Bezeichnung des Modells als interaktionistisch meint Becker, „dass der aktuelle Gesundheitszustand einer Person vom Zusammenwirken der habituellen Merkmale einer Person sowie einer bestimmten Umwelt- bzw. Lebenskonstellation abhängt und dass neben Haupteffekten auch Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt in Betracht zu ziehen sind“ (1992, S. 68).

Im Mittelpunkt steht die Erklärung des aktuellen körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes einer Person, der sich u. a. in Wohlbefinden bzw. Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen oder auch in der Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Rollen manifestiert (vgl. relevante Indikatoren für Zustände der Gesundheit bzw. Krankheit) (s. Abbildung 4). Externe und interne Anforderungen und Ressourcen stellen die Einflussgrößen dar. In direkter Weise werden die internen physischen Ressourcen der Person wirksam, die durch die genetische oder erworbene physische Konstitution bestimmt werden und eine mehr oder weniger hohe Vulnerabilität (bedingt durch chronische Krankheit oder Behinderung) mit sich bringen. Auch externe Ressourcen (z. B. eine gesunde Umwelt, gesunde Nahrung, eine intaktes Sozialsystem) und externe Anforderungen (z. B. Schadstoffe, Krankheitserreger, Stressoren aus dem Arbeits- und Privatbereich) beeinflussen auf direktem Wege den aktuellen Gesundheitszustand, wobei deren Wirksamkeit wiederum von den internen physischen Ressourcen moderiert wird (z. B. im Fall einer Allergieerkrankung).

Becker verweist darauf, dass aus psychologischer Sicht eine Schlüsselfunktion dem aktuellen Verhalten und Erleben zukommt, das nach Bewältigungsverhalten, emotionalem Verhalten und Gesundheitsverhalten differenziert werden kann, wobei Wechselwirkungen zwischen diesen drei Verhaltensaspekten bestehen. Das aktuelle Verhalten und Erleben wird beeinflusst von internen und externen Anforderungen, von Umweltressourcen und internen psychischen Ressourcen. Letztere werden bestimmt durch das habituelle Gesundheitsverhalten und die seelische Gesundheit als Eigenschaft, die als eine zentrale protektive Persönlichkeitseigenschaft aufgefasst wird, was auch in der Zahl der abgehenden Einflussvektoren seinen Ausdruck findet. Die Wirksamkeit dieses Faktors zeigt sich darin, dass seelisch Gesunde ein effizienteres Bewältigungsverhalten zeigen, weniger stark mit negativen Emotionen reagieren und ein besse-

res Gesundheitsverhalten aufweisen. In Bezug auf externe Anforderungen (materielle, berufliche, familiäre) und interne Anforderungen (persönliche Sollwerte, Normen, Werte und andere Forderungen des „internen Kontrollsystems“ – s. Struktur- und Funktionsmodell der Persönlichkeit) sind seelisch gesunde Personen zu einer angemessenen Einschätzung und Dosierung der Anforderungen in der Lage, so dass sie diese auch bewältigen können. Externe Ressourcen (z. B. soziale Stützsysteme, günstige materielle Lebensbedingungen...) können seelisch Gesunde schließlich effizienter nutzen und in den Dienst ihrer Zielsetzungen stellen.

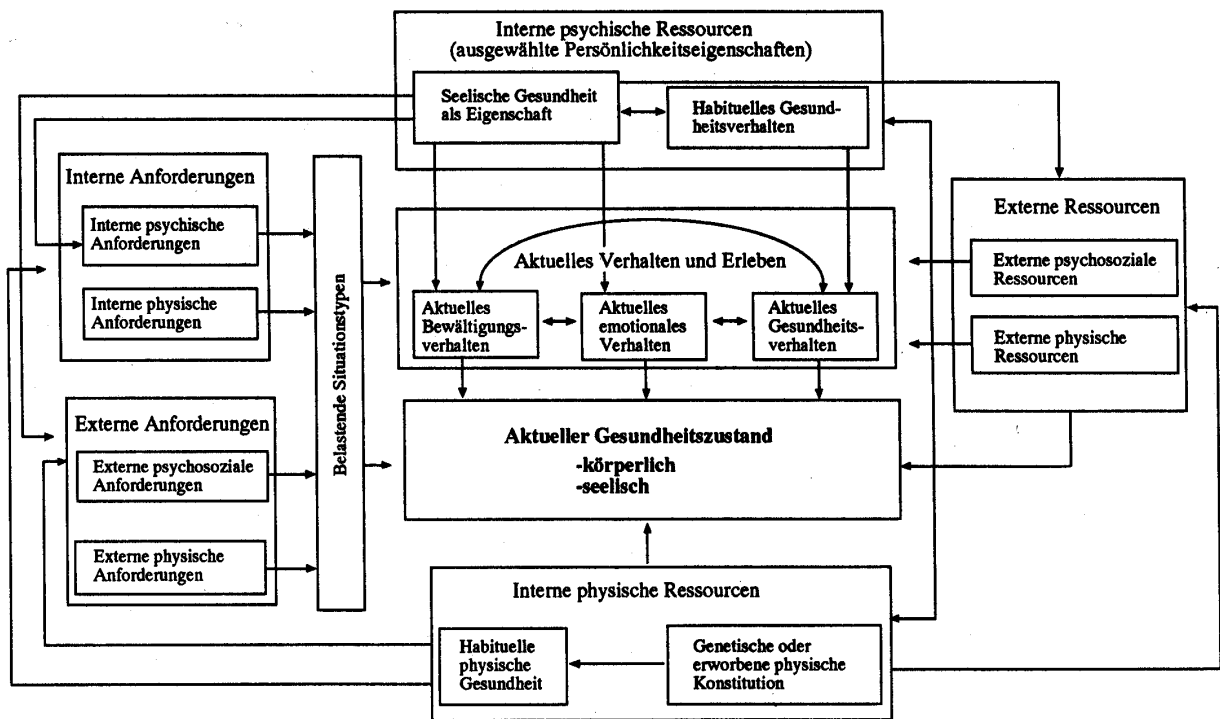


Abbildung 4. Hypothetisches, interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit (ausgewählte Determinanten des aktuellen Gesundheitszustandes) von Becker (1992, S. 69)

Ein Pfeil von einer Variable A zu einer Variable B bedeutet einen Einfluss von A auf B. Eine Verbindungslinie zwischen zwei Variablen mit je einem Pfeil am Ende bringt eine wechselseitige Beeinflussung (und Korrelation) der beiden Variablen zum Ausdruck.

Aus hohen externen und internen Anforderungen erwachsen belastende Situationen, die meist verkürzt als „Stressoren“ bezeichnet werden. Um hier einem irreführenden Eindruck der Gleichartigkeit belastender Situationen entgegenzuwirken, schlägt Becker eine Belastungstaxonomie vor (s. Tabelle 2). In ihr kommt zum Ausdruck, dass bestimmte belastende Situationstypen mit spezifischen emotionalen Zuständen verbunden sind. So tritt beispielsweise Angst auf, wenn eine Person „bedeutsame Verluste, Misserfolge oder Mangelzustände ... antizipiert, sich in einem vorübergehenden Zustand der Hilflosigkeit befindet und unsicher ist, welche Entscheidungen ...[sie] zur Abwendung der Gefahr treffen soll“ (Becker,

1986, S. 85). Überforderungssituationen (z. B. durch Zeitdruck, Hetze, häufige Arbeitsunterbrechungen...) gehen mit Gefühlen der Gereiztheit und Erschöpfung einher. Ein Mangel an Möglichkeiten zur Realisierung eigener „Projekte“ (s. Struktur- und Funktionsmodell der Persönlichkeit) beeinträchtigt das Erleben von Kompetenzgefühlen und führt letztlich zu Gefühlen der depressiven Verstimmung und Hilflosigkeit. Hervorzuheben ist, dass solche Gefühle nicht nur beim aktiven Handeln im Zusammenhang mit der Bewältigung externer Anforderungen auftreten, sondern auch bei analogem Bemühen um die Bewältigung interner Anforderungen. Das schließt „internes Probehandeln“, wie es oben beschrieben wurde, ein. Mit anderen Worten: bereits die Antizipation des Misslingens oder Gelingens einer Zielerreichung löst entsprechende Emotionen aus.

Tabelle 2: *Zuordnung krankheitsrelevanter belastender Situationstypen („Stressoren“) zu dadurch ausgelösten emotionalen Zuständen (Becker, 1992, S. 71)*

Belastende Situationstypen	Emotionale Zustände
Bedrohung, Mehrdeutigkeit	Angst, Unsicherheit
Überforderung	Gereiztheit, Erschöpfung
Frustration, Misserfolg	Ärger
Verlust, Mangelzustand	Depression, Hoffnungslosigkeit (giving up – given up), Gefühl von Sinnlosigkeit
Physische Schädigung, Verletzung	Schmerz

Von besonderer Bedeutung ist, wenn aus hohen externen und internen Anforderungen resultierende belastende Situationen zu chronischen Stressoren werden. Im Unterschied zu akutem Stress ist chronischer Stress gekennzeichnet durch (1) episodisch wiederkehrende Belastungen, (2) einen schleichenden Beginn ohne erkennbaren Anfang, (3) eine Belastung von meist langer Dauer ohne erkennbares Ende, (4) tägliche Routine und eher gleichbleibende Umgebungsbedingungen, (5) einen Mangel an Befriedigung relevanter Bedürfnisse sowie (6) fehlende Veranlassung, besondere Bewältigungsmaßnahmen zur Stressreduktion einzusetzen (Schulz u. a., 2004, S. 11).

Auf dem Hintergrund des Anforderungs-Ressourcen-Modells ist gerade die Entstehung von chronischem Stress durch einen Mangel an Bedürfnisbefriedigung zu beachten (Becker, im Druck). Er ergibt sich aus einer Diskrepanz zwischen externen Ressourcen und internen Anforderungen oder genauer: den

internen Anforderungen (verinnerlichte Werte und Normen, Ansprüche, physiologische Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Orientierung und Sicherheit, Kontrolle, Bindung, Selbstverwirklichung und Achtung/Anerkennung... = Sollwerte der Person) stehen inadäquate externe Ressourcen (in Arbeit/Beruf: zu großer/geringer Handlungsspielraum, fehlende soziale Unterstützung/Integration, soziale Spannungen, Mangel an Anerkennung/Schutz, fehlende Partizipation, unergonomische Arbeitsbedingungen, Unsicherheit des Arbeitsplatzes... = Istwerte) gegenüber.

### 2.3 Zusammenfassung

Im theoretischen Teil wurde in die grundlegenden Anforderungen und Belastungen im Pflegeberuf eingeführt. Untersuchungsergebnisse aus verschiedenen Ländern verweisen überwiegend auf eine ungünstige Beanspruchungssituation des Pflegepersonals. Hohe körperliche und psychische (und dabei insbesondere emotionale) Anforderungen sind durch Pflegekräfte unter oftmals schwierigen Bedingungen zu bewältigen. Daneben sind Tendenzen auszumachen (z. B. stärkerer Pflegeaufwand im Zusammenhang mit steigender Lebenserwartung, vermehrte chronische Krankheiten...), die eine weitere Zunahme der Belastung erwarten lassen. Dazu trägt auch die zu beobachtende Entwicklung des Tätigkeitsprofils im Beruf selbst bei, da vermehrt zu leistende Dokumentations- und Kontrolltätigkeiten, zunehmend komplexe Kommunikationsanforderungen und damit verbundener administrativer Aufwand zu einem absinkenden Anteil direkter Pflege am Patienten führen. Bereits heute sind bei vielen Pflegekräften gesundheitliche Beeinträchtigungen körperlicher wie auch psychischer Art verstärkt festzustellen. In vielen Bereichen herrscht bereits jetzt Personalmangel. Die Ursachen werden weniger in der fehlenden Bereitschaft gesehen, sich physisch und psychisch harten Anforderungen zu stellen, sondern eher in der Unzufriedenheit mit den in der Pflege vorherrschenden Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen.

Um die Beanspruchungsverhältnisse im Pflegeberuf unter dem Gesundheitsaspekt später analysieren zu können, wurden im Weiteren einige relevante Beanspruchungskonzepte dargestellt. Dem Stressbegriff und dem damit verbundenen pathogenetischen Gesundheitsverständnis werden Ressourcenkonzepte entgegengestellt, die die Beschreibung und Erklärung von Wirkmechanismen der Salutogenese zum Gegenstand haben. Die empirisch gut abgesicherten Konzepte Anforderung/Belastung und Vollständige Tätigkeit, das Demand/Control-Modell sowie das Konzept Soziale Unterstützung weisen externe Ressourcen wie Entscheidungs- und Kommunikationsanforderungen, zyklisch und hierarchisch vollständige Tätigkeiten, soziale Unterstützung und Rückhalt als gesundheitsförderlich bzw. als gesundheitliche Schutzfaktoren aus. Komplementär zu diesen Konzepten verhalten sich die Ansätze, die die internen

Ressourcen in das Zentrum rücken. Hierzu gehören auf der Seite interner Ressourcen emotionale Stabilität, Kohärenzerleben, Optimismus und Zuversicht, Selbstwirksamkeitserwartungen, Erleben von Kontrolle und Herausforderung gegenüber Umwelтанforderungen.

Eine aus unserer Sicht gelungene Zusammenführung beider Perspektiven erfolgt in dem Modell Beckers zur seelischen Gesundheit. Seelische Gesundheit als Eigenschaft wird als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen definiert. Der Gesundheitszustand einer Person hängt schließlich davon ab, wie gut es ihr gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen. Als Quelle besonderer Belastung kommt in diesem Modell ein Mangel an Bedürfnisbefriedigung in Betracht. Dieser resultiert aus einer Diskrepanz zwischen internen Anforderungen (den Bedürfnissen und Ansprüchen einer Person) und den zur Verfügung stehenden externen Ressourcen (den Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung). Mit Blick auf die Charakterisierung der Beanspruchungssituation im Pflegeberuf heißt das, die internen Anforderungen der Pflegekräfte – das sind beispielsweise Erwartungen und Ansprüche in Bezug auf Anerkennung und Wertschätzung, Arbeitsinhalte und -aufgaben, Kommunikationsmöglichkeiten und Qualität der Arbeitsausführung – sind den in der Pflege vorherrschenden Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen (s. o.), also den konkreten Realisierungsmöglichkeiten, gegenüberzustellen.

Nach dem Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker (1986, 1992) manifestiert sich das Ausmaß seelischer Gesundheit eines Menschen am direktesten in dessen aktuellem Verhalten und Erleben, genauer: im Bewältigungs-, emotionalen und Gesundheitsverhalten. Ausgehend von diesem Grundgedanken, das Verhalten und Erleben in Bezug auf konkrete Lebensanforderungen als Indikator für (seelische) Gesundheit heranzuziehen, entwickelten wir (Schaarschmidt und Fischer, 1996, 2001) den Fragebogen AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster). Wir verfolgten mit dieser Entwicklung die Zielsetzung, den symptomorientierten Ansatz, der in der Diagnostik beruflicher Beanspruchung traditionell vorherrscht, zugunsten eines ressourcenorientierten Herangehens zu überwinden. Damit kommt diesem Verfahren ein besonderer Stellenwert in der vorliegenden Arbeit zu. Auf den AVEM stützen sich die wesentlichsten der im Folgenden dargestellten Ergebnisse und Aussagen. Aus diesem Grunde soll das Verfahren zunächst ausführlich vorgestellt werden.

### 3 AVEM – KONZEPT, AUFBAU UND BESCHREIBUNG

Mittels des AVEM lassen sich persönlichkeitspezifische Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens identifizieren, in denen zum Ausdruck kommt, auf welche Art und Weise der Mensch den Anforderungen des Berufs begegnet und wie er demzufolge seine eigenen Beanspruchungsverhältnisse mitgestaltet. Je nachdem, wie ihm das gelingt, können daraus positive, aber auch negative Folgen für die Gesundheit resultieren. Dabei liefert AVEM auch Ansatzpunkte für personen- sowie organisationsbezogene Interventionen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, im Druck).

#### 3.1 Aufbau und Inhalte des AVEM

Bei der Konstruktion des Verfahrens wurde ein breites Merkmalspektrum des Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit berücksichtigt. Die einbezogenen Merkmale sollten (unter dem Gesundheitsaspekt) wesentliche Seiten der Einstellung und Befindlichkeit in Bezug auf Arbeit, Beruf und damit verbundene Bereiche widerspiegeln. Diese Überlegungen schlagen sich in der faktorenanalytisch bestätigten Verfahrensstruktur nieder, wonach 11 Dimensionen arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (s. Tabelle 3) unterschieden werden (Näheres vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001; 2003).

Tabelle 3: *Die 11 Dimensionen des AVEM*

1. <i>Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit</i> (BA)	Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben Beispielitem: <i>Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.</i>
2. <i>Beruflicher Ehrgeiz</i> (BE)	Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf Beispielitem: <i>Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben.</i>
3. <i>Verausgabebereitschaft</i> (VB)	Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen Beispielitem: <i>Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung.</i>
4. <i>Perfektionsstreben</i> (PS)	Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung Beispielitem: <i>Was immer ich tue, es muss perfekt sein.</i>
5. <i>Distanzierungsfähigkeit</i> (DF)	Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit Beispielitem: <i>Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.</i>
6. <i>Resignationstendenz bei Misserfolgen</i> (RT)	Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben Beispielitem: <i>Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell.</i>
7. <i>Offensive Problebewältigung</i> (OP)	aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen Beispielitem: <i>Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde.</i>

(Fortsetzung Tabelle 3)

8. <i>Innere Ruhe und Ausgeglichenheit</i> (IR)	Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts Beispielitem: <i>Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.</i>
9. <i>Erfolgs erleben im Beruf</i> (EE)	Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten Beispielitem: <i>Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich.</i>
10. <i>Lebenszufriedenheit</i> (LZ)	Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation Beispielitem: <i>Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden.</i>
11. <i>Erleben sozialer Unterstützung</i> (SU)	Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit Beispielitem: <i>Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.</i>

Eine weitere faktorenanalytische Strukturierung ließ erkennen, dass diese 11 Dimensionen 3 umfassenden inhaltlichen Bereichen zugeordnet werden können. Es sind dies die Bereiche des beruflichen *Engagements*, der erlebten *Widerstandskraft* gegenüber den beruflichen Belastungen und der *Emotionen*, die die Berufsausübung begleiten. In Hinblick auf gesundheitsbezogene Aussagen kommt jedem der 3 Bereiche auch eine eigenständige Bedeutung zu. Dem Bereich des *Arbeitsengagements* sind die Dimensionen *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*, *Beruflicher Ehrgeiz*, *Verausgabungsbereitschaft*, *Perfektionsstreben* und *Distanzierungsfähigkeit* zugehörig. Die *Distanzierungsfähigkeit* ist zugleich auch wichtiger Bestandteil des zweiten Bereichs, der erlebten *Widerstandskraft* gegenüber Belastungen. Dieser Bereich wird im Weiteren durch die Dimensionen *Resignationstendenz bei Misserfolg*, *Offensive Problembewältigung* sowie *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* repräsentiert.

Den dritten Bereich, den der *Emotionen*, machen die Dimensionen *Erfolgs erleben im Beruf*, *Lebenszufriedenheit* und *Erleben sozialer Unterstützung* aus. Diese Merkmale kennzeichnen zum einen den mehr oder weniger stabilen Hintergrund, vor dem sich die Auseinandersetzung mit den Arbeitsanforderungen vollzieht, und zum anderen kommen in ihnen in sehr unmittelbarer Weise Gesundheitsaspekte zum Ausdruck.

#### **Vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens**

Die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens werden dann voll ausgeschöpft, wenn auch über die einzelnen Dimensionen hinausgehend deren Zueinander in Form von Profilen, d. h. in komplexeren Verhaltens- und Erlebensmustern, betrachtet wird. Das Verfahren erlaubt die Unterscheidung nach vier (clusteranalytisch bestimmten) Mustern (Abbildung 5). Für jede Person kann dann im Weiteren der

Grad der Passung zwischen ihrem Individualprofil und den vier Referenzprofilen bestimmt werden. Dabei wird ihr jeweils das Muster (Cluster) zugeordnet, für das sich die größte Profilübereinstimmung ergibt.<sup>1</sup>

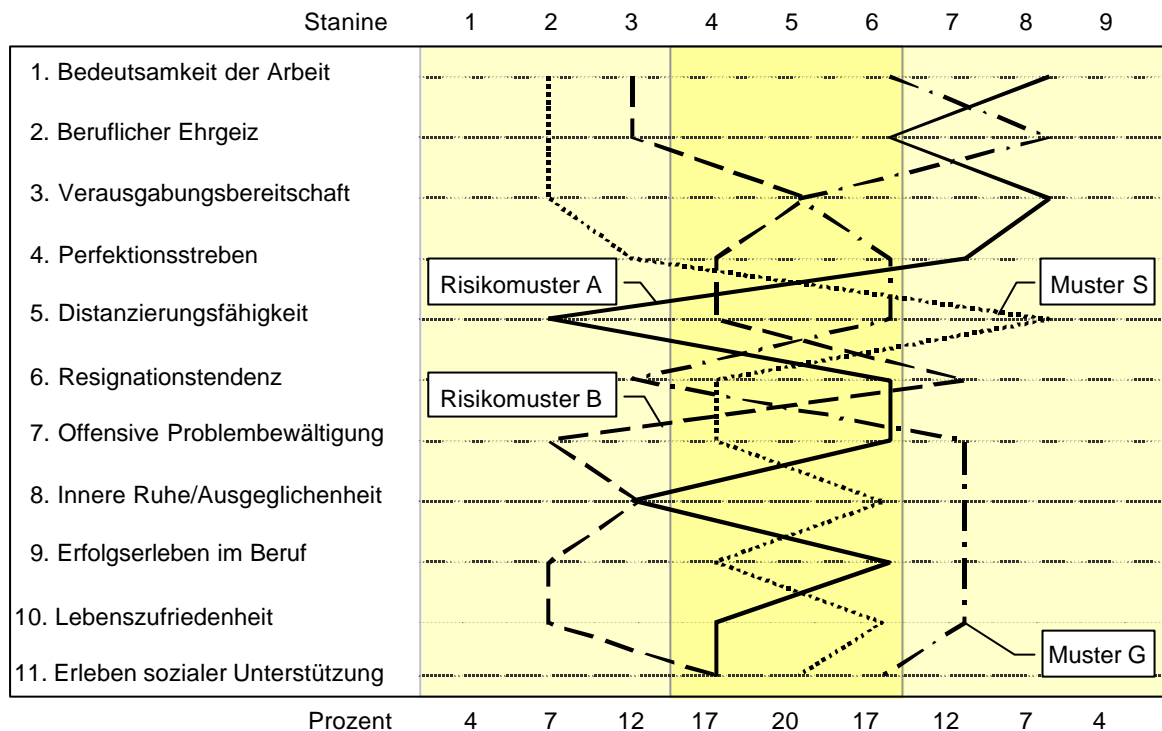


Abbildung 5. Referenzprofile der 4 Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens

(Muster G: Strich-Punkt-Linie, Muster S: gepunktete Linie, Muster A: dünne durchgezogene Linie, Muster B: gestrichelte Linie). Die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1–9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt. Aus der unteren Zeile ist zu ersehen, mit welcher prozentualen Häufigkeit die jeweiligen Skalenwerte in der Normstichprobe vorkommen.

Die vier Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens (kurz: Bewältigungsmuster) sollen im Weiteren beschrieben werden:

### Muster G

Dieses Muster kann als Ausdruck von Gesundheit und als Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit gelten. So gesehen handelt es sich um das wünschenswerte Muster ar-

<sup>1</sup> Die Berechnung der Profilübereinstimmung erfolgt auf der Grundlage der über die Diskriminanzanalyse gewonnenen Diskriminanzfunktionen (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, 2003). In der Mehrzahl der Fälle ergeben sich dabei keine „reinen“ Musterzugehörigkeiten. Häufiger kommen Musterkombinationen vor. Für die meisten Personen werden demzufolge tendenzielle Zuweisungen vorgenommen (z. B. stärkste Tendenz zu G, zweitstärkste zu A). Dieser Umstand bedeutet keineswegs eine Einschränkung in der Anwendbarkeit der Musterbetrachtung. Im Gegenteil: Gerade damit dürfte ein Gewinn an diagnostischer Information verbunden sein. Denn mit dem Aufzeigen von Tendenzen in Richtung des einen oder anderen Musters erhalten wir u. U. besonders bedeutsame (da frühe) Hinweise auf gesundheitsrelevante Entwicklungen (z. B. auf mögliche Übergänge von einem „gesunden“ zu einem Risikomuster).



beitsbezogenen Verhaltens und Erlebens. Wir finden deutliche, doch nicht exzessive Ausprägungen in den Merkmalen, die das Arbeitsengagement anzeigen. Am stärksten tritt der berufliche Ehrgeiz hervor, während in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben mittlere bis leicht erhöhte Werte vorliegen.

Hervorzuheben ist weiterhin die trotz hohen Engagements erhaltene Distanzierungsfähigkeit.

Auch in den Dimensionen, die die Widerstandskraft gegenüber Belastungen beschreiben, lassen sich durchgehend günstige Werte finden. So liegt die geringste Ausprägung in der Resignationstendenz gegenüber Misserfolgen vor und die stärkste in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit.

Das Bild vervollständigt sich schließlich durch die ausnahmslos höchsten Werte in den Dimensionen, die positive Emotionen zum Ausdruck bringen, d. h. im beruflichen Erfolgserleben, der Lebenszufriedenheit und dem Erleben sozialer Unterstützung.

### **Muster S**

Mit der Musterbezeichnung S soll auf Schonung hingewiesen werden, die in diesem Falle das Verhältnis gegenüber der Arbeit charakterisiert.

Es finden sich die geringsten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben. Hier fügt sich auch die im Vergleich mit allen anderen Mustern am stärksten ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit ein.

Hervorzuheben ist im Weiteren die eher niedrige Resignationstendenz, die darauf hinweist, dass das verringerte Engagement nicht als Ausdruck einer resignativen Einstellung verstanden werden darf. Gemeinsam mit diesem Merkmal lässt auch die relativ hohe Ausprägung in der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit auf Widerstandsfähigkeit gegenüber den beruflichen Belastungen schließen.

Schließlich sei noch festgehalten, dass ein eher positives Lebensgefühl vorherrscht (relativ hohe Lebenszufriedenheit). Allerdings dürfte die Quelle dafür bevorzugt außerhalb der Arbeit zu suchen sein. Der relativ niedrige Wert im beruflichen Erfolgserleben weist darauf hin. Er entspricht wohl auch der Erfahrung, dass Schonungshaltung und Erleben beruflichen Erfolgs schwerlich zueinander passen.

Generell sollte das Muster S weniger unter dem Gesundheits-, sondern eher unter dem Motivationsaspekt von Interesse sein. Dabei ist zu beachten (wie für die anderen Muster auch), dass die Erklärung nicht allein in der betreffenden Person zu suchen ist. Des Öfteren dürfte sich im S-Muster das Erleben nicht (mehr) ausreichender beruflicher Herausforderung niederschlagen. Mitunter begünstigen auch noch andere Faktoren (z. B. defizitäre Arbeitsbedingungen und/oder ein belastendes Arbeitsklima) den Rück-

zug aus dem beruflichen Engagement. In der Folge wird dann dem familiären und dem Freizeitbereich eine verstärkte Bedeutung beigemessen. Das zuletzt Gesagte weist darauf hin, dass der Schonungshaltung mitunter auch eine Schutzfunktion zukommen dürfte.

Unter dem Gesundheitsaspekt und insbesondere mit Sicht auf das präventive Anliegen verdienen die beiden weiteren von uns identifizierten Muster besondere Aufmerksamkeit. Sie sind als Risikomuster zu verstehen, da in beiden Fällen arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen auszumachen sind, die psychische Gefährdungen und Beeinträchtigungen anzeigen. Diese zwei Muster sollen im Folgenden noch etwas ausführlicher beschrieben und diskutiert werden:

### **Risikomuster A**

Im Vordergrund steht hier das überhöhte Engagement. Im Vergleich mit allen anderen Mustern liegen die stärksten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben vor. Bemerkenswert ist vor allem der eindeutig niedrigste Wert in der Distanzierungsfähigkeit, womit angezeigt wird, dass es den Personen dieses Profils am schwersten fällt, Abstand zu den Problemen von Arbeit und Beruf zu gewinnen.

Hervorhebenswert ist weiterhin, dass das außerordentlich starke Engagement mit verminderter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen einhergeht, worauf die geringe Ausprägung in der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit und der relativ hohe Wert in der Resignationstendenz verweisen.

Darüber hinaus ist es von eher negativen Emotionen begleitet. Darauf lassen die relativ geringen Werte in der Lebenszufriedenheit und im Erleben sozialer Unterstützung schließen.

Insgesamt ist das Bild also dadurch charakterisiert, dass hohe Anstrengung keine positive emotionale Entsprechung findet. Es geht hier im Grunde um den Widerspruch, der in der Arbeitspsychologie als „Gratifikationskrise“ bezeichnet wird (Siegrist, 1991). Sein Kennzeichen ist die Kombination von großem Arbeitseinsatz und ausbleibendem Erleben von Anerkennung, wovon stärkere pathogene Wirkungen, u. a. ein Herz-Kreislauf-Risiko, auszugehen scheinen.

Generell kann für die hier beschriebenen Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten ein enger Bezug zu dem vieldiskutierten Typ-A-Verhaltenskonzept (Friedman & Rosenman, 1974) gesehen werden, weshalb auch vom Risikomuster A gesprochen wird. In seiner ursprünglichen Fassung postuliert das Typ-A-Konzept den Zusammenhang von koronarer Herzerkrankung und einem Verhaltensmuster, das durch übersteigertes und andauerndes Engagement, starken und konkurrierenden Ehrgeiz, Ruhelosigkeit sowie Unfähigkeit zu Erholung und Entspannung gekennzeichnet ist. In den letzten Jahren mehrten sich jedoch

die kritischen Stimmen gegen eine „zu vereinfachende typisierende Beschreibung von Verhaltensbesonderheiten infarktgefährdeter Personen“ (Schröder, 1992). Neuere Erkenntnisse legen die Schlussfolgerung nahe, dass ein Verhaltensstil i. S. des „workaholic“ für sich allein noch keine krankmachende Wirkung haben muss. Das eigentliche „pathogene Wirkelement“ (Schröder, 1992) wird in der Verbindung dieses beschriebenen Verhaltensmusters mit negativen Gefühlen gesehen. Es ergibt sich dann ein Persönlichkeitsbild, das nicht nur das Risiko der Infarktgefährdung, sondern ein generelles Krankheitsrisiko bedingen kann. Diese spezifische Konstellation von übersteigertem Arbeitsengagement und negativen Emotionen spiegelt sich im Risikomuster A weitgehend wider.

### **Risikomuster B**

Die herausragenden Kennzeichen sind hier hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit, ausbleibendes Erfolgserleben im Beruf und generelle Lebensunzufriedenheit. Im Weiteren gehören zu diesem Bild eher niedrige Werte in den Dimensionen des Arbeitsengagements, insbesondere in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit und im beruflichen Ehrgeiz. In dieser Hinsicht bestehen Gemeinsamkeiten mit dem Muster S. Im Unterschied zu S geht das verminderte Engagement jedoch nicht mit erhöhter, sondern mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit einher.

Vorrangig also ist das Bild durch Resignation, Motivationseinschränkung, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und negative Emotionen bestimmt. Solche Erscheinungen zählen zum Kern des *Burnout-Syndroms*. Um diese Beziehung deutlich zu machen, wird vom Risikomuster B gesprochen. Es liegen hier Konzepte zugrunde, denen zufolge Burnout vor allem durch reduziertes Engagement anderen Menschen und der Arbeit gegenüber sowie durch ein Bündel von emotionalen Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist. Zu letzteren dürfte vorrangig ein allgemeines Erschöpfungserleben, verbunden mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit, zu zählen sein. Für das präventive Anliegen des AVEM ist von Belang, dass auch das Burnout-Syndrom in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung körperlich-funktioneller Störungen gesehen wird.

Die theoretischen Konzepte zum Burnout-Syndrom laufen in der Regel auf Phasentheorien hinaus (z. B. Freudenberger, 1974). Sie postulieren einen prozesshaften Verlauf, der eine Steigerung der Symptomatik und eine Zunahme ihrer Vielfalt einschließt. Die Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten, die sich in einem deutlich ausgeprägten AVEM-Muster B zeigen, dürften den Symptomen im fortgeschrittenen Stadium des Burnout entsprechen. Freilich bedeutet das nicht, dass damit in jedem Falle der Weg vom „Brennen“ über das „Ausbrennen“ geführt haben muss. Bezogen auf die vorliegende Typologie würde

dies dem Übergang vom A- zum B-Muster entsprechen. Über Wiederholungsmessungen konnten Schaarschmidt und Fischer (2001) sowie Kieschke (2005) zeigen, dass dieser Verlauf zwar überzufällig häufig auftritt, dass aber auch der Übergang von Muster S zu Muster B eine nicht geringere Rolle spielt. Und schließlich ist darüber hinaus mit der Möglichkeit eines episodenhaften Auftretens im Zusammenhang mit gravierenden Lebensereignissen zu rechnen (Schaarschmidt & Fischer, 2001).

## 3.2 Gesundheitsrelevanz des AVEM

Alle bisherigen Erfahrungen sprechen für die hohe Gesundheitsrelevanz der mit dem AVEM vorgenommenen Musterdifferenzierung. Einige ausgewählte Befunde sollen hier dargestellt werden, die als exemplarisch gelten können. D. h., sie geben verallgemeinerungsfähige Tendenzen wieder, die auch in anderen Berufsgruppen vorgefunden wurden (zusammenfassend Schaarschmidt & Fischer, 2001).

### **Befindensbeeinträchtigungen**

Beeinträchtigungen sowohl des psychischen als auch des körperlichen Befindens sind ohne Frage ein sehr wichtiger Gesundheitsindikator. Aus den bisherigen Schilderungen ist die Erwartung abzuleiten, dass derartige Beeinträchtigungen bei G deutlich weniger als bei den Risikomustern A und B auftreten werden. Und was den Unterschied zwischen A und B betrifft, so erwarten wir nach allem Gesagten für B ein noch höheres Beschwerdeniveau.

