

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts (M.A.)

Thema:

**Resilienz, psychische Belastung und Beanspruchung von Alten-
pflegekräften in stationären Einrichtungen in Unterfranken während
der Corona-Pandemie**

Referentin: Prof. Dr. Ilka Lißmann

Korreferent: Prof. Dr. Uli Sann

vorgelegt von

Katja Kaufmann

E-Mail: kaufmann.katja@gmx.de

Matrikel-Nummer 136222

eingereicht am 12. Dezember 2020

Zusammenfassung

Durch den Ausbruch der Corona-Pandemie in Deutschland im März 2020 sind Alten- und Pflegeeinrichtungen besonders stark betroffen. Die Altenpflegekräfte sind dabei einer größeren Arbeitsbelastung ausgesetzt, die sich negativ auf ihre psychische und physische Gesundheit auswirken kann.

Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung, dem Beanspruchungserleben, den angewandten Bewältigungsstrategien und der Resilienz von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen in Unterfranken während der Corona-Pandemie anhand einer Querschnittsstudie mit 124 Probanden. Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines Online-Fragebogens, der neben soziodemografischen Daten die beiden Fragebögen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zur psychischen Belastung und zur Beanspruchung von Pflegekräften in der stationären Altenhilfe enthält, die Erfassung der Coping-Strategien nach dem Stress- und Coping-Inventar nach Satow (2012) und die Resilienzskala RS-13 von Leppert et al. (2008). Die aufgestellten Hypothesen werden mittels Korrelationsanalysen untersucht und die Ergebnisse im Anschluss durch Mittelwertvergleiche mittels *t*-Tests überprüft.

Die Ergebnisse zeigen eine psychische Arbeitsbelastung der Beschäftigten im durchschnittlichen Bereich. Das Beanspruchungserleben liegt im durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Bereich. Bei der Frage nach den Coping-Strategien wurde vor allem positives Denken, aktive Stressbewältigung und soziale Unterstützung angegeben. Die Analyse der Resilienzskala RS-13 ergab einen Wert im hohen Bereich der psychischen Widerstandskraft. Ein mittlerer negativer Zusammenhang wurde zwischen Resilienz und dem Beanspruchungserleben und zwischen Resilienz und der psychischen Arbeitsbelastung im Bereich Arbeitsorganisation, sozialem Arbeitsumfeld und außerberuflicher Situation ermittelt. Ebenso wurde ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien und der psychischen Belastung und dem Beanspruchungserleben festgestellt. Zwischen Resilienz und der Anwendung adaptiver Bewältigungsstrategien konnte sogar ein fast starker positiver Zusammenhang ermittelt werden. Kein Zusammenhang ergab hingegen die Korrelation zwischen der Qualitativen und der Quantitativen Arbeitsbelastung und resilienten Schutzfaktoren.

Schlüsselbegriffe:

Psychische Belastung, Beanspruchung, Coping-Strategien, Resilienz, Altenpflegekräfte, Corona-Pandemie

Abstract

Due to the outbreak of the corona pandemic in Germany in March 2020, old people's homes and nursing homes are particularly hard hit. The geriatric nursing staff are exposed to a greater workload, which can have a negative impact on their mental and physical health.

The present study examines the relationship between the psychological strain, the experience of stress, the coping strategies applied and the resilience of geriatric nursing staff in inpatient facilities in Lower Franconia during the corona pandemic on the basis of a cross-sectional study with 124 subjects. The data collection was carried out with the help of an online questionnaire, which contains socio-demographic data as well as the two questionnaires of the Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) on mental stress and strain of nursing staff in inpatient geriatric care, the recording of coping strategies according to the stress and coping inventory by Satow (2012) and the resilience scale RS-13 by Leppert et al. (2008). The established hypotheses are examined by means of correlation analyses and the results are subsequently verified by means of mean value comparisons using t-tests.

The results show a mental workload of the employees in the average range. The experience of stress is in the average to above-average range. When asked about coping strategies, positive thinking, active stress management and social support were the main factors cited. The analysis of the resilience scale RS-13 showed a value in the high range of mental resistance. A medium negative correlation was found between resilience and the experience of stress and between resilience and mental workload in the area of work organization, social work environment and non-work situation. Likewise, a negative correlation was found between the use of adaptive coping strategies and the psychological stress and stress experience. Between resilience and the application of adaptive coping strategies even an almost strong positive correlation could be identified. However, no correlation was found between qualitative and quantitative workload and resilient protective factors.

Keywords:

Mental stress, strain, coping strategies, resilience, geriatric nursing staff, corona pandemic

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Abstract	4
Inhaltsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	10
1 Einleitung.....	12
2 Theoretische Hintergründe	15
2.1 Resilienz.....	15
2.1.1 Definition von Resilienz	15
2.1.2 Merkmale von Resilienz	16
2.1.3 Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz.....	17
2.1.4 Abgrenzung zur Salutogenese nach Antonovsky	19
2.1.5 Ursprünge der Resilienzforschung	22
2.1.6 Empirische Erkenntnisse zu Resilienz und Schutzfaktoren	23
2.2 Stress und Stressbewältigung	25
2.2.1 Definition von Stress	25
2.2.2 Die biologische Stresstheorie von Selye	27
2.2.3 Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus	28
2.2.4 Arbeitspsychologisches Stressmodell	31
2.2.5 Die Stresstrias nach Kaluza	33
2.2.6 Folgen von Stress	36
2.2.7 Stressbewältigungsstrategien.....	38
2.2.8 Stress am Arbeitsplatz	41
2.3 Gesundheitliche Risiken von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen.....	42
2.3.1 Arbeitsbedingungen von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen	43

2.3.2 Gesundheitliche Risiken von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen	44
2.3.3 Empirische Studien zu Resilienz und Stresserleben von Beschäftigten im Gesundheitswesen, im Besonderen von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen	46
2.4 Der Ausbruch der Corona-Pandemie und deren Bedeutung für das Gesundheitswesen	52
2.4.1 Definition von Krise	52
2.4.2 Erläuterungen zum Corona-Virus	52
2.4.3 Fakten und erste Studienergebnisse zur Corona-Pandemie	53
2.4.4 Situation während der Corona-Pandemie im Untersuchungsgebiet Unterfranken	54
2.5 Zusammenfassung und Ableitung der Hypothesen.....	56
3. Methodisches Vorgehen.....	60
3.1 Stichprobe	60
3.2 Durchführung und Datenerhebung.....	64
3.2.1 Rahmenbedingungen	64
3.2.2 Fragebogen.....	65
3.3 Datenerhebungsinstrumente.....	65
3.3.1 Soziodemografische Daten	65
3.3.2 Fragebogen zur psychischen Belastung und Fragebogen zur Beanspruchung – stationäre Altenpflege (BGW).....	66
3.3.3 Stress- und Coping-Inventar (SCI)	67
3.3.4 Resilienz Skala (RS-13)	68
3.4. Statistische Auswertung	71
4. Ergebnisse.....	79
4.1 Deskriptive Statistiken	79
4.2 Ergebnisse der Hypothesentestung	83
4.2.1. Zusammenhang von Resilienz und psychischer Belastung	83

4.2.2 Zusammenhang von Resilienz und Beanspruchungserleben	85
4.2.3 Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und	86
psychischer Belastung	86
4.2.4 Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und	88
Beanspruchungserleben	88
4.2.5 Zusammenhang resilienter Schutzfaktoren und adaptiver	89
Bewältigungsstrategien	89
5. Diskussion	93
5.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	93
5.2 Limitationen der aktuellen empirischen Studie	98
5.3 Fazit und Ausblick	99
Literaturverzeichnis	102
Internetquellen	108
Anhang A: Fragebogen.....	111
Anhang B: Diagramme und Tabellen zur Beschreibung der Stichprobe ...	124
Anhang C: Abbildungen	129
Anhang D: SPSS Auswertung	131
Anhang E: Freigaben	180
Erklärung zur Selbstständigkeit	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: verschiedene Einflussfaktoren auf Resilienz.....	17
Tabelle 2: Folgen von Stress nach Bodenmann und Gmelch dargestellt.....	36
Tabelle 3: Situation der Corona-Pandemie im Untersuchungsgebiet Unterfranken, Stand: 15.08.2020	55
Tabelle 4: Coping-Strategien des SCI (vgl. Satow 2012).....	68
Tabelle 5: Interpretation der Merkmalsausprägung für Resilienz	70
Tabelle 6: Interpretation von Cronbachs Alpha.....	73
Tabelle 7: Reliabilitätsstatistik der Konstrukte Psychische Belastung, Beanspruchung, Coping-Strategien und Resilienz	73
Tabelle 8: Interpretation des Korrelationskoeffizienten r nach Pearson	76
Tabelle 9: Ergebnisse zur psychischen Belastung der Befragten bei der aktuellen Untersuchung.....	79
Tabelle 10: Referenzwerte für die psychische Belastung (BGW 2014).....	80
Tabelle 11: Interpretationsschema des Beanspruchungserlebens (BGW 2014).....	81
Tabelle 12: Vergleich der Ergebnisse der Coping-Strategien zwischen Satow (2012) und den aktuellen Ergebnissen	82
Tabelle 13: Übersicht über die Mittelwerte und die Standardabweichung der Variablen Psychische Belastung, Beanspruchung, Coping-Strategien und Resilienz	83
Tabelle 14: Korrelation zwischen Resilienz und psychischer Belastung	84
Tabelle 15: Korrelation zwischen Resilienz und Beanspruchungserleben	86
Tabelle 16: Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Coping-Strategien und der psychischen Belastung	87
Tabelle 17: Korrelation zwischen dem Beanspruchungserleben und der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien	88
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Resilienz und der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien	89
Tabelle 19: Korrelation zwischen Resilienz und den Subskalen von Beanspruchung	90
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen adaptiven Coping-Strategien und den Subskalen von Beanspruchung.....	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Resilienzfaktoren	18
Abbildung 2: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus	30
Abbildung 3: Arbeitspsychologische Erweiterung des transaktionalen Stressmodells	31
Abbildung 4: Die drei Bestandteile des Stressgeschehens	35
Abbildung 5: Individuelles Stressmanagement – was der Einzelne tun kann (mit Beispielen)	40
Abbildung 6: Hypothesenschema (eigene Darstellung)	59

Abkürzungsverzeichnis

BGM	Bundesministerium für Gesundheit
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
ebd.	ebenda
et al.	und andere
o.J.	ohne Jahresangabe
S.	Seite
sh.	siehe
SCI	Stress und Coping-Inventar nach L. Satow (2012)
sog.	sogenannte
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
RS-13	Resilienz-Skala RS-13 nach Leppert et al. (2008)
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
zit.	zitiert
z. B.	zum Beispiel
α	Reliabilitätskoeffizient, Cronbachs Alpha
df	Freiheitsgrade
F	F -Wert
M	Mittelwert
<i>Max.</i>	(statistisches) Maximum
<i>Min.</i>	(statistisches) Minimum
N	Stichprobengröße
p	Signifikanzwert
SD	Standardabweichung
<i>Sig. (2-seitig)</i>	Signifikanz (2-seitig)
T	T -Wert

r	Korrelationskoeffizient der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson
r_{it}	Trennschärfekoeffizient

1 Einleitung

Seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie in Deutschland im März 2020 waren häufig Schlagzeilen zu lesen wie: *„Nach Corona-Ausbruch: Pflegeheim teilweise evakuiert!“* (WDR Nachrichten 10.04.2020) oder auch *„Die Alten- und Pflegeheime sind die Hotspots der Corona-Pandemie“* (NDR Info 22.05.2020).