Wir nahmen die Prüfung mittels des Fragebogens *Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik – BVND* (Hänsgen, 1985) vor, wobei wir nur die beiden zusammenfassenden Skalen *Beeinträchtigung des psychischen Befindens* sowie *Körperlich-funktionelle Beschwerden* heranzogen. Die Beeinträchtigung des psychischen Befindens wird dabei durch erlebte Unruhe, Erschöpfung, Herabsetzung des Selbstwertgefühls sowie Leistungsinsuffizienzerleben gekennzeichnet. In der Skala der körperlich-funktionellen Beschwerden sind insbesondere Kopfschmerzen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Beschwerden des Verdauungssystems sowie Nacken- und Rückenschmerzen berücksichtigt. Wie aus der Abbildung 6 zu entnehmen ist, liegen in beiden Skalen die erwarteten Zusammenhänge vor. Dabei ist festzustellen, dass die größten Differenzen zwischen den 4 Mustern bezüglich der psychischen Beeinträchtigungen bestehen. Hier unterscheiden sich auch nochmals die Risikomuster A und B signifikant voneinander. In Bezug auf die körperlichen Beschwerden lässt sich zwischen A und B kein statistischer Unterschied sichern, d. h. die beiden Risikomuster leben sich hier gleichermaßen durch ein erhöhtes Beschwerdeniveau ab. Auch wenn wir die Muster A und B noch differenzierter nach den einzelnen kör-

perlichen Beschwerdemerkmale vergleichen, finden wir keine Unterschiede vor. Die Personen beider Muster geben gleichermaßen mehr Kopfschmerzen, Herz-Kreislauf- und Magenbeschwerden sowie Verspannungen der Muskulatur (bezogen auf den Nacken- und Rückenbereich) an als die Vertreter der Muster G und S. Bei den psychischen Beschwerden zeigen A und B keinen Unterschied im Grad erlebter Unruhe. Beide Gruppen weisen hier stark erhöhte Werte auf. Deutliche Unterschiede bestehen aber hinsichtlich des Erlebens von Selbstwertbeeinträchtigungen, Leistungsinsuffizienz und Erschöpfung. In all diesen Merkmalen liegen für B statistisch gesichert die höchsten Ausprägungen vor. Zusammenfassend ergibt sich also ein Bild, wonach sich A und B in etwa gleicher Weise körperlich-funktionell beeinträchtigt fühlen, während es im psychischen Bereich den Personen des B-Musters offensichtlich noch schlechter geht.

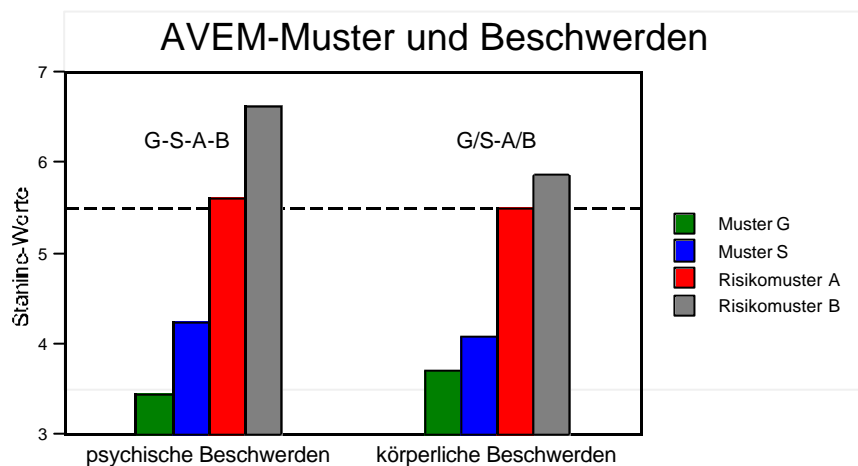


Abbildung 6. Mittelwerte der 4 Muster in den Skalen *Beeinträchtigung des psychischen Befindens* sowie *Körperlich-funktionelle Beschwerden* (948 Lehrerinnen und Lehrer)

(Es bestehen folgende signifikante Unterschiede: links G-S-A-B, rechts G/S-A/B (lies: links sind die Unterschiede zwischen allen Mustern signifikant, rechts bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen G und S sowie A und B, wohl aber zwischen G und S einerseits sowie A und B andererseits. Die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, vgl. auch die Erläuterung in Abbildung 5.)

### Krankentage

Als ein über die Selbsteinschätzungen hinausgehendes Kriterium kann die Anzahl der jährlichen Krankentage gelten. Abbildung 7 gibt (am Beispiel von 443 Lehrerinnen und Lehrern) die mittlere Anzahl der Krankentage während der Unterrichtszeit des Jahres 1997 im Zusammenhang mit den jeweiligen Mustern wieder. Es stimmt mit der Charakterisierung der beiden Risikomuster überein, dass auf B die meisten und auf A die wenigsten Krankentage entfallen. Auch die Einordnung von S geht mit der Musterbeschreibung konform. Für die Personen dieses Musters liegt die Schwelle zur Krankschreibung offen-

sichtlich niedriger. Dieser Befund ist weitgehend verallgemeinerbar. Allerdings hat sich in Ausnahmefällen gezeigt, dass die auf S entfallende Anzahl von Krankentagen noch über der von B liegt.

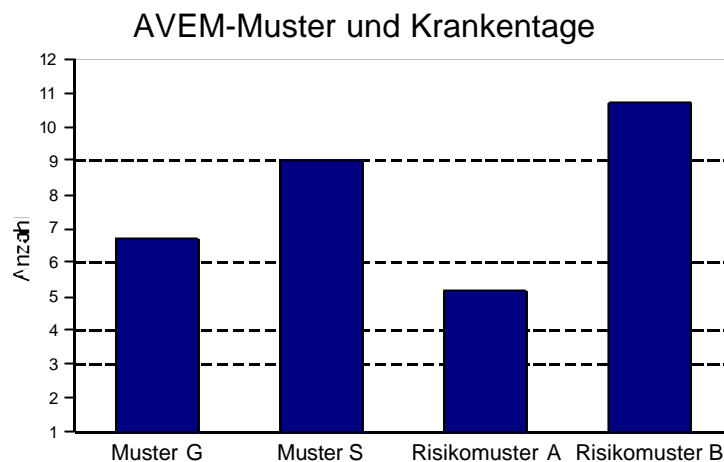


Abbildung 7. Verteilung der Krankentage während der Unterrichtszeit im Jahre 1997, differenziert nach der Musterzugehörigkeit

### Typ-A-Verhalten

Im Zusammenhang mit dem Risikomuster A wurde auf das klassische Typ-A-Verhaltenskonzept verwiesen und bezüglich des Risikomusters B auf das Burnout-Konzept. Im Rahmen der Validierung der Muster konnte gezeigt werden, dass sich im Risikomuster A die Merkmale der Typ-A-Phänomenologie bestätigt finden. Nach dem ursprünglichen Konzept (Friedman & Rosenman, 1974) zeichnen sich Personen dieses Typs vor allem durch übersteigertes Engagement, Unfähigkeit zur Erholung und Entspannung, Ruhelosigkeit und konkurrierenden Ehrgeiz aus.

Zum Zwecke der empirischen Überprüfung wurde der von Richter, Rudolf und Schmidt (1996) entwickelte *Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung – FABA* herangezogen. Die Autoren des *FABA* verstehen das Typ-A-Verhalten in einer handlungstheoretischen Sichtweise als „Effizienzstörung der Regulation von Handlungen“. Diese Regulationsstörung kommt nach ihrer Meinung in 4 Bereichen zum Ausdruck, denen sie mit folgenden 4 Skalen Rechnung tragen:

- *Exzessives Arbeitsengagement/Erholungsunfähigkeit* (überhöhte Arbeitsintensität, Verausgabebereitschaft, verbunden mit Unfähigkeit zur Distanzierung)
- *Gesteigerte Planungsambitionen* (sorgfältiges und bedachtes Vorgehen beim Planungs- und Zielsetzungsverhalten)
- *Ungeduld* (emotionale Unbeherrschtheit, hektisches Verhalten bei Widerständen, Übererregtheit)
- *Dominanzstreben* (verbunden mit Verlust an Kontrolle und affektiver Labilität)

Aus Abbildung 8 geht der Zusammenhang der Muster mit den Skalen des *FABA* hervor. Wenn wir in dieser Darstellung die Ausprägungen des Risikomusters A betrachten, so lassen sich klare Tendenzen im Sinne des Typ-A-Verhaltens erkennen. Gemessen an den durchschnittlichen Ausprägungen der Eichstichprobe (Mittelwert = 5) liegen für A deutlich höhere Werte in den Skalen Erholungsunfähigkeit, Planungsambitionen und Dominanzstreben vor. Im Mustervergleich sind es die Erholungsunfähigkeit und das Dominanzstreben, in denen sich die Personen des A-Musters signifikant von den anderen abheben. Unter Berücksichtigung der absoluten Werte ist es vor allem die Erholungsunfähigkeit, der das entscheidende Gewicht zukommt. Diese Skala hat sich den Autoren zufolge als der „wichtigste Prädiktor für sympatiktone Aktivierungszustände und gestörte Rehabilitationsverläufe bei kardiovaskulären Erkrankungen“ erwiesen (vgl. Richter, Hille & Rudolf, 1999, S. 25). Die überhöhte Ausprägung in diesem Merkmal ist es auch, die erst den Faktor Planungsambitionen zu einem gesundheitsschädigenden Faktor machen dürfte. Für sich allein genommen ist eine erhöhte Planungsneigung sicher positiv zu werten, so dass der höhere Wert für G nicht im Widerspruch zum sonstigen Bild steht. Zur allgemeinen Charakteristik passt schließlich auch, dass sich A und B hinsichtlich der Skala Ungeduld signifikant von den beiden anderen Mustern abheben, wobei sie sich untereinander statistisch nicht unterscheiden.

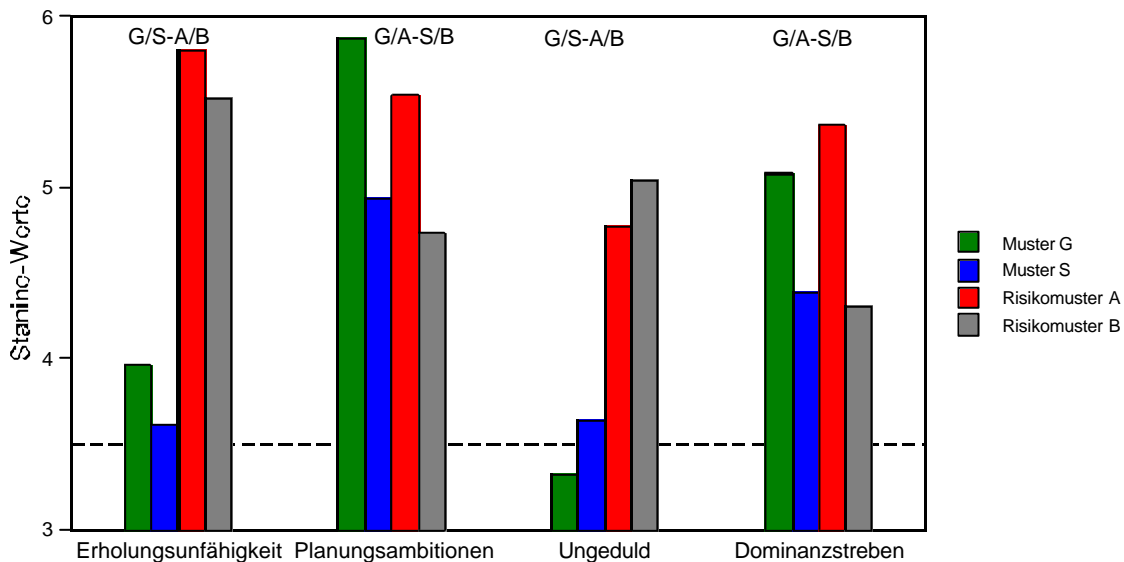


Abbildung 8. Mittelwerte der Muster in den 4 Skalen des *FABA* (1177 Pflegepersonen)

### Burnout-Syndrom

Es konnte von uns auch der Nachweis geführt werden, dass sich im Risikomuster B die Qualität des Burnout-Erlebens niederschlägt. Nach Maslach und Jackson (1986) ist Burnout ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter Leistungsfähigkeit. Emotionale Erschöpfung

meint das Gefühl, durch den Kontakt mit anderen Menschen überbeansprucht und ausgelaugt zu sein. Depersonalisation bezieht sich auf eine gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf diese Menschen, die gewöhnlich die Empfänger der Dienstleistungen und Fürsorge sind, und eingeschränkte Leistungsfähigkeit meint eine Abnahme des Erlebens von Kompetenz und erfolgreicher Ausführung der Arbeit.

Von Hacker und Reinhold (1998) ist mit dem *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen – BHD* ein Fragebogen vorgelegt worden, der das Burnout-Konzept in sich aufnimmt, was sich in der Übernahme von Items aus den herkömmlichen Burnout-Instrumenten (*MBI* von Maslach und Jackson (1986), *MBI-D* von Büssing und Perrar (1992)) niederschlägt, der zugleich aber auch einige inhaltliche Aspekte vertieft und weitere hinzufügt. Über das Kernsymptom der emotionalen Erschöpfung hinaus finden die arbeitsbedingte intrinsische Motivation, die Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der Arbeit, die Zuneigung/Aversion gegenüber Klienten (mit Depersonalisation vergleichbar) und das reaktive Abschirmen (als dem Burnout entgegenwirkende Coping-Strategie) Berücksichtigung.

Es sind also die folgenden 5 (hier in durchgängig negativer Polung wiedergegeben) Skalen, die dieses Instrument ausmachen:

- *Emotionale Erschöpfung* (Gefühle der Leere, Hilflosigkeit, Entmutigung)
- *Demotivation* (Gefühl der Unlust, der Interessenlosigkeit, reduziertes Engagement)
- *Unzufriedenheit in der Arbeit*
- *Aversion gegenüber Klienten* (Gefühle der Reizbarkeit, der Sättigung, Desinteresse und Zynismus gegenüber Patienten, Schülern..., der Depersonalisation vergleichbar)
- *Unfähigkeit zum Abschirmen* (sich nicht erholen und entspannen können)

In der Abbildung 9 sind die (bei 948 Lehrerinnen und Lehrern) aufgefundenen Zusammenhänge wiedergegeben, die den Erwartungen entsprechen: Das B-Muster hebt sich deutlich ab durch die stärkere emotionale Erschöpfung, die höhere Demotivierung, die größere Unzufriedenheit und die verstärkte Aversion gegenüber den anvertrauten Menschen, in diesem Falle den Schülern. Lediglich in Bezug auf die letzte Skala ergibt sich ein anderes, aber mit der Gesamtcharakteristik übereinstimmendes Bild. Es entspricht der Erwartung, dass die Unfähigkeit zum Abschirmen von A noch stärker als von B erlebt wird. Mit der Sicht auf die Besonderheiten von B sei noch als ein grundsätzliches Ergebnis hervorgehoben, dass die Werte dieses Musters in allen Skalen deutlich über dem Mittelwert der Eichstichprobe (5) liegen. Insbesondere im entscheidenden Merkmal, der emotionalen Erschöpfung, besteht eine außerordentlich hohe Ausprägung.



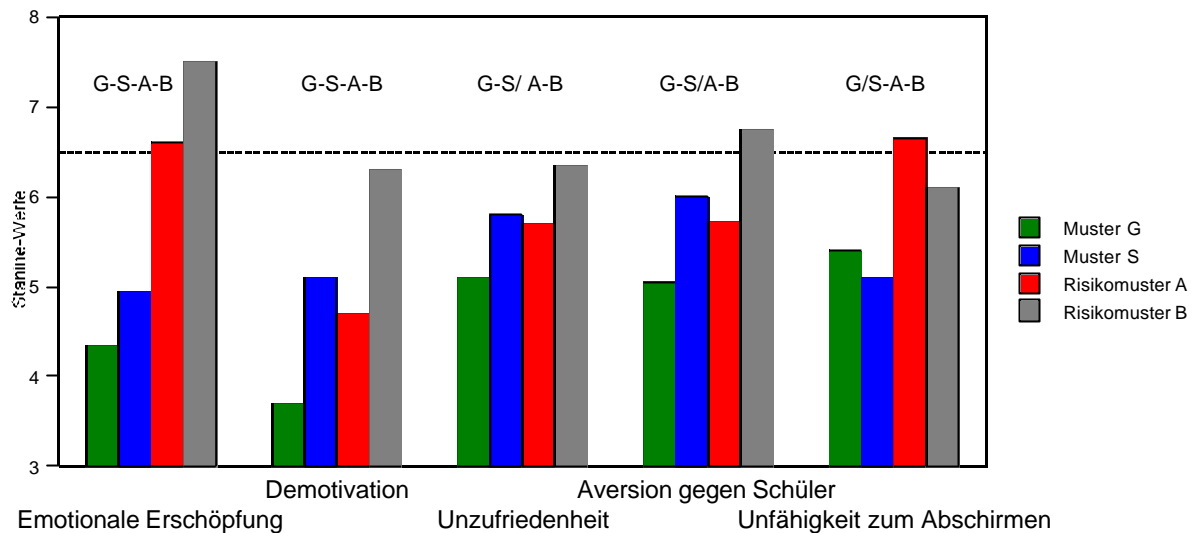


Abbildung 9. Mittelwertvergleich der 4 Muster in den Skalen des *BHD*-Fragebogens

### Leistungsverhalten

Eine Einschätzung des Leistungsverhaltens wurde mit dem von Schaarschmidt und Fischer (1999) entwickelten *Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen (IPS)* eingeholt. Das *IPS* enthält u. a. Selbsteinschätzungen zu Merkmalen der Leistungsbereitschaft und der Leistungsfähigkeit, die über die folgenden 6 Skalen erfasst werden:

- *Engagement* (bei hoher Leistungsanforderung)
- *Beharrungstendenz* (bei Umstellungserfordernis)
- *Stabilität* (bei stressvollen Anforderungen)
- *Selbstvertrauen* (bei Prüfungsanforderungen)
- *Karriere- und Risikobereitschaft* (bei beruflicher Herausforderung)
- *Optimismus* (gegenüber alltäglichen Anforderungen)

In diesem Falle liegt bezüglich der berücksichtigten Inhalte eine größere Nähe zu den Merkmalen des *AVEM* vor. Demzufolge wäre hier ein sehr deutlicher Zusammenhang zu erwarten. Wie aus Abbildung 10 zu entnehmen ist, ist das auch der Fall. Es finden sich Differenzierungen, die in vollem Einklang mit der jeweiligen Mustercharakteristik stehen. Die Einschätzung von G verweisen in allen Merkmalen auf das am stärksten ausgeprägte Leistungsverhalten. Erneut wird die besondere Problematik des B-Musters deutlich. Diese Personen bescheinigen sich die geringsten Ausprägungen in den Skalen Engagement, Stabilität, Selbstvertrauen, Karriere- und Risikobereitschaft sowie Optimismus. Die höchste Ausprägung zeigen sie in der Beharrungstendenz (sich nicht verändern und umstellen wollen). Für das

Muster A liegt erwartungskonform im Engagement die höchste Ausprägung vor, und es zeigt sich eine Einschränkung in der Umstellungsbereitschaft (höhere Beharrungstendenz). Für S finden wir im Vergleich mit dem Muster G in nahezu allen Merkmalen sehr viel geringere bzw. weniger akzentuierte Einschätzungen.

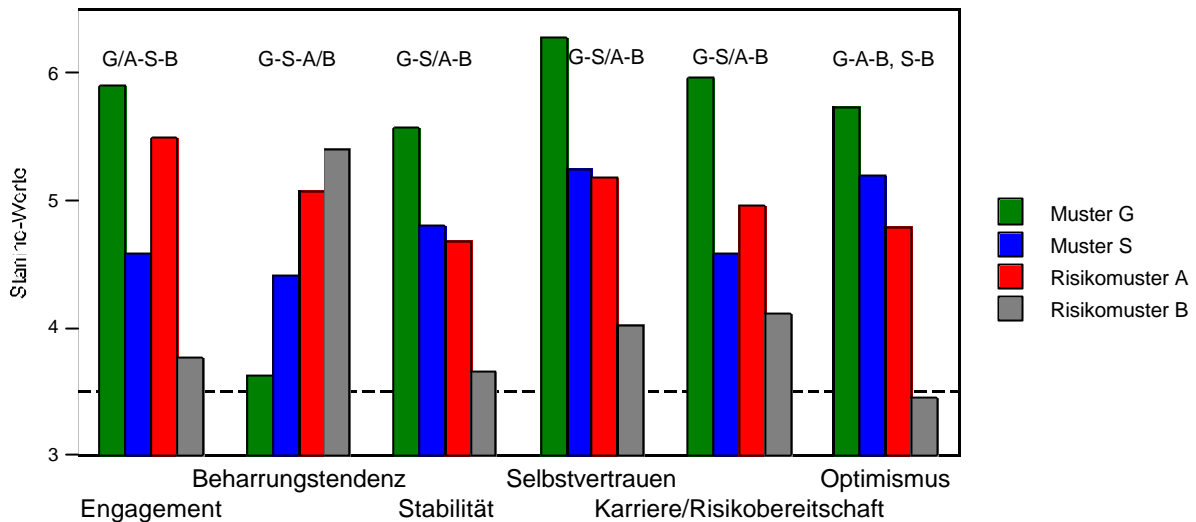


Abbildung 10. Mittelwerte der Muster in den IPS-Skalen aus dem Bereich des Leistungsverhaltens (406 Lehrerinnen und Lehrer)

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass sich die diagnostischen Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens überzeugend belegen lassen. Dabei kommen insbesondere auch die Vorteile der typendiagnostischen Unterscheidung nach den vier Bewältigungsmustern zum Ausdruck. Die Musterdifferenzierung ist allen Ergebnissen zufolge von hoher Gesundheitsrelevanz, denn es zeigt sich, dass sich die Vertreter der Muster (immer bestimmt nach der höchsten Wahrscheinlichkeit der Musterzuordnung) in Bezug auf alle hier einbezogenen Gesundheitsindikatoren deutlich unterscheiden. Dabei lassen sich durchweg für das Muster G die günstigsten und für die Risikomuster A und B die ungünstigsten Werte auffinden, wobei im Vergleich von A und B nochmals qualitative und quantitative Besonderheiten der Beanspruchung deutlich werden. (Näheres vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001, 2003). Insbesondere liefert damit die Musterbestimmung ein geeignetes Raster, um Beanspruchungssituationen für Individuen und Gruppen zu kennzeichnen, die erlebten Bewältigungskompetenzen gegenüber den künftigen Anforderungen zu beurteilen, Veränderungsbedarf auszumachen und schließlich auch Interventionseffekte i. S. der Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit auszuweisen.

## 4 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Die bisherigen Darstellungen zur Anforderungs- und Belastungssituation im Pflegeberuf haben eine vielschichtige Problematik erkennen lassen. In der Literatur wird die Beanspruchungssituation des Pflegepersonals überwiegend als ungünstig eingeschätzt. Und es steht außer Frage, dass die derzeitigen und absehbaren Entwicklungen keine grundsätzlichen Änderungen erwarten lassen. Im Gegenteil: Es muss weiterhin mit hohen Anforderungen und sogar zunehmenden Belastungen gerechnet werden. Deshalb ist es dringend erforderlich, sich mit der Beanspruchungssituation in der Pflege zu befassen. Doch reicht es dazu nicht aus, lediglich die belastenden Faktoren der Tätigkeit (wie sie oben beschrieben wurden) heranzuziehen. Erforderlich ist es auch, die Wirkungen auf die betreffenden Menschen zu erfassen. Dabei können wir uns nicht damit begnügen, lediglich nach Belastungseffekten in Form von Unzufriedenheit, Beeinträchtigungen, Beschwerden usw. als Merkmale verminderter Gesundheit zu fragen. Im Sinne des Anforderungs-Ressourcen-Modells von Becker (1986, 1992) ist es vielmehr notwendig, die persönlichen Voraussetzungen der Pflegekräfte zur Anforderungs- und Belastungsbewältigung zum Gegenstand der Betrachtung zu machen. Dieser ressourcenorientierte Zugang ist vor allem mit Blick auf die Prävention von Vorteil. Denn es lässt sich leichter und wirksamer in die Stärkung von Ressourcen eingreifen als in die Korrektur bereits vorliegender Belastungssymptome.

Mit dem von uns (Schaarschmidt & Fischer, 1996, 2003) entwickelten AVEM liegt ein leistungsfähiges Instrument zur Erfassung personaler Ressourcen der Anforderungs- und Belastungsbewältigung im Zusammenhang mit der Arbeit vor. Mit seiner Hilfe können – im Sinne des Modells von Beckers – treffsichere Aussagen über die Gesundheit von Menschen gemacht werden. Hier knüpfen die entscheidenden Fragestellungen dieser Arbeit an, die wir wie folgt formulieren:

- Mit welchen persönlichen Ressourcen treten die Pflegekräfte den Anforderungen ihres Berufes gegenüber?
- Welche Differenzierungen lassen sich dabei in Abhängigkeit von konkreten Arbeitsbedingungen auffinden?
- Wie sind diese Ressourcen auf dem Hintergrund derzeitiger und absehbarer Entwicklungen der Tätigkeitsanforderungen zu bewerten?
- Welche Veränderung der persönlichen Ressourcen findet bei den Pflegekräften im Laufe ihrer Berufstätigkeit statt?
- Welche Ansatzpunkte lassen sich aus den Ergebnissen für die gesundheitsförderliche Tätigkeitsgestaltung in der Pflege ableiten?

Zur Beantwortung dieser Fragen wollen wir das arbeitsbezogene Verhalten und Erleben einer großen Zahl von Pflegekräften aus unterschiedlichen Pflegebereichen erfassen. Die Erfassung ist dabei sowohl auf die (anforderungsabhängige) Binnendifferenzierung innerhalb der Pflgetätigkeit ausgerichtet als auch auf den Vergleich mit anderen Berufsgruppen. Insbesondere wird uns dabei die Verteilung der AVEM-Muster interessieren, da wir sie als konzentrierten Ausdruck des Bewältigungsverhaltens und der gesundheitlichen Ressourcen betrachten. Im Weiteren wird es darum gehen, die Musterbetrachtung zu untersetzen, indem wir nach den drei im AVEM berücksichtigten Bereichen differenzieren: dem Engagement gegenüber der Arbeit, der Widerstandskraft gegenüber Belastungen und dem im Zusammenhang mit dem Beruf stehenden Lebensgefühl. In die Betrachtung werden auch die Ergebnisse von Quer- und Längsschnittanalysen sowie von Evaluationsstudien in der Folge von Interventionen einbezogen.

Im Einzelnen lassen wir uns von folgenden Hypothesen leiten:

### **Hypothese 1:**

Wenn wir sowohl die o. g. problematischen Arbeitsbedingungen in Rechnung stellen, beispielsweise die zunehmende Intensität der Arbeit und den steigenden Anteil formaler und patientenferner Tätigkeiten, als auch die gegenüber der Tätigkeit im Pflegeberuf sichtbar werdenden Verhaltenstendenzen, z. B. die kurze Verweildauer der Pflegekräfte im Beruf sowie das verhaltene Interesse an einer Berufsausbildung und an einer Tätigkeit in bestimmten Arbeitsbereichen der Pflege (z. B. in der Geriatrie), so erwarten wir, dass unsere Untersuchungen in erster Linie auf motivationale Besonderheiten hinweisen, wie sie sich im Muster S des AVEM niederschlagen. Wir gehen also davon aus, dass sich dieses Muster als das dominante erweisen dürfte. Es bringt sowohl eingeschränktes Engagement als auch eine Schutzhaltung vor als überhöht empfundenen Anforderungen und wenig beeinflussbaren Bedingungen zum Ausdruck. Auf der Merkmalsebene rechnen wir vor allem mit Einschränkungen in der *Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit*, der *Verausgabebereitschaft*, dem *Perfektionsstreben* und dem *Beruflichem Erfolgserleben*. Dies dürfte gleichzeitig einher gehen mit hoher *Distanzierungsfähigkeit*. Andere Merkmale sollten vorwiegend mittlere Ausprägungen aufweisen, wie das für das Muster S kennzeichnend ist.

Von größerer Bedeutung dürfte weiterhin das Risikomuster B sein. Denn es kann erwartet werden, dass in den Fällen, in denen (konstitutionell oder durch die individuelle Lebensgeschichte bedingt) weniger gut ausgeprägte Widerstandsressourcen in die Tätigkeit eingebracht werden, die genannten ungünstigen Bedingungen in die Richtung einer resignativen Arbeitseinstellung drängen werden. Ein weniger häufiges Auftreten ist für die Muster G und A zu erwarten. Die Ausprägung des Musters G ist geknüpft an das

Vorhandensein einer motivations- und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Hier aber sehen wir z. T. deutliche Defizite. Das Risikomuster A steht für überzogene Verausgabungs- und Leistungsbereitschaft. Wir gehen davon aus, dass ein solches Verhaltens- und Erlebensmuster unter den geschilderten Arbeitsbedingungen nicht lange Bestand haben wird. Es ist eher wahrscheinlich, dass erhöhtes Engagement in Enttäuschung umschlägt und damit eine Entwicklung zum Risikomuster B eingeleitet wird. In diesen Fällen dürfte dann der Weg vom „Brennen“ über das „Ausbrennen“ führen, also ein Burnout-Prozess im eigentlichen Sinne stattfinden.

Wir nehmen an, dass die hier vorausgesetzte Musterverteilung, die insbesondere durch die Dominanz des Muster S geprägt ist, im Wesentlichen das Bild im Pflegeberuf charakterisieren wird. Demzufolge erwarten wir auch ähnliche Verteilungen beim Vergleich über verschiedene Regionen hinweg. Darüber hinaus sollte sich die Besonderheit in der Musterkonstellation bei der Gegenüberstellung mit anderen Berufsgruppen zeigen.

### **Hypothese 2:**

Mit der zweiten Hypothese nehmen wir an, dass sich trotz eines allgemeinen, für die Berufsgruppe im Ganzen charakteristischen Trends (Hypothese 1) auch Differenzierungen innerhalb der Pflegepopulation auffinden lassen. Dort, wo trotz problematischer Rahmenbedingungen zumindest partiell gesundheitsförderliche und als herausfordernd erlebte Arbeitsbedingungen geschaffen wurden, werden günstigere Musterkonstellationen auftreten, d. h. der Anteil des Musters G wird erhöht und der der Risikomuster A und (insbesondere) B, aber auch des Musters S, sollte vermindert sein. Konkret erwarten wir bei Tätigkeiten, die erweiterten Tätigkeits- und Handlungsspielraum sowie mehr Verantwortung mit sich bringen, eine solche unter Motivations- und Gesundheitsaspekt günstigere Musterausprägung. Das sollte insbesondere hervortreten, wenn die Position innerhalb der Pflegehierarchie berücksichtigt wird. Theoretisch begründet sich diese Annahme aus dem Konzept Anforderung/Belastung (Volpert, 1987, 1994) und dem Demand/Control-Modell (Karasek, 1979). Freilich wird dabei vorausgesetzt, dass der Zugewinn durch höhere Anforderungen nicht durch höhere psychische Belastungen aufgezehrt wird.

Auch im Vergleich der Arbeitsbereiche rechnen wir mit Differenzierungen in den Musterverteilungen. So sollte in Pflegebereichen mit besonders hohen psychophysischen Belastungen ein erhöhter Anteil der Risikomuster festzustellen sein. Der Trend zu mehr Risikoanteilen wird auch bei sehr langer Berufstätigkeit erwartet. Diese Annahme begründet sich aus dem Zusammentreffen steigender beruflicher Anforderungen und Belastungen und dem Nachlassen der psychophysischen Leistungsfähigkeit. Für bedeutsam halten wir im Weiteren eine geschlechtsspezifische Auswertung. Wir erwarten für weibliche Pflegekräfte ein

verstärktes Auftreten ungünstiger Muster – nicht zuletzt wegen der häufigeren Doppelbelastung durch Familie und Beruf.

### **Hypothese 3:**

Mit Hypothese 1 nahmen wir an, dass für die im Beruf stehenden Pflegepersonen eine ungünstige Musterverteilung vorliegen wird. Dabei gingen wir von der Dominanz des Musters S aus. Wir stellen nun weiterhin die Frage, wie sich die Musterkonstellation für die Gruppe der Pflegeschüler darstellen wird. In diesem Zusammenhang wollen wir uns noch einmal die Ausgangssituation der Pflegeschüler vor Augen führen: Ausbildungsvoraussetzung ist der Pflichtschulabschluss. In der Praxis heißt das, dass vorwiegend sehr junge, noch wenig lebenserfahrene Menschen die Berufsausbildung in Krankenpflegeschulen und Krankenhäusern absolvieren. Schon frühzeitig werden sie mit z. T. erheblichen physischen und psychischen Belastungen konfrontiert, für deren angemessene Bewältigung ihre persönlichen Ressourcen oftmals nicht ausreichen. Im Weiteren machen viele von ihnen schon bald die Erfahrung, dass die Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen nicht ihren Erwartungen entsprechen. Die Folge ist Desillusionierung. Auf diesem Hintergrund nehmen wir zwei Tendenzen an: *Erstens* erwarten wir, dass – als Ausdruck von Überforderung – insbesondere in der Anfangsphase die Risikomuster verstärkt auftreten werden. *Zweitens* nehmen wir an, dass sich im späteren Verlauf die Tendenz zum Muster S vermehrt zeigen wird. Diese Entwicklung dürfte dann auf enttäuschte Erwartungen sowie auf eine von den schon länger berufstätigen Pflegekräften übernommene Schutzhaltung zurückzuführen sein.

### **Hypothese 4:**

Gegenstand der vierten Hypothese ist die Stabilität vs. Veränderung der AVEM-Muster über die Zeit der Berufsausübung. Wir gehen davon aus, dass sich die Musterzugehörigkeit aus der Wechselwirkung zwischen Arbeitsanforderungen und -bedingungen einerseits und persönlichen Leistungsvoraussetzungen andererseits ergibt. Für Berufsanfänger gilt, dass dieses individuelle Verhältnis zur Berufstätigkeit erst gefunden werden muss. Auf dem Hintergrund der Erfahrungen in der Ausbildung sollte sich in den frühen Berufsjahren die für den Beruf typische Musterkonstellation als Ausdruck der beruflichen Sozialisation voll ausprägen. D. h. konkret: Wir rechnen in den ersten 5 Berufsjahren nach dem Abschluss der Ausbildung mit einer deutlichen Zunahme des in der Pflege dominanten Musters S bei jungen Pflegekräften. Im Weiteren erwarten wir relative Stabilität der Musterverteilung als Ausdruck des vorläufigen Abschlusses der Professionalisierung. D. h. nicht, dass keine weiteren Veränderungen im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben festzustellen sind. Allerdings erwarten wir für diese, dass sie einen Zuwachs an

Routine in der Anforderungsbewältigung erkennen lassen. Das dürfte insbesondere in einer Zunahme der *Distanzierungsfähigkeit* über die weiteren Berufsjahre hinweg Ausdruck finden.

Klar ist, dass sich die Annahme der relativen Stabilisierung (einer S-dominierten Musterkonstellation) auf die Fälle bezieht, in denen die Arbeitsanforderungen und -bedingungen im Wesentlichen unverändert bestehen und keine gezielte Intervention erfolgt. Mit anderen Worten: Wir gehen nicht davon aus, dass sich die Musterverhältnisse im Selbstlauf, also i. S. spontaner Remission, zum Besseren verändern.

### **Hypothese 5:**

Mit Hypothese 5 wollen wir Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Ausprägung der AVEM-Muster überprüfen.

Wir gehen davon aus, dass bei gezielter Intervention Musterveränderungen in gesundheits- und persönlichkeitsförderlicher Hinsicht zu erreichen sind. Konkret sollte sich das in einer Verminderung der Risikomuster, aber auch des Musters S, sowie in einem Mehr an GMuster-Anteilen ausdrücken. Die Wirksamkeit der Maßnahmen sollte vor allem dann gegeben sein, wenn es sich um eine klar auf die Zielgruppe ausgerichtete, intensive und systematische Intervention handelt. Unverbindliche Angebote von personenbezogenen Maßnahmen ohne Teilnahme- und Erfolgskontrolle dürften hingegen ohne nachweisbaren Erfolg bleiben.

### **Hypothese 6:**

In Hypothese 2 waren wir davon ausgegangen, dass die Musterzugehörigkeit durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Wir nehmen aber auch umgekehrt an, dass die Tätigkeit und die mit ihr verbundenen Anforderungen und Ausführungsbedingungen musterspezifisch wahrgenommen werden. Kurzum: Die Arbeitsverhältnisse beeinflussen nicht nur die Ausbildung der Muster, sondern letztere wirken auch auf die Widerspiegelung der Arbeitsverhältnisse zurück. Demzufolge sollte sich in unseren Ergebnissen zeigen, dass die Einschätzung der Tätigkeit durch die Musterzugehörigkeit mitbestimmt wird. Falls sich dies nachweisen lässt, muss auch davon ausgegangen werden, dass Maßnahmen der Arbeitsgestaltung in Abhängigkeit von den jeweils dominierenden Mustern wirksam werden.

## 5 METHODIK

### 5.1 Erhebungen und Untersuchungsstichproben

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war eine in den Jahren 1996/97 in 10 Wiener Spitälern durchgeführte Untersuchung zur Belastungs- und Beanspruchungssituation im Pflegebereich. In der Folge wurde die Studie auf Krankenhäuser aus den deutschen Bundesländern Brandenburg und Berlin ausgedehnt (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001; Fischer & Schaarschmidt, 2002, 2003). Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse wurde in einem Wiener Schwerpunktkrankenhaus im Jahr 1998 eine Längsschnittstudie aufgenommen, in deren Rahmen in den Jahren 2000 und 2001 Wiederholungsuntersuchungen mit einer weiterführenden Akzentsetzung stattfanden. Im Zuge der Durchführung von Assessment-Centern ergab sich auch die Möglichkeit der längsschnittlichen Untersuchung von Führungskräften aus dem Pflege- und weiteren Tätigkeitsbereichen von Krankenhäusern. Die Längsschnittbetrachtung galt hier der nachfolgenden Evaluation der im Ergebnis des AC durchgeführten Maßnahmen und der durch sie bewirkten persönlichen Entwicklung. Die Erhebungen bezogen sich auf einen Zeitraum von ca. 10 Jahren. Die im Längsschnitt betrachteten Zeitabstände lagen zwischen 2 und 4 Jahren (vgl. Schaarschmidt u. a., 1999). In den Jahren 2003 und 2005 wurde schließlich ein Projekt zur Gesundheitsförderung von Krankenpflegepersonen in Wien mit einer Stuserhebung sowie einer nachfolgenden Evaluation der Maßnahmen begleitet. Was die Population der Krankenpflegeschüler betrifft, so konnten wir die Erhebungen im Rahmen des Unterrichts durchführen (vgl. Fischer & Schaarschmidt, 2002).

Verschiedene Projekte gaben darüber hinaus Gelegenheit zur Untersuchung weiterer Stichproben, die hier nur im Vergleich eine Rolle spielen: Ergebnisse von deutschen und österreichischen Lehrern fielen im Rahmen mehrerer umfangreicher Studien an (vgl. Schaarschmidt, 2004; Lechner u. a., 1995), Verwaltungsangestellte aus dem Krankenhausbereich und Feuerwehrleute untersuchten wir im Zusammenhang mit der Planung von Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001).

Übereinstimmend gilt für alle Erhebungen, dass die Teilnahme an den Befragungen freiwillig und anonym erfolgte, dass der Fragebogen AVEM in jedem Fall eingesetzt wurde und alle Untersuchungsteilnehmer eine persönliche Auswertung erhielten.

Im Folgenden werden die wichtigsten Erhebungen und Untersuchungsstichproben noch genauer beschrieben:



***Erhebung 1: Querschnittuntersuchung in den Jahren 1996/97 in Wien, Brandenburg und Berlin***

Das Anliegen der Untersuchung bestand neben der Weiterentwicklung und Validierung des AVEM vor allem in der umfassenden Analyse der Belastungs- und Beanspruchungsverhältnisse im Pflegeberuf. Entsprechend breit angelegt war das angewendete Methodeninventar. Erhoben wurden mit einem umfangreichen Fragebogen (s. Anhang 1) das arbeitsbezogene Verhalten und Erleben (AVEM), das Erleben von Merkmalen der Pflegetätigkeit und belastenden Bedingungen in der Arbeit, allgemeine und arbeitsbezogene Werte, Merkmale der Beanspruchung, das Kohärenzerleben, das Freizeit-, Gesundheits- und Erholungsverhalten sowie Angaben zur Person.

Wir führten die Untersuchungen, in die über 2000 Pflegepersonen einbezogen waren, in den Jahren 1996/97 in Wien (n = 1390), Brandenburg (n = 466) und (West-)Berlin (n = 163) in öffentlichen Akutkrankenhäusern und Pflegeheimen durch. Die Stichprobe kann in ihrer Zusammensetzung nach Alter (16-62 Jahre, Mittelwert 33.5 Jahre) und Geschlecht (88 % Frauen, 12 % Männer) als repräsentativ bezeichnet werden. Es waren eine Vielzahl von Pflegebereichen und alle Hierarchieebenen – von der Pflegehilfe bis zur Pflegeleitung – vertreten.

***Erhebung 2: Kombinierte Quer- und Längsschnittuntersuchung im Pflegebereich eines Schwerpunktkrankenhauses in Wien in den Jahren 1998, 2000 und 2001***

Das Längsschnittprojekt knüpfte an die Ergebnisse der Untersuchung der Jahre 1996/97 an. Von Messpunkt zu Messpunkt wurden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt (1998: Veränderung von Belastung und Beanspruchung gegenüber 1996, Bewertung der Arbeitsbedingungen und der Maßnahmen der Personalentwicklung, Einstellungen zu Dienstformen und Arbeitszeitmodellen; 2000: Einstellungen gegenüber Tätigkeit und Beruf; 2001: Innerbetriebliche Fortbildung, Informationsfluss, Beanspruchungserleben). Zu jedem Messpunkt war der AVEM Bestandteil des Untersuchungsmaterials. Es entsprach dem Wesen einer derart angelegten Studie, dass die wichtigsten Methoden über den gesamten Zeitraum unverändert blieben, die inhaltlichen Schwerpunkte jedoch entsprechend ergänzt wurden. Da bei Weiterem nicht alle Inhalte dieser Erhebung für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind, verzichteten wir darauf, die umfangreichen Fragebogenmaterialien in den Anhang aufzunehmen und verweisen auf die Untersuchung von 1996 (Anhang 1).

Aufgeschlüsselt nach den Jahren 1996, 1998, 2000 und 2001 nahmen 465, 425, 430 und 130 Pflegepersonen an den Untersuchungen teil. Sie alle bearbeiteten den AVEM und wurden demzufolge in der Ergebnisdarstellung berücksichtigt. Allerdings standen nicht alle Personen für eine längsschnittliche Aus-

wertung zur Verfügung (z. B. wegen Fluktuation, temporärer Abwesenheit oder fehlender eindeutiger Identifikation; genaue Angaben dazu in der Ergebnisdarstellung). In ihrer Zusammensetzung unterschieden sich die Stichproben der vier Messpunkte nur unwesentlich (Geschlecht: zwischen 91 und 92 % weiblich, zwischen 8 und 9 % männlich; Position: zwischen 3 und 4 % Pflegehelfer, zwischen 75 und 84 % diplomiertes Personal, zwischen 10 und 20 % Stationschwester/-pfleger, ca. 2 % andere Führungskräfte). Das mittlere Alter der einbezogenen Personen stieg zwischen 1996 und 2000 von 31.8 auf 36.1 Jahre (2001 wurde zur Gewährleistung der Anonymität das Alter nur nach Kohorten erfasst.). Im Jahre 2001 lag der Anteil der diplomierten Pflegekräfte nur bei 75 %, der der Stationschwester/-pfleger hingegen bei 20 %.

***Erhebung 3: Kombinierte Quer- und Längsschnittuntersuchung bei Pflegeschülern in Wien in den Jahren 2000-2002***

Die Fragestellung gegenüber den Pflegeschülern war nur auf deren arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben und dessen Veränderung gerichtet, so dass ausschließlich der AVEM zur Untersuchung herangezogen wurde. Insgesamt beteiligten sich 261 Schüler einer großen Wiener Krankenpflegeschule an den Befragungen. Im wesentlichen gelang es, den überwiegenden Teil der Schüler zumindest zweimal zu befragen, einige auch dreimal, so dass die Ergebnisse dieser Stichproben unter dem Veränderungsaspekt beurteilt werden können. Die Stichprobenumfänge betragen zu den einzelnen Messpunkten: 1. Ausbildungsjahr/Anfang n = 162, 1. Ausbildungsjahr/Ende n = 39, 2. Ausbildungsjahr n = 96, 3. Ausbildungsjahr n = 90. Das Alter der Schüler lag zum Zeitpunkt der ersten Messung zwischen 16 und 47 Jahren, wobei 59 % nicht älter als 20 Jahre und nur 8 % älter als 25 Jahre waren. 85 % waren weiblichen und 15 % männlichen Geschlechts, womit eine recht gute Übereinstimmung mit der in der Berufsgruppe vorgefundenen Geschlechtsverteilung besteht.

***Erhebung 4: Kombinierte Quer- und Längsschnittuntersuchung im Rahmen eines Projekts zur Gesundheitsförderung in einem Wiener Krankenhaus in den Jahren 2003 und 2005***

Im Jahr 2003 wurde ein Projekt zur Förderung der Gesundheit des Pflegepersonals eines Wiener Krankenhauses aufgenommen. Nach einer Stuserhebung wurden verschiedene Maßnahmen für die Mitarbeiter und Führungskräfte durchgeführt bzw. angeboten, um die Arbeitssituation zu verbessern und die Entwicklung des persönlichen Gesundheitsverhaltens zu unterstützen. Es handelte sich dabei um folgende Maßnahmen: gesunde Ernährung, aktives Erholungsverhalten durch Sport, ergonomisch korrekte

Bewältigung körperlicher Belastungen in der Arbeit, Verbesserung des Teamklimas und der sozialen Integration, Optimierung des Führungsverhaltens. Die Angebote waren an alle Mitarbeiter der Pflege gerichtet. Am stärksten beteiligten sich diplomierte Pflegepersonen und Führungskräfte (s. Ergebnisteil). Im Jahr 2005 führten wir eine Wiederholungsuntersuchung zur Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen durch.

Es liegen demnach Ergebnisse von 2 Messpunkten im Abstand von 2 Jahren mit 139 bzw. 100 Pflegekräften vor, wobei allerdings nur die Ergebnisse von 35 Personen in eine längsschnittliche Betrachtung einfließen können. Eine bereits 7 Jahre vor dem ersten Messpunkt im gleichen Krankenhaus durchgeführte Untersuchung mit 53 Personen erweitert die Aussagekraft im Querschnittsvergleich.

Die Zusammensetzung der Untersuchungsstichproben für 2003 (2005) lautet wie folgt: 86 (92) % weiblich, 14 (8) % männlich, 11 (13) % Abteilungshelfer, 6 (8) % Pflegehelfer, 70 (59) % diplomiertes Personal, 13 (14) % Stations-/Oberschwestern/-pfleger.

Die Darstellung der Ergebnisse beschränkt sich hier auf das arbeitsbezogene Verhalten und Erleben bei Differenzierung nach personalen Merkmalen (Position, Abteilungszugehörigkeit, Dienstform). Aus diesem Grunde wird darauf verzichtet, die über AVEM hinausgehenden umfangreichen Untersuchungsmaterialien im Anhang aufzuführen.

### ***Erhebung 5: Förder-Assessment-Center sowie nachfolgende Evaluation bei Führungskräften aus dem Krankenhausbereich in Wien zwischen 1995-2005***

Im Rahmen eines Programms zur Vorbereitung von Mitarbeitern auf die Übernahme von Führungspositionen in Krankenhäusern wurden die Teilnehmer mit dem Ziel einer persönlichen Standortbestimmung in Förder-Assessment-Center einbezogen. Die anschließende Förderung umfasste eine betriebswirtschaftliche Ausbildung an akademischen Einrichtungen sowie persönlichkeitsentwickelnde Maßnahmen (Seminare und Trainings zur Schulung managementbezogener Fähigkeiten und zur Persönlichkeitsbildung, z. T. Mentoring und Coaching). Zur Beurteilung der erfolgten Entwicklung und der Wirksamkeit des Programms erhielt ein Teil der Personen nach Abschluss aller Maßnahmen Gelegenheit zur Teilnahme an einem Evaluations-Assessment-Center. Im Rahmen beider Verfahren kam u. a. AVEM zur Anwendung. Es liegen nun von 159 Teilnehmern des Programms Längsschnittdaten vor, die das Verhalten und Erleben gegenüber der Arbeit vor und nach der Intervention im zeitlichen Abstand von 3-5 Jahren wiedergeben. Die einbezogenen Personen waren zu 38 % männlichen und 62 % weiblichen Geschlechts. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Stichprobe der Führungskräfte von der des Pflegepersonals.

Im Weiteren gehen noch folgende Erhebungen mit in die Auswertung ein:

***Erhebung 6:***

Im Rahmen eines Projektes zur Lehrergesundheit wurden in den Jahren 1995/96 1808 Lehrerinnen und Lehrer u. a. mittels AVEM untersucht. Die Erhebungen fanden in Wien (n = 382), Brandenburg (n = 948) und Berlin (n = 478) statt. Die Stichproben wiesen in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schulformen eine im Wesentlichen repräsentative Zusammensetzung auf (vgl. Schaarschmidt & Fischer, 2001).

***Erhebung 7:***

Im Jahre 1996 erfassten wir im Zusammenhang mit der Entwicklung eines eignungsdiagnostischen Instruments 366 Mitarbeiter einer österreichischen Berufsfeuerwehr. Auch sie bearbeiteten u. a. den Fragebogen AVEM. Es handelte sich um Männer im Alter zwischen 20-54 Jahren. In der Mehrzahl wiesen sie 10 bis 25 Dienstjahre auf.

***Erhebung 8:***

Weitere (AVEM-)Vergleichsdaten stammen aus einer Untersuchung von 70 Verwaltungsangestellten eines Wiener Krankenhauses (19-59 Jahre, 42 % weiblich, 58 % männlich). Es handelte sich dabei um ein Projekt zur Organisations- und Personalentwicklung im Verwaltungsbereich.

## 5.2 Methoden

Bestandteil einer jeden Untersuchung war der Fragebogen AVEM. Konzept und Aufbau des Instruments sind bereits umfassend erläutert worden (s. o.), sodass auf eine nochmalige Darstellung verzichtet werden kann. Der Fragebogen ist als Teil des Untersuchungsmaterials der Pflegestudie dem Anhang A1, Teil B, zu entnehmen.

Alle weiteren in der Arbeit verwendeten Methoden werden im Folgenden dargestellt.

### 5.2.1 Erfassung arbeitsbezogener Werte

Arbeitsbezogene Wert- und Zielvorstellungen erfassten wir mit Hilfe einer Liste von 16 Items. Für die Konstruktion wurden Ressourcenmerkmale von Arbeitstätigkeiten zugrunde gelegt. Jedes Item war nach der persönlichen Wichtigkeit auf einer 5stufigen Skala einzuschätzen (s. Anhang A1, Teil A/WERT-A).

Die Wert- und Zielvorstellungen wurden auf der Grundlage der Angaben von 1151 Pflegepersonen über eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, 62.5 % Varianzaufklärung) zu folgenden 5 übergreifenden Faktoren zusammengefasst:

- Faktor 1 – Möglichkeit zu selbständiger Arbeit und eigener Entscheidung; berufliche Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten (4 Items: „*Selbständig arbeiten und entscheiden können*“, „*In der Arbeit bei wichtigern Entscheidungen mitreden können*“, „*Möglichkeiten haben, neue Dinge zu lernen*“, „*Gute Aufstiegsmöglichkeiten*“)
- Faktor 2 – interessante, abwechslungsreiche und sinnerfüllte Arbeit; gute Arbeitsumweltbedingungen (4 Items: „*Meine berufliche Arbeit sinnvoll finden*“, „*Eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit haben*“, „*Lust und Spaß bei der Arbeit haben*“, „*Gute Umweltbedingungen am Arbeitsplatz*“)
- Faktor 3 – enge Kooperation und Kommunikation in der Arbeit; gutes Arbeitsklima und Erhalt von Anerkennung (4 Items: „*Zusammenarbeit mit Kollegen/-innen*“, „*Gutes Betriebsklima*“, „*Viel Kontakt mit Menschen haben*“, „*Anerkennung für meine Arbeit*“)
- Faktor 4 – gutes Einkommen und Sicherheit des Arbeitsplatzes (2 Items: „*Einen gesicherten, krisenfesten Posten haben*“, „*Gut verdienen*“)
- Faktor 5 – flexible Arbeitszeit (2 Items: „*Die Möglichkeit haben, Teilzeit zu arbeiten*“, „*Flexible Arbeitszeit haben*“)

## 5.2.2 Erfassung des Erlebens von Ressourcen in der Pfl egetätigkeit

Das Erleben von Ressourcen in der Pfl egetätigkeit wurde über die Beurteilung von Tätigkeitsmerkmalen anhand von 14 Items ermittelt (s. Anhang A1, Teil A/ARBEIT). Zu jedem einzelnen Merkmal hatten die Befragten (n = 1269) das Zutreffen/Nichtzutreffen auf einer 5stufigen Skala einzuschätzen. Die Anzahl der Dimensionen reduzierten wir mit Hilfe einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, 59.8 % Varianzaufklärung) auf 4 wesentliche Faktoren:

- Faktor 1 – Möglichkeit zu selbständiger Arbeit, eigener Entscheidung und Mitwirkung  
(Beispielitem: „*5. Meine Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.*“ sowie die Items 7, 13, 11 und 1),
- Faktor 2 – Hohe Anforderungen an die Verantwortung und an das Qualifikationsniveau,  
(Beispielitem: „*2. Meine Arbeit beinhaltet große Verantwortung.*“ sowie die Items 3 und 9),

Faktor 3 – Anforderungsvielfalt und Lernanregungen der Tätigkeit,

(Beispielitem: „12. *Man kann bei meiner Arbeit immer wieder Neues dazulernen.*“ sowie die Items 8, 6 und 14),

Faktor 4 – Kooperations- und Kommunikationserfordernisse in der Tätigkeit.

(Beispielitem: „4. *Um die Arbeit zu erledigen, muss man sich mit seinen Arbeitskollegen/-innen absprechen.*“ sowie Item 10),

### 5.2.3 Erfassung des Belastungserlebens

Das Ausmaß des Belastungserlebens ermittelten wir mit Hilfe einer Liste von 20 Items, die von 1035 Pflegepersonen vollständig bearbeitet wurde (s. Anhang A1, Teil A/BELANF). Die Liste beinhaltete sowohl allgemeine unspezifische Belastungen (z. B. Intensität der Arbeit, Schwierigkeit, Länge der Arbeitszeit, Fluktuation, Angst vor Fehlern und Versäumnissen...) als auch tätigkeitsspezifische Belastungen (z. B. tägliche Konfrontation mit Krankheit und Tod, hoher Anteil nichtpflegerischer Tätigkeiten, Reibereien und Konflikte mit Patienten, Ärzten, Vorgesetzten, Kollegen...). Die Einschätzungen waren wiederum auf einer 5stufigen Skala mit den Polen „... *fühle mich überhaupt nicht belastet*“ bis „... *fühle mich außerordentlich belastet*“ vorzunehmen.

Weitere Aspekte des Belastungserlebens betrafen das Verhalten und Erleben gegenüber Patienten. Erfasst wurden sie an 418 Pflegepersonen im Rahmen der kombinierten Quer- und Längsschnittuntersuchung im Pflegebereich eines Schwerpunktkrankenhauses in Wien im Jahr 2000 (s. o.). Bei diesen Einschätzungen war für 30 patientenbezogene Items der Grad des Zutreffens anzugeben (5stufige Skala, 1 = nicht zutreffend, ..., 5 = sehr zutreffend).

Die Items bezogen sich im Einzelnen auf die Motivation der Pflegekräfte (z. B. *Wenn ich mit Patienten zu tun habe, engagiere ich mich voll und ganz.*) und auf die emotionale Bewältigung der Pflegetätigkeit (z. B. *Wenn ich mit Patienten zu tun habe, kränkt es mich, wenn ich kein Dankeschön bekomme.*) (s. Anhang A2).

### 5.2.4 Erfassung objektiver Merkmale der Arbeitstätigkeit

Als objektive Merkmale der Arbeitstätigkeit dienten Angaben zur Position sowie zum Pflegebereich, in dem die Untersuchungsperson tätig war.

Im Einzelnen wurde nach folgenden Positionen unterschieden:

1. Schüler/in für Gesundheits- und Krankenpflege
2. Pflegehelfer/in (in Österreich), Versorgungsassistent/in (in Deutschland)
3. Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
4. Stationsschwester/-pfleger bzw. ständige Vertretung
5. Oberschwester/-pfleger bzw. ständige Vertretung
6. Pflegedirektor/in bzw. ständige Vertretung

Weiterhin erfassten wir die Stationszugehörigkeit eines jeden Untersuchungsteilnehmers. Im Rahmen der Datenauswertung nahmen wir anschließend eine Zusammenfassung nach der Ähnlichkeit der Tätigkeitsanforderungen (Hauptaufgabe, Patientenkontakt) vor. Auf dieser Grundlage erfolgte eine Kategorisierung nach 9 Arbeitsbereichen:

1. Erstversorgung, Aufnahmestationen und (Fach-)Ambulanzen (insgesamt 21 Stationen und Ambulanzen mit 112 Untersuchungspersonen)
2. Psychiatrische Stationen (insgesamt 36 psychiatrische Akut-, Subakut-, gerontopsychiatrische und Behindertenstationen mit 169 Untersuchungspersonen)
3. allg. Bettenstationen (insgesamt 41 Stationen unterschiedlicher Schwerpunktsetzung: allgemeine und spezielle interne Stationen, allgemein chirurgische, orthopädische, urologische und dermatologische Stationen mit 241 Untersuchungspersonen)
4. OP (insgesamt 8 große OP-Einheiten und 3 Eingriffsräume mit 58 Untersuchungspersonen)
5. Anästhesiologische und Intensivstationen, CCU (insgesamt 7 Stationen mit 82 Untersuchungspersonen)
6. Stationen in Pflegeheimen (insgesamt 20 Stationen in 2 Pflegeheimen mit 92 Untersuchungspersonen)
7. Neurologische Stationen (insgesamt 18 Stationen in 2 Neurologischen Krankenhäusern und 3 Stationen in Allgemeinkrankenhäusern mit 71 Untersuchungspersonen)
8. Kinderstationen (insgesamt 16 interne und chirurgische Kinderstationen einschließlich neonatologische und Kinderintensivstationen mit 139 Untersuchungspersonen)
9. Onkologische Stationen (insgesamt 5 Stationen in 2 Krankenhäusern mit 29 Untersuchungspersonen)

## 6 ERGEBNISSE

### 6.1 Generelle Situation in der Pflege

Mit der *ersten Hypothese* hatten wir die Erwartung formuliert, dass zunächst motivationale Besonderheiten i. S. des S-Musters die Situation im Pflegebereich kennzeichnen dürften. Wir gehen demzufolge davon aus, dass sich entsprechende Akzentuierungen im durchschnittlichen AVEM-Profil der Pflegepopulation finden werden und das Muster S zahlenmäßig vorherrschen wird. Weiterhin rechneten wir mit einem relativ häufigen Auftreten des Risikomusters B, während wir das Risikomuster A seltener erwarteten. Und schließlich nahmen wir an, dass sich die ungünstigen Bedingungen des Berufs, die wir einleitend geschildert hatten, auch in einem geringen Vorkommen des wünschenswerten Musters G niederschlagen müssten.

Zur Prüfung der ersten Hypothese betrachten wir zunächst das mittlere Profil und die Verteilung der AVEM-Muster in der Gruppe von 1390 österreichischen Pflegekräften aus Erhebung 1 (s. Abbildungen 11 und 12). Beachtenswert sind vor allem jene Werte, die vom zu erwartenden mittleren Stanine-Wert 5 abweichen (Abbildung 11). Besonders fallen demnach die Dimensionen des Engagements auf: hohe Ausprägungen in der *Distanzierungsfähigkeit*, geringe in der *Bedeutsamkeit der Arbeit*, dem *Beruflichen Ehrgeiz* und der *Verausgabebereitschaft*. Hervorzuheben ist weiterhin, dass ein eingeschränkter Wert im *Beruflichen Erfolgserleben* vorliegt, sich aber auch ein erhöhtes Maß an *Innerer Ruhe und Ausgeglichenheit* erkennen lässt.



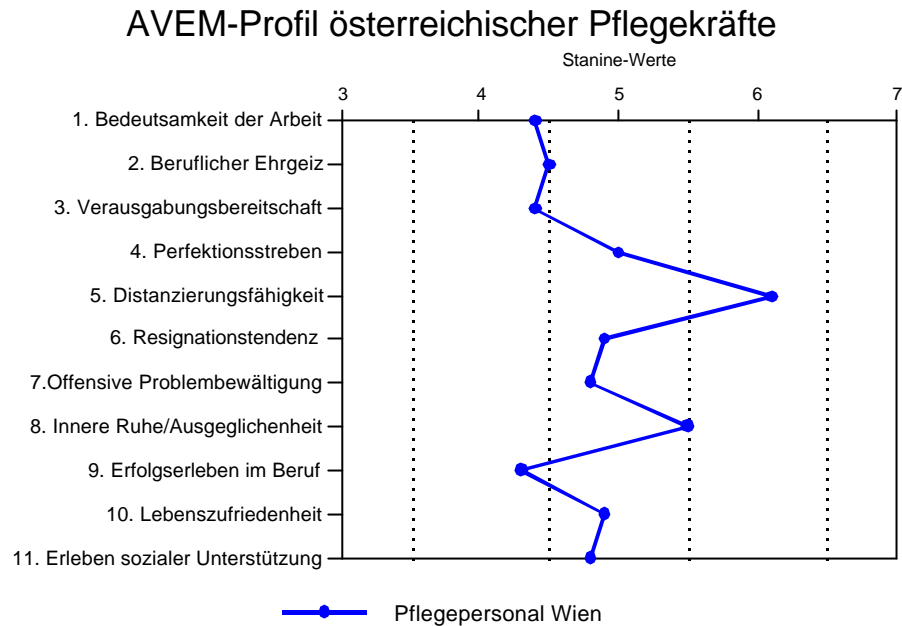


Abbildung 11. Mittleres AVEM-Profil von 1390 österreichischen Pflegekräften

(Zur Beachtung: der Mittelwert der Normstichprobe beträgt jeweils 5.)

Wird nun im weiteren die Zugehörigkeit zu den AVEM-Mustern geprüft, so lassen sich 63 % der Personen mit ihren Profilen den Mustern G und S zuordnen. Damit sind für sie keine Beeinträchtigungen in der psychischen Gesundheit zu konstatieren. Allerdings bleibt festzuhalten, dass der größte Teil aller Pflegepersonen (40 %) mit der vorherrschenden Tendenz dem S-Muster zugehörig ist. Die verbleibenden 37 % entfallen auf die beiden Risikomuster, der größere Teil (21 %) erwartungsgemäß auf das Muster B (links in Abbildung 12).

Die Beurteilung dieses Ergebnisses wird durch einen Vergleich mit anderen Berufsgruppen aus Österreich erleichtert, wie er weiterhin aus Abbildung 12 ersichtlich ist. Dabei fällt für die Pflegekräfte der hohe Anteil des Musters S bei verhältnismäßig geringem Anteil von G als charakteristisch auf. In Bezug auf die Risikomuster nimmt das Pflegepersonal eine Mittelstellung ein: Lehrer weisen in deutlich höherer Zahl das Risikomuster B auf; Führungskräfte (der unteren und mittleren Ebene) aus Krankenhäusern und Angehörige einer großen Berufsfeuerwehr zeigen das unter Gesundheitsaspekt günstigste Bild mit einem hohen Anteil des Musters G. Festzuhalten bleibt in jedem Fall, dass große Unterschiede in der Musterverteilung zwischen den Berufsgruppen bestehen (vgl. Fischer & Schaarschmidt, 2002).

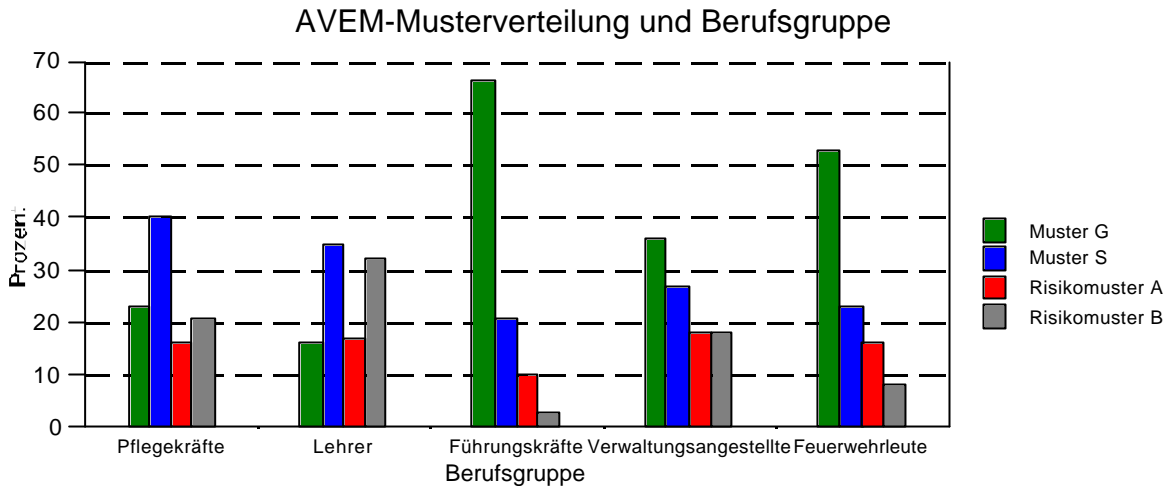


Abbildung 12. Häufigkeit der AVEM-Muster bei österreichischen Pflegekräften und in verschiedenen österreichischen Vergleichsstichproben

Neben dem Vergleich zwischen Berufsgruppen innerhalb einer Region (in Österreich) wollen wir auch eine Gegenüberstellung der AVEM-Ergebnisse von Pflegekräften aus verschiedenen Regionen vornehmen. Wir ziehen dafür die deutschen Bundesländer Berlin und Brandenburg heran (vgl. Fischer & Schaarschmidt, 2003).

Zuerst die Profilbetrachtung (Abbildung 13): Unterdurchschnittlich ausgeprägt sind (zumindest in Wien und Berlin) die *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*, der *Berufliche Ehrgeiz*, die *Verausgabebereitschaft* und das *Berufliche Erfolgserleben*. Nach oben abweichende Werte finden sich in der *Distanzierungsfähigkeit* und – nicht ganz so deutlich – der *Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit*. Generell sind also Einschränkungen im Arbeitsengagement und in der Arbeitszufriedenheit zu konstatieren, andererseits aber auch eher günstige Ausprägungen in der erlebten Widerstandskraft. Insgesamt gesehen fallen die Profilunterschiede zwischen der Wiener und der Berliner Stichprobe gering aus. Die Brandenburger Pflegekräfte heben sich durch höheres Engagement bei geringerer Widerstandskraft gegenüber Belastungen ab.

### AVEM-Profile bei Pflegepersonal

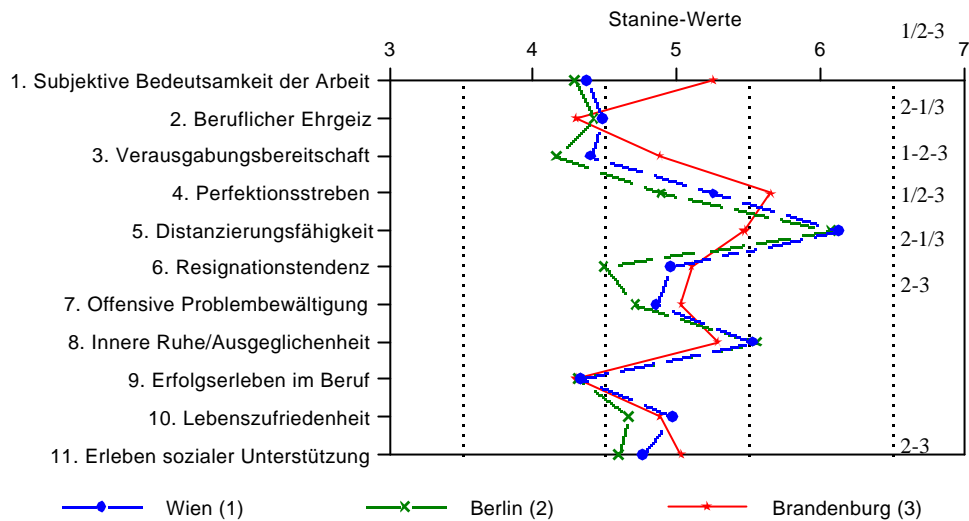


Abbildung 13. AVEM-Profile bei Pflegepersonen aus Wien, Berlin und Brandenburg

(signifikante Mittelwertsunterschiede sind in der Abbildung rechts angegeben)

Abbildung 14 (obere Hälfte) informiert über die Musterverteilungen, die wir in den drei einbezogenen Regionen vorfanden. Vergleichbar sind die Anteile aller drei Stichproben im G- und im B-Muster. Deutliche Unterschiede liegen dagegen im Anteil des S- und des A-Musters vor. Den höchsten S-Anteil finden wir in der Berliner, den höchsten A-Anteil in der Brandenburger Stichprobe; die Wiener Pflegekräfte ordnen sich in der Mitte ein.