Alten- und Pflegeeinrichtungen sind von der Corona-Pandemie besonders stark betroffen. Auch wenn Einrichtungen keine Infektionen mit dem Corona Virus aufweisen, sind sie mit einer Vielzahl von Veränderungen in ihrem Arbeitsfeld konfrontiert. Als Beispiel lässt sich hier zunächst das Verbot von Besuchen von Angehörigen in den ersten Wochen der Pandemie anfügen. Ab Mai 2020 fanden dann Besuche wieder unter verschärften hygienischen Bedingungen statt. Daneben müssen besondere und erweiterte Hygienevorschriften bei der Verrichtung der täglichen Pflegetätigkeit eingeplant werden.

Wie verschiedene Untersuchungen in der Vergangenheit bestätigen, weisen Pflegekräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens, im Besonderen Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen ein erhöhtes physisches und psychisches Belastungsrisiko auf (z. B. Jenull/Brunner 2009; Zimmer 2011, Becker/Prümper 2016; Wirth et al. 2017). Dem gegenüber steht, dass fast jede zweite Person im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung erkrankt (vgl. Wittchen/Jacobi 2005, zit. in: Höfler 2017, S. 7), wobei stressbedingte Erkrankungen dabei eine Hauptursache bilden. Werden Menschen im Laufe ihres Lebens mit belastenden Situationen konfrontiert, birgt dies ein hohes Risiko für die psychische Gesundheit. Werden solche belastenden Ereignisse und Krisen weitestgehend unbeschadet überstanden, spricht man von Resilienz (vgl. Höfler 2017, S. 7). Auch die derzeitige Corona-Pandemie kann als ein solch belastendes Ereignis angesehen werden.

Aus diesem Zusammenhang leiten sich verschiedene Überlegungen und Fragestellungen ab.

- Wie erleben Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen die psychische Belastung und die Beanspruchung in der Zeit der Corona-Pandemie?
- Welche Bewältigungsstrategien wenden Altenpflegekräfte an, um mit der psychischen Belastung und der Beanspruchung umzugehen?
- Welche Bedeutung haben resiliente Schutzfaktoren für die Bewältigung der Belastungen?

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen adaptiven Coping Strategien und der psychischen Belastung und dem Beanspruchungserleben?

Ziel dieser Arbeit ist es, die aktuelle psychische Belastung und die Beanspruchung von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen im Regierungsbezirk Unterfranken zu untersuchen. Dabei soll der Zusammenhang zwischen Resilienz, psychischer Belastung, Beanspruchung und Bewältigungsstrategien erforscht werden.

Im Theorieteil der Arbeit soll zunächst der Begriff Resilienz erläutert und Merkmale von Resilienz dargestellt werden. Anschließend werden Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz beschrieben, bevor eine Abgrenzung zur Salutogenese von Antonovsky vorgenommen wird. Die Erläuterung der Ursprünge der Resilienzforschung und die Beschreibung von empirischen Studien zum Thema Resilienz und Schutzfaktoren runden den ersten Teil des theoretischen Hintergrundes ab. Im zweiten Abschnitt geht es anfangs um die Unterscheidung der Begrifflichkeiten Stress, Stressoren, psychische Belastung und Beanspruchung. Danach werden verschiedene Stressmodelle beschrieben. Im Anschluss werden die Folgen von Stress und unterschiedliche Stressbewältigungsstrategien thematisiert bevor kurz auf Stress am Arbeitsplatz eingegangen wird. Im anschließenden Teil geht es vordergründig um die gesundheitlichen Risiken von Altenpflegekräften. Beleuchtet werden dabei die psychische Belastung und die Beanspruchung von Beschäftigten im Gesundheitswesen, im Besonderen von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen anhand bereits durchgeführter Studien. Danach schließen sich einige Ausführungen bezogen auf die Corona-Pandemie an, wie beispielsweise die Definition von Krise und Erläuterungen zum Corona Virus. Erste Ergebnisse von Studien, die sich mit der psychischen Belastung von Beschäftigten im Gesundheitswesen während der Corona-Pandemie beschäftigen folgen. Eine Darstellung der Situation während der Corona-Pandemie im Untersuchungsgebiet Unterfranken wird daran folgend betrachtet. Abschließend runden eine Zusammenfassung und die Ableitung von Hypothesen den Ausarbeitungsteil der theoretischen Grundlagen ab.

Das folgende Kapitel erläutert das methodische Vorgehen der Untersuchung. Zunächst wird die Stichprobe anhand der erhobenen soziodemografischen Daten beschrieben. Aufgezeigt werden anschließend die Durchführung der Untersuchung, die Rahmenbedingungen der Datenerhebung und der Aufbau des verwendeten Fragebogens. Daran schließt sich die genauere Betrachtung der verschiedenen Datener-

hebungsinstrumente an. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Erläuterung der statistischen Auswertung, einschließlich der Beschreibung der Items- und Skalenanalyse und der Testung der Hypothesen.

Kapitel 4 bildet den Ergebnisteil der Arbeit ab. Neben der Darstellung der deskriptiven Statistiken werden die Ergebnisse der Hypothesentestung skizziert und noch weiterführende Ergebnisse beleuchtet.

Im Anschluss folgt eine Diskussion der dargelegten Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellungen dieser Arbeit und den unter 2.3.3 dargestellten empirischen Studien zu Resilienz und Stresserleben von Beschäftigten im Gesundheitswesen, im Besonderen von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen. Daran anschließend folgen die Limitationen dieser empirischen Arbeit.

Den Abschluss bilden das Fazit und ein Ausblick für weitere Forschungsansätze.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Ausführung die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

2 Theoretische Hintergründe

In den folgenden Kapiteln wird nun näher auf die theoretischen Hintergründe und aktuellen Forschungen eingegangen, die auf der einen Seite die Grundlage der behandelnden Thematik bilden, auf der anderen Seite eine zentrale Bedeutung darstellen für die anschließende empirische Untersuchung.

2.1 Resilienz

In den letzten Jahren taucht der Begriff der „Resilienz“ in der Fachdiskussion immer häufiger auf. Das relativ junge Forschungsgebiet der Resilienz zeigt auf, dass sich Menschen auch unter den widrigsten Lebensumständen und schweren Risikobelastungen zu einer selbstbewussten, selbstsicheren und kompetenten Persönlichkeit entwickeln können. Die dabei gewonnen Erkenntnisse machen Mut und eröffnen einen Perspektiv- bzw. einen Paradigmenwechsel – weg von der traditionellen Defizitorientierung hin zu einem kompetenz- und ressourcenorientierten Blick (vgl. Wustmann 2009, S. 71).

2.1.1 Definition von Resilienz

Der Begriff „Resilienz“ kommt aus dem Englischen und leitet sich von dem Begriff „resilience“ (Elastizität, Spannkraft, Strapazierfähigkeit) oder aus dem Lateinischen von „resilere“ = abprallen, ab und beschreibt allgemein die psychische Widerstandskraft (vgl. Bengel/Meinders-Lücking/Rottmann 2009, S.19). Ursprünglich stammt der Begriff aus der Physik und Materialkunde und charakterisiert die Eigenschaft eines Materials, nach einer äußeren Einwirkung seine ursprüngliche Form schnell wieder zurückzugewinnen (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012, S. 24). Bei Kindern und Jugendlichen wird darunter eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder auch kritischen Lebensereignissen verstanden. Dem gegenüber meint der Begriff der „Resilienz“ im Erwachsenenalter die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse (vgl. Bengel/Lyssenکو 2016, S. 1).

Welter-Enderlin (2006) definiert Resilienz als die Fähigkeit von Menschen, Krisen im Lebenszyklus unter dem Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für die Entwicklung zu nutzen (vgl. Welter-Enderlin 2006, S. 13).

Der Begriff „Resilienz“ wird in der Psychologie und Medizin dazu verwendet, die Charakterisierung der jedem Menschen innewohnenden „seelischen Widerstandskraft“ zu beschreiben, also der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung bzw. auch der Rückgewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach widrigen Lebensereignissen (vgl. Helmreich/Lieb/Nitsch 2016a, S. 58).

Im Mittelpunkt der verschiedenen Definitionen steht die positive Entwicklung unter ungünstigen Lebensumständen. Dabei werden die Wurzeln für die Entstehung von Resilienz vor allem in risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb und außerhalb der Person gesehen. Als „Schutzfaktoren“ werden Faktoren benannt, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass Schutzfaktoren nicht allein als die Abwesenheit von Risiken zu verstehen sind. Nur unter der Voraussetzung, dass eine Ressource bereits beim Eintreten einer Belastung vorhanden ist, kann sie einen protektiven Effekt entfalten und somit den Risikofaktor abpuffern (vgl. Lyssenko/Rottmann/Bengel 2010, S. 1067).

2.1.2 Merkmale von Resilienz

Zu Beginn der Resilienzforschung wurde angenommen, dass Resilienz angeboren sei. Inzwischen wird jedoch davon ausgegangen, dass sich die Fähigkeit zur Resilienz in einem Interaktionsprozess zwischen Individuum und Umwelt entwickelt (vgl. Lösel/Bender 2008, zit. in: Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, S. 10). Wustmann (2016) beschreibt Resilienz als einen „dynamischen Anpassungs- und Entwicklungsprozess“, das bedeutet, dass das Kind oder das Individuum selbst aktiv regulierend auf seine Umwelt einwirkt (vgl. Wustmann 2016, zit. in: ebd.). Abhängig von den Erfahrungen und bewältigten Ereignissen schließt dies mit ein, dass sich Resilienz im Laufe des Lebens eines Menschen verändert (vgl. Opp/Fingerle 2008, Rutter 2000, Scheithauer et al. 2000, zit. in: ebd.). Resilienz ist somit auch eine „variable Größe“ (Wustmann 2016) und keine stabile Einheit, die immerwährende Unverwundbarkeit zusagt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, S. 10).