Die Berufsgruppe der Lehrer lässt für die Muster G und B im Regionenvergleich ebenfalls gleiche Anteile erkennen. Unterschiede ergeben sich auch hier bezüglich der Häufigkeiten der S- und A-Muster: Die Wiener Lehrer weisen den höchsten S- und die Brandenburger den höchsten A-Anteil auf (Abbildung 14, untere Hälfte).

Unter Gesundheitsaspekt schneiden die Pflegekräfte gegenüber den Lehrern in jedem Falle günstiger ab. Ihr G- und S-Anteil fällt höher und der B-Anteil niedriger aus. Die deutschen Lehrer liegen im A-Anteil jeweils über den Pflegekräften (der gleichen Region), für Wien lässt sich hier keine Differenz sichern.

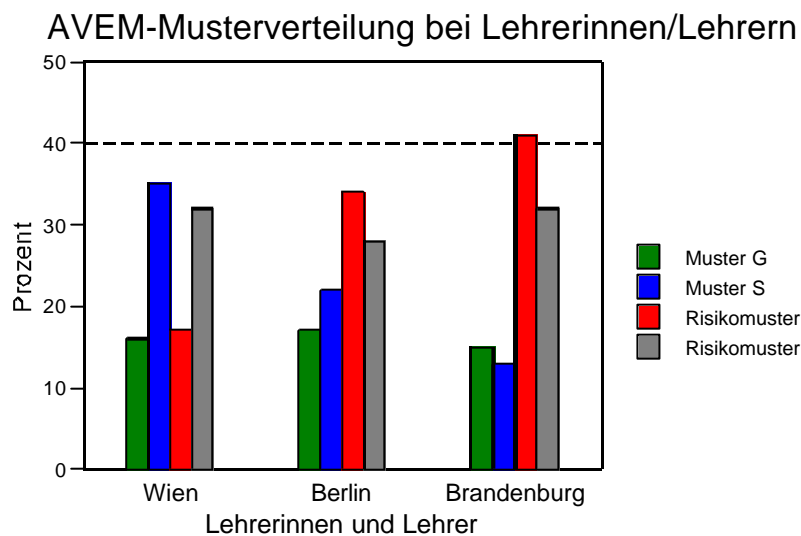
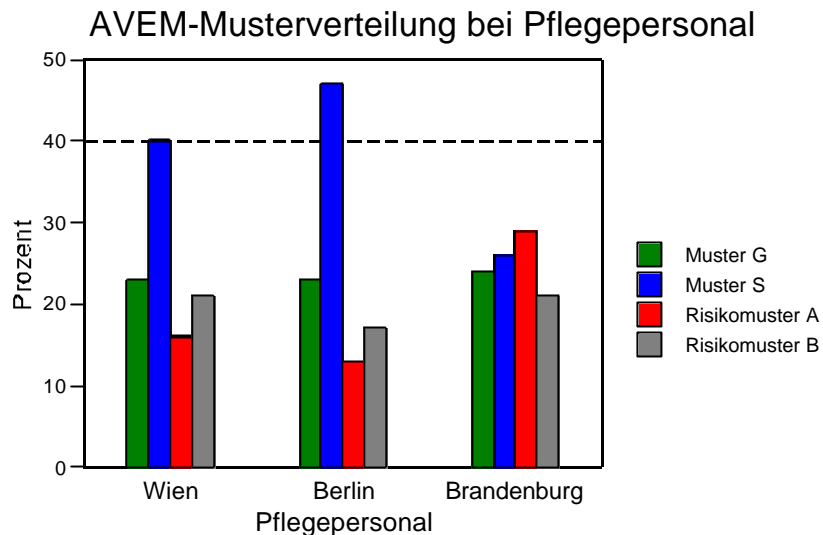


Abbildung 14. Musterverteilung bei Pflegepersonen (oben) und bei Lehrerinnen und Lehrern (unten) aus Wien, Berlin und Brandenburg

## 6.2 Binnendifferenzierung in der Pflege

Die *zweite Hypothese* bezieht sich auf die zu erwartenden Differenzierungen innerhalb der Pflegepopulation. Wir gehen davon aus, dass sich Abhängigkeiten der AVEM-Verteilungen von den mehr oder weniger förderlichen Arbeitsbedingungen und -inhalten der Pflgetätigkeit auffinden lassen. Auch nehmen wir Zusammenhänge mit Alter und Geschlecht an.

Zuerst wenden wir uns der Frage nach der Geschlechts- und Altersabhängigkeit zu.

Aus Abbildung 15 geht der Geschlechtsvergleich in der Musterverteilung hervor. Wenn sich auch eine stärkere S-Tendenz bei den Männern andeutet, so weist die statistische Prüfung doch für keines der Muster geschlechtsspezifische Unterschiede aus. Das trifft auch für die meisten, aber nicht für alle der einzelnen Dimensionen zu. (Auf die gesonderte Profildarstellung wird verzichtet.) So finden wir für die Frauen einen höheren Wert in der *Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit* und im *Perfektionsstreben* und für die Männer eine (noch) stärkere Ausprägung in der *Distanzierungsfähigkeit*. Insgesamt betrachtet bestimmt aber auch hier die Ähnlichkeit der Merkmalsausprägungen das Bild.

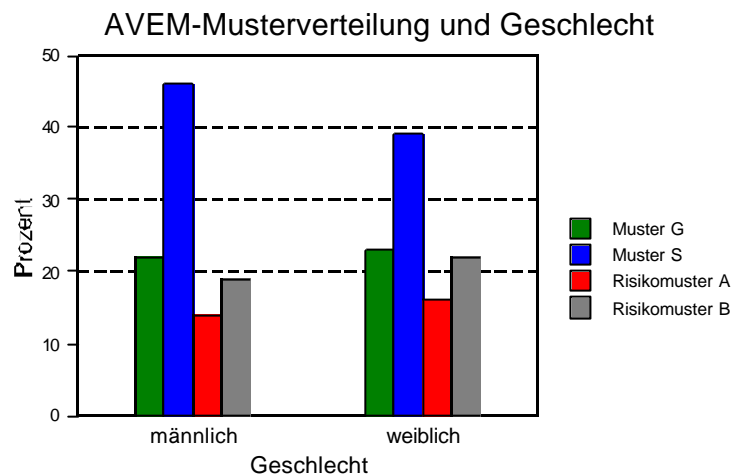


Abbildung 15. Musterverteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht (Pflegepersonal, Wien)

(Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens der Muster.)

In Abbildung 16 ist der Alterszusammenhang dargestellt. Es lässt sich erkennen, dass für die ersten beiden Altersgruppen, d. h. die Jüngeren, die Musterkonstellationen recht ähnlich sind. Im Vordergrund steht hier das Muster S. In der Altersgruppe 41-50 Jahre zeigt sich ein größer werdender Anteil des Risikomusters A, der mit einer geringeren Häufigkeit des S-Musters einhergeht. In der Gruppe der Ältesten liegt schließlich der höchste Anteil des Risikomusters B und der geringste des Musters G vor. Bei langer Berufstätigkeit ist also eine Zunahme beider problematischen Muster zu verzeichnen. Im übrigen weisen die (hier nicht dargestellten) Profile darauf hin, dass die Zunahme der Risikomuster aus unterschiedlichen Quellen gespeist wird: *Erstens* finden wir in den höheren Altersgruppen die Tendenz zu einer stärkeren Verausgabung der Arbeit gegenüber. *Zweitens* fallen – insbesondere für die Gruppe der Ältesten – die geringere Widerstandskraft (niedrige Werte in *Offensiver Problembewältigung* sowie *Innerer Ruhe und Ausgeglichenheit*, hohe in *Resignationstendenz*) und mehr noch ein eingeschränk-

tes Lebensgefühl (*Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung*) ins Gewicht. (vgl. Fischer & Schaarschmidt, 2003)

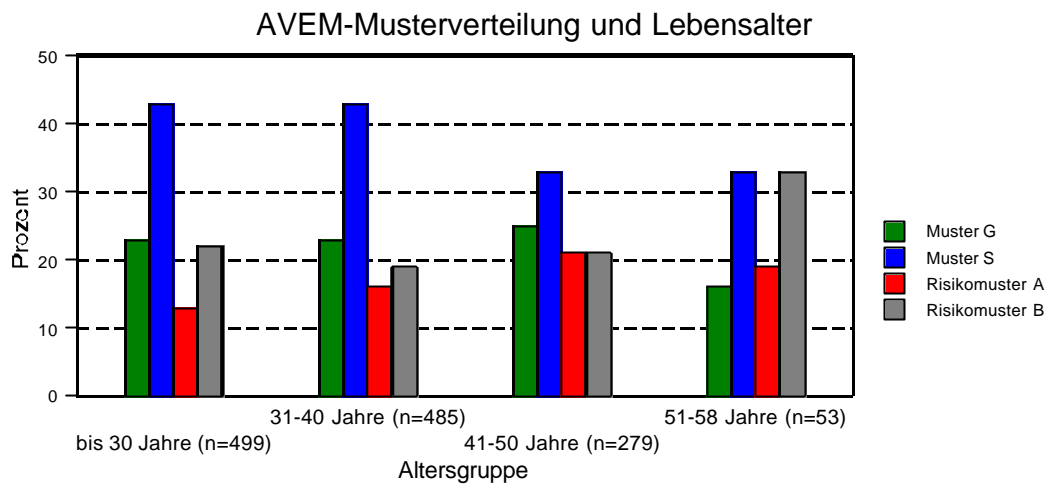


Abbildung 16. Musterverteilung im Zusammenhang mit dem Lebensalter (Pflegepersonal, Wien)

Im weiteren interessieren mögliche Unterschiede in den Musterkonstellationen in Abhängigkeit von den Arbeitsinhalten und -bedingungen. Wir führen zu diesem Zweck die vergleichende Betrachtung über die verschiedenen Positionen und Pflegebereiche durch.

Ausgeprägte Unterschiede finden wir für unterschiedliche Positionen in der Hierarchie des Pflegebereichs vor (Abbildung 17). Grundsätzlich gilt: Je höher die Position, desto größer ist der Anteil des Musters G und desto geringer ist das Gewicht des Risikomusters B. Bemerkenswert ist allerdings, dass in der obersten Hierarchieebene neben dem dominierenden Muster G auch ein erheblicher Anteil des Risikomusters A vorliegt. Der größte Anteil an Risikomustern (in der Summe) zeigt sich bei den Pflegekräften mit der niedrigsten Qualifikation, d. h. bei den Pflegehelferinnen. Insbesondere treten hier verstärkt resignative Tendenzen und Erschöpfungserleben auf (28 % Risikomuster B). In der Gruppe der diplomierten Krankenschwestern und -pfleger kommen das Muster S mit einem Anteil von 45 % mit Abstand am häufigsten und die Muster A und G mit 15 bzw. 18 % am seltensten vor. (vgl. Fischer & Schaarschmidt, 2002)

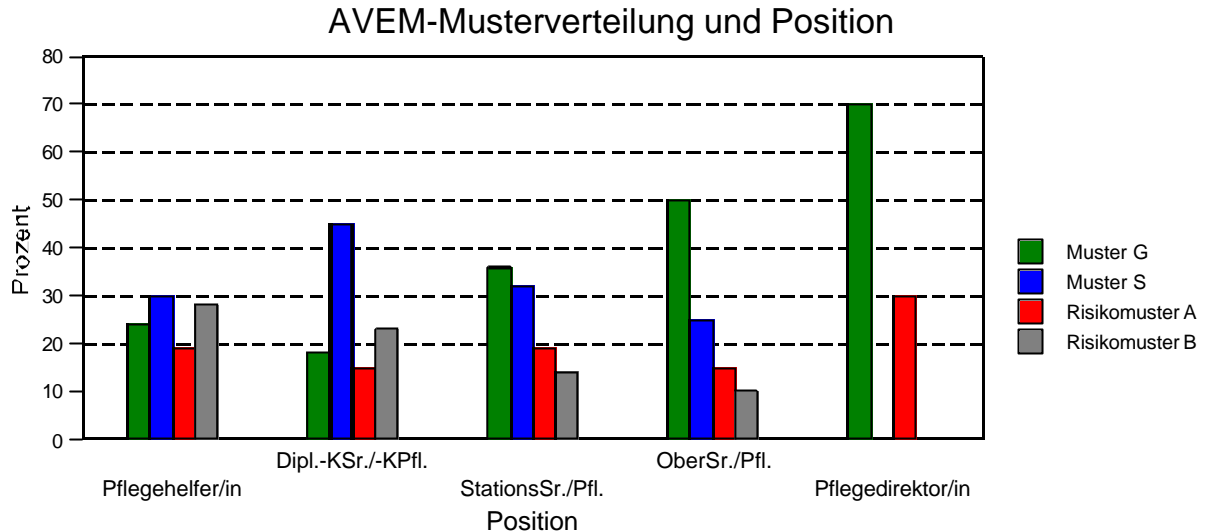


Abbildung 17. Musterverteilung im Zusammenhang mit der Position (Pflegepersonal, Wien)

In den folgenden Vergleich über die Arbeitsbereiche wurde nur das diplomierte Personal einbezogen, um den starken Einfluss der Variable *Position* auszuschließen (s. o.). Es gibt kaum statistisch bedeutende Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit der Muster (s. Abbildung 18). Überall steht das Muster S im Vordergrund. Am häufigsten (mit 54 %) tritt es bei den Pflegepersonen der Psychiatrischen Stationen auf. (In diesem Falle besteht auch ein signifikanter Unterschied gegenüber den Bereichen OP und Onkologie mit 33 bzw. 38 %.) Im Weiteren lassen sich noch folgende statistische Unterschiede sichern: Das Risikomuster A tritt auf Psychiatrischen Stationen nur in geringem Ausmaß auf (9 %), hingegen verstärkt im OP-Bereich (22 %). Für das Risikomuster B ist eine höhere Auftretenshäufigkeit auf Onkologischen Stationen (mit 33 %) gegenüber Ambulanzen und Aufnahmestationen (mit nur 15 %) auszumachen. (vgl. Fischer & Schaarschmidt, 2002)

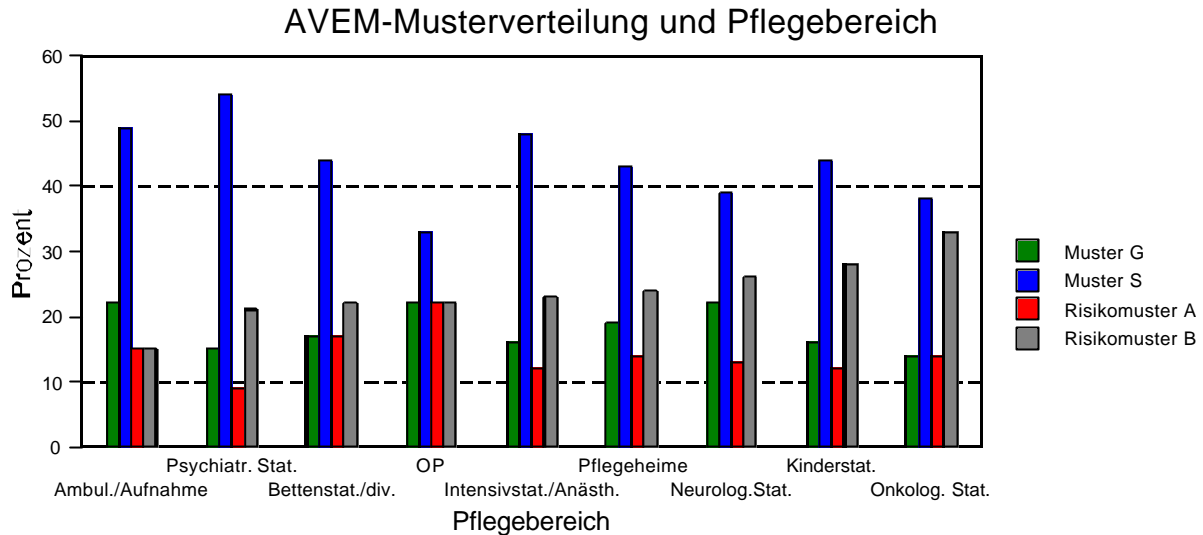


Abbildung 18. Musterverteilung im Zusammenhang mit dem Pflegebereich (Pflegepersonal, Wien)

(signifikante Unterschiede: Muster S: Psychiatrische Stationen – OP/Onkologische Stationen; Risikomuster A: Psychiatrische Stationen – OP; Risikomuster B: Ambulanzen/Aufnahme – Onkologische Stationen)

### 6.3 Situation der Pflegeschüler und Berufsanfänger

Die *dritte Hypothese* hatte die Beanspruchungssituation der Pflegeschüler zum Gegenstand. Unter Berücksichtigung der spezifischen Voraussetzungen der Pflegeschüler und der an sie gestellten Anforderungen gehen wir davon aus, dass insbesondere in der Anfangsphase die Risikomuster verstärkt auftreten werden, während sich im späteren Verlauf der Ausbildung die Tendenz zum Muster S vermehrt zeigen wird.

In Abbildung 19 sind die Musterverteilungen in ihrer längsschnittlichen Veränderung gegenübergestellt, die wir für Schülerinnen und Schüler im 1., 2. und 3. Ausbildungsjahr dreier Kohorten in einer Krankenpflegeschule vorfanden.

Die Kohorte 2001-2004 konnte dreimal untersucht werden (Abbildung 19, oben). Für die Muster G, S und A fanden wir eine geringfügige Abnahme vom 1. bis zum Ende des 2. Ausbildungsjahres vor. Für das Risikomuster B ergab sich eine Verdoppelung in der Häufigkeit, die mit ca. 30 % zur Mitte der Ausbildung ein außerordentlich hohes Niveau erreichte. Eine Zunahme der Muster G, A und B bei deutlicher Abnahme des Musters S ließ die Kohorte 2000-2003 im Vergleich der beiden Messpunkte zwischen dem 1. und dem 3. Ausbildungsjahr erkennen (Abbildung 19, Mitte). Für die Kohorte 1999-2002 ergab sich schließlich zwischen dem 2. und dem 3. Ausbildungsjahr eine Zunahme der Muster G und S sowie eine Verringerung der Muster A und B (Abbildung 19, unten). Der Vergleich der



längsschnittlichen Musterverteilungen hinsichtlich ihrer Veränderungen zwischen den drei Kohorten über die Zeit der Ausbildung hinweg ist in der vorliegenden Form allerdings wenig aussagekräftig, da die Messungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Ausbildung erfolgten.

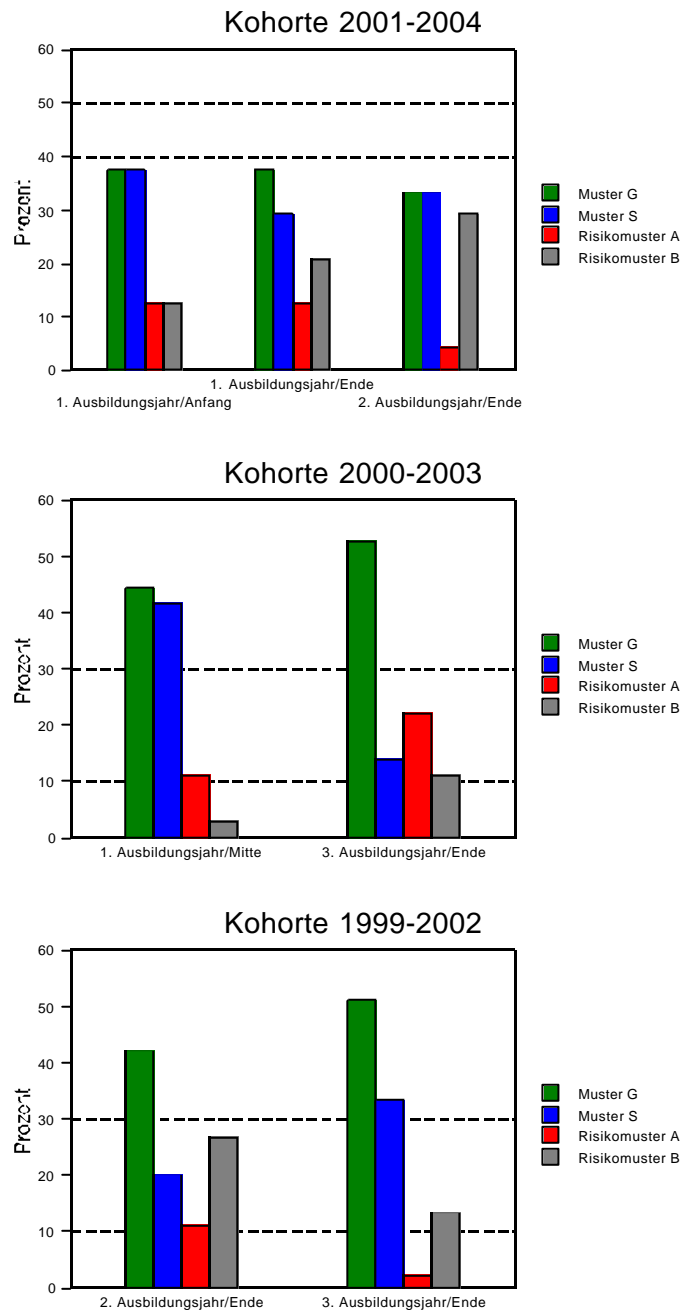


Abbildung 19. Musterverteilung in 3 Kohorten einer Krankenpflegeschule zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Ausbildung (Längsschnittvergleich)

(Stichprobenumfänge – Jahrgang 2001-2004: n = 24, Jahrgang 2000-2003: n = 36, Jahrgang 1999-2002: n = 45)

Einen klareren Überblick gibt Abbildung 20. Dort wurden die Längsschnittergebnisse zusammengefasst und um die Daten jener Schülerinnen und Schüler ergänzt, die nur an einer Messung teilgenommen ha-

ben bzw. für die eine längsschnittliche Zuordnung auf Grund nicht eindeutiger Personencodes nicht möglich war. Darüber hinaus wurden 46 Schülerinnen und Schüler der Kohorte 2002-2005 einbezogen, die jedoch nur einmal zu Beginn des 1. Ausbildungsjahres befragt werden konnten.

Diese zusammengefassten Daten ergeben folgendes Bild: Zu Beginn des ersten Ausbildungsjahres an der Krankenpflegeschule spielen die beiden Muster S und B, die später im Pflegeberuf in ihrer Bedeutung in den Vordergrund treten, eine verhältnismäßig geringe Rolle. Es dominieren in der Summe die Muster G und A, was als Ausdruck von Engagement und aktiver Anforderungsbewältigung zu verstehen ist (gemeinsam 68 %). Der Anteil des Musters G sinkt am Ende des ersten Ausbildungsjahres auf ein Minimum, während sich die Häufigkeit des Musters B mehr als verdoppelt hat und ihren Maximalwert erreicht. Über die gesamte Ausbildungszeit hinweg verdoppelt sich der S-Anteil nahezu (36 %), auf A entfällt mit 7 % nur noch ein Drittel des Anteils, der zu Beginn der Ausbildung ermittelt werden konnte (22 %). Das Muster G ist wieder so häufig wie zu Beginn der Ausbildung zu finden (48 %).

Werden also die Ausbildungsjahre übergreifend betrachtet, so bleibt festzuhalten: Für die Muster G und B konstatieren wir vorübergehende Veränderungen. Anhaltende Trends lassen sich dagegen für S und A feststellen: S nimmt über die drei Jahre hinweg zu, während A (komplementär zum Anwachsen von S) kontinuierlich zurückgeht.

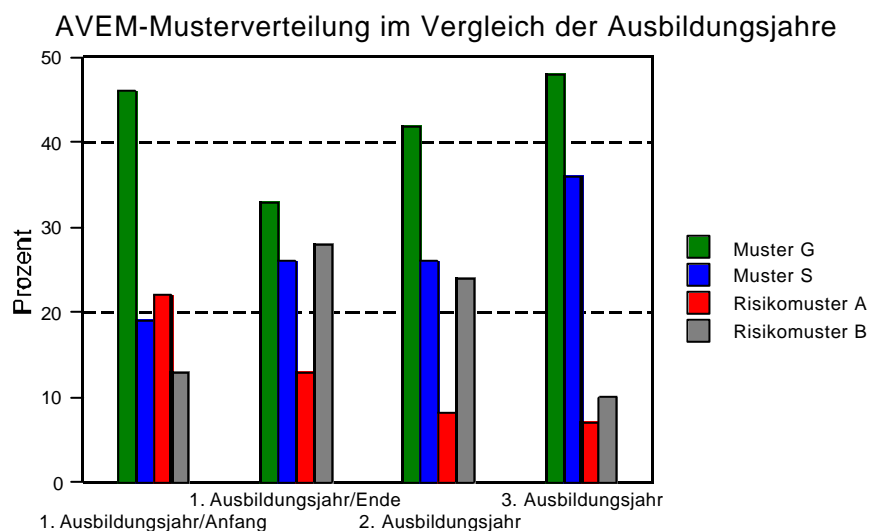


Abbildung 20. Musterverteilung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Ausbildung (kombinierter Längs- und Querschnittvergleich)

(Stichprobenumfänge – 1. Ausbildungsjahr/Anfang: n = 162, 1. Ausbildungsjahr/Ende: n = 39, 2. Ausbildungsjahr: n = 96, 3. Ausbildungsjahr: n = 90)

## 6.4 Veränderungen über die Zeit (Messwiederholungen ohne Intervention)

Gegenstand der *vierten Hypothese* war die Stabilität vs. Veränderung der AVEM-Muster über die Zeit der Berufsausübung. Wir erwarteten, dass sich bereits in den frühen Berufsjahren die für den Beruf typische Musterkonstellation voll ausprägen wird. Konkret rechneten wir mit einer deutlichen Zunahme des in der Pflege vorherrschenden Musters S schon bald nach Abschluss der Ausbildung. Im Weiteren gingen wir davon aus, dass nach etwa 5 Jahren der Berufsausübung – als Ausdruck erreichter beruflicher Sozialisation – eine relative Stabilität in der Musterverteilung nachweisbar sein dürfte. Freilich sollte damit nicht gesagt sein, dass mit keinerlei weiteren Veränderungen zu rechnen ist. Allerdings dürften sich diese Veränderungen in den generellen Trend (Entwicklung i. S. der S-Charakteristik) einordnen. Klar ist, dass die Stabilitätsannahme sich auf die Fälle bezieht, in denen die Arbeitsanforderungen und -bedingungen im Wesentlichen unverändert bestehen und keine gezielte Intervention erfolgte.

Um genauer aufzuklären, wie sich die Muster in den frühen Berufsjahren verteilen, nehmen wir eine Querschnittsbetrachtung vor. Dazu ziehen wir Daten aus der ersten Erhebung heran. Abbildung 21 zeigt die Musterverteilung in verschiedenen Berufsaltersgruppen (etwa bis zum 40. Lebensjahr). Für den Anteil der Muster A und B lässt sich kein bedeutsamer Unterschied sichern. Anders sieht es für die Muster G und S aus: Der Anteil des Musters S erhöht sich schon im 2.-3. Berufsjahr beträchtlich, während der des Musters G abnimmt. Die Dominanz des Musters G, wie sie noch für das 1. Berufsjahr vorliegt, wird durch die dann fortwährend bestehende Dominanz des Musters S abgelöst.

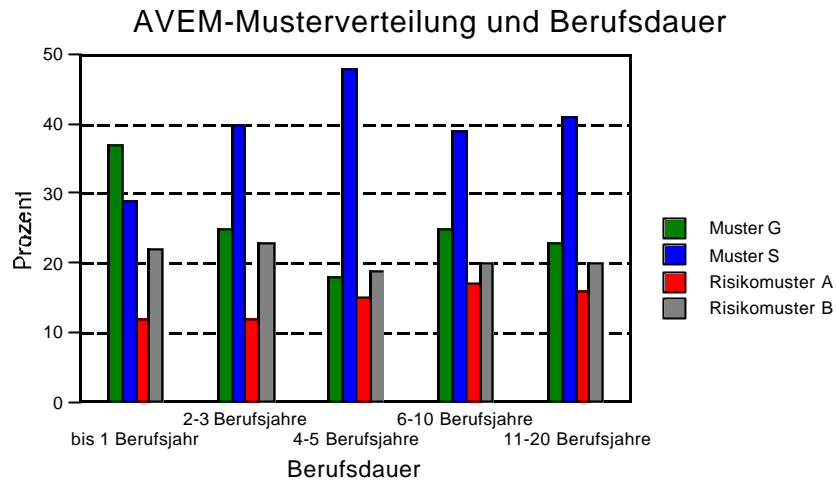


Abbildung 21. Musterverteilung zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Berufstätigkeit (Querschnittsvergleich, 1 Messpunkt)

(Stichprobenumfänge: bis 1 Berufsjahr n = 109, 2-3 Berufsjahre n = 105, 4-5 Berufsjahre n = 130, 6-10 Berufsjahre n = 290, 11-20 Berufsjahre n = 485)

Zur Entscheidung über die Hypothese 4 greifen wir im Weiteren auf die Ergebnisse von Erhebung 4, einer Untersuchung mit 4 Messpunkten, zurück, zwischen denen jeweils etwa 2 Jahre lagen. Das mittlere Berufsalter betrug zu den jeweiligen Messpunkten 10.7, 12.9, 13.4 und 14.8 Jahre. Es wurde damit ein engerer Altersbereich in einer Gruppe berufserfahrener Pflegekräfte betrachtet (im Wesentlichen der letzten Altersgruppe in Abbildung 21 entsprechend). Zu den einzelnen Messpunkten wurden 465, 425, 430 und 130 Pflegekräfte erfasst. Sie alle werden beim querschnittlichen Vergleich berücksichtigt. Für eine längsschnittliche Auswertung steht allerdings aus verschiedenen Gründen (z. B. Fluktuation, temporäre Abwesenheit) nicht die gesamte Stichprobe zur Verfügung. Mit Ausnahme der Rückmeldung der persönlichen AVEM-Profile an die Untersuchungsteilnehmer und einer zusammenfassenden Information über die Untersuchungsergebnisse an die Führungskräfte des Krankenhauses fanden keine gezielten Interventionen statt. Allerdings wurde von Seiten der Pflegedienstleitung auf die Teilnahme der Pflegekräfte an fachlichen Fortbildungen geachtet.

Zunächst wird der Querschnittsvergleich ausgewertet: Die Abbildung 22 zeigt die Verteilung der 4 AVEM-Muster über die 4 Messpunkte (MP1, ..., MP4) hinweg. Aus der Abbildung lässt sich Folgendes entnehmen: Das Muster G weist von Messpunkt 1 bis Messpunkt 3 eine kontinuierliche Zunahme auf und verbleibt bei Messpunkt 4 auf dem erreichten Niveau. Für das Muster S lässt sich in den ersten drei Erhebungen eine Verringerung, jedoch zum Messpunkt 4 ein starker Anstieg erkennen. Die Muster

G und S zeigen die Tendenz der Angleichung ihrer Häufigkeiten über die vier Messpunkte. Die Risikomuster A und B kommen annähernd gleich häufig vor und nehmen beide tendenziell in ihrer Häufigkeit ab.

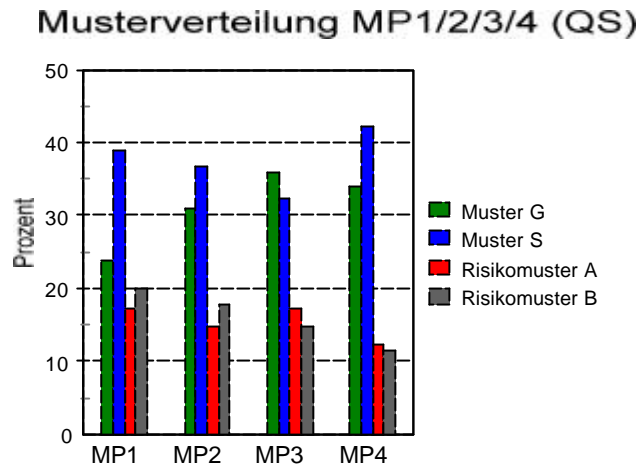


Abbildung 22. Die Musterverteilung zu den 4 Messpunkten (Querschnitt; MP1: n = 465, MP2: n = 425, MP3: n = 430, MP4: n = 130)

Abbildung 23 zeigt die durchschnittlichen AVEM-Profile aus den 4 Erhebungen. Zunächst fällt die große Ähnlichkeit der vier Profile ins Auge. Eine differenziertere Betrachtung lässt jedoch auch Unterschiede im Vergleich der Messpunkte erkennen. Bezogen auf den Bereich des *Arbeitsengagements* ist beim Vergleich der Messpunkte 1-3 eine Zunahme ersichtlich (am stärksten im *Beruflichen Ehrgeiz*, aber auch in der *Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit*, der *Verausgabebereitschaft* und dem *Perfektionsstreben*). Für den Messpunkt 4 wird ein Rückgang deutlich (insbesondere im *Perfektionsstreben*). Im Bereich der *Widerstandskraft* ist kontinuierlich über alle Messpunkte eine Abnahme der *Resignationstendenz* sowie eine Zunahme der *Offensiven Problembewältigung*, der *Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit* sowie der *Distanzierungsfähigkeit* zu verzeichnen. Schließlich lässt sich auch (unter Bezug auf den Bereich des *Lebensgefühls*) eine kontinuierliche Steigerung im *Beruflichen Erfolgserleben* und in der *Lebenszufriedenheit* feststellen.

Absolut gesehen liegen die Werte in der *Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit*, der *Verausgabebereitschaft* und dem *Erfolgserleben im Beruf* auffällig niedrig. Andererseits stechen die hohen Werte in der *Distanzierungsfähigkeit* hervor. Als relativ hoch kann auch die Ausprägung in der Dimension *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* gelten. Insgesamt zeigen die Werte also das Erleben von eher eingeschränkter Motivation, aber erhaltener Widerstandskraft gegenüber Belastungen an.