Wink (2016) weist darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit dem „normalen“ Stress im Alltag bzw. das zum Leben dazugehörige Auf und Ab, mit den immer wieder einmal mehr oder weniger oszillierenden Herausforderungen und alltägliche belastende oder als belastend wahrgenommene Entwicklungsaufgaben über die Lebensspanne hinweg kein Resilienz-Konzept braucht (vgl. Wink 2016, S. 28f).

2.1.3 Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz

Die Entwicklung von Resilienz wird als ein Prozess verstanden, der im Laufe der Zeit durch zahllose Person-Umwelt-Interaktionen und den daraus resultierenden Lernerfahrungen entsteht (vgl. Connor/Davidson 2003, zit. in: Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 334). Es werden dabei sowohl Schutz- als auch Risikofaktoren als Einflussfaktoren auf die Resilienz unterschieden. Diese können in interne und externe Faktoren gegliedert werden (vgl. ebd.). Risiko- und Schutzfaktoren sind immer in Beziehung zueinander zu betrachten und gelten gleichermaßen als Voraussetzung für die Herausbildung resilienten Verhaltens (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, zit. in: ebd.).

Tabelle 1: verschiedene Einflussfaktoren auf Resilienz (in Anlehnung an Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, zit. in: Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 334)

	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Interne Faktoren	Vulnerabilitätsfaktoren: • Genetische Faktoren • Chronische Erkrankung • Verminderte Intelligenz, geringe kognitive Fähigkeiten • Schwierige Temperamentsmerkmale • Geringe/fehlende Bindung zu den Eltern • Geringe Fähigkeit zur Selbstregulation	Personale Ressourcen: • Hohe Leistungsfähigkeit • Intelligenz • Zielstrebigkeit • Sozialkompetenzen wie Kommunikations- und Problemlösefähigkeit • Positives Selbstbild • Soziale Integration • Selbstwirksamkeitsüberzeugung
Externe Faktoren	Stressoren: • Krankheit, Tod von Angehörigen, Trennung, Scheidung, Schwangerschaft/Geburt • Arbeitslosigkeit • Umzug • Schul- oder Arbeitsplatzwechsel • Kriminalität und Drogenkonsum	Soziale Ressourcen: • Feste Bezugsperson • Stabiles soziales Umfeld • Respekt • Akzeptanz • Wertschätzung

In verschiedenen Resilienzstudien, z. B. der Kauai-Studie, konnten mehrere Faktoren identifiziert werden, die eine schützende Wirkung entfalten. Übergreifend ergeben sich sechs Faktoren, welche die Resilienz des Individuums unterstützen – Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, adaptive Bewältigungsstrategien und die Problemlösefähigkeit (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, S. 41).

Abbildung 1 zeigt noch einmal zusammenfassend eine Übersicht der Resilienzfaktoren

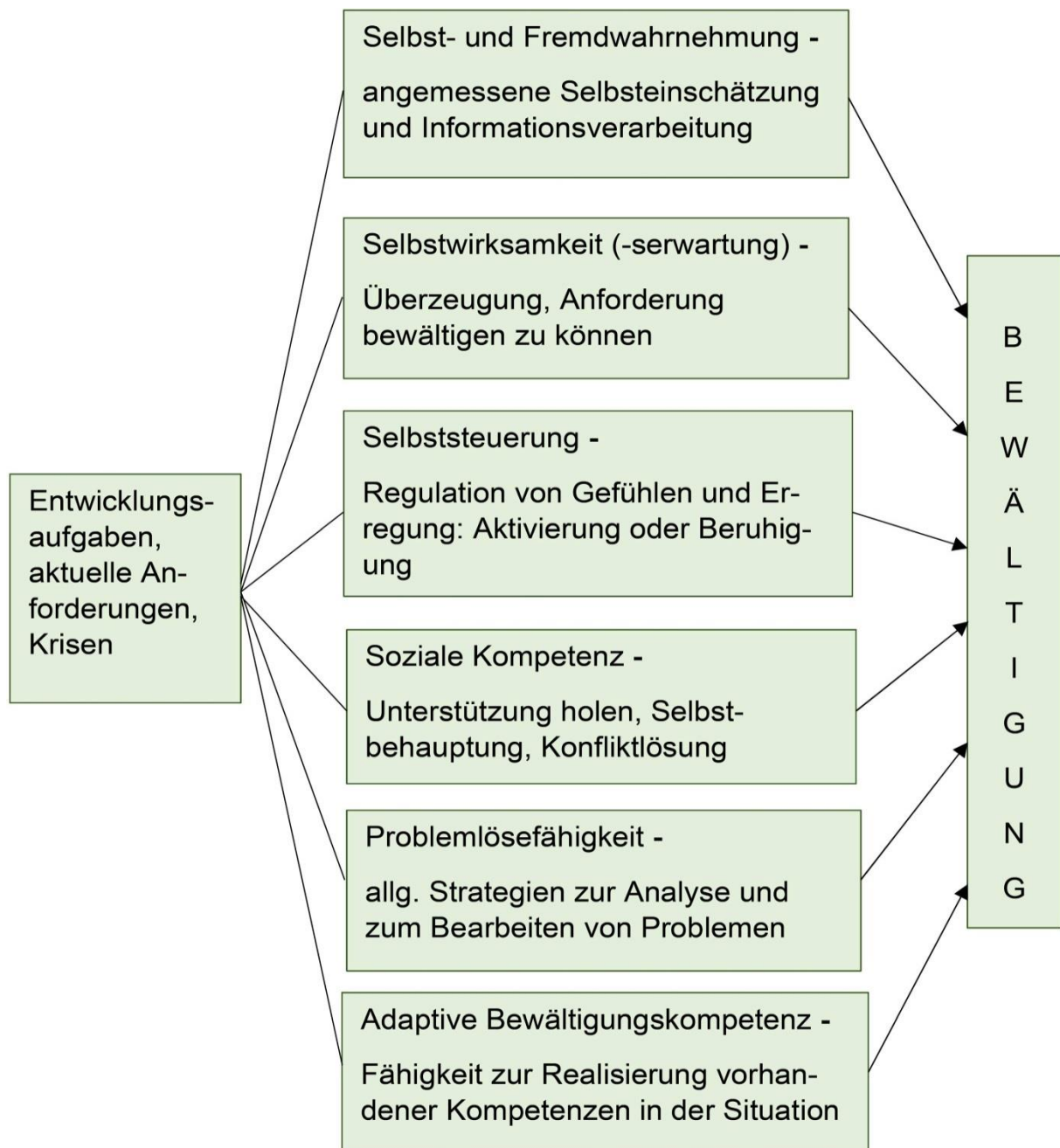


Abbildung 1: Resilienzfaktoren (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, S. 43)

Quellen von Resilienz finden Menschen in den verschiedensten Bereichen, in denen sich ihr Leben abspielt, in der eigenen Geschichte, in der Familie, in der Nachbarschaft, der Arbeitswelt oder auch in der Schule (vgl. Welter-Enderlin 2006, S. 13).

2.1.4 Abgrenzung zur Salutogenese nach Antonovsky

Im Mittelpunkt der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung steht die Frage „Was erhält Menschen gesund?“ Die Forschung zu gesunderhaltenden Faktoren entstand in den 1970er-Jahren und grenzte sich zur traditionellen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit mit dem Fokus auf Gefährdungen und Beeinträchtigungen ab. Neben dem aus der Entwicklungspsychologie stammenden Konzept der Resilienz ist auch das Modell der Salutogenese ein Impuls gebendes gesundheitswissenschaftliches Modell (vgl. Bengel/Lyssencko 2016, S. 1).

Das Modell der Salutogenese hat in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren viel Aufmerksamkeit erlangt. Aaron Antonovsky war ein amerikanisch-israelischer Medizinsoziologe, der eine rein pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise kritisierte und der Frage, warum Menschen gesund bleiben, Vorrang gab vor der Frage nach den Ursachen von Krankheiten und Risikofaktoren (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, S. 9). Antonovskys Modell der Salutogenese zielt nicht darauf ab, Krankheit in den Mittelpunkt zu stellen, sondern Gesundheit zu erklären. Das Modell enthält vier zentrale Komponenten und beschreibt den Prozess der Interaktion dieser Komponenten und deren Einfluss auf die Gesundheit (vgl. Faltermaier 2017, S. 75).

Ein Kernstück des Modells der Salutogenese bildet das Kohärenzgefühl, weitere Komponenten sind das Gesundheits-Krankheitskontinuum, Stressoren und Spannungszustände sowie generalisierte Widerstandsressourcen, die ebenfalls eine große Bedeutung in Antonovskys Modell der Salutogenese haben (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, S.28).

Antonovsky kritisierte die dichotome Trennung in gesund und krank. Er setzte dieser Teilung die Vorstellung eines Kontinuums mit den beiden Polen Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Mißempfinden gegenüber (vgl. a.a.O., S. 32). Gesundheit ist in dem Modell der Salutogenese die abhängige und zu erklärende Variable, die allerdings nicht als Gegenteil von Krankheit zu verstehen ist, sondern als ein multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

gedacht ist. Alle Menschen sind auf dem Kontinuum zwischen den beiden Polen zu platzieren (vgl. Faltermaier 2017, S. 77).

Eine wichtige Bedeutung im Modell der Salutogenese haben das Stresskonzept und der Prozess der Stressbewältigung. Im Modell der Pathogenese werden Stressoren als Ursache von Krankheiten verstanden. Antonovsky sieht hingegen sowohl pathogene als auch salutogene Auswirkungen von Stress. Werden Menschen mit Stressoren konfrontiert, entsteht ein psychischer und physischer Spannungszustand, den das Individuum zu bewältigen versucht. Ist dieser Versuch erfolgreich, dann bewegt sich die Person auf dem Gesundheitskontinuum in die positive Richtung. Misslingt die Spannungsbewältigung, reagiert das Individuum körperlich und psychisch mit Stress und bewegt sich somit auf dem Kontinuum in die negative Richtung. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. organischen Schwachstellen, kann hieraus dann eine Krankheit entstehen. Antonovsky beschreibt endogene und exogene Stressoren und zählt dazu sowohl psychosoziale Stressoren, wie beispielsweise belastende Lebensereignisse, dauerhafte Belastungen durch die Arbeit oder durch zwischenmenschliche Konflikte, und physikalische und biochemische Stressoren, wie z. B. Bakterien, Viren und Umweltschadstoffe. Stressoren sieht Antonovsky nicht als Ausnahmen, sondern als allgegenwärtig und zum Leben dazu gehörend an (vgl. ebd.).

Antonovsky forschte eine lange Zeit nach unterschiedlichen Faktoren, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung erleichtern und somit einen Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit haben. Er sammelte eine Vielzahl von Faktoren und Variablen, die sich sowohl auf individuelle, als auch auf soziale und kulturelle Faktoren beziehen. Diese Variablen bezeichnete Antonovsky dann als „generalisierte Widerstandsressourcen“, wobei der Begriff „generalisiert“ hier bedeutet, dass sie in allen Situationen wirksam werden und Widerstand meint, dass die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, S. 34). Widerstandsressourcen bilden ein Repertoire von Eigenschaften, die in den meisten Belastungssituationen wirksam sein können und somit eine große Bedeutung für die allgemeine Gesundheit haben. Hierzu zählen zum einen genetische und konstitutionelle Ressourcen, zum anderen aber auch psychosoziale Ressourcen, wie beispielsweise Wissen und Intelligenz, gute Bewältigungsstrategien, Ich-Identität, soziale Bindungen oder kulturelle Stabilität (vgl. Faltermaier 2017, S. 78).

Dem Kohärenzgefühl oder auch „Sense of Coherence“ (SoC) weist Antonovsky eine zentrale Rolle in seinem Modell der Salutogenese zu (vgl. a.a.O., S. 79) und wird nach Antonovsky (1997) wie folgt definiert:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky 1997, S. 36).

Menschen können im Laufe ihres Lebens auf der Grundlage von verfügbaren Widerstandsressourcen immer wieder Erfahrungen machen, in denen sie Konsistenz, soziale Integration und eine Balance von Anforderungen erleben. Daraus können sie eine relativ stabile Lebensorientierung und tiefe Überzeugung entwickeln, dass ihr Leben im Grunde verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist. Antonovsky nennt diese Überzeugung Kohärenzgefühl. Bei Erwachsenen wird das Kohärenzgefühl als ein überdauerndes Merkmal der Person verstanden, welches sich auf die grundlegende Einstellung zum Leben bezieht und wesentlich für den Umgang mit Belastungen ist (vgl. Faltermaier 2017, S. 79).

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus den drei zentralen Komponenten der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility), der Handhabbarkeit (sense of manageability) und der Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness) zusammen (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, S. 29f).

Ein hohes individuelles Kohärenzgefühl schließt das Vertrauen ein, dass die Dinge, die geschehen, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), die Gewissheit, dass geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Ansprüchen und Belastungen begegnen zu können (Handhabbarkeit) und das Vertrauen, dass die Anforderungen und Probleme des Lebens Herausforderungen sind, die Engagement und Einsatz lohnen (Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit) (vgl. Antonovsky 1997, S. 34 ff).

Das Modell der Salutogenese stellt einen komplexen Prozess dar, bei dem sich alle Komponenten aufeinander beziehen und verschiedene Wechselwirkungen und Rückkopplungen konzipiert sind (vgl. Faltermaier 2017, S. 80).

Die Ähnlichkeit zwischen dem Modell der Salutogenese und dem Konzept der Resilienz ist darin erkennbar, dass beide Modelle auf Stressoren und Risikofaktoren bezogen sind. Beide beschreiben eine erfolgreiche Auseinandersetzung („coping“) mit diesen als die Voraussetzung für eine positive Entwicklung, im Sinne von Gesundheit oder gesunder psychischer Entwicklung. Beide Konzepte forschen empirisch nach Faktoren, Widerstandsressourcen und Schutzfaktoren, die den erfolgreichen Umgang mit Stressoren erklären können (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012; Fletcher/Sarkar 2013, zit. in: Faltermaier 2017, S. 81). Der Unterschied zwischen den beiden Modellen besteht darin, dass die Salutogenese deutlich stärker als Theorie der Gesundheit konzipiert ist, während die Resilienz ein empirisches Feld markiert, welches nach Schutzfaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen im Lebenslauf sucht. Die Salutogenese formuliert mit dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum ein positives Ziel, wohin gegen die Resilienz eher am negativen Kriterium einer fehlenden psychischen Störung orientiert ist, jedoch langfristig die Perspektive der Entwicklung besitzt (vgl. a.a.O., S. 82).

2.1.5 Ursprünge der Resilienzforschung

Bereits in den 1950er-Jahren entwickelte sich basierend auf einer entwicklungspsychologischen Längsschnittstudie an Kindern und Jugendlichen das Konzept der Resilienz als psychische Widerstandskraft. Die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner, die als Pionierin der Resilienzforschung gesehen wird, führte auf der hawaiianischen Insel Kauai eine Studie über einen Zeitraum von 32 Jahren durch und verfolgte die Entwicklung der im Jahr 1955 auf Kauai geborenen Kinder. Hauptziel der Studie war es, den Lebenslauf der Kinder bis ins Erwachsenenalter zu verfolgen, wobei langfristige Folgen perinataler Komplikationen und risikoreiche Entwicklungsbedingungen für die individuelle Entwicklung und Anpassungsfähigkeit erfasst wurden. Werner kam damals zu dem Ergebnis, dass etwa ein Drittel der Kinder, die unter risikoreichen Lebensbedingungen, wie beispielweise familiärer Armut oder psychischer Erkrankung eines Elternteiles aufwuchsen, trotz dieser Widrigkeiten zu selbstständigen und erfolgreichen jungen Erwachsenen heranwuchsen. Sie zeichneten sich sogar durch eine positive, optimistische und verantwortungsvolle Lebensein-

stellung aus. Ihnen war es wohl gelungen, eine Widerstandskraft oder Resilienz gegenüber diesen widrigen Lebensumständen und Stress erzeugenden Lebensereignissen zu entwickeln (vgl. Bengel/Meinders-Lückung/Rottmann 2009, S. 14). Diese Kinder verfügten über besondere personale und soziale Ressourcen und Schutzfaktoren, die die Folgen der negativen Entwicklungsbedingungen abmilderten. Hierzu zählten auf der einen Seite individuelle Eigenschaften wie beispielsweise ein positives Temperament, hohe Sozialkompetenz, ein aktives Bewältigungsverhalten und eine positive Selbstwirksamkeitserwartung, auf der anderen Seite aber auch äußere Faktoren, wie eine enge emotionale Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson und ein unterstützendes soziales Umfeld außerhalb der Familie (vgl. Helmreich/Lieb/Nitsch 2016a, S. 58).

Nach Werner (2006) wurden seit dem Beginn der Resilienzforschung noch weitere Längsschnittstudien in den USA, Europa, Australien und Neuseeland durchgeführt. Die bekanntesten Studien in Deutschland sind die Mannheimer Risikokinderstudie (Lauch et al. 2000) und die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Bender/Lösel 2008) (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, S. 15).

Die Mannheimer Risikokinderstudie diente dazu, herauszufinden, wie sich Kinder mit unterschiedlichen Risikobelastungen entwickeln und welche eventuellen protektiven Faktoren es gibt, um die belastenden Lebensereignisse zu kompensieren. Die Ergebnisse bestätigten die Aussagen von Emmy Werner, wobei der Schwerpunkt dieser Untersuchung darauf gelegt war, herauszufinden welche Risiken dazu beitragen, die Entwicklung der Kinder zu beeinträchtigen (vgl. a.a.O., S. 17).

Die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie hingegen wollte die seelische Widerstandskraft, die Resilienz, der Kinder untersuchen, die ein hohes Entwicklungsrisiko tragen und dabei speziell erfassen, welche Schutzfaktoren außerhalb der Familie zu einer resilienten Entwicklung beitragen können (vgl. ebd.).

2.1.6 Empirische Erkenntnisse zu Resilienz und Schutzfaktoren

Die heutige Resilienzforschung entwickelte sich aus der Entwicklungspsychopathologie, die vor allem in den 1970er-Jahren die Einflüsse von Risikofaktoren auf die Entwicklung von Kindern untersuchte (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2019, S. 14). Eine systematische Resilienzforschung begann dann Ende der 1970er-Jahre und versuchte zu verstehen, welche Faktoren und Mechanismen es Menschen mög-

lich machen selbst angesichts starker Belastungen und widrigen Umständen psychisch gesund zu bleiben. Dabei wird Resilienz jetzt nicht mehr nur als eine stabile Persönlichkeitseigenschaft angesehen, sondern als relationales Phänomen, das bedeutet, als adaptiver Prozess des Individuums, der im Zusammenwirken von Schutz- und Risikofaktoren eine gesunde Entwicklung ermöglicht (vgl. Höfler 2017, S. 7).

Aus zahlreichen wissenschaftlichen Studien (z. B. Bengel/Lyssenکو 2012; Southwick/Charney 2012) ist inzwischen bekannt, dass (neuro-) biologische, psychische und soziale Ressourcen Schutzfaktoren darstellen, die einen Beitrag dazu leisten, die Entwicklung einer stressbedingten Erkrankung zu verhindern, indem sie den Prozess der Anpassung an den Stressor positiv beeinflussen (vgl. Helmreich/Lieb/Nitsch 2016a, S. 58). Resiliente Menschen sind in der Lage mittels ihrer Ressourcen nach einer Stressexposition psychisch stabil, d. h. resistent zu bleiben, oder sich nach dem Auftreten einzelner Dysfunktionen relativ schnell und erfolgreich wieder zu erholen (Regeneration). Resilienz wird somit nicht eine bestimmte stabile und damit unveränderbare Eigenschaft zugeschrieben, sondern sie ist das Endprodukt eines Anpassungsprozesses, der Stressoren nicht eliminiert, sondern die Menschen dazu befähigt, effektiv mit diesen Stressoren umzugehen (vgl. ebd.).