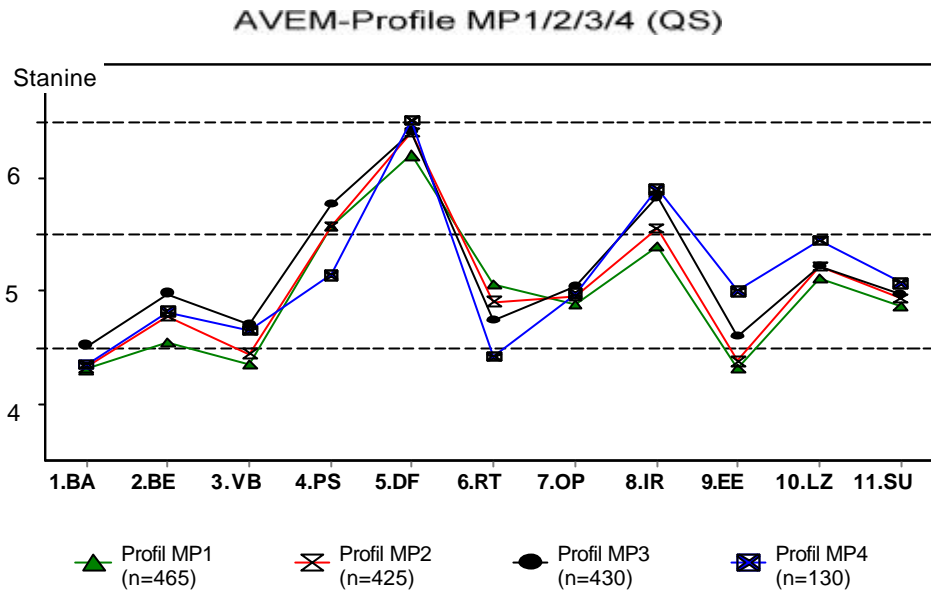


Abbildung 23. Die durchschnittlichen AVEM-Profile zu den 4 Messpunkten (Querschnitt)

(1. BA: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit; 2. BE: Beruflicher Ehrgeiz; 3. VB: Verausgabungsbereitschaft; 4. PS: Perfektionsstreben; 5. DF: Distanzierungsfähigkeit; 6. RT: Resignationstendenz bei Misserfolg; 7. OP: Offensive Problembewältigung; 8. IR: Innere Ruhe/Ausgeglichenheit; 9. EE: Erfolgserleben im Beruf; 10. LZ: Lebenszufriedenheit; 11. SU: Erleben sozialer Unterstützung)

Im Weiteren sollen nun die Ergebnisse des längsschnittlichen Vergleichs angeführt werden. Wir stellen dabei jeweils die Musterverteilungen und die durchschnittlichen AVEM-Profile der einzelnen Teilstichproben dar, deren jeweilige Größe Tabelle 4 entnommen werden kann.

Tabelle 4: Umfänge der in die Längsschnitterhebung einbezogenen Teilstichproben

Vergleichszeitraum	Anzahl Messungen	Teilstichproben/Vergleiche		
2 Jahre	2	MP1/2	MP2/3	MP3/4
		n = 114	n = 152	n = 57
4 Jahre	3	MP1/3	MP2/4	
		n = 100	n = 30	
6 Jahre	4	MP1/2/3	MP2/3/4	
		n = 64	n = 30	
		MP1/4		
		n = 19		
6 Jahre	3	MP1/2/4	MP1/3/4	
		n = 12	n = 18	
6 Jahre	4	MP1/2/3/4		
		n = 12		

Abbildung 24 zeigt die Musterverteilung zu den 4 Messpunkten der Längsschnitterhebung. Im Vergleichszeitraum über 2 Jahre (obere Reihe) ist in jedem Fall eine signifikante Veränderung der Verteilungen zu belegen. Die Ausprägung des Musters G nimmt im Vergleich MP1/2 signifikant zu, jene von A ab. Im Vergleich MP2/3 verringert sich die Häufigkeit von B.

Auch über den Zeitraum von 4 Jahren (Abbildung 24, 2. und 3. Reihe) verändert sich die Verteilung der AVEM-Muster in drei der vier Vergleiche signifikant. Eine Ausnahme bildet die Musterverteilung MP1/2/3. Eine Verringerung des Musters A liegt in den Vergleichen MP1/2/3 und MP2/4 bzw. MP2/3/4 vor. Das Muster S nimmt in auch in diesen Vergleichen seine herausragende Stellung, wie wir sie schon zuvor haben vermerken können, ein und behält sie (überwiegend) bei. Damit wird seine dominierende Rolle ein weiteres Mal bestätigt.

Über Veränderungen im Zeitraum über 6 Jahre (Abbildung 24, 4. und 5. Reihe) können auf Grund des geringen Stichprobenumfangs keine statistisch gesicherten Aussagen getroffen werden. Die grafische Darstellung lässt auch darauf schließen, dass in dieser kleinen Stichprobe die Vertreter des Musters S von Beginn an überrepräsentiert waren. Insgesamt lässt der Vergleich der Musterverteilungen den Schluss zu, dass zumindest über den kurzen Zeitraum von 2 Jahren eine tendenzielle Zunahme des Musters G, mehr aber noch des Musters S, sowie eine Verringerung der Häufigkeit der Risikomuster A und B stattfindet.

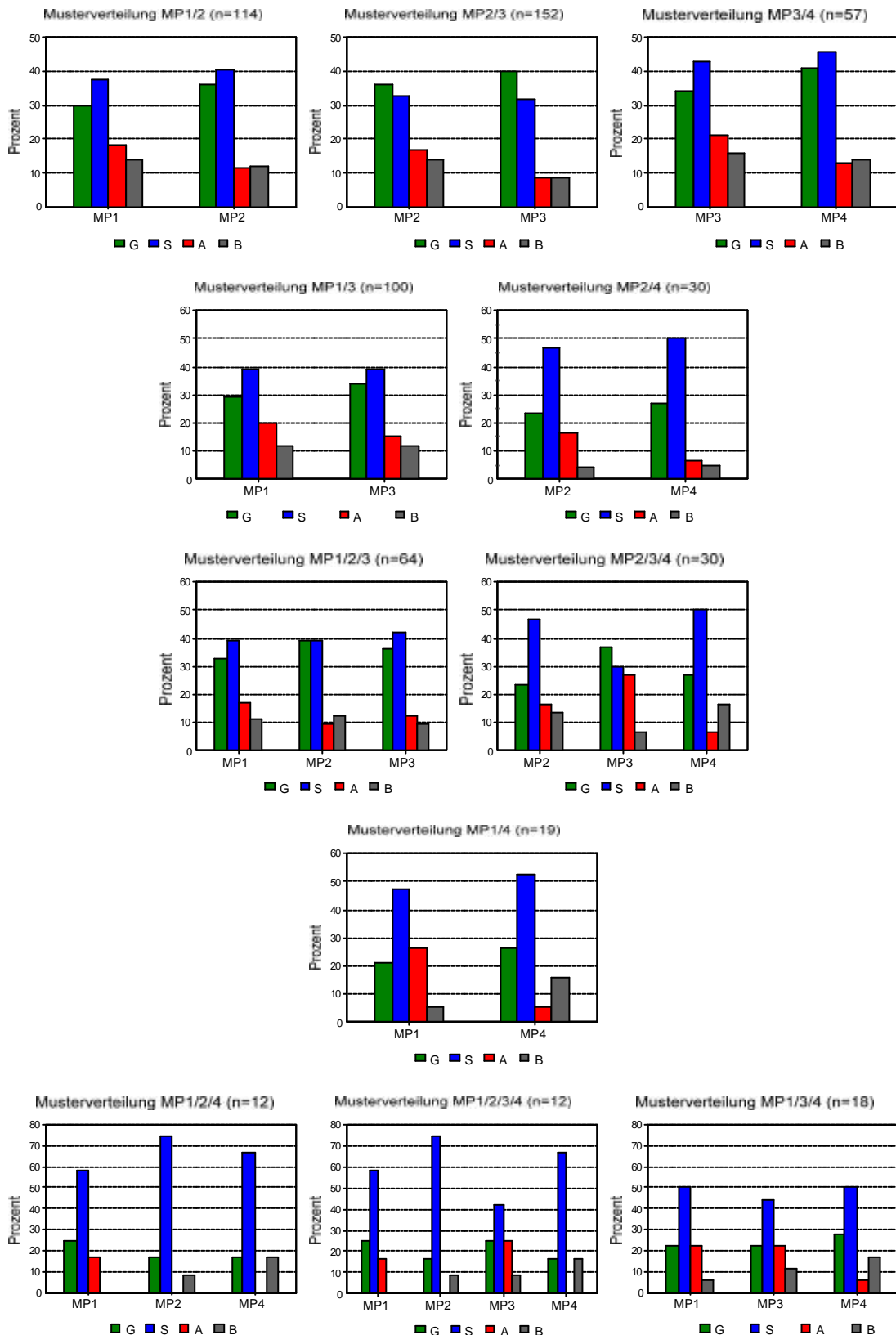


Abbildung 24. Die Musterverteilung zu den 4 Messpunkten (Längsschnitt, Erklärung im Text)

(1. BA: Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit; 2. BE: Beruflicher Ehrgeiz; 3. VB: Verausgabungsbereitschaft; 4. PS: Perfektionsstreben; 5. DF: Distanzierungsfähigkeit; 6. RT: Resignationstendenz bei Misserfolg; 7. OP: Offensive Problembewältigung; 8. IR: Innere Ruhe/Ausgeglichenheit; 9. EE: Erfolgserleben im Beruf; 10. LZ: Lebenszufriedenheit; 11. SU: Erleben sozialer Unterstützung)



In Abbildung 25 werden die AVEM-Profile in Bezug auf die einzelnen Messpunkte der Längsschnittuntersuchung dargestellt. Über den Vergleichszeitraum von 2 Jahren (obere Reihe) finden wir durchgängig eine signifikante Zunahme der *Distanzierungsfähigkeit*. Weitere Veränderungen zeigen sich in einzelnen Vergleichen in Bezug auf *Beruflichen Ehrgeiz*, *Perfektionsstreben* und *Resignationstendenz* (Abnahme) sowie *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*, *Erfolgs erleben im Beruf*, *Lebenszufriedenheit* und *Erleben sozialer Unterstützung* (Zunahme).

Auch im vierjährigen Zyklus (Abbildung 25, 2. und 3. Reihe) erweisen sich *Distanzierungsfähigkeit* (Zunahme) sowie *Resignationstendenz* und *Perfektionsstreben* (jeweils Abnahme) als jene Dimensionen, in denen sich die ausgeprägtesten Veränderungen vollziehen. Ein signifikanter Anstieg der *Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit* sowie der *Lebenszufriedenheit* ist in einem Vergleichsfall auszumachen.

Über den Zeitraum von 6 Jahren stellen wir wiederum eine Erhöhung der *Distanzierungsfähigkeit* und der *Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit* sowie eine Abnahme von *Verausgabebereitschaft* und *Perfektionsstreben* fest (Abbildung 25, 4. und 5. Reihe).

Insgesamt betreffen die stärksten Veränderungen die *Distanzierungsfähigkeit*, das *Perfektionsstreben*, die *Resignationstendenz* und die *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit*, also Dimensionen, die das Engagement gegenüber der Arbeit und die Widerstandskraft gegenüber Belastungen kennzeichnen. Die *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit* hat sich im Längsschnittvergleich in keinem Fall verändert. Für den *Beruflichen Ehrgeiz* und das *Erleben sozialer Unterstützung* findet sich jeweils nur eine signifikante Veränderung.

## Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf

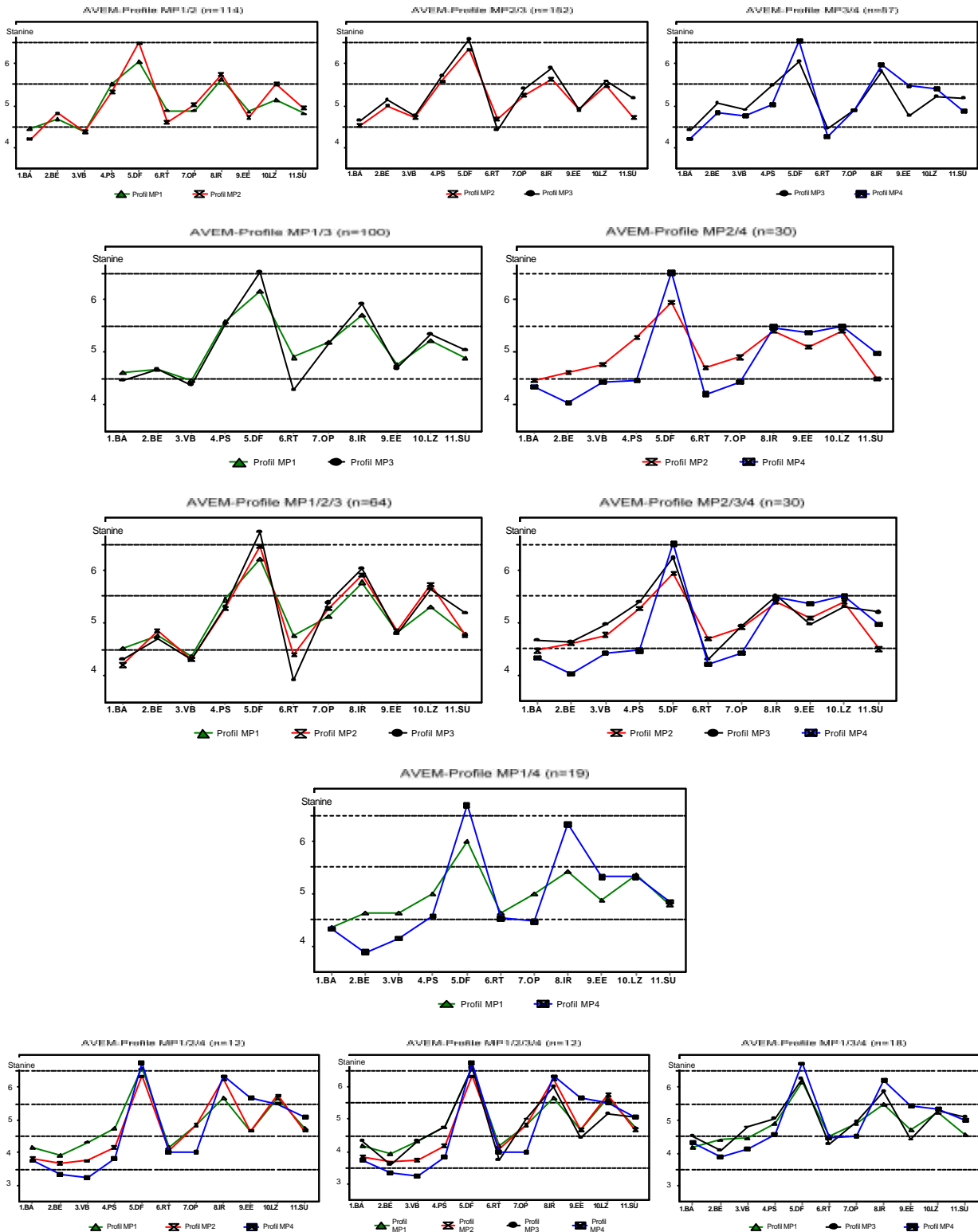


Abbildung 25. Die durchschnittlichen AVEM-Profile zu den 4 Messpunkten (Längsschnitt, Erklärung im Text)

(1. BA: *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit*; 2. BE: *Beruflicher Ehrgeiz*; 3. VB: *Verausgabebereitschaft*; 4. PS: *Perfektionsstreben*; 5. DF: *Distanzierungsfähigkeit*; 6. RT: *Resignationstendenz bei Misserfolg*; 7. OP: *Offensive Problembewältigung*; 8. IR: *Innere Ruhe/Ausgeglichenheit*; 9. EE: *Erfolgs erleben im Beruf*; 10. LZ: *Lebenszufriedenheit*; 11. SU: *Erleben sozialer Unterstützung*)

## 6.5 Veränderungen über die Zeit (Messwiederholungen mit Intervention)

Mit der *fünften Hypothese* erwarteten wir, dass bei gezielter und systematischer Intervention Musteränderungen in gesundheits- und persönlichkeitsförderlicher Hinsicht zu erreichen sind. Allgemeinen Maßnahmen, die sich nicht konkret und verbindlich an einzelne Adressaten(gruppen) richten, sollte hingegen eine derartige Wirkung versagt bleiben. Wir wollen an dieser Stelle nicht zwischen personen- und bedingungsbezogenen Interventionen unterscheiden.

Auch diese Hypothese soll im quer- und längsschnittlichen Vergleich geprüft werden. Wir wollen dabei den zuvor referierten Ergebnissen, die Veränderungen ohne Intervention abbildeten, solche Befunde gegenüberstellen, die uns über Effekte in der Folge e zweier Förderprojekte Auskunft geben. Zum einen handelte es sich um ein umfassenderes Projekt zur Gesundheitsförderung im Pflegebereich eines kleineren Krankenhauses (s. Erhebung 4), zum anderen um ein Programm zur Entwicklung von Führungskräften in mehreren Krankenhäusern (s. Erhebung 5).

Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojektes (Erhebung 4) wurden nach einer Ersterhebung verschiedene Maßnahmen für die Mitarbeiter und Führungskräfte durchgeführt bzw. angeboten, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Entwicklung des persönlichen Gesundheitsverhaltens zu unterstützen. Im Einzelnen handelte es sich um folgende Maßnahmen: Förderung gesunder Ernährung, aktives Erholungsverhalten durch Sport, ergonomisch korrekte Bewältigung körperlicher Belastungen in der Arbeit, Verbesserung der sozialen Integration in die Teams und Optimierung des Führungsverhaltens. Das Projekt wandte sich an Mitarbeiter aller Hierarchieebenen der Pflege sowie an Abteilungshelfer. Es beteiligten sich jedoch vorwiegend diplomierte Pflegepersonen und Führungskräfte. Für die leitenden Pflegepersonen wurden darüber hinaus spezielle Seminare konzipiert und durchgeführt. In der Regel nahmen die Beteiligten mehrere dieser Maßnahmen in Anspruch. (Eine genauere Differenzierung ist hier nicht möglich, da es über die zwei Jahre auch Veränderungen in Umfang und Intensität der Mitarbeit gab.)

Es liegen Ergebnisse von 2 Messpunkten im Abstand von 2 Jahren vor. Es wurden dabei 139 (1. MZP) bzw. 100 Pflegekräfte (2. MZP) erfasst; allerdings hatten lediglich 35 Personen an beiden Messungen teilgenommen. Nur deren Daten können demzufolge in die längsschnittliche Betrachtung einfließen, während die größeren Stichproben für den Querschnittsvergleich zur Verfügung stehen.

Aus Abbildung 26 gehen die Musterverteilungen zu beiden Messpunkten im Querschnitt hervor. Im Jahr 2003 dominiert das Muster S. Zwei Jahre später treten S und G gleich häufig auf. Die statistische Prüfung ergab allerdings, dass sich im Vergleich der Jahre 2003 und 2005 kein signifikanter Unterschied in der Musterverteilung sichern lässt.

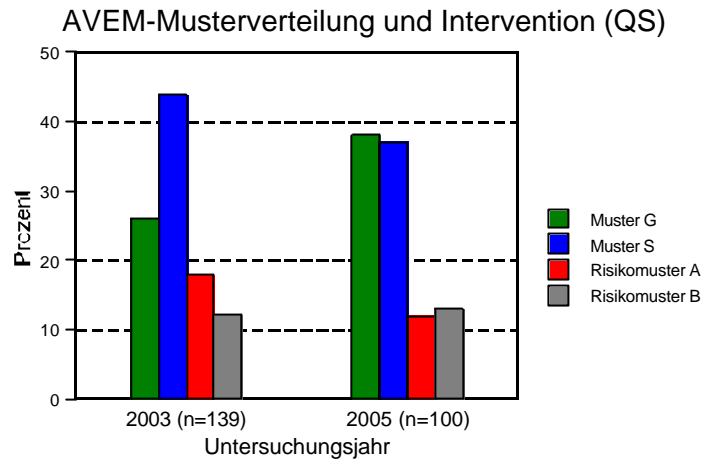


Abbildung 26. Verteilung der 4 AVEM-Muster bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Querschnitt)

Die differenziertere Betrachtung auf der Ebene der einzelnen AVEM-Dimensionen ermöglicht Abbildung 27. Dargestellt werden die mittleren Profile aus den Jahren 2003 und 2005. Auch wenn die bisher beobachteten Trends – Reduktion im Engagement bei Steigerung von Widerstandskraft und Lebensgefühl – grafisch sichtbar sind, finden sich im Querschnittsvergleich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

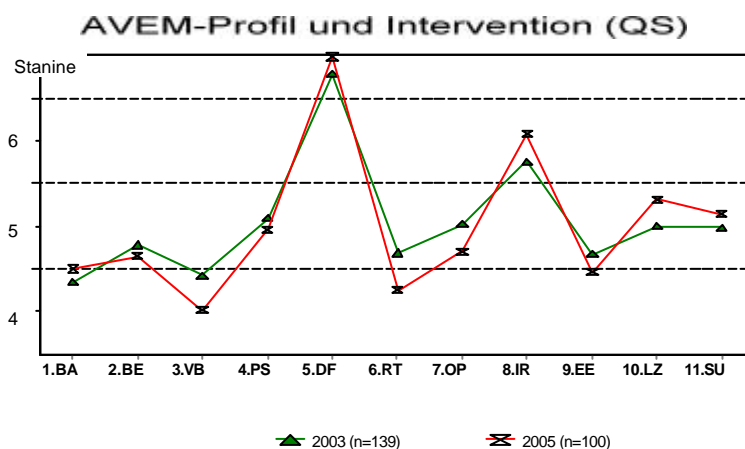


Abbildung 27. Mittleres AVEM-Profil bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Querschnitt)

Die Abbildungen 28 und 29 geben die Musterverteilung und Profile für den längsschnittlichen Vergleich zwischen den Jahren 2003 und 2005 wieder. Auch hier sind keine signifikanten Unterschiede in der Musterverteilung und den Skalenmittelwerten auszuweisen, doch stellen wir zumindest tendenzielle (mit  $p < .10$ ) Veränderungen fest: auf Musterebene Zunahme von G und Abnahme von A; auf der Ebene der Einzelmerkmale Erhöhung der *Distanzierungsfähigkeit* und Verminderung in den Skalen *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit* und *Resignationstendenz*.

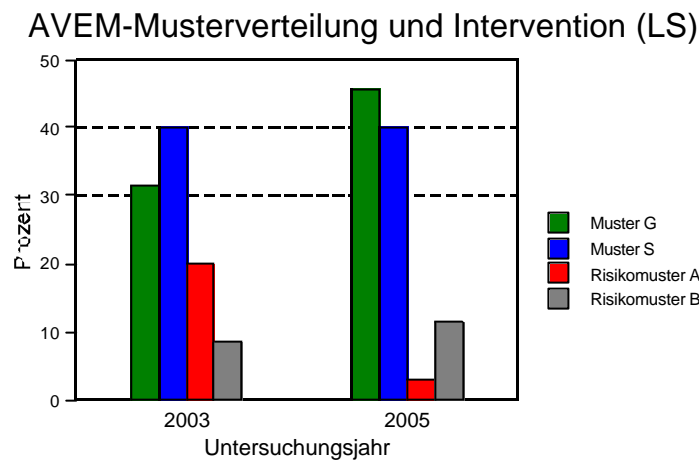


Abbildung 28. Verteilung der 4 AVEM-Muster bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Längsschnitt, n = 35)

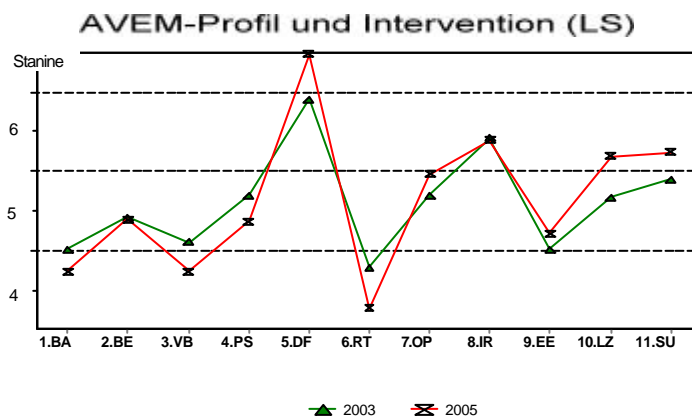


Abbildung 29. Mittleres AVEM-Profil bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Längsschnitt, n = 35)

Im Weiteren sollen die Veränderungen in den AVEM-Ergebnissen unter Berücksichtigung der beruflichen Position und der bevorzugten Dienstform betrachtet werden.

Aus Abbildung 30 geht der Zusammenhang von Musterverteilung und beruflicher Positionen hervor. Dargestellt sind die Ergebnisse der beiden Messpunkte im Querschnittsvergleich. In der Grafik deuten sich zwar Unterschiede zwischen beiden Messpunkten an, doch lassen sich diese statistisch nicht sichern. (Hier ist das z. T. geringe  $n$  für die einzelnen Gruppen in Rechnung zu stellen. So gehörten zur Gruppe der Führungskräfte, in der sich die größten Veränderungen andeuten, zum 1. MZP 17 und zum 2. MZP 14 Personen.) Wir müssen also davon ausgehen, dass sich die Anteile der Muster innerhalb der einzelnen Positionen nicht wesentlich verändert haben. Auf der Ebene der Einzelmerkmale ergeben sich allerdings einige statistisch bedeutsame Differenzen. So haben bei den Abteilungshelfern das *Perfektionsstreben* und die *Offensive Problembewältigung* signifikant abgenommen, beim diplomierten Personal stieg die *Innere Ruhe und Ausgeglichenheit* tendenziell an.

Im Längsschnittvergleich (hier nicht als Abbildung dargestellt) lässt das diplomierte Personal eine tendenzielle Abnahme der *Resignationstendenz* und eine Zunahme des *Erlebens sozialer Unterstützung* erkennen. Bei den Führungskräften verändert sich die Musterverteilung allerdings signifikant. Die Veränderung findet ihren Ausdruck in einer Zunahme des Musters G sowie einem Rückgang des Musters S und der beiden Risikomuster A und B. Auf die Einzelmerkmale bezogen nimmt in dieser Gruppe die *Offensive Problembewältigung* zu, andererseits sinken der *Berufliche Ehrgeiz* und das *Perfektionsstreben* tendenziell.

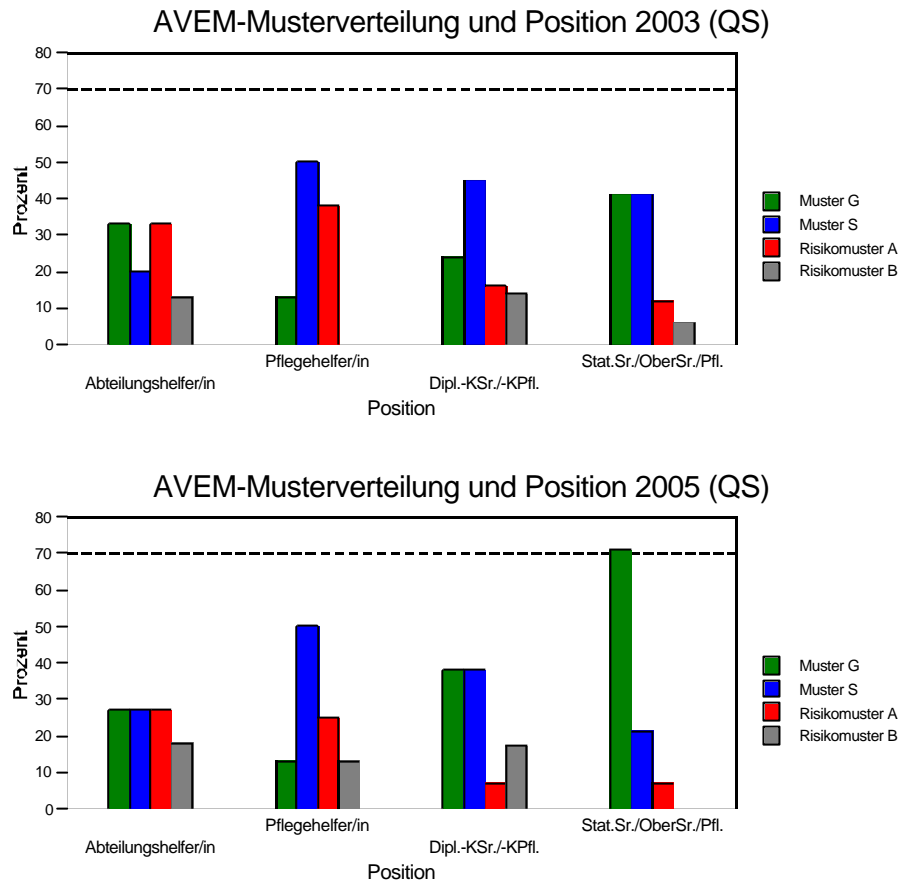


Abbildung 30. Zusammenhang von AVEM-Mustern und beruflicher Position bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 (oben) und 2005 (unten) (Querschnitt)

Schließlich sei noch der Zusammenhang zwischen AVEM-Ergebnis und bevorzugter Dienstform im Rahmen der freien Dienstenteilung dargestellt (Abbildung 31). Es wird nach kurzer (vorwiegend 8-9 Stunden), langer (vorwiegend 10-12 Stunden) und (vorwiegend) gemischter Dienstform unterschieden. Zwischen der Dienstform und der Position besteht allerdings ein Zusammenhang. Führungskräfte arbeiten vorwiegend in kurzen und z. T. gemischten Diensten; die in anderen Positionen beschäftigten Mitarbeiter (vor allem die diplomierten Pflegepersonen) bevorzugen lange bzw. gemischte Dienste.

Im Jahr 2003 (Abbildung 31, obere Hälfte) sind keine Unterschiede in der Musterverteilung im Vergleich der Dienstformen festzustellen. Im Jahr 2005 finden wir eine veränderte Musterverteilung vor (Abbildung 31, untere Hälfte). Das Muster G tritt nun bei kurzer Dienstform häufiger auf und der S-Anteil ist zurückgegangen (jeweils signifikant). Bezüglich der anderen beiden Dienstformen sind keine statistisch bedeutsamen Veränderungen festzustellen. Bezogen auf die Ebene der Einzelmerkmale hat in der Gruppe der Mitarbeiter mit kurzen Diensten die *Offensive Problembewältigung* tendenziell zuge-

nommen, in jener mit langen Diensten ist die *Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit* tendenziell gesunken (nicht als Abbildung dargestellt).

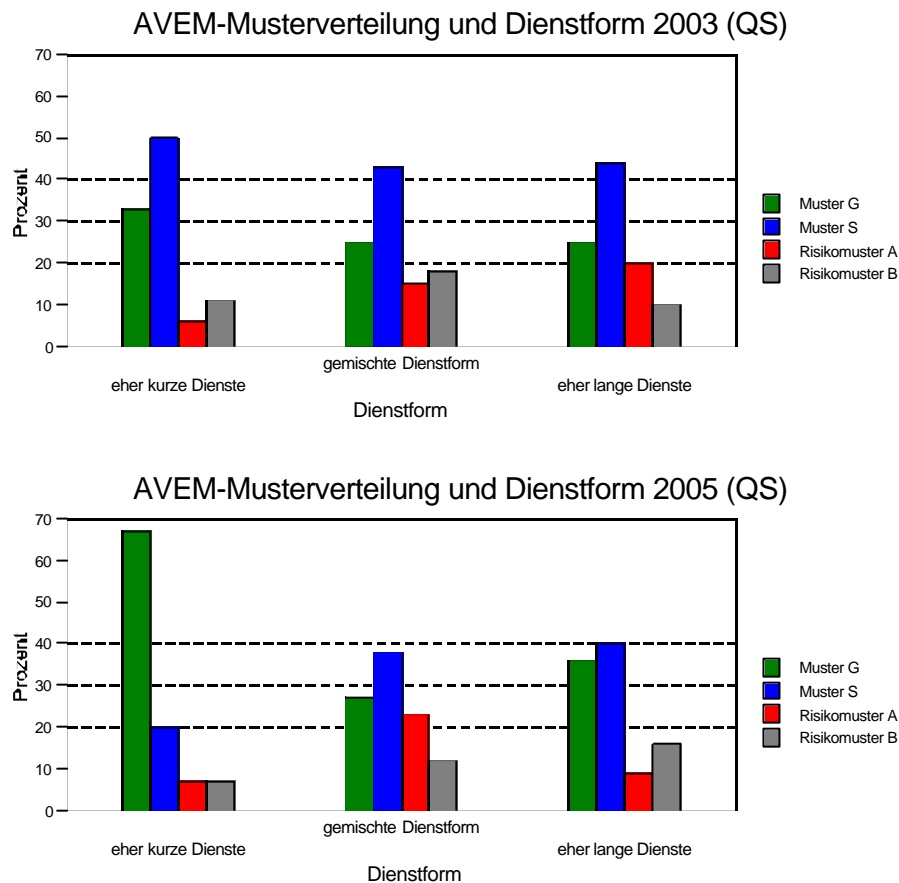


Abbildung 31. Zusammenhang von AVEM-Mustern und bevorzugter Dienstform bei Erhebungen im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojekts in den Jahren 2003 und 2005 (Querschnitt)

Die Erhebung 4, auf der die bisher dargestellten Ergebnisse beruhen, bezog sich auf ein breit angelegtes, in den täglichen Arbeitsprozess integriertes Förderprojekt, bei dem die einzelnen Maßnahmen nicht auf die spezifischen Voraussetzungen der beteiligten Personen zugeschnitten waren. Anders sah es bei Erhebung 5 aus. Sie war an ein Programm zur Führungskräfteentwicklung gekoppelt, das dem persönlichkeitspezifischen Entwicklungs- und Förderbedarf Rechnung tragen sollte. Zur Bedarfsermittlung waren die für Führungsaufgaben in Frage kommenden Mitarbeiter in ein Förder-AC einbezogen worden. Abgestimmt auf das individuelle AC-Ergebnis wurden im Weiteren persönlichkeitsentwickelnde Maßnahmen festgelegt und realisiert (Seminare, Trainings, Mentoring, Coaching zu führungsrelevantem Verhalten). Darüber hinaus umfasste die Förderung eine betriebswirtschaftliche Ausbildung an akademischen Einrichtungen. Zur Beurteilung der erfolgten Entwicklung und der Wirksamkeit des Programms erhielt



ein Teil der Personen nach Abschluss aller Maßnahmen Gelegenheit zur Teilnahme an einem Evaluations-Assessment-Center (EAC). Im Rahmen beider Verfahren kam auch AVEM zur Anwendung. Es liegen nun von 161 Teilnehmern des Programms, davon 42 aus dem Pflegebereich, Längsschnittdaten vor, die das Verhalten und Erleben gegenüber der Arbeit vor und nach der Intervention im zeitlichen Abstand von 3-5 Jahren wiedergeben.