In der neueren Resilienzforschung rückt das Gehirn als „Resilienzorgan“ in den Fokus der Untersuchungen. Die Tatsache, dass es manchen Menschen gelingt, trotz großer physischer und psychischer Belastungen mental gesund zu bleiben, legt die Vermutung nahe, dass es übergeordnete Schutzmechanismen im Gehirn gibt, die die gesunden Hirnfunktionen stabilisieren und für Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden können (Kalisch/Müller/Tüscher 2015, zit. in: Helmreich/Lieb/Nitsch 2016b, S. 37). Erst durch die rasante Weiterentwicklung der zur Verfügung stehenden Untersuchungsmöglichkeiten wird die Erforschung dieser Mechanismen möglich und eröffnet somit neue Forschungsperspektiven weg von einer krankheitsbezogenen hin zu einer gesundheitsorientierten Forschung (Russo et al. 2012, zit. in: Helmreich/Lieb/Nitsch 2016b, S. 37f).

2.2 Stress und Stressbewältigung

Im Jahr 2016 gaben insgesamt 46 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland die Arbeit als den größten Stressfaktor an - bei den Männern waren es 54 % und bei den Frauen 39 % der Befragten (vgl. Statista 2016, S. 15). Dabei werden zu viel Arbeit, Termindruck und ständige Eile, sowie Unterbrechungen bzw. Störungen von mehr als der Hälfte der befragten Berufstätigen als Stressfaktoren benannt (vgl. a.a.O., S. 30). Nur 12 % der Befragten gaben an, dass sie Stress im Beruf anspornt, hingegen haben fast zwei Drittel genannt, dass dies nur teilweise der Fall sei und ein Viertel verneinte diese Frage (vgl. a.a.O., S. 57). Im Jahr 2012 bestätigten 50 % der Beschäftigten in einem Gesundheitsberuf, dass es in den vergangenen zwei Jahren zu einer Zunahme der Beanspruchung und des Stresses kam (vgl. a.a.O., S. 62).

Auf Grundlage dieser Übersichtszahlen soll im nun folgenden Kapitel zunächst eine Definition des Stressbegriffes erfolgen. Im Anschluss werden dann einige Erklärungsmodelle für die Entstehung von Stress dargestellt, bevor die Folgen von Stress und Stressbewältigungsstrategien erläutert werden. Am Ende dieses Kapitel wird noch kurz im Besonderen auf Stress am Arbeitsplatz eingegangen.

2.2.1 Definition von Stress

In den 1940er-Jahren führte der österreichisch-kanadische Arzt und Biochemiker Hans Selye den Stressbegriff in die Medizin ein und bezeichnete damit ganz allgemein die Auswirkungen von Belastungen auf lebende Körper. Selyes Forschungsarbeiten zeigten, dass verschiedene körperliche und seelische Belastungen zu charakteristischen körperlichen und seelischen Veränderungen führen, die, falls sie über einen längeren Zeitraum andauern, eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit darstellen können (vgl. Kaluza 2018a, S. 4).

Hans Selye definierte Stress als „... *the Spice of Life; the absence of stress is death*“ (Selye 1957). Meist wird davon ausgegangen, dass berufsbedingter Stress mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit einhergeht, wobei Stress allerdings auch positive Seiten haben kann. Selye (1974, 1978) prägte den Begriff „Eustress“ als positiv erlebten Stress und im Gegensatz dazu „Distress“ als negativen Stress. Eustress kann als anregend und motivierend verstanden werden. Von entscheidender Bedeutung für das Erleben von Eustress ist es, dass die Stressoren als nicht bedrohlich angesehen werden, sondern als Herausforderung, die zu höheren Leistungen anregen (vgl. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 310).

Die Begriffe „Stress“, „Stressoren“, „Beanspruchung“ und „Belastung“ werden im Alltag häufig synonym verwendet und sind meist negativ konnotiert (vgl. a.a.O., S. 309). Aus diesem Grund soll nun eine Abgrenzung der wesentlichen Begriffe erfolgen.

„Psychische Belastung wird verstanden, als die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken.“ (Normenausschuss Ergonomie im Deutschen Institut für Normung 1987, zit. in: Greif 1991, S. 4).

„Psychische Beanspruchung wird verstanden als die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand.“ (Normenausschuss Ergonomie im Deutschen Institut für Normung 1987, zit. in: ebd.).

Als Stress wird ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand verstanden, der aus der Befürchtung resultiert, dass eine stark aversive, zeitlich nahe oder aber bereits eingetretene, subjektiv lang andauernde Situation, wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist und deren Vermeidung aber subjektiv als wichtig erscheint (vgl. Greif/Bamberg/Semmer 1991, S. 13).

Als Stressoren werden externe und interne Stimuli bezeichnet, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Stressreaktion auslösen (vgl. Greif/Cox 1997, zit. in: Kaufeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 309).

Die Begriffe „Stressor“ und „Stressreaktion“ entsprechen den Begriffen „Belastung“ und „Beanspruchung“ (Greif/Cox 1997; Schaper 2014, zit. in: ebd.).

In den 1970er-Jahren haben sich interaktionistische Stressdefinitionen herausgebildet, die das Verhältnis von Person und Situation als entscheidend erachteten. Dabei wird angenommen, dass Stress dann auftritt, wenn ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der Umgebung und den Reaktionskapazitäten des Individuums besteht. Vor allem die Untersuchungen des amerikanischen Psychologen Richard S. Lazarus haben einen großen Einfluss auf die Stressforschung genommen (vgl. Faltermaier 2017, S. 89).

Lazarus und seine Mitarbeiter definierten Stress *„als jedes Ereignis, in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums*

(oder sozialen Systems) oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen“ (Lazarus/Launier 1981, zit. in: ebd.).

Diese Definition von Lazarus und Launier konzipiert auf der einen Seite externe Anforderungen aus der Umgebung oder auch interne Anforderungen von der Person ausgehend, wie persönliche Ziele, selbst gestellte Aufgaben, die das System der Person oder des Organismus fordern. Dem gegenüber stehen auf der anderen Seite die Anpassungskapazitäten der Person (des Organismus), welche Lazarus als Ressourcen bezeichnet. Stress entsteht erst dann, wenn die Anforderungen die Anpassungskräfte des personalen Systems beansprucht oder sogar überstiegen werden und dadurch ein Ungleichgewicht zwischen Person und Umgebung besteht (vgl. ebd.).

Als Stress wird heute der Zustand eines Ungleichgewichts verstanden. Mit den Begriffen „Stress und Stressbewältigung“ werden alle Reaktionen auf Herausforderungen in einer als wichtig eingeschätzten Situation beschrieben, die die Menschen zu einer bestimmten Aktion herausfordern, die dabei aber auch ihre vorhandenen Mittel und Fähigkeiten überschreiten können (vgl. Franzkowiak/Franke 2018).

Stress zählt inzwischen zu den wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren, mit denen Menschen in den modernen westlichen Gesellschaften konfrontiert werden. Dabei wird dem arbeitsbedingtem Stress eine der größten Bedrohungen für das Wohlbefinden der Beschäftigten zugeschrieben (vgl. Kaluza 2018a, S. 4).

2.2.2 Die biologische Stresstheorie von Selye

Auf Hans Selye (1974, 1978) gehen die ersten Arbeiten der Stressforschung zurück. Sein Modell für die Entstehung von Stress ist biologisch orientiert und wird auch als reaktionsorientierter Erklärungsansatz bezeichnet. Selye definiert Stress als eine unspezifische Reaktion des Organismus auf jegliche Art von Anforderung - als eine allgemeine Anpassungsreaktion, und setzt Stress hauptsächlich mit Erregung gleich. Dabei können unterschiedliche Faktoren zu Stress werden und das physiologische „allgemeine Adaptionssystem (AAS)“ auslösen (vgl. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 314).

Selye unterschied für das AAS drei Phasen:

1. Alarmreaktion: Bei der Konfrontation mit einem schädigendem Reiz zeigt der Organismus zunächst eine Alarmreaktion. Wird ein Stressor erkannt, reagiert die Person mit Anspannung. Typische Symptome sind die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin, die Erhöhung des Blutdruckes, der Herzfrequenz und des Blutzuckerspiegels. In der Schockphase ist der Körper passiv, die Körpertemperatur, der Blutdruck und der Muskeltonus sinken ab, in der darauf folgenden Gegenschockphase geschieht die Gegenreaktion. Der Körper schüttet Stresshormone aus, Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz und Muskeltonus steigen an und die Schocksymptomatik geht zurück.
2. Widerstandsphase: In der Widerstandsphase gehen die Reaktionen in eine gesteigerte Widerstandsfähigkeit des Organismus über. Er mobilisiert Abwehrkräfte und versucht, sich soweit wie möglich an die neue Situation anzupassen.
3. Erschöpfungsphase: Kommt es zu einer Fortsetzung der schädigenden Stimulation und dauert diese zu lange an, brechen irgendwann der Widerstand und die Anpassungsmechanismen zusammen. Die Symptome der Alarmreaktion werden dann irreversibel und dauerhaft (beispielsweise chronisch erhöhter Blutdruck, Magengeschwüre, Burnout etc.). Im Extremfall kollabiert der Körper und stirbt. (vgl. Faltermaier 2017, S. 91)

2.2.3 Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus

Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus ist in der Psychologie weitgehend anerkannt. Im Zentrum stehen der Stressprozess und damit die Entstehung von Stress. Eine wesentliche Bedeutung haben die psychischen Bewertungs- und Bewältigungsprozesse. Durch sie wird deutlich, weshalb sich die psychischen Belastungen nicht für alle Menschen gleich auswirken (vgl. Bamberg et al. 2012, S. 10).

Lazarus und Folkman (1984) definieren Stress wie folgt: *“Psychological Stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being.”* (Lazarus/Folkman 1984, S. 19).

Die Beziehung zwischen Person und der Umwelt wird als „transaktional“ bezeichnet und betont das dynamische Zusammenspiel (vgl. Lazarus 1999, S.74). Im Mittel-

punkt des Modells steht die individuelle Bewertung von Situationen und Ereignissen (vgl. Bamberg et al. 2012, S. 10). Es handelt sich dabei um einen kognitiven Erklärungsansatz für die Entstehung von Stress. Ausgangspunkt ist ein Reiz (Ereignis, Situation), der potenziell Stress auslösen könnte. Ob Stress entsteht entscheidet sich dadurch, wie der Reiz von der Person eingeschätzt und bewertet wird. Im transaktionalen Stressmodell werden drei Bewertungsprozesse unterschieden, die allerdings nicht unbedingt aufeinander folgen müssen, sondern auch nebeneinander ablaufen können (vgl. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 315).