Aus Abbildung 32 gehen die AVEM-Ergebnisse der Erst- und Zweitmessung (Förder-AC – Evaluations-AC) hervor. Bei der Ergebnisdarstellung haben wir nach den (potentiellen) Führungskräften aus dem Pflegebereich und denen aus anderen Krankenhausbereichen (Ärzte, Verwaltung, Technik) unterschieden (vgl. obere und untere Hälfte von Abbildung 32). Zunächst einmal fällt auf, dass sich die Führungskräfte aus dem Pflegebereich in ihrer Musterverteilung deutlich vom generellen für die Pflege ausgewiesenen Trend abheben. Ins Auge fällt vor allem, dass das Muster G im Vordergrund steht und das Muster S weitaus weniger stark vertreten ist. Auch zeigt sich, dass das Risikomuster B kaum eine Rolle spielt. Eine vergleichbare Verteilung liegt für die AC-Teilnehmer aus den anderen Krankenhausbereichen vor.

Wenn wir die längsschnittliche Entwicklung betrachten, so ist für die 119 AC-Teilnehmer aus den Nicht-Pflegebereichen eine signifikante Veränderungen der Musterverteilung festzustellen: Die Ausprägung des Musters G steigt weiter an und das Muster S sowie das Risikomuster A gehen in ihren Anteilen zurück. Die Häufigkeit des Risikomusters B verändert sich nicht signifikant. Auch für die 42 AC-Teilnehmer aus dem Pflegebereich zeigt sich insgesamt eine signifikante Veränderungen der Musterverteilung, die allerdings im Vergleich der einzelnen Muster (vermutlich wegen des geringeren n) statistisch nicht zu sichern ist.

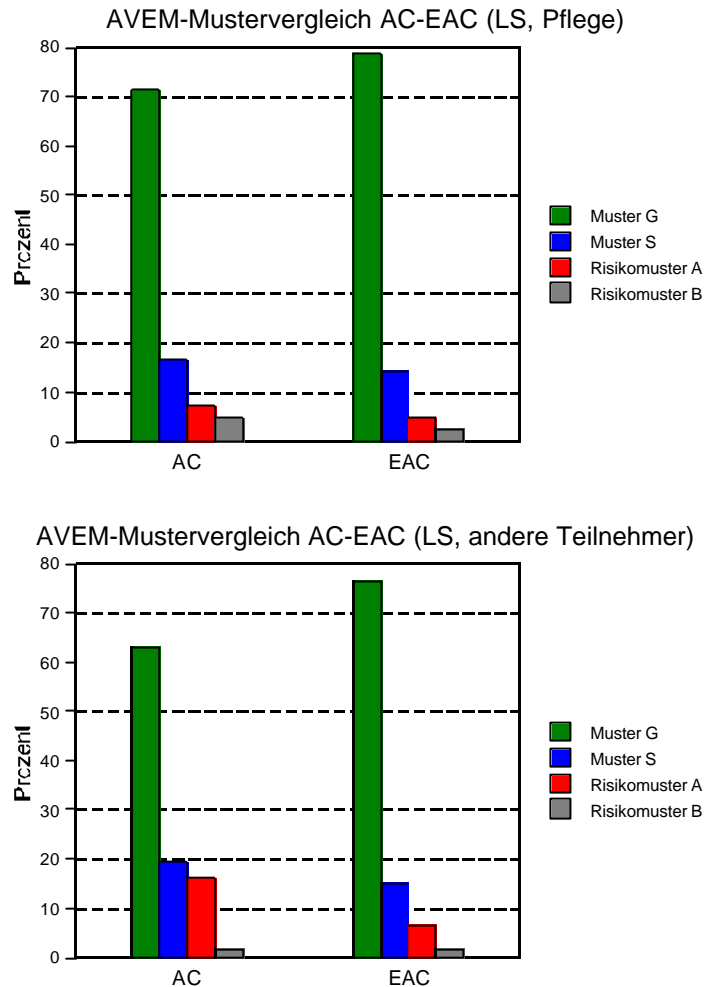


Abbildung 32. Verteilung der 4 AVEM-Muster im längsschnittlichen Vergleich von Förder-Assessment-Center (AC) und Evaluations-Assessment-Center (EAC) im Rahmen eines Entwicklungsprogramms für Führungskräfte aus dem Pflegebereich (n = 42; oben) und aus anderen Bereichen (n = 119, unten)

Der Abbildung 33 kann der längsschnittliche Profilvergleich zwischen den beiden Messpunkten für beide Personengruppen entnommen werden. Wir finden bei den AC-Teilnehmern aus dem Pflegebereich (obere Hälfte) eine signifikante Zunahme im *Beruflichen Ehrgeiz* und der *Distanzierungsfähigkeit*. Für die größere Gruppe der AC-Teilnehmer aus den anderen Krankenhausbereichen betreffen die statistisch gesicherten Veränderungen die Merkmale *Beruflicher Ehrgeiz*, *Innere Ruhe* und *Ausgeglichenheit*, *Erfolgs erleben im Beruf* und *Allgemeine Lebenszufriedenheit* (Zunahme) sowie *Perfektionsstreben* und *Resignationstendenz* (Abnahme).

Werden beide Gruppen von (potentiellen) Führungskräften miteinander verglichen, so ergeben sich weder in den Musterverteilungen noch in den Mittelwerten der einzelnen Skalen bedeutsame Unterschiede.

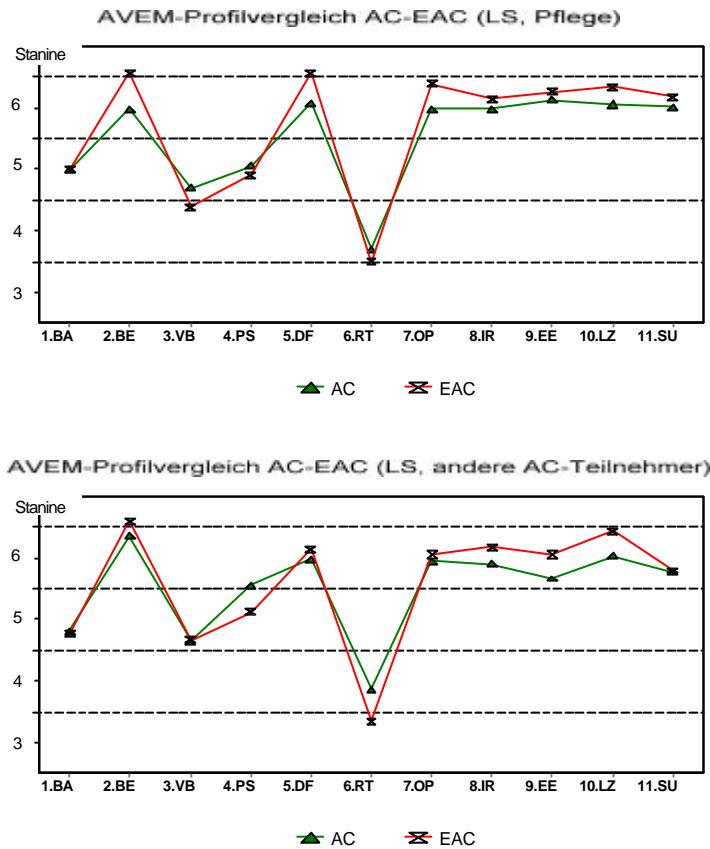


Abbildung 33. Mittlere AVEM-Profile im längsschnittlichen Vergleich von Förder-Assessment-Center (AC) und Evaluations-Assessment-Center (EAC) im Rahmen eines Entwicklungsprogramms für Führungskräfte aus dem Pflegebereich (n = 42; oben) und aus anderen Krankenhausbereichen (n = 119, unten)

## 6.6 Wahrnehmung der Pfl egetätigkeit durch die Pflegepersonen

Hypothese 6 hat die Frage zum Gegenstand, ob zwischen der Musterzugehörigkeit und der Beurteilung der Arbeitstätigkeit ein Zusammenhang besteht. Wenn die Musterzugehörigkeit durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst wird (s. Hypothese 2), nehmen wir nun an, dass umgekehrt auch die Tätigkeit und die mit ihr verbundenen Anforderungen und Ausführungsbedingungenusterspezifisch wahrgenommen werden. Die Arbeitsverhältnisse beeinflussen also nicht nur die Ausbildung der Muster, sondern letztere wirken auch auf die Widerspiegelung der Arbeitsverhältnisse zurück. Demzufolge sollte sich auch in un-

seren Ergebnissen zeigen, dass die Einschätzung der Tätigkeit durch die Musterzugehörigkeit mitbestimmt wird.

Um diese Hypothese zu prüfen, wollen wir im Folgenden zwei Fragen nachgehen: Erstens interessiert uns, ob sich mit der Arbeit verbundene Wert- und Zielvorstellungen in Abhängigkeit von der jeweiligen Musterzugehörigkeit unterscheiden. Zweitens fragen wir danach, ob es auchusterspezifische Differenzen bei der Wahrnehmung der in der Pflgetätigkeit liegenden Ressourcen gibt. Für die Beantwortung beider Fragen ziehen wir nochmals die Daten von Erhebung 1 heran.

Zur ersten Frage: Von 1177 Wiener Pflegepersonen aller Positionen liegen Einschätzungen zu persönlichen Wert- und Zielvorstellungen in der Arbeit vor. Über Faktorenanalysen wurden die Items zusammengefasst. Es resultierten 5 gut interpretierbare Faktoren. Aus Abbildung 34 gehen diese Faktoren und die musterabhängigen Ausprägungen der mittleren Faktorwerte – dargestellt auf einer z-Skala mit dem Mittelwert von 0 – hervor.

Es liegen mehrere statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Mustern vor. Die markantesten Differenzen bestehen im ersten Faktor (Möglichkeit zu selbständiger Arbeit und eigener Entscheidung, berufliche Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten). Während die Personen des Musters G, gefolgt von denen des Musters A, dieser Bedingung ein großes Gewicht beimessen, halten die Vertreter des B-Musters und auch die des Musters S diesen Faktor für deutlich weniger wichtig. Mit Ausnahme des Faktors 4 (Einkommen und Sicherheit des Arbeitsplatzes) liegen auch in den übrigen Faktoren signifikante Musterunterschiede vor. Es lässt sich u. a. ersehen, dass die Personen des G-Musters eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit sehr viel höher bewerten als die des Musters B und dass sie der Kommunikation und Kooperation in der Arbeit (gemeinsam mit A) mehr Bedeutung als die Vertreter des S-Musters beimessen. Hervorgehoben sei auch der Unterschied im letzten Faktor. Danach ist die flexible Arbeitszeit für S von sehr viel stärkerem Gewicht als für A.

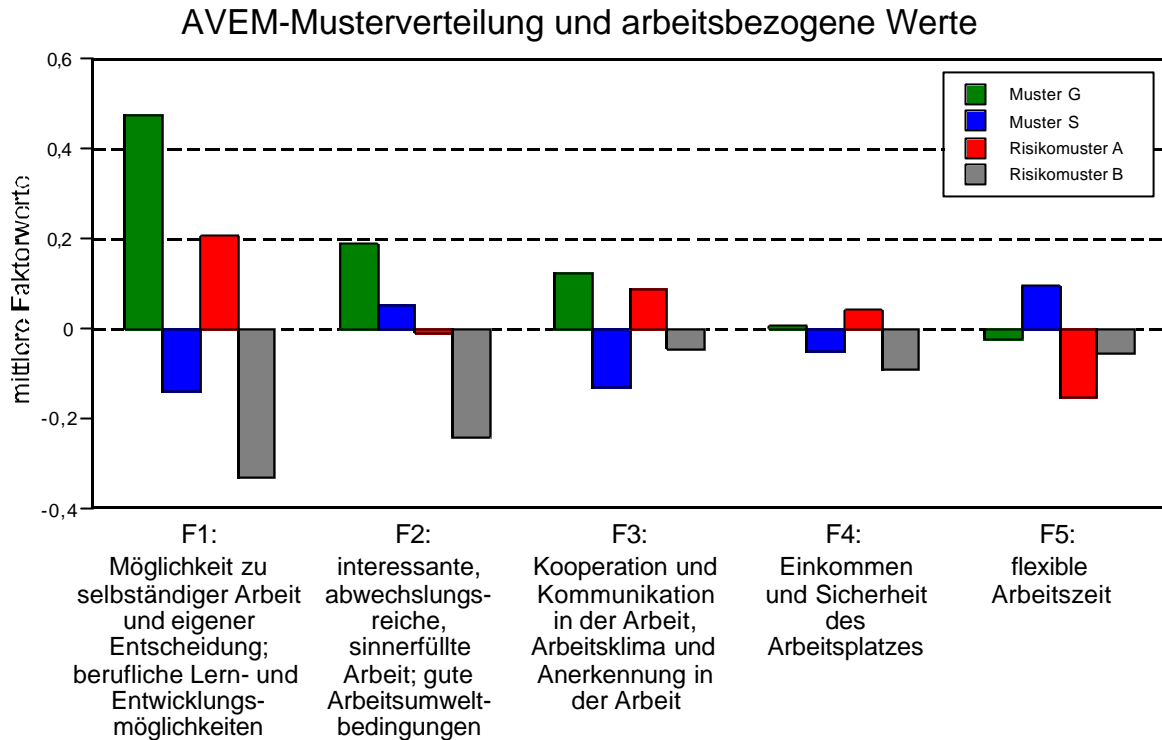


Abbildung 34. Arbeitsbezogene Werte im Zusammenhang mit der Musterzuordnung (1177 Pflegepersonen, Wien)

(Gefragt wurde „Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Dinge bei der Arbeit? z. B. selbständig arbeiten und entscheiden können, eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit haben, Anerkennung für meine Arbeit...“. Die Faktorwerte werden auf einer z-Skala mit dem Mittelwert 0 dargestellt.)

Zur zweiten Frage: Aus Abbildung 35 geht hervor, wie Pflegekräfte Ressourcen in ihrer Tätigkeit in Abhängigkeit von der Musterzugehörigkeit wahrnehmen. Um die Wirkung des Faktors *Position* zu eliminieren, haben wir in diesem Falle nur diplomiertes Personal in diese Auswertung einbezogen. Die Darstellung bezieht sich auf 4 Faktoren, die (im Ergebnis einer Faktorenanalyse) verschiedene Tätigkeitsmerkmale gruppieren. Aus der Abbildung sind wiederum die mittleren Faktorwerte der Mustervertreter, dargestellt auf der z-Skala, zu entnehmen. Es zeigt sich, dass die markantesten Unterschiede in den ersten beiden Faktoren vorliegen. Die Personen des Musters G nehmen, gefolgt von denen des Musters A, die Möglichkeiten zur selbständigen Arbeit (Faktor 1) am stärksten wahr. Die Vertreter des B-Musters und auch die des Musters S sehen diese Bedingung in der Tätigkeit für sich eher nicht gegeben. Ähnlich sieht es bezüglich der Einschätzung des Verantwortungsgrades der Arbeit aus (Faktor 2). Auch hier zeigen G und A die relativ höchsten Werte. In diesem Falle ist es das Muster S, das eine konträre Einschätzung erkennen lässt, während für B dieser Faktor eine mittlere Ausprägung hat. Die Anforderungsvielfalt der Tätigkeit (Faktor 3) wird von G und S hervorgehoben, worin deren einzige Gemeinsamkeit

besteht. Beide unterscheiden sich wieder deutlich, wenn die Kooperations- und Kommunikationserfordernisse zu bewerten sind (Faktor 4). Die Vertreter des Musters S sehen auch diese Bedingung ihrer Tätigkeit als eher gering ausgeprägt an. Für A und B liegen bezüglich dieser beiden Faktoren jeweils mittlere Werte vor.

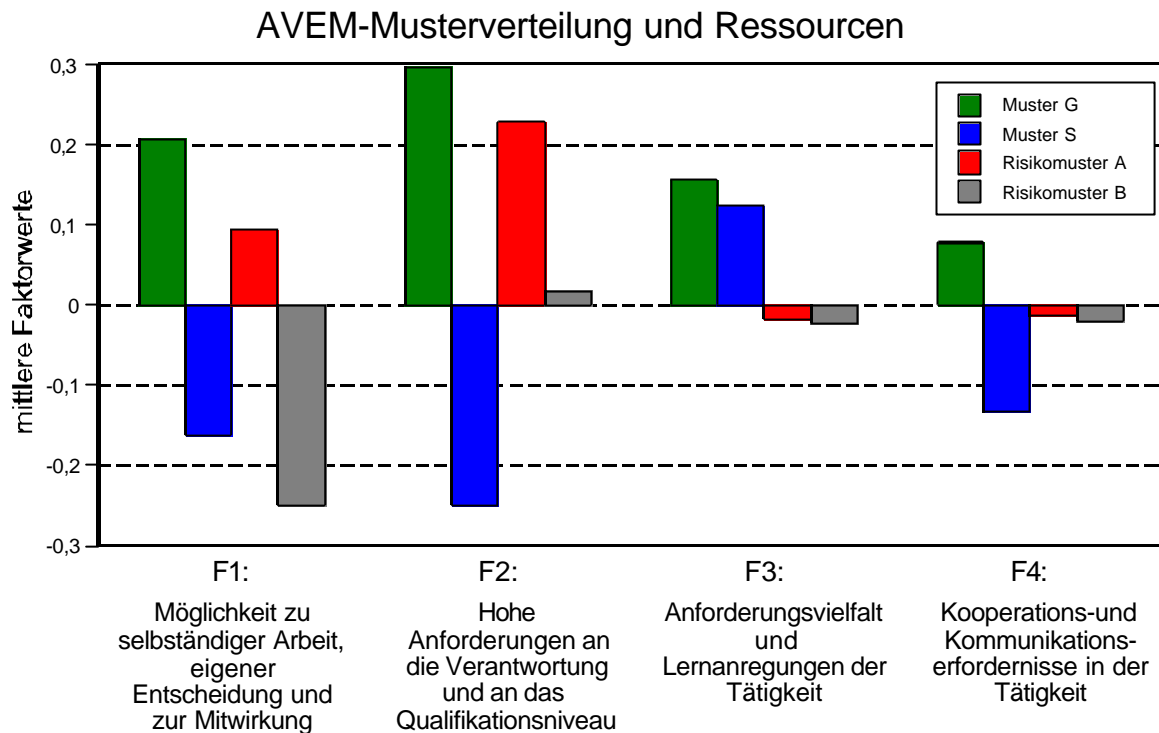


Abbildung 35. Einschätzung von Ressourcen in der Tätigkeit im Zusammenhang mit der Musterzugehörigkeit (diplomiertes Pflegepersonal, Wien, n = 748)

(Zu beurteilen waren Aussagen, wie z. B. „Meine Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.“, „Man muss für meine Arbeit gründlich ausgebildet sein.“, „Ich werde in der Arbeit immer wieder mit neuen Anforderungen konfrontiert.“... Die Faktorwerte werden auf einer z-Skala mit dem Mittelwert 0 dargestellt.)

Die Frage nach den wahrgenommenen Ressourcen wurde noch durch die Einschätzung der von einzelnen Arbeitsbedingungen ausgehenden Belastungswirkungen ergänzt, dürfte sich doch das Erleben der Belastungen komplementär zur Wahrnehmung der Ressourcen verhalten.

Der Abbildung 36 kann entnommen werden, wie sich die Mustervertreter in den Angaben zu der erlebten Belastungswirkung verschiedener Arbeitsbedingungen unterscheiden. (Die Belastung war auf einer 5stufigen Skala einzuschätzen, von 1 = wenig belastend bis 5 = stark belastend.) Es lässt sich erkennen, dass für die meisten der erfassten Bedingungen eine klare musterabhängige Differenzierung vorliegt. Dabei geben die Personen des Musters G die geringsten Belastungswerte an. Die Vertreter des Musters S

schätzen gegenüber G ausschließlich in Bezug auf das soziale Miteinander ein stärkeres Belastungserleben ein (Reibereien und Konflikte mit Ärzten sowie mit Patienten). Die Personen der Risikomuster beurteilen hingegen nahezu alle Bedingungen als stärker belastend. Dabei ist zwischen A und B nochmals ein Unterschied erkennbar. So hebt sich B vor allem dort durch die höheren Werte ab, wo Anforderungen an die Kompetenz (z. B. Schwierigkeitsgrad der Arbeit), die psychophysische Belastbarkeit (z. B. Länge der Arbeitszeit) und insbesondere die emotionale Stabilität (z. B. tägliche Konfrontation mit Krankheit und Tod) im Vordergrund stehen. Von den Personen des A-Musters werden vorrangig solche Faktoren als stärker belastend erlebt, die deren Leistungs- und Perfektionsansprüchen im Wege stehen (z. B. Unterbrechung der Arbeit durch äußere Störungen, Schwächen in der Ablauforganisation, Anteil nichtpflegerischer Tätigkeiten).

### AVEM-Musterverteilung und Belastungserleben

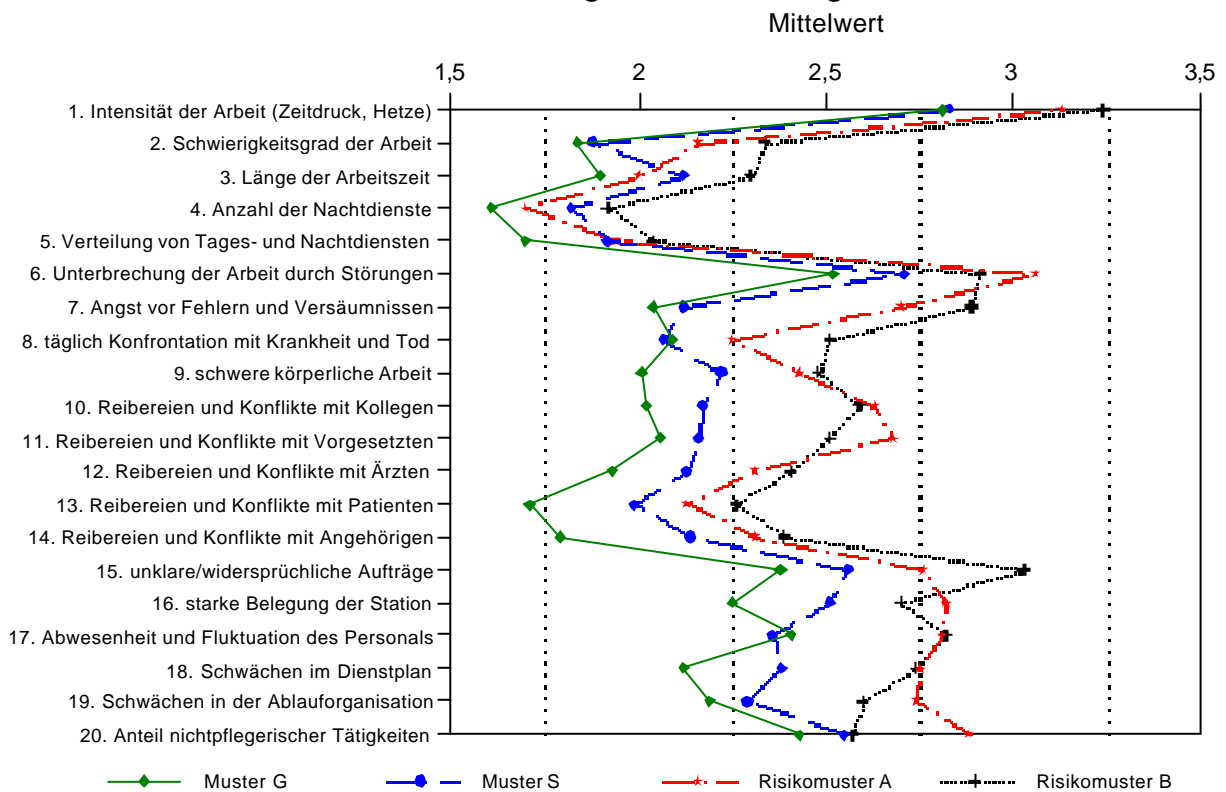


Abbildung 36. Die erlebte Belastung durch konkrete Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit der Musterzugehörigkeit (Pflegepersonal Wien, n = 1177)

(signifikante Unterschiede: 1. G/S-A/B, 2. G/S-B, 3. G/A-B, 4. G-B, 5. G-B, 6. G-A/B, S-A, 7. G/S-A/B, 8. G/S-A-B, 9. G-A/B, 10. G/S-A/B, 11. G/S-A/B, 12. G-A/B, S-B, 13. GS-B, G-A, 14. GS-B, G-A, 15. G/S-B, 16. G-A/B, 17. G/S-A/B, 18. G/S-A/B, 19. G/S-A/B, 20. G/S/B-A)

Klare Musterzusammenhänge lassen sich auch auffinden, wenn das Verhalten und Erleben gegenüber den Patienten eingeschätzt wird (vgl. Abbildung 37). Bei dieser Einschätzung war für 30 patientenbezogene Items der Grad des Zutreffens anzugeben (5stufige Skala, 1 = nicht zutreffend, 5 = sehr zutreffend). In der Abbildung 37 sind die Items enthalten, für die signifikant unterschiedliche Stellungnahmen abgegeben wurden. Es lässt sich ersehen, dass die Personen des G-Musters in ihrem Verhältnis den Patienten gegenüber Selbstsicherheit, Zuversicht und weitere positive Emotionen erkennen lassen. Für die S-Vertreter ist ebenfalls ein hohes Maß an Stabilität, zugleich jedoch geringere Verausgabung zu konstatieren. Die den Risikomustern zuzuordnenden Personen heben sich auch hier wieder durch die Angaben höherer Belastungsgrade ab, was insbesondere in höherer emotionaler Beanspruchung sowie einem stärkeren Unvermögen zur Abgrenzung zum Ausdruck kommt. Dabei weist B wiederum ungünstigere Ergebnisse als A auf.

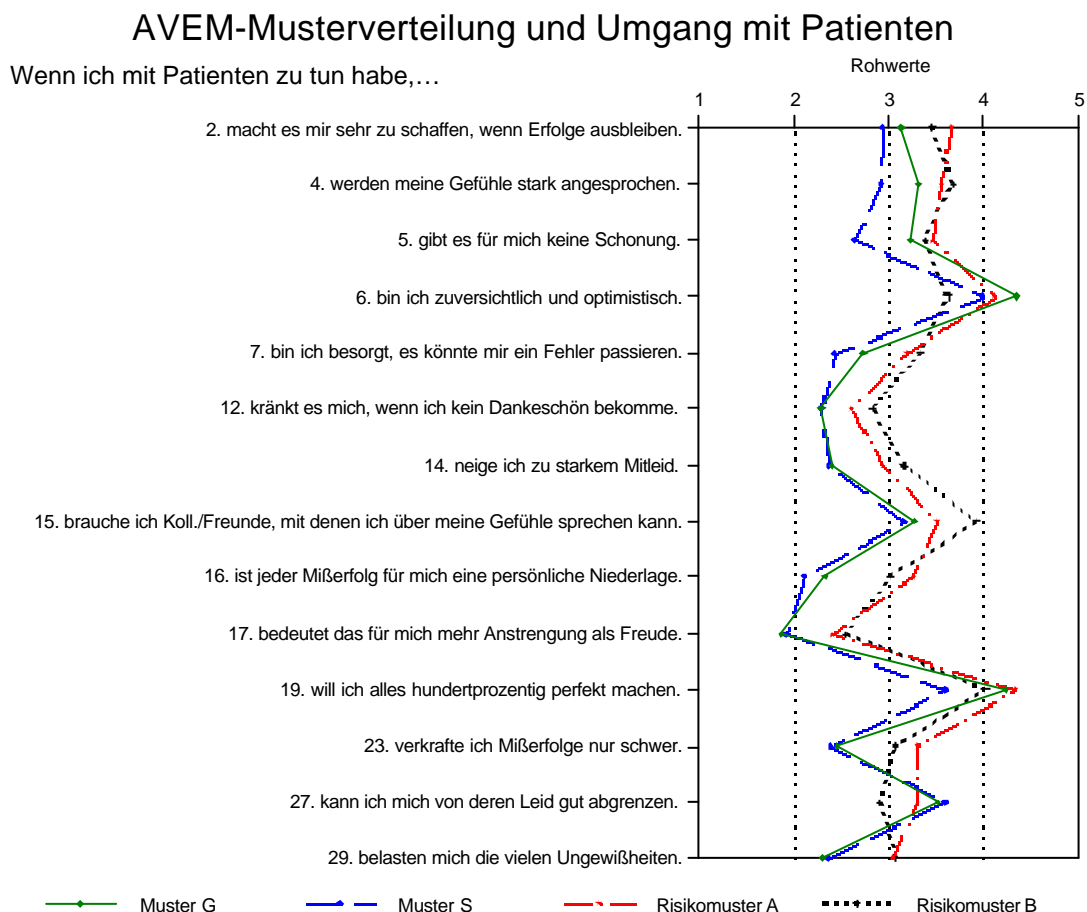


Abbildung 37. Mittelwerte in den Einschätzungen der Mustervertreter zum Verhalten und Erleben gegenüber Patienten

(signifikante Unterschiede: 2. G/S-A/B, 4. S-G-B, S-A, 5. G/A/B-S, 6. G-S-B, A-B, 7. G-S-A/B, 12. G/S-A/B, 14. G/S-A/B, 15. S-A-B, G-B, 16. G/S-A/B, 17. G/S-A/B, 19. S-G/A/B, 23. G/S-A/B, 27. S-A-B, G-B, 28. G/A-S/B, 29. G/S-A/B)



## 7 DISKUSSION

Die einschlägigen Literaturbefunde und auch unsere eigenen aus Anforderungsanalysen gewonnenen Erkenntnisse verweisen darauf, dass für die Pfl egetätigkeit hohe körperliche und psychische Belastung vorliegt. Die Arbeit ist durch zunehmende Intensität und steigende Anteile administrativer und anderer patientenferner Aufgaben gekennzeichnet. Gerade für die stationäre Pflege, um die es in dieser Arbeit geht, sind verhältnismäßig geringe Entscheidungsmöglichkeiten, große Komplexität und Vielfalt (v. a. in Verbindung mit Zeitdruck und hoher Verantwortung) sowie erhöhte Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit zu konstatieren. Und die Pflegeleistungen sind häufig unter ungünstigen Bedingungen, wie z. B. Schichtarbeit, zu erbringen. Mit dieser Arbeit sollte nun der Frage nachgegangen werden, mit welchem Beanspruchungserleben diese den Pflegeberuf heute kennzeichnenden Anforderungen verbunden sind.

Die erste zu beantwortende Frage war, mit welchen persönlichen Ressourcen die Pflegekräfte den Anforderungen ihres Berufes gegenüber treten. Darüber geben die mit dem AVEM gewonnenen Ergebnisse Auskunft. Unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme, die wir für den Pflegeberuf konstatiert haben, nahmen wir an, dass sich das Muster S, in dem sich eine Schonungs- und/oder Schutzhaltung niederschlägt, als dominant erweisen wird und auch das Risikomuster B als Ausdruck resignativer Arbeitseinstellungen von Bedeutung sein dürfte. Ein weniger häufiges Auftreten hatten wir demzufolge für die Muster G (Gesundheit) und A (Anstrengung) erwartet. Diese Annahme hat sich weitgehend bestätigt.

Das Muster S finden wir bei 40 % der Pflegekräfte vor. Damit kommt diesem Muster der eindeutig höchste Anteil zu. Mit einer Auftretenshäufigkeit von 21 % hat auch das problematischste Muster B relativ starkes Gewicht. Nur geringfügig mehr Personen (23 %) sind dem wünschenswerten Muster G zuzuordnen. Das Risikomuster A spielt (mit 16 %) die (relativ) geringste Rolle. Wie ist diese Musterkonstellation im Ganzen zu beurteilen? Unter dem Aspekt der Gesundheitsgefährdung gesehen ist damit die Beanspruchungssituation nicht kritischer als in anderen Berufen, die sich – dem Pflegeberuf vergleichbar – durch ein höheres Maß an psychosozialen Anforderungen auszeichnen. Konkret stützt sich diese Aussage auf den Vergleich mit Lehrern, Führungskräften, Verwaltungsangestellten und Bediensteten der Feuerwehr. Doch zeigen sich für die Pflegekräfte Besonderheiten, die Anlass für eine kritische Betrachtung sein müssen. Hier ist insbesondere die starke Tendenz zum S-Muster hervorzuheben, die wir so in keiner der anderen zum Vergleich herangezogenen Berufsgruppen finden. Die in diesem Muster zum

Ausdruck kommende Zurückhaltung im Engagement gegenüber der Arbeit kann aus einer Schonungshaltung resultieren, aber auch auf das Bestreben zurückgehen, sich vor Arbeitsanforderungen zu schützen, die als überhöht, konfliktreich oder anderweitig unangemessen erlebt werden. Ein Charakteristikum des S-Musters ist die ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit. Im Durchschnitt bescheinigen sich die Pflegekräfte in diesem Merkmal eine außerordentlich hohe Ausprägung. Dieser Befund hat sicherlich zwei Seiten: Distanzierungsfähigkeit ist zunächst ein Ausdruck höherer Widerstandskraft und damit eine wichtige Voraussetzung für Erholungsfähigkeit. Doch in dem hohen Maße, in dem sie sich in den AVEM-Ergebnissen niederschlägt, muss sie als ein Hinweis auf beeinträchtigte Motivation verstanden werden, zumal bemerkenswert niedrige Ausprägungen in der Verausgabungsbereitschaft, der Bedeutsamkeit der Arbeit und dem beruflichen Ehrgeiz hinzukommen. Ausgehend von diesem Befund ist sicherlich auch genauer zu hinterfragen, worauf das von vielen Pflegekräften (teils schon von Pflegeschülern) formulierte Bedürfnis nach „Abgrenzung“ hinausläuft. Sofern damit das Abschirmen vor einem Zuviel an emotionaler Belastung gemeint ist, mag dies ein notwendiger Schutz vor dem Verschleiß von internen Ressourcen sein, läuft es aber auf die Distanzierung gegenüber dem Beruf im Ganzen hinaus, entsteht nicht nur unter dem Aspekt der Leistungsbereitschaft, sondern auch hinsichtlich der Gesundheitssituation ein problematisches Bild. Wir gehen dabei in Anlehnung an Becker und Minsel (1986) von einem Gesundheitsverständnis aus, wonach zur (psychischen) Gesundheit auch gehört, dass sich Menschen mit Freude, Energie, Selbstvertrauen, Engagement und Interesse den externen Anforderungen stellen – und dazu zählen die beruflichen Aufgaben in besonderem Maße. Statt dieser wünschenswerten offensiven und bejahenden Haltung gegenüber den beruflichen Anforderungen finden wir bei nicht wenigen Pflegekräften eher Anzeichen für eine „innere Kündigung“. Ein akzentuiertes S-Muster muss genau in diesem Sinne verstanden werden. Natürlich ist im Weiteren auch zu fragen, welche Konsequenzen die starke Dominanz des S-Musters für die Qualität der Pflgetätigkeit hat. Immerhin ist zu bedenken, dass wir bei den Personen dieses Musters auch herabgesetzte qualitative Ansprüche bezüglich wichtiger Aspekte ihrer Arbeit vorfanden (z. B. im Umgang mit und im Verhalten gegenüber Patienten). Kurzum: Es gibt Gründe genug für die Feststellung, dass man sich mit dem hohen Anteil des S-Musters, sei es nun bevorzugt Ausdruck einer Schonungs- oder Schutzhaltung, nicht abfinden darf.

Auch dem Risikomuster B kommt unseren Ergebnissen zufolge ein erhebliches Gewicht zu (mit 21 %). Lediglich die Berufsgruppe der Lehrer weist hier einen noch höheren Anteil auf. Das B-Muster zeichnet sich durch sehr geringe Widerstandskraft (besonders sei die ausgeprägte Resignationstendenz hervorgehoben), starke negative Emotionen in Bezug auf den Beruf und weitere Lebensbereiche und ein reduziertes Engagement aus, wobei allerdings die Distanzierungsfähigkeit geringer ausgeprägt ist, als das für

das S-Muster gilt. (Die Personen des B-Musters erleben ihr berufliches Tun als nicht (mehr) bedeutsam und sinnvoll; die Probleme des Arbeitsalltags lassen sie aber dennoch nicht zur Ruhe kommen.) Dem Muster B zugehörige Pflegepersonen verfügen über die geringsten Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen der Pfl egetätigkeit. Das bestätigen ihre Einschätzungen zum Belastungserleben und zum Verhalten und Erleben gegenüber Patienten. Ihnen fällt es am schwersten, die geforderten Leistungen zu erbringen, und es kostet sie die meiste Energie. Ohne Frage besteht für sie die ungünstigste Beanspruchungssituation. Diese Gruppe, zu der immerhin ein Fünftel aller Pflegekräfte gehört, bedarf der größten Aufmerksamkeit. Und gesundheitsförderliche Maßnahmen sind hier mit aller Dringlichkeit gefordert.

Bei allen Unterschieden, die zwischen den Mustern S und B bestehen, ist eine Gemeinsamkeit hervorzuheben: das reduzierte Engagement gegenüber der Arbeit. Und auf beide Muster entfallen 61 % der Pflegekräfte. Es wird somit deutlich, dass Einschränkungen in der Arbeitsmotivation *das* zentrale Problem darstellen. Aus unserer Sicht ist damit die Beanspruchungssituation in dieser Berufsgruppe anders zu sehen, als das etwa für die Lehrerschaft gilt. So dürften Entwicklungen i. S. des Burnout, wie sie im Lehrerberuf von großer Bedeutung sind (Schaarschmidt, in Vorb.), hier eher eine untergeordnete Rolle spielen. Nicht die Gefahr des „Ausbrennens“ scheint die größte zu sein, vielmehr wohl die, dass es gar nicht erst zum „Entflammtsein“ kommt. Von einem Burnout-Prozess kann nur dann die Rede sein, wenn der Weg vom Überengagement zu Erschöpfung und Resignation führt. Diese Gefahr ist unseren Befunden zufolge für 16 % der Pflegepersonen real. Sie sind dem durch die Selbstüberforderungstendenz gekennzeichneten Risikomuster A zuzuordnen. Für sie gilt nun in der Tat, dass die Fähigkeit und Bereitschaft zur Distanzierung gefördert werden sollten.

Schließlich entfallen 23 % der Personen auf das Muster G. Dieses Muster ist durch hohes, aber nicht überhöhtes Engagement, ausgeprägte Widerstandskraft gegenüber Belastungen und ein positives Lebensgefühl gekennzeichnet. Die wesentlichen Gesundheitskriterien, auf die wir uns einleitend bezogen haben (vgl. insbesondere Becker, 1986, 1992), finden sich in diesem Muster wieder. In ihm manifestiert sich ein gesundheitsförderliches Verhältnis der Arbeit gegenüber. Das Muster G sollte damit – ganz im Sinne des salutogenetischen Ansatzes (Antonovsky, 1979) – als Orientierungsgrundlage dienen, wenn es darum geht, auf die Ressourcenentwicklung in dieser Berufsgruppe Einfluss zu nehmen. Mit anderen Worten: Alle Interventionsmaßnahmen sind daraufhin zu prüfen, ob sie i. S. der Ausrichtung dieses Musters wirksam werden können.

Bisher haben wir die zur Kennzeichnung der Beanspruchungssituation vorliegenden Ergebnisse noch recht pauschal betrachtet. Unsere Befunde ermöglichen aber auch eine sehr viel differenziertere Analyse.

In diesem Zusammenhang ist zunächst der Vergleich der Positionen innerhalb der Pfl egetätigkeit hervorzuheben. Es ließ sich klar aufzeigen, dass mit höherer Position günstigere Beanspruchungsverhältnisse vorliegen. Sie manifestieren sich insbesondere in einem stärkeren Auftreten des Musters G und einem geringeren Anteil des problematischsten Musters B. Wir bringen diesen Befund zunächst in Zusammenhang damit, dass höhere Positionen mit erweiterter Verantwortung und einem größeren Tätigkeits- und Handlungsspielraum verbunden sind. Stärkere Verantwortung und mehr Freiheitsgrade in der Tätigkeit unterstützen offensichtlich die Entwicklung von Gesundheit und im Besonderen auch von Engagement. Letzteres erreicht in der obersten Hierarchieebene ein solches Ausmaß, dass die Tendenz zur Selbstüberforderung (Risikomuster A) verstärkt wird. (Übrigens sehen wir hier eine Parallele zu den Untersuchungen im Lehrerberuf. Auch dort hoben sich die Schulleiter durch die „gesündere“ Musterkonstellation von den Lehrerinnen und Lehrern ab, wobei das Muster A allerdings auch eine große Rolle spielte (vgl. Schaarschmidt, 2005).) Diese Ergebnisse zum deutlichen Zusammenhang von beruflicher Position und Gesundheit stimmen u. E. voll mit den Aussagen der Konzepte Anforderung/Belastung (Volpert, 1987, 1994) und Vollständige Tätigkeit (Hacker, 1991; Hacker u. a., 1995) sowie des Demand/Control-Modells (Karasek, 1979) überein. Sie belegen, dass – auch wenn die Rahmenbedingungen ungünstig sind – ein Mehr an Gestaltungsmöglichkeiten in der konkreten Tätigkeit mit gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Effekten verbunden ist. Freilich ist zu bedenken, dass die günstigere Musterverteilung in den höheren Positionen nicht allein eine Folge der anspruchsvolleren Anforderungen sein dürfte. In Rechnung zu stellen sind auch Selektionseffekte. Es ist davon auszugehen, dass bevorzugt Personen mit den Merkmalen der Muster G und A in verantwortungsvollere Positionen streben werden. Darauf verweisen ganz eindeutig die Einschätzungen zu arbeitsbezogenen Werten und Ressourcen in der Tätigkeit. Die Möglichkeiten zu selbständiger Arbeit und eigener Entscheidung, zu beruflichem Lernen, zur Kooperation und Kommunikation in der Arbeit sowie ein positives Arbeitsklima und nicht zuletzt der Wunsch nach Anerkennung haben für die Vertreter der Muster G und A einen weit höheren Stellenwert als für jene von S und B. Während bei S ein Mangel an Motivation einer derartigen beruflichen Entwicklung entgegensteht, dürfte es bei B vor allem das Erleben von Überforderung auf dem Hintergrund fehlender Widerstandsressourcen sein. Nun liegen gerade für das diplomierte Personal der höchste S-Anteil (mit 45 %) und ein ebenfalls hoher B-Anteil (mit 23 %) vor. Es kann unter diesem Gesichtspunkt auch nicht verwundern, dass ein Mangel an qualifizierten Bewerbern für die Besetzung von Führungspositionen besteht.

Es ordnet sich in das bisher Gesagte ein, dass für die Pflegehelfer, also die Gruppe, für die besonders kritische Arbeitsbedingungen vorliegen (geringstes Niveau an qualifizierten Anforderungen, am wenig-

ten Selbständigkeit und Gestaltungsmöglichkeiten), die höchste gesundheitliche Gefährdung auszumachen ist (47 % Risikomuster).

Mit dem diplomierten Personal und den Pflegehelfern sind die beiden Gruppen benannt, auf die sich gesundheits- und motivationsfördernde Maßnahmen in erster Linie konzentrieren müssen. Die dabei zu beachtenden Schwerpunkte dürften aus der jeweiligen Problemschilderung deutlich geworden sein.

Zur differenzierten Betrachtung der vorgefundenen Situation gehört auch der Vergleich zwischen den Pflegebereichen. Er lässt eine weitgehende Ähnlichkeit in den Musterverteilungen erkennen. Es finden sich aber doch auch einige Abweichungen vom allgemeinen Trend. Sie betreffen die Ambulanzen/Aufnahmestationen, die Psychiatrischen und Onkologische Stationen sowie den OP-Bereich. Es liegt auf der Hand, hier Abhängigkeiten von den spezifischen Arbeitsbedingungen zu sehen. Ambulanzen/Aufnahmestationen und Psychiatrische Stationen weisen die geringsten Anteile an Risikomustern bei gleichzeitig höchstem S-Anteil auf. Offensichtlich bringen die Tätigkeitsmerkmale in diesen Bereichen die geringste Gesundheitsgefährdung, aber auch das geringste Motivationspotenzial mit sich. Wir heben in diesem Zusammenhang vor allem die folgenden Merkmale hervor: Beziehungen zu Patienten, die eher flüchtig und weniger emotional belastend sind, geringere physische Anforderungen sowie (noch stärker) verminderte Möglichkeiten eigener Einwirkung und Zielsetzung. Der größere Anteil des Muster B auf Onkologischen Stationen spricht für hohe emotionale Belastungen in diesem Bereich. Die Tätigkeit im OP dürfte am meisten als eine zum Engagement herausfordernde Aufgabe verstanden werden. In diesem Bereich fällt der Anteil der Muster G und A am höchsten aus. Freilich muss man sich auch hier vor einer einseitigen Interpretation hüten. Neben den Wirkungen der spezifischen Arbeitsbedingungen auf die betreffenden Personen ist wiederum ein möglicher Selektionseffekt zu berücksichtigen. Denn es ist auch anzunehmen, dass die Pflegepersonen ihren Arbeitsbereich unter Beachtung ihrer persönlichen Ressourcen auswählen.

Eine letzte Frage bezüglich der Differenzierung der Beanspruchungsverhältnisse galt der Alters- und Geschlechtsabhängigkeit. Wenn wir die Musterverteilungen im Zusammenhang mit dem Berufsalter betrachten, so zeigt sich in der Altersgruppe ab dem 51. Lebensjahr eine deutlich häufigeres Vorkommen des Risikomusters B. Komplementär dazu tritt das Muster G noch weiter zurück. Da es sich um einen Querschnittsvergleich handelt, sind Rückschlüsse auf Musterveränderungen natürlich nur mit Vorsicht zu ziehen. Wir sehen das Ergebnis aber doch als einen starken Hinweis darauf, dass im oberen Berufsalter die Fähigkeit zur Belastungsbewältigung nachlässt und sich erhöhtes Beschwerdeerleben einstellt. Es muss dabei offen bleiben, in welchem Maße sich hier Alterseffekte und durch den Beruf verursachte

Beeinträchtigungen niederschlagen. Beides dürfte der Fall sein. Anzunehmen ist auch, dass diese Effekte noch stärker wären, wenn nicht ein großer Teil des Pflegepersonals bereits vorher aus dem Beruf ausgeschieden wäre. Schließlich ist zu vermuten, dass bevorzugt die Personen mit den stärkeren Bewältigungskompetenzen im Beruf verblieben sind.

Die Unterschiede in der Musterverteilung zwischen Frauen und Männern erwiesen sich als nicht signifikant. Allerdings deutet sich in der Tendenz die stärkere Gesundheitsgefährdung für die Frauen an (mehr Risikomuster). Andererseits weisen die Frauen (wiederum tendenziell) weniger S-Muster-Anteile auf. Beide Tendenzen stimmen mit den Befunden überein, wie sie auch in der Lehrerpopulation gewonnen wurden (Schaarschmidt, 2005).

Weitere Aufmerksamkeit galt der Beanspruchungssituation der Pflegeschüler. In Übereinstimmung mit unseren Erwartungen stellten wir fest, dass im Verlaufe der Ausbildung sowohl das Risikomuster B als auch das Muster S an Bedeutung gewinnen. Schon im ersten Jahr, kurz nach Aufnahme der Ausbildung, verdreifacht sich der Anteil des Musters B. Es liegt nahe, hier einen Überforderungseffekt zu vermuten. Dabei muss es sich nicht (allein) um fachliche Überforderung handeln. Möglich ist auch, dass die anfänglichen Anforderungen der Ausbildung in emotionaler und motivationaler Hinsicht von einem größeren Teil der Schüler zunächst nicht verkraftet werden. Das Ergebnis legt Überlegungen in zwei Richtungen nahe: Zum einen ist anzunehmen, dass es mit der Eignung eines Teils der Auszubildenden nicht zum Besten steht. Zu denken ist beispielsweise an zu geringe psychophysische Belastbarkeit, verminderte Lernbereitschaft oder mangelnde Berufsmotivation. Auf die Tendenz abnehmender Eignung wird auch in der Literatur verwiesen (Weidner & Isfort, 2002). Zum anderen ist die Angemessenheit der Anforderungen in den Krankenpflegeschulen zu hinterfragen. Letzteres ist besonders auch deshalb erforderlich, weil unsere Ergebnisse eine Verdoppelung der Häufigkeit des Musters S, also einen gravierenden Motivationsabfall, im Laufe der dreijährigen Ausbildung belegen. Das anfänglich hohe (und z. T. überhöhte) Engagement der Schüler – 22 % gehören dem Muster A an – weicht zum Ende der Ausbildung einer stärker verbreiteten Schonungshaltung, womit keine günstige Voraussetzung für eine aktive und freudvolle Bewältigung der Anforderungen des Berufsstarts gegeben ist. Damit dürften häufig schon die Weichen für eine Berufskarriere gestellt sein, bei der auch im Weiteren Engagement, Streben nach beruflichem Vorkommen und Freude an der Arbeit nicht aufkommen. Wenn wir eingangs über die kurze Verweildauer der Pflegekräfte in ihrem Beruf berichtet haben, so lassen diese Ergebnisse vermuten, dass ein Grund dafür bereits im Vorfeld der Berufstätigkeit – in der Eignung und der Ausbildung – liegt.

Doch es gibt auch Positives zu vermerken: Mit einer Auftretenshäufigkeit von 48 % nimmt das Muster G sowohl zu Beginn als auch am Ende der Ausbildung den größten Anteil ein und liegt damit weit über dem Durchschnitt der Pflegekräfte. Also nicht generell gilt, dass mangelnde Eignung besteht und sich persönliche Ressourcen während der Ausbildung verschlechtern. Und ein weiterer Schluss ist zu ziehen: Die deutlich ungünstigeren Musterkonstellationen, die wir später im Beruf vorfinden, sind also keineswegs allein und auch nicht vorrangig durch die in den Beruf eingebrachten Voraussetzungen zu erklären. Es sind in hohem Maße die Wirkungen der Berufstätigkeit selbst in Rechnung zu stellen.

An die Befunde der Schüler anknüpfend, wollen wir die Ergebnisse zu Veränderungen der Musterzugehörigkeit über die Zeit der Berufstätigkeit diskutieren. Besondere Aufmerksamkeit galt der Entwicklung in den ersten fünf Berufsjahren. Zu diesem Zweck hatten wir eine feine Unterteilung nach der Dauer der Berufstätigkeit im 1-/2- und 5-Jahresabstand vorgenommen. Die Ergebnisse lassen hier eine erhebliche Zunahme des S-Anteils auf Kosten des Musters G erkennen, wobei sich der Anteil der Risikomuster nicht verändert. (Es liegt auch hier der Querschnittsvergleich zugrunde. Doch kann bei der Betrachtung eines so engen Zeitraums vorausgesetzt werden, dass Kohorteneffekte von geringerer Bedeutung sein dürften.) Es zeigt sich also, dass sich die in der Berufsausbildung bereits beobachtete Zunahme des Musters S in den ersten Jahren der Berufstätigkeit fortsetzt und ein sehr hohes Niveau erreicht. Zwischen dem 6. und dem 20. Berufsjahr gibt es keine nennenswerten Veränderungen in der Musterverteilung. Erst am Ende der Berufslaufbahn finden wir einen höheren Risikomusteranteil vor (vgl. dazu die obigen Ausführungen zu der Gruppe mit dem höchsten Berufsalter). Festzuhalten ist also, dass sich insbesondere in der Zeit der Ausbildung und des Berufsstarts Veränderungen in Richtung eines verminderten Engagements vollziehen. Mit den eingeschränkten motivationalen Ressourcen sind dann ungünstige Voraussetzungen zur Bewältigung der im Weiteren folgenden Anforderungen des Pflegeberufs gegeben.

In die durchgeführten Längsschnittstudien wurden Personen einbezogen, die zum ersten Messzeitpunkt in der Regel schon 10 Jahre Berufstätigkeit aufzuweisen hatten. Die Ergebnisse bestätigen die obige, auf den Querschnittsvergleich gegründete Aussage, dass sich in diesem fortgeschrittenen Stadium der Berufsausübung eine weitgehend stabile Musterkonstellation herausgebildet hat. Veränderungen, die wir hier noch feststellen konnten, beziehen sich weniger auf die Muster, sondern bevorzugt auf Einzelmerkmale. So registrieren wir eine weitere Zunahme der Distanzierungsfähigkeit und der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit, während das Perfektionsstreben und die Resignationstendenz zurückgehen. Es handelt sich also überwiegend um eine kontinuierliche Stärkung der Widerstandsressourcen gegenüber Belastungen. Diese Entwicklung gilt sowohl für die Personen des Musters G als auch des Musters S. Man

könnte sie als Ausdruck für zunehmende Gelassenheit oder auch Routine verstehen. Sie hat einerseits einen positiven Aspekt, fügt sich andererseits aber auch in den Trend der fortschreitenden Motivationsabnahme ein.

Nachdem sich also gezeigt hat, dass die Entwicklung, sofern sie dem Selbstlauf überlassen ist, zu ungünstigeren Bewältigungsmustern (insbesondere dem Muster S) führt, wollten wir im Weiteren prüfen, ob über die gezielte Intervention eine Veränderung in erwünschter Richtung möglich ist. Speziell die Ergebnisse aus dem Projekt zur Entwicklungsförderung von (potentiellen) Führungskräften bestätigen unsere Erwartung, dass eine wirksame Einflussnahme auf die Veränderung der Muster in gesundheitsdienlicher Weise gelingen kann. Trainings und Schulungen zum Führungsverhalten sowie weitere persönlichkeitsbildende Maßnahmen gingen mit einer deutlichen Zunahme des Musters G einher. Es dürften also gezielte Interventionen dieser Art dazu geeignet sein, auf Seiten der betroffenen Personen sowohl die internen Anforderungen weiterzuentwickeln als auch die Ressourcen zu deren Bewältigung zu stärken (i. S. von Beckers Anforderungs-Ressourcen-Modell, 1992). Unsere Ergebnisse lassen aber auch deutlich werden, dass gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Maßnahmen nur dann zu einer spürbaren Verbesserung der Beanspruchungssituation führen, wenn sie problem- und adressatengerecht sowie verbindlich eingesetzt werden. Das von uns in einem Hause begleitete Projekt zur Gesundheitsförderung im Pflegebereich führte zu der Erkenntnis, dass unspezifische Angebote der Gesundheitsförderung (z. B. Sport, gesunde Ernährung...), die über alle Mitarbeiter hinweg gestreut werden, keine erkennbare Wirkung entfalten. Deutlich wurde hier insbesondere, dass Mitarbeiter in niedrigen Positionen nicht erreicht wurden. Sie dürften vor allem deshalb nicht zur Teilnahme zu motivieren sein, weil sie am stärksten empfinden, dass derartige Maßnahmen die eigentlichen Ursachen ihrer Belastungen nicht berühren. Und diese liegen in erster Linie in defizitären Arbeitsinhalten und Ausführungsbedingungen ihrer Tätigkeit. Damit ist auch ein Kernproblem dieser Interventionen angesprochen. Im Vordergrund standen verhaltensbezogene Maßnahmen, während kaum bedingungsbezogene Einwirkungen stattfanden. Es dürfte jedoch gelten, dass die an der Person ansetzenden Maßnahmen durch die gleichzeitige Um- oder Neugestaltung der Arbeitsanforderungen und -bedingungen ergänzt werden müssen. Auch im erstgenannten Projekt hätten aus unserer Sicht die erzielten gesundheitsförderlichen Effekte noch größer sein können, wenn die Entwicklungsmaßnahmen sowohl den internen als auch den externen Ressourcen der Anforderungsbewältigung gegolten hätten.

Grundsätzlichere Überlegungen zum Verhältnis von personen- und bedingungsbezogener Intervention verbinden wir mit dem Befund, auf den wir abschließend hinweisen wollen: Es zeigt sich sehr deutlich,



dass die Tätigkeit und die mit ihr verbundenen Anforderungen und Ausführungsbedingungen musterspezifisch wahrgenommen werden. Die vorgefundenen Unterschiede betreffen arbeitsbezogene Werte, das Erkennen von Ressourcen und die Einschätzung der belastenden Wirkung, wie sie von konkreten Arbeitsfaktoren ausgeht. Durchweg liegen hier (orientiert an den entscheidenden Kriterien persönlichkeitsförderlicher Arbeit, vgl. Hacker, 1995; Oesterreich & Volpert, 1999; Ulich, 2001) für die Personen des Musters G die günstigsten Ausprägungen vor. Die Vertreter des Risikomusters A kommen ihnen in ihren Angaben bezüglich der arbeitsbezogenen Werte und des Erkennens der Ressourcen noch am nächsten. Die Auskünfte der Personen des S-Musters und (mehr noch) des Risikomusters B lassen dagegen erkennen, dass sie den erfassten Werten geringe persönliche Bedeutung beimessen, die in der Tätigkeit liegenden Ressourcen weniger wahrnehmen und zugleich (das gilt vor allem für B) die belastende Wirkung konkreter Arbeitsbedingungen sehr viel stärker einschätzen. Kurzum: Es gilt, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die gleichen Bedingungen in Abhängigkeit von unterschiedlichen internen Anforderungen und Ressourcen auf verschiedene Art wahrgenommen, erlebt und interpretiert werden und damit auch in unterschiedlicher Weise das Verhalten bestimmen. Verallgemeinernd gesagt geht es hier um die Forderung nach der transaktionalen Sichtweise des Person-Umwelt-Bezuges, die im Zusammenhang mit der Interaktionismusdebatte in die persönlichkeitspsychologische Theorienbildung Einzug gehalten hat (vgl. Mischel, 1968; Schneewind, 1992). Aus dem Gesagten leitet sich u. a. ab, dass die Personen der verschiedenen Muster die gleichen arbeitsgestalterischen Maßnahmen in unterschiedlicher Weise aufnehmen und nutzen werden. So werden Veränderungen i. S. der inhaltlichen Anreicherung der Arbeitsaufgaben, der Übertragung von mehr Verantwortung und der Erweiterung des Handlungsspielraums bei den Personen des Musters G uneingeschränkt positive Wirkung entfalten, sind hier doch die erforderlichen internen Voraussetzungen gegeben. Im Falle der übrigen Muster kann dagegen nicht ohne Weiteres mit den gewünschten Effekten gerechnet werden. Beim S-Muster bildet der Mangel an Motivation und Interesse ein ernstes Hindernis. Für Muster B kann sich im Zuge solcher Veränderungen das Überforderungserleben noch steigern. Und Muster A könnte durch diese Maßnahmen dazu veranlasst werden, der Selbstüberforderungstendenz noch stärker nachzukommen. Es bedürfen aus dieser Sicht auch die arbeitspsychologischen Konzepte einer Relativierung, die hohen bzw. komplexen Anforderungen und umfangreichen Freiheitsgraden in der Arbeit *grundsätzlich* persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Wirkungen zuschreiben (wie das Demand/Control-Modell und die Konzepte Anforderung/Belastung und Vollständige Handlung). Für erforderlich halten wir die Einbeziehung der differentiellen Perspektive, für die es in der Arbeitspsychologie ja auch schon Ansätze gibt (vgl. Ulich, 2001).

Die im Rahmen dieser Arbeit vorgelegten Ergebnisse veranlassen uns zu der Schlussfolgerung, dass mittels des Verfahrens AVEM wichtige Hinweise gegeben werden können, wie ein differentielles Vorgehen im Rahmen arbeitspsychologischer Projekte beschaffen sein sollte. AVEM ist in der Lage aufzuzeigen, wie wesentliche interne Anforderungen und Ressourcen eines Menschen beschaffen sind. Diese spiegeln sich in seinem Engagement und seinen motivationalen Ansprüchen, seiner Widerstandskraft gegenüber Belastungen sowie in seinen (arbeitsbezogenen) Emotionen wider. In letzteren schlägt sich zugleich nieder, wie die persönliche Bilanz hinsichtlich der Bewältigung der internen und externen Anforderungen ausfällt. Es sei hier nochmals der enge Bezug des AVEM-Konzeptes zum Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit von Becker (1992) herausgestellt. Indem das Verfahren die internen Anforderungen und Ressourcen eines Menschen abbildet, erfasst es wesentliche Seiten seiner seelischen Gesundheit. Das entscheidende Kriterium für seelische Gesundheit ist die „Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen“ (Becker, 1992, S. 67). Sie kommt im Muster G mit aller Deutlichkeit zum Ausdruck. Die weiteren Muster sind dagegen durch mehr (A und vor allem B) oder weniger (S) eingeschränkte seelische Gesundheit gekennzeichnet. Bei Personen des Musters S besteht ein Missverhältnis in der Bewertung interner und externer Anforderungen. Während erstere übermäßig betont werden, wird letzteren mit vermindertem Engagement begegnet, was – wenn auch nicht mit psychophysischen – zumindest mit emotionalen Beeinträchtigungen gegenüber der Arbeit verbunden ist. Auch Personen, die dem Risikomuster A zugehörig sind, zeichnen sich durch eine unausgewogene Beurteilung interner und externer Anforderungen aus. Bei ihnen dürfte vor allem ein Mangel an eigenen Zielsetzungen und an Berücksichtigung eigener Bedürfnisse verbunden mit der Überschätzung externer Anforderungen bestehen. Gleichzeitig werden die eigenen Ressourcen überfordert, was in deutlicher Schonungslosigkeit, die diese Personen sich selbst gegenüber zeigen, sichtbar wird. Beim Muster B bestimmt der Zusammenbruch der persönlichen Ressourcen das Bild. Zu Grunde liegt hier das Scheitern im Realisieren der eigenen Ansprüche auf dem Hintergrund der bestehenden externen Anforderungen und Ressourcen. Wenn wir der beschriebenen Interaktion von Persönlichkeit und Arbeitsbedingungen gerecht werden wollen, müssen wir auch die immer wieder gern aufgeworfene Frage nach dem Primat von bedingungs- oder personenbezogener Intervention als unangemessen zurückweisen. Aus unseren Befunden leitet sich ab, dass die internen Anforderungen und Ressourcen einer differenzierten Einflussnahme bedürfen, damit im Weiteren eine gesundheits- und persönlichkeitsfördernde Wirkung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen in der gewünschten Breite erzielt werden kann. Damit wird klar, dass personenbezogene Interventionen, die auf Kompetenzsteigerung, Werteentwicklung, Förderung von Leistungsansprüchen, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartung sowie emotionale Stabilisierung abzielen, wichtige, ja uner-

lässliche Voraussetzungen dafür sind, dass progressiv gestaltete Arbeitsinhalte und Ausführungsbedingungen in vollem Umfange greifen können. Kurzum: verhaltens- und verhältnisbezogene Einwirkungen sollten untrennbar zusammengehören, aufeinander abgestimmt sein und sich gegenseitig ergänzen.

Im Sinne der Einheit von bedingungs- und personenbezogener Intervention seien abschließend noch einige Schlussfolgerungen zur Veränderung des in der Pflege vorgefundenen und im Ganzen wenig befriedigenden Zustandsbildes abgeleitet. Entscheidend sollte aus unserer Sicht sein, dass alle vorzuschlagenden Maßnahmen sich an dem übergeordneten Ziel orientieren, auch unter sich verändernden Rahmenbedingungen solche Tätigkeitsinhalte und -perspektiven zu schaffen, die motivierende Herausforderungen und eine starke Identifikation mit dem Beruf ermöglichen.

Es stellen sich dabei insbesondere folgende konkrete Aufgaben:

1. Unter Beachtung und bei Förderung der individuellen Voraussetzungen (s. o.) kommt es auf arbeitsgestalterische Maßnahmen an, die darauf ausgerichtet sind, für die Pflegepersonen mehr externe Ressourcen, also umfassende Tätigkeits- und Handlungsspielräume, erweiterte Verantwortung und anspruchsvolle Aufgaben zu schaffen. Es gilt auf diesem Wege demotivierenden Über- wie Unterforderungssituationen gleichermaßen entgegenzuwirken. In diesem Kontext bedarf das Tätigkeitsprofil der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und der Pflegehelfer besonderer Aufmerksamkeit. Es ist allerdings festzuhalten, dass mit der gesetzlich geregelten Unterscheidung zweier Qualifikationsstufen für die weniger Qualifizierten von vorn herein geringere Möglichkeiten einer gesundheitsförderlichen – und das heißt auch motivationsförderlichen – Arbeitsgestaltung bestehen.

Es gehört zu einer befriedigenden Tätigkeit, dass vielfältige Anforderungen und Aufgaben im Arbeitsalltag vorzufinden sind, die es auch ermöglichen, die in Aus- und Weiterbildung erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie in der Tätigkeit erworbenen Erfahrungen angemessen und umfassend anzuwenden. Dazu sollte die Pfl egetätigkeit so patientennah wie möglich gestaltet werden, damit die Pflegepersonen den Sinn ihres Tuns unmittelbar erfahren und auch den eigenen diesbezüglichen Ansprüchen (also den internen Anforderungen) gerecht werden können. Nur wenn die Arbeit immer wieder neu als Herausforderung erlebbar ist und emotional befriedigt, wird von ihr langfristig Motivation ausgehen können. Hier vor allem dürfte der Ansatzpunkt liegen, wenn es gilt, der verbreiteten Entwicklung zum Muster S vorzubeugen.

Dazu bedarf es auch der Entwicklung einer Arbeitsorganisation, die die insbesondere nach Berufsgruppen streng geteilten Zuständigkeiten und Arbeit verrichtungen überwindet und eine übergreifendes Zusammenwirken fördert. Anzustreben ist eine Art der Zusammenarbeit, die es dem Einzelnen ermöglicht, seine Tätigkeit in einem sinnvollen Gesamtzusammenhang zu erleben, in dessen Mittelpunkt der Patient steht. Diese Forderung stellt sich auf dem Hintergrund der Entwicklung im modernen „System Krankenhaus“ mit besonderer Dringlichkeit. Und ihre Umsetzung muss bereits in der Ausbildung beginnen. Wird der Sinn der eigenen Arbeit nur aus dem beschränkten Blickwinkel einer Berufsgruppe abgeleitet, so liegt es nahe, sich als „Rädchen im Getriebe“, leicht ersetzbar und ohnmächtig zu fühlen. Die Folge sind Rücknahme des Engagements (vgl. Muster S) und u. U. eben auch Resignation und weitere psychische Beeinträchtigungen, wie sie sich besonders im Risikomuster B manifestieren. Ärzte und andere medizinische Berufsgruppen dürften davon nicht weniger betroffen sein. Das engere Zusammenwirken der Berufsgruppen ist also nicht zuletzt auch im Interesse von Gesundheit und Wohlbefinden aller im Krankenhaus Beschäftigten gefordert.

2. Auch und gerade unter den sich verändernden Rahmenbedingungen der Pflegetätigkeit gilt es alles zu fördern, was der erfolgreichen Beziehungsgestaltung gegenüber den Patienten dient. Hier sehen wir nach wie vor die wichtigste Voraussetzung für Zufriedenheit und Sinnerleben in der Pflegearbeit. Denn eine intakte Beziehung zum Patienten ist nicht nur für ein gutes Gelingen der Pflegehandlungen erforderlich, sondern sie sichert auch der Pflegeperson den emotional bedeutsamen Rückfluss im zwischenmenschlichen Kontakt. Sich gern und gewollt auf die Beziehung zum Patienten einzulassen und sie aktiv zu gestalten, ist nach unserem Verständnis eine wesentliche gesundheitsfördernde Bedingung. Das geben speziell die Einschätzungen der Vertreter des Musters G zu erkennen, die sich gerade auch bezüglich des Patientenkontakts positiv abheben. Die Entwicklung der (unerwünschten) Muster S, A und B ist hingegen meist mit einer Labilisierung beruflicher Zielsetzungen und einer Sinnkrise insbesondere im Verhältnis zum Patienten verbunden.

Freilich genügt es nicht nur, hohe Ansprüche an die Qualität der Beziehung zu den Patienten zu stellen. Es gilt auch, die Kompetenzen für deren Umsetzung schaffen zu helfen. Erforderlich ist deshalb die gezielte Entwicklung sozial-emotionaler und kommunikativer Fähigkeiten, die bereits in der Ausbildung ihren wichtigen Platz haben muss. Dabei geht es um Selbstkenntnis und Empathie sowie um die Fähigkeit zu einer einfühlsam-verständnisvollen Gesprächsführung, zugleich aber auch um die Bereitschaft zur Selbstbehauptung und zur Artikulation eigener Bedürfnisse. Gerade in Bezug auf Letzteres lassen die

Vertreter der Risikomuster – und das betrifft A und B gleichermaßen – häufig massive Defizite erkennen.

3. Aus unseren Ergebnissen ist weiterhin abzuleiten, dass verstärktes Augenmerk der Tätigkeit der Führungskräfte in der Pflege gelten muss. Sie haben es am ehesten in der Hand, die Arbeit in ihren Bereichen für ihre Mitarbeiter herausfordernd zu gestalten und positive soziale Beziehungen in der Arbeit zu schaffen. Es ist bekannt, dass intakte zwischenmenschliche Beziehungen und das Erleben sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz enorm wichtige Bedingungen für die Kompensation von Belastungen und die Erhaltung und Regeneration der persönlichen Bewältigungsressourcen sind. Es sollte demzufolge alles getan werden, was der Schaffung eines kollegialen Arbeitsklimas, der gegenseitigen Unterstützung im Team und dem vertrauensvollen Mitarbeiter-Vorgesetzten-Verhältnis dienlich ist. Was Letzteres betrifft, so handelt es sich hier auch um eine Grundvoraussetzung für ein wirksames Gratifikationssystem. Nur auf der Basis eines gut funktionierenden, von gegenseitigem Vertrauen getragenen Mitarbeiter-Vorgesetzten-Verhältnisses werden Anerkennung und Wertschätzung geleisteter Arbeit oder auch Kritik bei aufgetretenen Unzulänglichkeiten eine spürbare Motivation auslösen können.