Bei der primären Bewertung („primary appraisal“) nimmt die Person eine Einschätzung der Person-Umwelt-Interaktion in Bezug auf das eigene Wohlbefinden vor. Die Situation wird dabei als irrelevant, als positiv oder als belastend eingeschätzt. Wird die Situation als belastend eingestuft, wird nach Lazarus ein Stressprozess ausgelöst. Dabei gibt es drei Möglichkeiten, wie diese Belastung bewertet werden kann: Als Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung. Wird sie als Schädigung bewertet, ist bereits eine Beeinträchtigung des Wohlergehens eingetreten (z. B. der Verlust eines Angehörigen). Bei der Bedrohung liegt zwar noch keine Schädigung vor, aber eine zukünftige Beeinträchtigung, ein persönlicher Schaden oder ein Verlust sind zu erwarten. Als Herausforderung wird eine Situation bewertet, wenn sie für das Wohlergehen als mögliche positive Konsequenz wahrgenommen wird (vgl. Faltermaier 2017, S. 93).

Wird die Situation als bedrohlich eingestuft, erfolgt eine sekundäre Bewertung („secondary appraisal“), die sich auf die vorhandenen Ressourcen der Person bezieht. Es wird dabei beurteilt, ob entsprechende Bewältigungsfähigkeiten und –möglichkeiten im Umgang mit den Stressoren zur Verfügung stehen. Auf Grundlage dieses Bewertungsprozesses kommt es zum Bewältigungsverhalten der Person (vgl. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 315). Diese Bewältigung der Situation kann entweder problembezogen oder emotionsorientiert erfolgen. Beim problemorientierten Coping werden Ressourcen und geeignete Möglichkeiten gesucht, um die Anforderung bzw. den Stressor zu bewältigen. Bei der emotionsorientierten Bewältigung werden die Einstellungen und die Emotionen auf die Anforderung verändert, so dass sich der Stress auflöst. Die emotionsbezogene Bewältigung sorgt im Prozess der Krisenbewältigung dafür, dass wir bei hoher emotionaler Belastung wieder handlungsfähig werden (vgl. Schüler-Lubienetzki/Lubienetzki 2020, S. 84f).

Eine Neubewertung („reappraisal“) der Situation wird dann vorgenommen, wenn die Person bereits konkret versucht hat die Belastung zu bewältigen. Da die Transaktionen zwischen einer Person und der Umwelt sich im ständigen Wandel befindet, müssen sie auch immer wieder neu bewertet werden (vgl. Faltermaier 2017, S. 94).

Abbildung 2 soll das transaktionale Stressmodell nach Lazarus nochmals veranschaulichen.

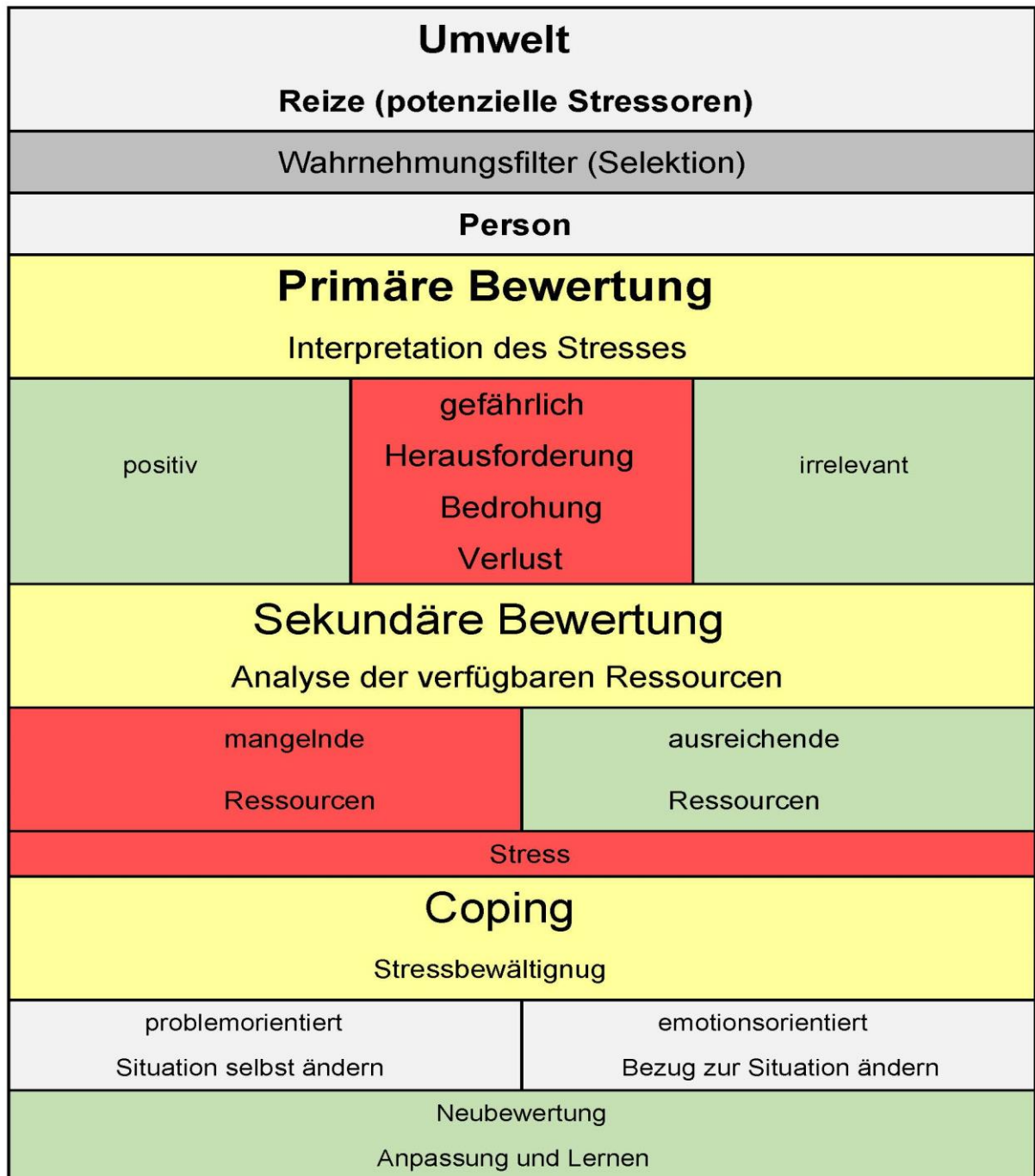


Abbildung 2: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (vgl. Psyche und Arbeit o.J.).

2.2.4 Arbeitspsychologisches Stressmodell

Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus dient in vielen Untersuchungen als Erklärungsmodell für die Entstehung von Stress. Die Kritik am Modell von Lazarus bezieht sich häufig auf die unvollständige Berücksichtigung stressauslösender Bedingungen (vgl. Bamberg et al. 2012, S. 12). Diese Kritik wird in der arbeitspsychologischen Erweiterung des transaktionalen Modells aufgegriffen (vgl. z. B. Greif et al. 1991; Bamberg et al. 2003; Zapf/Semmer 2004, zit. in: ebd.) und durch die Bedeutung von Stressoren/Risikofaktoren und Ressourcen betont (vgl. ebd.). Das arbeitspsychologische Stressmodell wird auch als BGW-Stresskonzept bezeichnet und dient als Grundlage und Erklärungsmodell für die Untersuchungen, die durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) durchgeführt werden.

Im arbeitspsychologischen Stressmodell wird ein Stressprozess entworfen, der Stressoren/Risikofaktoren und Ressourcen, Bewertung, Bewältigung und Stressfolgen als bedeutsame Faktoren betrachtet. Zwischen diesen Faktoren und Prozessen bestehen Rück- bzw. Folgewirkungen (vgl. Abbildung 3).

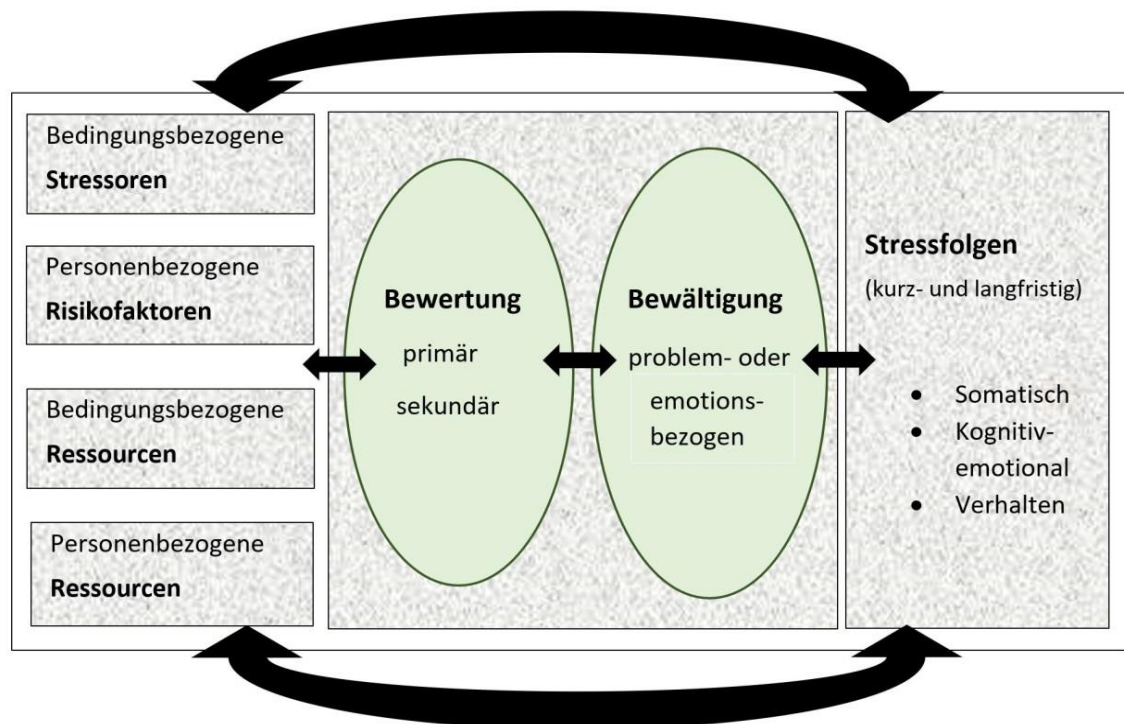


Abbildung 3: Arbeitspsychologische Erweiterung des transaktionalen Stressmodells (vgl. Bamberg et al. 2003, zit. in: Bamberg et al. 2012, S. 12).