4. Es gilt, mehr noch über die Frage der beruflichen Eignung nachzudenken. Es ist aus unserer Sicht gründlicher zu prüfen, welche Basisvoraussetzungen vor Aufnahme der Ausbildung zu fordern sind und wie diese bei der Zulassung für die Ausbildung im Pflegeberuf Berücksichtigung finden. Hierbei muss sicherlich der seelischen Gesundheit sowie spezifischen sozial-kommunikativen Merkmalen eine besondere Rolle zukommen. Aber auch realistische Vorstellungen von den belastenden Anforderungen des Berufs sind eine wichtige Voraussetzung, zeigt sich doch immer wieder, dass bei Entwicklungen i. S. der „inneren Kündigung“, wie sie sich sowohl im S- als auch im B-Muster manifestieren können, unrealistische Berufserwartungen eine wesentliche Ausgangsbedingung waren. Zur Kenntnis zu nehmen sind die Literaturberichte, in denen auf abnehmende Eignung der Auszubildenden verwiesen wird (Weidner & Isfort, 2002). Diesem Trend kann am wirkungsvollsten dadurch begegnet werden, dass die Attraktivität des Berufs und damit die Anzahl leistungsfähiger und motivierter Bewerber erhöht wird.

5. Schließlich ist die Ausbildung selbst unter verschiedenen Gesichtspunkten zu hinterfragen. Dabei muss sowohl die zeitweilige Zunahme von Resignationstendenzen als auch die sich stetig ausbreitende Schonungshaltung Anlass zum gründlichen Nachdenken sein. Solide Antworten sind hier ohne eine differenzierte Analyse nicht möglich. Klar ist aber, dass folgende Fragen zu prüfen sind: Ist die Ausbildung so

beschaffen, dass sie junge Menschen begeistern kann? Sind die fachlichen Anforderungen richtig proportioniert (weder zu hoch noch zu gering)? Gelingt es, theoretische und praktische Ausbildung so zu verbinden, dass demotivierende und entmutigende Praxiserfahrungen (etwa i. S. des „Praxisschocks“) vermieden werden? Gibt es ausreichende Unterstützung bei persönlichen wie fachlichen Problemen durch die Lehrkräfte und Praxisbeauftragten? Finden die Schülerinnen und Schüler in diesen Personen auch Leitbilder, an denen sie sich bei ihrer Suche nach beruflicher Identität orientieren können? Inwieweit gelingt es, mittels der Ausbildung eine Einstellung gegenüber den zu erwartenden Berufsanforderungen zu schaffen, die zum einen durch Realismus, zum anderen aber auch durch Einsatzbereitschaft und Freude auf die kommenden Herausforderungen geprägt ist?

## 8 ZUSAMMENFASSUNG

Gegenstand der Arbeit ist die Beanspruchungssituation des Pflegepersonals im Krankenhausbereich. Es fällt auf, dass es den Pflegekräften zunehmend weniger gut zu gelingen scheint, die vielfältigen und nicht selten widersprüchlichen Anforderungen der modernen Pflege erfolgreich, d. h. auch ohne Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit zu bewältigen. Es wird der Frage nachgegangen, wie es angesichts der spezifischen Belastungen um die Bewältigungskapazität des Pflegepersonals bestellt ist, mit welchem Verhaltens- und Erlebensmuster Pflegepersonen ihren Anforderungen gegenüber treten und wie sie über die Art und Weise der persönlichen Auseinandersetzung mit den Anforderungen ihre heutigen und künftigen Beanspruchungsverhältnisse mitgestalten.

Auf dem Hintergrund von salutogenetisch orientierten Ressourcenmodellen wird das der Arbeit zu Grunde liegende Beanspruchungsverständnis abgeleitet. Wir sehen es gut repräsentiert durch Beckers Modell zur seelischen Gesundheit (Becker, 1982, 1986). Seelische Gesundheit als Eigenschaft wird dort als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen definiert. Der Gesundheitszustand einer Person hängt demnach davon ab, wie gut es ihr gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen. Hier knüpft das in der Arbeit im Mittelpunkt stehende diagnostische Instrument *AVEM* (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster; Schaarschmidt & Fischer, 1996, 2001) an, das die Erfassung interner Anforderungen und Ressourcen der Person sowie deren Zuordnung zu 4 Verhaltens- und Erlebensmustern gegenüber der Arbeit unter Gesundheits- und Motivationsbezug ermöglicht.

Mit den *Hypothesen* wird angenommen, dass in Anbetracht der problematischen Arbeitsbedingungen in der Pflege eine Zurücknahme im Engagement bzw. eine Schutzhaltung vor nicht gewollten und als unangemessen empfundenen Anforderungen sowie wenig beeinflussbaren Bedingungen im Vordergrund stehen. Dort, wo zumindest partiell gesundheitsförderliche und als herausfordernd erlebte Arbeitsbedingungen anzutreffen sind, sollten günstigere Musterkonstellationen auftreten. Wir vermuteten weiterhin, dass sich die erwarteten ungünstigen Tendenzen bereits in der Berufsausbildung und in frühen Berufsjahren zeigen. Musterveränderungen in gesundheits- und persönlichkeitsförderlicher Hinsicht sollten durch gezielte Intervention herbeigeführt werden können, wenn diese gerichtet und mit hoher Intensität ihre Zielgruppen erreichen. Schließlich nahmen wir an, dass die Tätigkeit und die mit ihr verbundenen Anforderungen und Ausführungsbedingungenusterspezifisch wahrgenommen werden.

Zur Beantwortung der Fragen werden Untersuchungsergebnisse umfangreicher Stichproben aus verschiedenen Quer- und Längsschnittuntersuchungen herangezogen, die im Zeitraum 1995-2005 in Wie-

ner Spitälern und Krankenpflegesschulen, aber auch in Krankenhäusern der deutschen Bundesländer Berlin und Brandenburg durchgeführt wurden. Untersuchungsanlässe waren Analysen zur Belastungs- und Beanspruchungssituation im Pflegebereich, die Durchführung von Maßnahmen der Personalentwicklung sowie die Begleitung verschiedener Projekte. Zu Vergleichszwecken wird auf Untersuchungsergebnisse von Stichproben aus anderen Berufsgruppen zurückgegriffen.

Neben dem AVEM wurden weitere Fragebögen zu folgenden Inhalten eingesetzt: Arbeitsbezogene Werte, Erleben von Ressourcen in der Pflgetätigkeit, Belastungserleben und Objektive Merkmale der Arbeitstätigkeit.

Die Ergebnisse bestätigen unsere Hypothesen in allen wesentlichen Punkten. Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen aus Österreich fallen für die Pflegekräfte deutliche Einschränkungen im Arbeitsengagement auf. In Bezug auf die gesundheitlichen Risikomuster nimmt das Pflegepersonal eine Mittelstellung ein. Die Musterdifferenzierung in der Pflegepopulation lässt die stärksten Unterschiede in Abhängigkeit von der Position erkennen: Je höher die Position, desto größer ist der Anteil des Gesundheitsmusters und desto geringer ist die Resignationstendenz. Die meisten Risikomuster zeigen sich bei den Pflegekräften mit der niedrigsten Qualifikation. Für Pflegeschüler ist ein zeitweiliges starkes Auftreten von resignativen Verhaltens- und Erlebensweisen sowie eine kontinuierliche Abnahme des Engagements kennzeichnend. Dieser Trend setzt sich nach Aufnahme der Berufstätigkeit fort. Nur gezielte intensive personenorientierte Interventionen erwiesen sich als geeignet, Musterveränderungen in gesundheits- und persönlichkeitsförderlicher Hinsicht zu erreichen. Schließlich zeigte sich, dass die Tätigkeit und die mit ihr verbundenen Anforderungen und Ausführungsbedingungenusterspezifisch wahrgenommen werden, wobei insbesondere Personen mit eingeschränktem Engagement bzw. mit einer Resignationstendenz wesentliche Tätigkeitsmerkmale, denen persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Wirkung zugesprochen wird, für sich als wenig wichtig beurteilen und sich mehr Defizite im Verhalten gegenüber Patienten bescheinigen.

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass im Pflegeberuf vor allem die Zurückhaltung im Engagement Anlass für eine kritische Betrachtung sein muss. Das Problem „Burnout“, das oftmals als zentral verstanden wird, stellt sich deshalb relativiert dar. Nicht die Gefahr des „Ausbrennens“ scheint die größte zu sein, vielmehr wohl die, dass es gar nicht erst zum „Entflammtsein“ kommt. Günstigere Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit bestehen vor allem dort, wo im konkreten Arbeitsfeld ein erweiterter Tätigkeits- und Handlungsspielraum sowie mehr Verantwortung vorliegen. Diese Befunde stehen im Wesentlichen in Einklang mit anerkannten Modellen der Arbeitspsychologie, die die Wirkung von Ressourcen betonen (z. B. Anforderung/Belastung, Vollständige Tätigkeit, De-



mand/Control-Modell), doch sind zur Erklärung auch Selektionsprozesse in Rechnung zu stellen. Die Befunde zu den Pflegeschülern weisen darauf hin, dass es mit der Eignung eines Teils der Auszubildenden nicht zum Besten steht, aber auch die Angemessenheit der Anforderungen in den Krankenpflegeschulen zu hinterfragen ist. Hinsichtlich der Möglichkeiten der Veränderung der Muster in gesundheits- und motivationsdienlicher Weise brachten die Ergebnisse zum Ausdruck, dass verhaltensbezogenen Maßnahmen wenig Erfolg beschieden ist, wenn nicht gleichzeitig bedingungsbezogene Interventionen stattfinden, die auf die Veränderung defizitärer Arbeitsinhalte und Ausführungsbedingungen abzielen. Mit Blick auf dieusterspezifische Wahrnehmung der Tätigkeit und der mit ihr verbundenen Anforderungen und Ausführungsbedingungen ist schließlich grundsätzlich festzuhalten, dass für die Arbeitsgestaltung eine transaktionale Sichtweise des Person-Umwelt-Bezuges, wie sie im Zusammenhang mit der Interaktionsdebatte in die persönlichkeitspsychologische Theorienbildung Einzug gehalten hat, gefordert ist. Somit bedürfen arbeitspsychologische Konzepte, die hohen bzw. komplexen Anforderungen und umfangreichen Freiheitsgraden in der Arbeit *grundsätzlich* persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Wirkungen zuschreiben, einer Relativierung durch eine differentielle Perspektive. Das Instrument AVEM kann wichtige Hinweise dazu geben, denn es ist in der Lage aufzuzeigen, wie interne Anforderungen und Ressourcen eines Menschen beschaffen sind. Die beschriebene Interaktion von Persönlichkeit und Arbeitsbedingungen hat zur Konsequenz, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention in untrennbarem Zusammenhang gesehen werden sollten.

## 9 LITERATUR

- Adolph, H. (2003). *Veränderungen in der Altersstruktur unserer Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf die sozialen Dienste*. Vortrag für die Veranstaltung „Herausforderung Zukunft – Strukturwandel in der Pflege und Behindertenhilfe“ am 18. November 2003 in Dresden.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). Personality and health: Testing the sense of coherence model. In H. S. Friedman (Hrsg.), *Personality and disease*. New York: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Bamberg, E. & Greif, S. (1982). Stress: Bedrohung der Gesundheit oder subjektiver Begriff? *Psycho-sozial*, 5, 8-28.
- Bartholomeyczik, S. (1993). Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In B. Badura, G. Feuerstein & T. Schott (Hrsg.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim, München: Juventa.
- Baumgart, U., Metz, A.-M. & Degener, M. (2003). Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 195-212). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1986). Theoretischer Rahmen. In P. Becker & B. Minsel (Hrsg.), *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Bd. 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen. Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten.) Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 21 (1), 64-75.

- Becker, P. (1994). Persönlichkeit und perzipierte Umwelt als Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die habituelle und aktuelle körperliche Gesundheit? *Trierer Psychologische Berichte, Band 21*. Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Becker, P. (1996). Zwei theoretische Rahmenmodelle zur Erklärung der aktuellen und habituellen körperlichen Gesundheit: Darstellung und empirische Überprüfung. *Trierer Psychologische Berichte, Band 23 (4)*. Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Gieseke (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention – Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik*. München: Akademie für Politik und Zeitgeschehen.
- Becker, P. (in Vorbereitung). Die Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften und chronischem Stress aufgrund eines Mangels an Bedürfnisbefriedigung für gesundheitliche Beeinträchtigungen von Lehrern. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2*, 25-48.
- Böger, S. & Hacker, W. (1999). Arbeitsorganisation und Beanspruchung des Pflegepersonals in Krankenhäusern. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 227-239). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Brandenburg, H. (2002). Zukunft der Pflege – der soziale Wandel und neue Tätigkeitsfelder in der professionellen Pflege alter Menschen. *PR-INTERNET/Pflegemanagement 7-8*, 133-148.
- Brucks, U. (1998). *Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Entwicklung ihrer Fragestellungen am Beispiel ärztlicher Tätigkeit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Büssing, A. (1997a). Pflegende Berufe. In H. Luczak & W. Volpert (Hrsg.), *Handbuch Arbeitswissenschaft* (S. 660-664). Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.
- Büssing, A. (Hrsg.). (1997b). *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Büssing, A. & Perrar, K. M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica, 38 (4)*, 328-353.

- Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 111-150). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Cannon, W. B. (1914). The interrelations of emotions as suggested by recent physiological research. *American Journal of Psychology*, 25, 256-282.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1987). Neurotizismus, somatische Beschwerden, und Krankheit: Ist die Rinde schlimmer als der Bissen? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Dlugosch, G. E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101-117). Stuttgart: Enke.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.). (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fischer, A. W. & Schaarschmidt, U. (1997). *Das Erleben von Belastung und Beanspruchung im Pflegebereich von Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes*. Wien: Eigenverlag.
- Fischer, A. W. & Schaarschmidt, U. (2002). Beanspruchungserleben im Pflegeberuf – Sind Pflegepersonen gesundheitlich gefährdet? *Journal für das nephrologische Team*, 19 (4), 167-178.
- Fischer, A. W. & Schaarschmidt, U. (2003). Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf. In Ulich, E. (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 169-194). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Fischer, A. W. & Schaarschmidt, U. (2003). *Gesundheitsförderung im Pflegebereich im Neurologischen Zentrum Rosenhügel. Meilenstein 1: IST-Stand-Erhebung*. Wien.
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. *BGBI. Nr. 108* vom 19. August 1997. Wien.
- Glaser, J. (1997). *Aufgabenanalyse in der Krankenpflege. Eine arbeitspsychologische Analyse und Bewertung pflegerischer Aufgaben*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Gottschlich, M. (1998). *Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes*. Wien, New York: Springer.

- Gusy, B. (1995). *Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout*. München: Profil Verlag.
- Hacker, W. (1991). Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35, 48-58.
- Hacker, W. (1995). *Arbeitstätigkeitsanalyse. Analyse und Bewertung psychischer Arbeitsanforderungen*. Heidelberg: Asanger.
- Hacker, W., Fritsche, W., Richter, P. & Iwanowa, A. (1995). *Tätigkeitsbewertungssystem (TBS). Verfahren zur Analyse und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten*. Zürich: vdf / Stuttgart: Teubner.
- Hacker, W. & Reinhold, S. (unter Mitarbeit von A. Darm, I. Hübner & E. Wollenberger) (1998). *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System)*. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger.
- Hänsgen, K.-D. (1985). *Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik – Selbstbeurteilung (BVND)*. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum.
- Hallström, I. (2004). AUVA-Präventionsprojekt PFLEGEfit. *Sichere Arbeit*, 3, 14-17.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005) *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*. (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums). Bern: Huber.
- Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie: Die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 65-87). Stuttgart: Enke.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstaufmerksamkeit (SAM). In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (S. 3-14). Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.
- Johnson, J. V. (1989). Control, collectivity and the psychosocial work environment. In S. L. Sauter, J. J. Hurrell & C. L. Cooper (Eds.), *Job control and work health*. Chichester: Wiley

- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Johnson, J. V., Hall, E. M. & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease. *Scandinavian journal of Work and Environmental Health*, 15, 271-279.
- Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Stress*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, Job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-311.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kieschke, U. (2005). Beanspruchung in der Veränderung. In U. Schaarschmidt (Hrsg.), *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf. Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (S. 88-103). Weinheim: Beltz.
- Kirschbaum, C., Pirke, K.-M. & Hellhammer, D. H. (1993). The Trier Social Stress Test – A Tool for Investigating Psychobiological Stress Responses in a Laboratory Setting. *Neuropsychobiology*, Vol. 28, 76-81.
- Klauer, T. (2002). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 543-546). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (p. 3-32). Hillsdale: Erlbaum.
- Kohlmann, C.-W. (2002). Gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Krajic, K., Vyslouzil, M. & Nowak, P. (2003). *Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des*

- diplomierten Pflegepersonals*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Kreapelin, E. (1902). Die Arbeitskurve. *Philosophische Studien*, 19, 450 ff.
- Ksienzyk, B. & Schaarschmidt, U. (2005). Beanspruchung und schulische Arbeitsbedingungen. In U. Schaarschmidt (Hrsg.), *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (S. 72-87). Weinheim & Basel: Beltz.
- Kuhlmeiy, A. (1999). Gesundheit am Arbeitsplatz. Chancen und Risiken des Pflegealltags. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 305-311). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1998). Coping from the Perspective of Personality. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19 (4), 213–231.
- Lechner, F., Reiter, W., Riesenfelder, A., Mitschka, R., Fischer, A. & Schaarschmidt, U. (1995). *Das Befinden von Lehrerinnen und Lehrern an österreichischen Schulen. Eine empirische Erhebung zum physischen und psychischen Zustandsbild*. Innsbruck/Wien: Studien Verlag.
- Leitner, K. (1999). Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit? In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung* (S. 63-139). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Maddi, S. R. (1990). Issues and intervention in stress mastery. In H. S. Friedman (Hrsg.), *Personality and disease* (p. 121-154). New York.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job, Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. New York: Wiley.

- Münsterberg, H. (1912). *Psychologie und Wirtschaftsleben – Ein Beitrag zur angewandten Experimental-Psychologie*. Leipzig: Barth.
- Oesterreich, R. (1999). Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung* (S. 141-215). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (1999) (Hrsg.). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- OTS0100 (2005-02-25, 11:11). *GÖD – Hable fordert dringende Entlastungsmaßnahmen für das Pflegepersonal*. Wien: APA OTS GmbH.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung*. Heidelberg: Asanger.
- Richter, P., Rudolf, M. & Schmidt, C. F. (1996). *Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA)*. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger.
- Richter, P., Hille, B. & Rudolf, M. (1999). Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 20 (1), 25-38.
- Rimann, M. & Udrys, I. (1998). „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köller, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese* (S. 351-373). Frankfurt/M.: Urban & Fischer.
- Schaarschmidt, U. (Hrsg.). (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schaarschmidt, U. (in Vorb.). Burnout im Lehrerberuf. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch Pädagogische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1996). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger/Computerversion im Rahmen des Wiener Testsystems, Mödling: Schuhfried Ges.m.b.H. (2. Auflage, 2003).



- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1997). AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18 (3), 151–163.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1999). *IPS – Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen*. Frankfurt/M.: Swets & Zeitlinger/Computerversion im Rahmen des Wiener Testsystems. Mödling: Schuhfried Ges.m.b.H.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2001). *Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (2001). Diagnosis of coping behavior toward work. In K. W. Kallus, N. Posthumus & P. Jiménez (Hrsg.), *Current psychological research in Austria. Proceedings of the 4th scientific conference of the Austrian Psychological Society (ÖGP)*. Graz: Akademische Druck- u. Verlagsanstalt.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. W. & Faber, R. (1999). Personalentwicklung mittels Förder-Assessment-Center-Verfahren. *Psychologie in Österreich*, 3, 172-175.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schneewind, K. A. (1992). *Persönlichkeitstheorien*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Schulz P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *TICS. Trierer Inventar zum chronischen Stress*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (1997). Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Siegrist, J. (1991). Contributions of sociology to the prediction of heart disease and their implications for public health. *European Journal of Public Health*, 1, 10–21.
- Selye, H. (1953). *Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom*. Stuttgart: Enke.

- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts. In J. Nitsch (Hrsg.), *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Semmer, N. (1999). Stress. In R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie* (S. 744-752). Weinheim: PVU.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. (Reihe Gesundheitspsychologie Bd. 5). Göttingen: Hogrefe.
- Thallner, W. (1999). *Belastungen und Konflikte im Pflegedienst*. Klagenfurt: Landeskrankenhaus.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Ressourcen der Salutogenese. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 85-103). Regensburg: Roderer.
- Udris, I., Rimann, M. & Thalmann, K. (1994). Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen. In B. Bergmann & P. Richter (Hrsg.), *Die Handlungsregulationstheorie – von der Praxis einer Theorie*, (S. 198-215). Göttingen: Hogrefe.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie*. Zürich/Stuttgart: vdf Hochschulverlag/Schäffer-Poeschel.
- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In J. Rutenfranz & U. Kleinbeck (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D. Serie III, Band 1)*(S. 1-42). Göttingen: Hogrefe.
- Volpert, W. (1994). *Wider die Maschinenmodelle des Handelns. Aufsätze zur Handlungsregulationstheorie*. Lengerich: Pabst.
- Weber, H. (2002). Ressourcen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 466-469). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Weidner, F. & Isfort, M. (Hrsg.) (2002). *Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e. V.
- Wieland-Eckelmann, R. (1992). *Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilkinson, R. G. (2001). *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien & New York: Springer.

# Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf

## Anhang

Übersicht:

Anhang 1: Fragebogen zur Pflegestudie Wien/Brandenburg/Berlin (Auszug)

Anhang 2: Fragebogen zur Längsschnittuntersuchung (Auszug)

## Anhang 1

Fragebogen zur Pflegestudie Wien/Brandenburg/Berlin

(Auszug)

In diesem Teil möchten wir Sie zuerst bitten, Ihre Arbeitssituation zu beschreiben und einige Selbsteinschätzungen vorzunehmen. Bitte kreuzen Sie bei jedem Satz die für Sie zutreffende Stufe an.

Teil A
--------

	stimmt genau	stimmt eher schon	unent- schieden	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
1. Es ist einem genau vorgeschrieben, wie man seine Arbeit machen muss.....	5	4	3	2	1
2. Meine Arbeit erfordert große Verantwortung.....	5	4	3	2	1
3. Man muss für meine Arbeit gründlich ausgebildet sein.....	5	4	3	2	1
4. Um die Arbeit zu erledigen, muss man sich mit seinen Arbeitskollegen/-innen absprechen.....	5	4	3	2	1
5. Meine Arbeit erlaubt es, eine Menge eigener Entscheidungen zu treffen.....	5	4	3	2	1
6. Meine Arbeit ist abwechslungsreich.....	5	4	3	2	1
7. Man kann sich seine Arbeit selbständig einteilen.....	5	4	3	2	1
8. Bei meiner Arbeit verliert man viele Fähigkeiten, die man früher hatte.....	5	4	3	2	1
9. Bei meiner Arbeit werden besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten erwartet.....	5	4	3	2	1
10. Meine Arbeit erfordert eine enge Zusammenarbeit mit den Arbeitskollegen/-innen...	5	4	3	2	1
11. Man muss in der Lage sein, selbständig Entscheidungen zu treffen.....	5	4	3	2	1
12. Man kann bei meiner Arbeit immer wieder Neues dazulernen.....	5	4	3	2	1
13. Bei wichtigen Dingen der Arbeit kann man mitreden und mitentscheiden.....	5	4	3	2	1
14. Ich werde in der Arbeit immer wieder mit neuen Anforderungen konfrontiert.....	5	4	3	2	1

Bitte schätzen Sie nun Ihre persönliche Arbeitsbelastung ein. Kreuzen Sie bitte wieder die für Sie zutreffende Stufe an.

In welchem Ausmaß fühlen Sie sich belastet durch...	überhaupt nicht	wenig	mittel	ziemlich	außerordentlich
1. die Intensität der Arbeit (hoher Arbeitsumfang, Zeitdruck, Hetze)? .....	1	2	3	4	5
2. einen zu hohen Schwierigkeitsgrad der Arbeit.....	1	2	3	4	5
3. zu lange Arbeitszeit .....	1	2	3	4	5
4. zu viele Nachtdienste.....	1	2	3	4	5
5. ungünstige Verteilung von Tages- und Nachtdiensten.....	1	2	3	4	5
6. Unterbrechung der Arbeitstätigkeit durch äußere Störungen.....	1	2	3	4	5
7. Angst vor Fehlern und Versäumnissen.....	1	2	3	4	5
8. die tägliche Konfrontation mit Krankheit und Tod.....	1	2	3	4	5
9. schwere körperliche Arbeit.....	1	2	3	4	5
10. Reibereien und Konflikte mit Kolleginnen und Kollegen im Pflegebereich.....	1	2	3	4	5
11. Reibereien und Konflikte mit Vorgesetzten des Pflegedienstes.....	1	2	3	4	5
12. Reibereien und Konflikte mit Ärzten.....	1	2	3	4	5
13. Reibereien und Konflikte mit Patienten.....	1	2	3	4	5
14. Angehörige von Patienten.....	1	2	3	4	5
15. unklare/widersprüchliche Aufträge .....	1	2	3	4	5
16. eine zu starke Belegung der Station.....	1	2	3	4	5
17. zu starke Abwesenheit und Fluktuation des Pflegepersonals.....	1	2	3	4	5
18. Schwächen im Dienstplan der Station.....	1	2	3	4	5
19. Schwächen in der Ablauforganisation auf der Station.....	1	2	3	4	5
20. einen zu hohen Anteil nichtpflegerischer Tätigkeiten.....	1	2	3	4	5
21. anderes, nämlich (bitte notieren)...	1	2	3	4	5
.....					

**Es gibt Dinge im Leben, die für einige Menschen eine große Bedeutung und für andere wiederum einen kleinen Stellenwert haben.**

**Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Dinge bei der Arbeit?**

	überhaupt nicht wichtig	nicht be- sonders wichtig	etwas wichtig	ziemlich wichtig	außer- ordentlich wichtig
1. Gute Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (Licht, Temperatur etc.) .....	1	2	3	4	5
2. Einen gesicherten, krisenfesten Posten ha- ben.....	1	2	3	4	5
3. Gut verdienen .....	1	2	3	4	5
4. Eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit haben.....	1	2	3	4	5
5. Lust und Spaß haben bei der Arbeit.....	1	2	3	4	5
6. Meine berufliche Arbeit sinnvoll finden.....	1	2	3	4	5
7. Flexible Arbeitszeit haben.....	1	2	3	4	5
8. Die Möglichkeit haben, Teilzeit zu arbeiten.	1	2	3	4	5
9. Viel Kontakt mit Menschen haben.....	1	2	3	4	5
10. Zusammenarbeit mit Kollegen/-innen.....	1	2	3	4	5
11. Gutes Betriebsklima .....	1	2	3	4	5
12. Anerkennung für meine Arbeit.....	1	2	3	4	5
13. Gute Aufstiegsmöglichkeiten.....	1	2	3	4	5
14. Selbständig arbeiten und entscheiden können .....	1	2	3	4	5
15. Möglichkeiten haben, neue Dinge zu lernen	1	2	3	4	5
16. In der Arbeit bei wichtigen Entscheidungen mitreden können.....	1	2	3	4	5

Danke, damit haben Sie Teil A geschafft.



**Wir möchten Sie nun bitten, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im folgenden eine Reihe von Aussagen.**

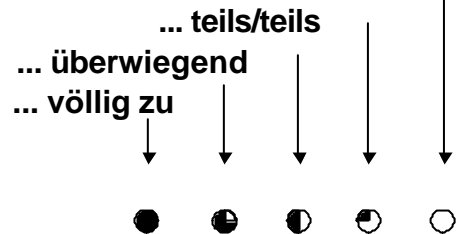
Teil B

**Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.**

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

Die Aussage ... trifft überhaupt nicht  
... überwiegend nicht

Bitte beachten:  
Voller Kreis heißt, dass Sie der Aussage völlig zustimmen, leerer Kreis heißt, dass Sie überhaupt nicht zustimmen.



- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
|   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt.....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 2. Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten<br>geschafft haben. ....             | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 3. Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung. ....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein. ....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 5. Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen. ....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell. ....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 7. Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde.....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe.....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich. ....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 10. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein.....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 11. Mein Partner/meine Partnerin <sup>1</sup> zeigt Verständnis für meine Arbeit.....                           | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 12. Die Arbeit ist mein ein und alles.....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 13. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig.....   | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung.....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitser-<br>gebnisse ablie fere. .... | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 16. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme. ....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |
| 17. Misserfolge kann ich nur schwer verkraften. ....  | ● | ◐ | ◑ | ◒ | ○ |

<sup>1</sup> bzw. die Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht

18. Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!.....
19. Ich bin ein ruheloser Mensch. ....
20. In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt.....
21. Im großen und ganzen bin ich glücklich und zufrieden.....
22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme. ....
23. Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein. ....
24. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig.....
25. Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.....
26. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen. ....
27. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten. ....
28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen. ....
29. Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung. ....
30. Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin. ....
31. Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben.....
32. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen. ....
33. Von meinem Partner/meiner Partnerin<sup>2</sup> wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme. ....
34. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen. ....
35. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen.....
36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten. ....
37. Was immer ich tue, es muss perfekt sein. ....
38. Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit. ....
39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr.....
40. Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann. ....
41. Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld. ....

<sup>2</sup> bzw. von der Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht  
Andreas W. Fischer

42. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen.....
43. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen. ....
44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung. ....
45. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte.....
46. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen. ....
47. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.....
48. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin. ....
49. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag. ....
50. Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe.
51. Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken. ....
52. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten. ....
53. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet. ....
54. Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht. ....
55. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung.....
56. Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit.....
57. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel. ....
58. In der Arbeit verausgabe ich mich stark. ....
59. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte.....
60. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit.....
61. Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen. ...
62. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich um so mehr an.....
63. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt.....
64. Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen. ....
65. Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin.....
66. Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.....

## Anhang 2

Fragebogen zur Längsschnittuntersuchung

(Auszug)

Fragebogen zur Längsschnittuntersuchung

Im folgenden geht es um Ihr persönliches Erleben beim Umgang mit Patienten. Wie fühlen Sie sich im allgemeinen, wenn Sie mit Patienten zu tun haben?

Bitte schätzen Sie wiederum auf einer 5stufigen Skala ein, in welchem Maße die folgenden Aussagen am ehesten für Sie persönlich zutreffen.

Dabei bedeutet erneut: 5 - Die Aussage trifft in vollem Umfang zu; 4 - ...weitgehend zu; 3 - ...teils-teils (fifty-fifty) zu; 2 - ...wenig/kaum zu; 1 - ...nicht zu.

Wenn ich mit Patienten zu tun habe,...	Die Aussage trifft... zu				
	in vollem Umfang	weitgehend	teils-teils (fifty-fifty)	wenig/kaum	nicht
1. engagiere ich mich voll und ganz. ....	5	4	3	2	1
2. macht es mir sehr zu schaffen, wenn Erfolge ausbleiben. ....	5	4	3	2	1
3. kann ich sehr ungeduldig sein. ....	5	4	3	2	1
4. werden meine Gefühle stark angesprochen. ....	5	4	3	2	1
5. gibt es für mich keine Schonung. ....	5	4	3	2	1
6. bin ich zuversichtlich und optimistisch. ....	5	4	3	2	1
7. bin ich besorgt, es könnte mir ein Fehler passieren. ....	5	4	3	2	1
8. ist es für mich besser, engere persönliche Beziehungen zu vermeiden. ....	5	4	3	2	1
9. kann mich nichts umwerfen. ....	5	4	3	2	1
10. bedeutet mir ein Lächeln des Patienten viel. ....	5	4	3	2	1
11. kann ich meine Emotionen ausblenden. ....	5	4	3	2	1
12. kränkt es mich, wenn ich kein Dankeschön bekomme. ....	5	4	3	2	1
13. denke ich zur Entlastung an andere und angenehmere Dinge. ....	5	4	3	2	1
14. neige ich zu starkem Mitleid. ....	5	4	3	2	1
15. brauche ich Kollegen oder Freunde, mit denen ich über meine Gefühle sprechen kann. ....	5	4	3	2	1
16. ist jeder Misserfolg für mich eine persönliche Niederlage. ....	5	4	3	2	1
17. bedeutet das für mich mehr Anstrengung als Freude. .	5	4	3	2	1
18. schöpfe ich Kraft aus dem Gedanken an die Erholung nach der Arbeit. ....	5	4	3	2	1
19. will ich alles hundertprozentig perfekt machen. ....	5	4	3	2	1
20. bereitet es mir Mühe, auch über unangenehme Wahrheiten zu sprechen. ....	5	4	3	2	1
21. brauche ich auch mal Abstand, um mich erholen zu können. ....	5	4	3	2	1
22. kann ich alles um mich herum vergessen. ....	5	4	3	2	1
23. verkrafte ich Misserfolge nur schwer. ....	5	4	3	2	1
24. tut es mir gut, mich auf die rein sachliche Arbeit zu beschränken. ....	5	4	3	2	1
25. kann ich auch fröhlich und ausgelassen sein. ....	5	4	3	2	1
26. ist es für mich ein gutes Gefühl, gebraucht zu werden. ....	5	4	3	2	1
27. kann ich mich von deren Leid gut abgrenzen. ....	5	4	3	2	1
28. erfüllt mich das mit Dankbarkeit. ....	5	4	3	2	1
29. belasten mich die vielen Ungewissheiten. ....	5	4	3	2	1
30. sage ich mir: „Genau das habe ich mir gewünscht!“....	5	4	3	2	1

## **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst und bei der Abfassung nur die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Weiterhin erkläre ich, dass die Dissertation in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung noch keiner anderen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule zur Begutachtung im Rahmen eines Promotionsverfahrens vorgelegen hat.



Andreas W. Fischer

Wampersdorf, 12. April 2006

## **Danksagung**

Mein ganzer Dank gilt meinem Lehrer, Kollegen und Freund Prof. Dr. Uwe Schaarschmidt.

Ohne seine beharrlichen Aufforderungen, seine Geduld und verständnisvolle Unterstützung wäre diese Arbeit wahrscheinlich nicht zustande gekommen.

Andreas W. Fischer