Wie unter 2.2.1 bereits definiert ist Stress „...*ein subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, dass eine stark aversive, subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene und subjektiv lang andauernde Situation sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist und deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint*“ (Greif 1991, S. 13, zit. in: ebd.). Stress wird als negativer Zustand verstanden. Diese Definition berücksichtigt den transaktionalen Moment der Entstehung von Stress. Dabei wird Stress als Prozess gesehen, der aus der Bewertung einer Situation entsteht. Besondere Berücksichtigung finden Stressoren/Risikofaktoren und Ressourcen (vgl. ebd.).

Das Modell unterscheidet bedingungsbezogene Stressoren und personenbezogene Risikofaktoren. Die bedingungsbezogenen Stressoren beziehen sich auf die Einflüsse die durch die Umwelt, die Arbeitssituation, die Arbeitsaufgabe oder die Organisation gegeben sind. Zu den personenbezogenen Risikofaktoren zählen beispielsweise Erkrankungen oder Ärger (vgl. a.a.O., S. 13).

Den bedingungsbezogenen Stressoren und den personenbezogenen Risikofaktoren stehen bedingungsbezogene und personenbezogene Ressourcen gegenüber. Bedingungsbezogene Ressourcen ergeben sich aus der Arbeitsaufgabe und der Organisation. Zu ihnen zählen Kontrolle, Handlungsspielraum, Autonomie und soziale Unterstützung. Die Fähigkeiten und Mittel, über die das Individuum selbst verfügt sind die personenbezogenen Ressourcen. Hierzu können soziale Kompetenzen oder auch Bewältigungsstrategien gerechnet werden (vgl. a.a.O., S. 14).

Die Ressourcen zeigen im Stressprozess mehrfache Wirkung. Sie wirken sowohl direkt auf die Gesundheit, z. B. durch den Kohärenzsinn, d. h. im eigenen Leben Sinn zu erkennen, oder indirekt durch einen veränderten Umgang mit Stressoren, z. B. durch die Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums. Ressourcen beeinflussen den Bewertungs- und den Bewältigungsprozess und stellen damit einen wesentlichen Ansatzpunkt für Interventionen dar (vgl. ebd.).

Die Bewertung und die Bewältigung sind weitere zentrale Elemente im transaktionalen und im arbeitspsychologischen Stressmodell. Es wird zwischen primärer und sekundärer Bewertung unterschieden. Die primäre Bewertung interpretiert das Stressereignis und bewertet es als einen Verlust, eine Schädigung, eine Bedrohung oder

eine Herausforderung. Das daraus folgende Bewältigungsverhalten kann problem- oder emotionsbezogen erfolgen (vgl. a.a.O., S. 15).

Stressfolgen entstehen kurz- und langfristig und betreffen die somatische, kognitive, emotionale und die Verhaltensebene (vgl. ebd.). Auf die Folgen von Stress wird unter Punkt 2.2.6 noch näher eingegangen.

2.2.5 Die Stresstrias nach Kaluza

Gert Kaluza entwickelte mit der sogenannten „Stress-Ampel“ ein einfaches und verständliches Rahmenkonzept, mit der er das Stressgeschehen in drei Bestandteile unterteilt – die Stressoren, die Stressreaktion und die persönlichen Stressverstärker (vgl. Kaluza 2018a, S. 7), deshalb soll es an dieser Stelle auch noch erwähnt und beschrieben werden.

Als Stressoren werden die äußeren Anforderungsbedingungen aus der Umwelt verstanden, die eine Stressreaktion auslösen können. Es lassen sich dabei unterschiedliche Arten von Stressoren unterscheiden: physikalische Stressoren (wie Lärm, Hitze, Kälte), körperliche Stressoren (z. B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Hunger oder Durst), mentale Stressoren (Leistungsanforderungen, Zeitdruck, Überforderung) und soziale Stressoren (zwischenmenschliche Konflikte, Trennung und Verlust oder Konkurrenz) (vgl. a.a.O., S. 8).

Die Stressreaktion ist die Antwort aufseiten der betroffenen Person auf den Stressor. Stressreaktionen zeigen sich auf verschiedene Weise, sowohl auf der körperlichen, als auch auf der Verhaltens- bzw. behavioralen Ebene und der kognitiv-emotionalen Ebene. Auf der körperlichen Ebene kommt es unter Stress zu einer körperlichen Aktivierung und Energiemobilisierung, wie z. B. einem schnelleren Herzschlag, erhöhter Muskelspannung oder einer schnelleren Atmung. Wird die Aktivierungsreaktion über eine längere Zeit aufrechterhalten, weil die Belastung anhält oder immer wiederkehrt, führt dies zu Erschöpfungszuständen, die sich langfristig negativ auf den Gesundheitszustand auswirken können. Auf der behavioralen Ebene wird das für Außenstehende beobachtbare Verhalten in einer belastenden Situation beschrieben. Häufige Verhaltensweisen in Stresssituationen sind: ungeduldiges und hastiges Verhalten, Betäubungsverhalten, wie vermehrte und unkontrolliertes Essen, Rauchen, Kaffee oder Alkohol trinken, motorische Unruhe und ein konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen, z. B. aggressives, gereiztes Verhalten und Meinungsverschiedenheiten.

Die kognitiv-emotionale Ebene umfasst das „verdeckte“ Verhalten, welches für Außenstehende nicht direkt beobachtbar ist. Das heißt alle Gefühle und Gedanken, die bei der betroffenen Person in der Belastungssituation ausgelöst werden. Hierzu zählen Gefühle der inneren Unruhe und Nervosität, Gefühle und Gedanken der Unzufriedenheit und des Ärgers, Angst zu versagen oder sich zu blamieren oder aber auch Gefühle und Gedanken der Hilflosigkeit (vgl. a.a.O., S. 11f).

Die persönlichen Stressverstärker sind der dritte Bestandteil der Stress-Ampel und beruhen auf individuellen Einstellungen, Bewertungen und Motiven, welche wesentlich dazu beitragen, ob eine Stressreaktion ausgelöst und/oder verstärkt wird. Häufige persönliche Stressverstärker sind ausgeprägtes Profilierungsstreben, Perfektionsstreben, Ungeduld, aber auch die Unfähigkeit, die eigene Leistungsgrenze zu akzeptieren (vgl. a.a.O., S. 13ff).

In Abbildung 4 ist noch einmal schematisch die Stress-Ampel nach Gert Kaluza (2018) dargestellt.

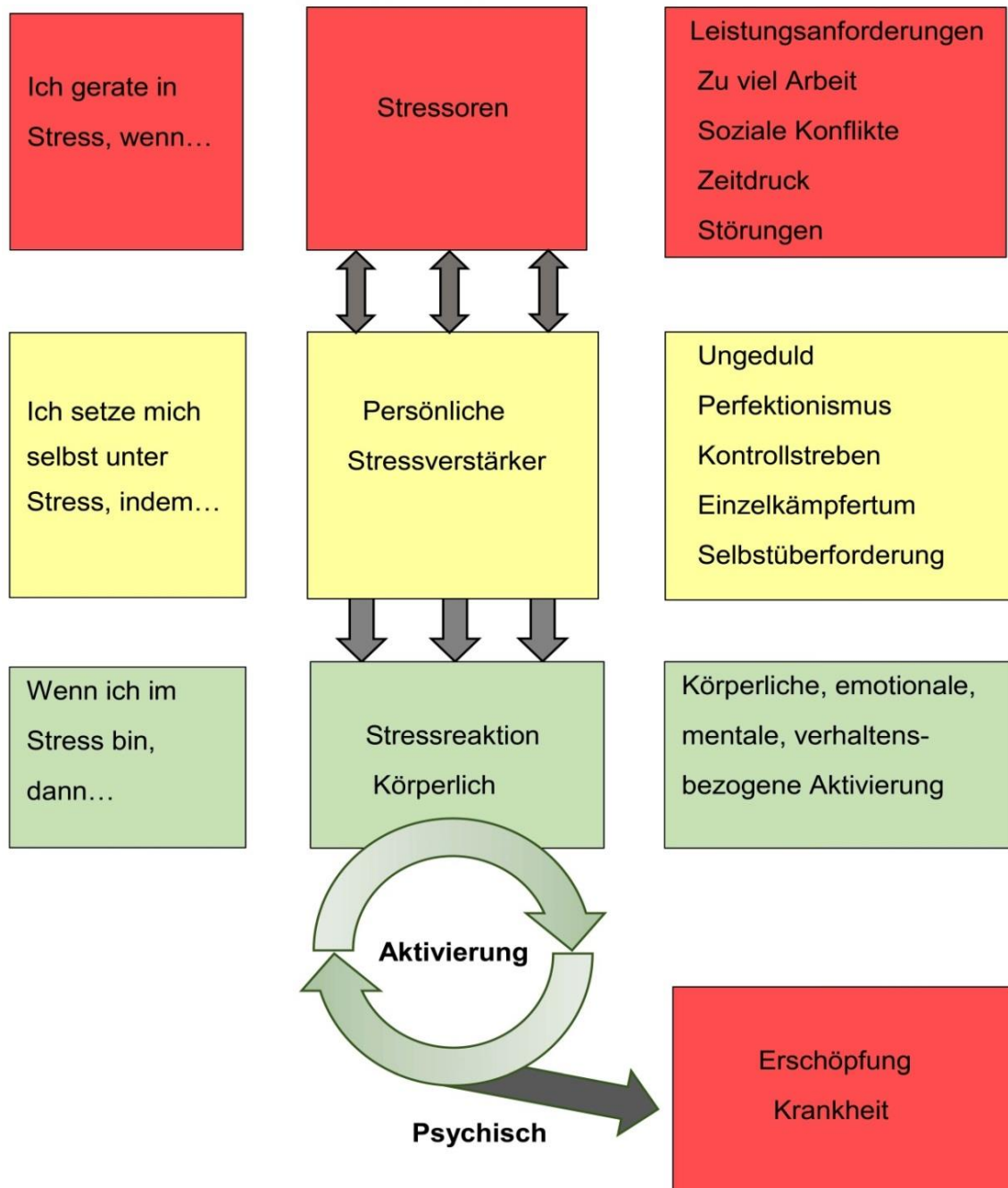


Abbildung 4: Die drei Bestandteile des Stressgeschehens (vgl. Kaluza 2018a, S. 7)

2.2.6 Folgen von Stress

Unter 2.2.5 wurde bereits kurz auf Stressreaktionen eingegangen. Im Folgenden werden nun noch einmal zusammenfassend die Folgen von Stress dargestellt.

Bodenmann und Gmelch (2009) teilen die Folgen von Stress zum einen nach ihrer zeitlichen Dimension (kurz- oder langfristig) und nach der kognitiv-emotionalen, der behavioralen und der physiologischen Ebene ein. Dabei sind sie aufeinander bezogen und können auch teilweise ineinander übergehen (vgl. Bodenmann/Gmelch 2009, S. 619).

Tabelle 2: Folgen von Stress nach Bodenmann und Gmelch dargestellt (vgl. Bodenmann/Gmelch 2009, S.619).

	Kurzfristige, akute Folgen	Mittel- und langfristige Folgen
Auf der kognitiv-emotionalen Ebene (Erleben)	Anspannungen Nervosität Überempfindlichkeit Unkonzentriertheit Energie- und Interessenverlust Geringe Lern- und Erinnerungsfähigkeit Gefühl der Unsicherheit und Überforderung	Hilflosigkeit Erschöpfung Entwicklung psychischer Störungen (psychosomatische Störungen, Depression, sexuelle Funktionsstörungen, Schlafstörungen, Angstzustände)
Auf der behavioralen (offen wahrnehmbaren) Ebene	Gereiztheit Aggressivität Egozentriertheit Konflikte/Streitverhalten Erhöhter Nikotin-, Alkohol, und Medikamentenkonsum Schlechte sensomotorische Koordination	Mehr Fehlzeiten am Arbeitsplatz Soziale Isolation Partnerschaftskonflikte (Trennung, Scheidung) Soziale Unbeliebtheit
Auf der physiologischen Ebene	Verspannungen (Schultern, Rücken, etc.) Übersäuerung des Magens Verdauungsbeschwerden Erhöhte Herzfrequenz und Hormonausschüttung Kopfschmerzen	Herz-Kreislauf-Störungen (Bluthochdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, etc.) Haltungsschäden Migräne Diabetes Magengeschwüre

Nach Kaluza (2018) ist die durch einen Stressor ausgelöste körperliche Aktivierung an sich nicht gesundheitsschädlich. Eine kurzfristige Aktivierung, die immer wieder in einem beständigen Wechsel von Phasen der Entspannung abgelöst wird, ist ein po-

sitives Zeichen des Lebendigen und kann mit dem Begriff „Eustress“ beschrieben werden. Für die Entstehung von gesundheitsschädlichen Auswirkungen sind vier wesentliche Aspekte bedeutsam (vgl. Kaluza 2018a, S. 34f).

1. Nicht verbrauchte Energien.

Bei den dargestellten körperlichen Stressreaktionen handelt es sich um phylogenetisch sehr alte Reaktionsmuster, durch die der Organismus auf Gefahrensituationen vorbereitet wurde. Bei der Bewältigung dieser Belastungssituationen wurden Zucker- und Fettreserven verbraucht. Im Anschluss konnte der Organismus wieder zur Ruhe kommen und sich entspannen. Bei der Bewältigung vieler Belastungssituationen des modernen Menschen in der heutigen Zeit haben diese Reaktionsmuster allerdings seinen Anpassungswert verloren. Die in der Glukoneogenese und Lipolyse bereitgestellte Energie wird so aber nicht verbraucht, wodurch Zucker, Fett und verklumpende Blutplättchen die Blutbahn verstopfen. Dies kann zu Arteriosklerose, bis hin zum Herz- oder Hirninfarkt führen (vgl. Kaluza 2018b, S. 30f).

2. Chronische Belastungen.

Die Stressreaktionen haben sich erst im Laufe der Evolution entwickelt. Die wichtigsten Stressoren treten im zwischenmenschlichen oder beruflichen Kontext auf. Sie bestehen meist über Jahre hinweg, sind stabil und treten immer wieder auf. Dadurch fehlt häufig die Zeit für die notwendige Regeneration und Erholung, wodurch der Körper in einem Dauerzustand der erhöhten Aktivierung gehalten wird. Dauert dieser Zustand zu lange an, bricht der Organismus zusammen und vielfältige funktionelle Symptome bis hin zu ernsthaften organischen Erkrankungen sind die Folge. Durch dieses über eine lange Zeit aufrechterhaltene erhöhte Widerstandsniveau verliert der Körper seine natürliche Fähigkeit zur Selbstregulation. Dies bedeutet, dass der Körper auch in Phasen ohne akute Belastung nicht zur Ruhe kommt. Die Gefäßwände verlieren an Elastizität, können sich nicht mehr weiten und der Blutdruck bleibt chronisch erhöht. Die Muskeln verspannen sich und lassen sich kaum noch lockern. Die Erholung im Schlaf erfolgt immer langsamer. Auch die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse steht unter andauernder Aktivierung, wodurch es zu einer dauerhaften Ausschüttung von Kortisol kommt. Da Kortisol die Produktion und somit auch die Ausschüttung von Insulin vermindert, bleibt mehr Zucker im Blut. Die Gefahr an Diabetes zu erkranken erhöht sich, da die Produktion von Insulin vermindert ist (vgl. a.a.O., S. 31).

3. Geschwächte Immunkompetenz

Psychoneuroimmunologische Studien konnten aufzeigen, dass in Situation, die eine psychosoziale Belastung darstellen, die Immunkompetenz dauerhaft beeinflusst werden kann. Wird der Organismus kurzfristig akut belastet, erhöht sich die Zahl der Killerzellen im Blut. Sie stellen sozusagen die Verteidigungslinie des Organismus gegen von außen eindringende Fremdkörper dar. Dauert diese Belastung zu lange an, kommt es über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zu einer vermehrten Ausschüttung von Kortisol. Dauert die Belastung länger an, kommt es zu einer weiteren Kortisolausschüttung (Hyperkortisolismus), die zu einer nachhaltig Schwächung der Immunkompetenz führt. Daraus resultiert eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit gegenüber Infektionen der oberen Luftwege und Herpes-Virus-Infektionen. Auch werden psychische Belastungen mit einer verminderten Immunkompetenz und dem Wachstum von Tumorzellen in Zusammenhang gebracht. Bei manchen Menschen kann es unter Stress auch zu einer Hemmung der Kortisolausschüttung (Hypokortisolismus) kommen. Dies kann dann zu überschießenden Immunreaktionen führen, wie beispielsweise zu Entzündungen, allergischen Reaktionen, sowie Autoimmunerkrankungen (vgl. a.a.O., S. 31f).

4. Gesundheitliches Risikoverhalten

Stressbedingte Gesundheitsrisiken ergeben sich aber oftmals auch durch die gezeigten Verhaltensweisen der Menschen unter dem Einfluss von Stress. Zu diesem gesundheitsschädlichen Verhalten zählen beispielsweise vermehrtes Rauchen, ungesunde und unregelmäßige Ernährung, vermehrter bzw. unkontrollierter Alkoholkonsum und mangelnde Bewegung. Auf diese Weise versuchen sie die Anforderungen und die aufkommenden Stressgefühle unter Kontrolle zu bekommen. Diese zählen allerdings zu den maladaptiven Stressbewältigungsstrategien (vgl. Kaluza 2018a, S. 38).

2.2.7 Stressbewältigungsstrategien

Bereits unter Punkt 2.2.3 wurde bei der Darstellung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus auf Coping-Strategien eingegangen. Im Folgenden werden nun verschiedene Bewältigungsmuster dargestellt und näher erläutert.

Unter Bewältigung oder Coping werden alle kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen verstanden, mit dem als Stressor bewerteten Reiz umzugehen und die von ihm ausgehende Bedrohung zu reduzieren. Unterschieden wird dabei zwischen

instrumentellem Coping, welches auf die Veränderung der Situation abzielt und dem emotionsbezogenem Coping, das eine Veränderung der Gefühle und Gedanken fokussiert. Eine dritte Form ist das regenerative Coping, das heißt die aktive Entspannung, Bewegung und Erholung (vgl. Franzkowiak/Franke 2018).

Das Copingverhalten einer Person ist eine wichtige personale Ressource, die auch im transaktionalen Modell integriert ist. Der Umgang mit Stress geschieht auf sehr unterschiedliche Weise (vgl. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 332). Lazarus und Folkman (1984) bezeichnen Coping als Bewältigung von internen und externen Anforderungen, die die eigenen Ressourcen übersteigen (vgl. Lazarus/Folkman 1984, S. 141).

Kaluza (2018) beschreibt drei Ansatzpunkte und Hauptwege der individuellen Stressbewältigung, die im Folgenden näher dargestellt werden sollen.

Beim instrumentellen Stressmanagement sind die Stressoren der Hauptansatzpunkt. Ziel ist es diese zu reduzieren oder ganz auszuschalten, beispielsweise durch die Umorganisation des Arbeitsplatzes, durch die Veränderung von Arbeitsabläufen oder durch die Organisation von Unterstützung und Hilfen. Das instrumentelle Stressmanagement kann dabei reaktiv auf konkrete, aktuelle Belastungen hin erfolgen und aber auch proaktiv auf die Verringerung oder das Ausschalten kommender Belastungssituationen und auf eine möglichst stressfreie Gestaltung der eigenen Arbeits- und/oder Lebensbedingungen ausgerichtet sein. Für die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen ist allerdings eine ausreichende Sachkompetenz notwendig. Die fachliche Qualifizierung ist aus diesem Grund eine wichtige instrumentelle Strategie in der Stressbewältigung. Weiterhin sind auch sozial-kommunikative Kompetenzen und Selbstmanagementkompetenzen erforderlich (vgl. Kaluza 2018b, S. 63f).

Das mentale Stressmanagement setzt bei den persönlichen Stressverstärkern, also den stresserzeugenden oder stressverschärfenden Motiven, Einstellungen und Denkmustern an. Diese sollen bewusst gemacht, kritisch reflektiert und in stressvermindernde und förderliche Einstellungen und Bewertungen umgewandelt werden (vgl. Kaluza 2018a, S. 95f).

Wie Hans Selye schon in seiner Definition von Stress als „Würze des Lebens“ beschrieb, gehören Stress und Stressreaktionen zum Leben dazu und lassen sich nicht ganz vermeiden. Deshalb umfasst ein erfolgreiches Stressmanagement auch Strate-

gien, um bestehende körperliche Anspannungen zu lösen und innere Unruhe und Nervosität zu dämpfen. Diese Art der Stressbewältigung wird als regeneratives Stressmanagement bezeichnet und hat das Ziel, langfristig negative Stressfolgen zu lindern, aber auch Strategien zu entwickeln, die dazu dienen, die eigene Widerstandskraft gegenüber Belastungen zu erhalten und neue Energien aufzubauen (vgl. a.a.O., S. 96).

Abbildung 5 stellt das individuelle Stressmanagement nach Kaluza dar, durch konkrete Beispiele ergänzt.

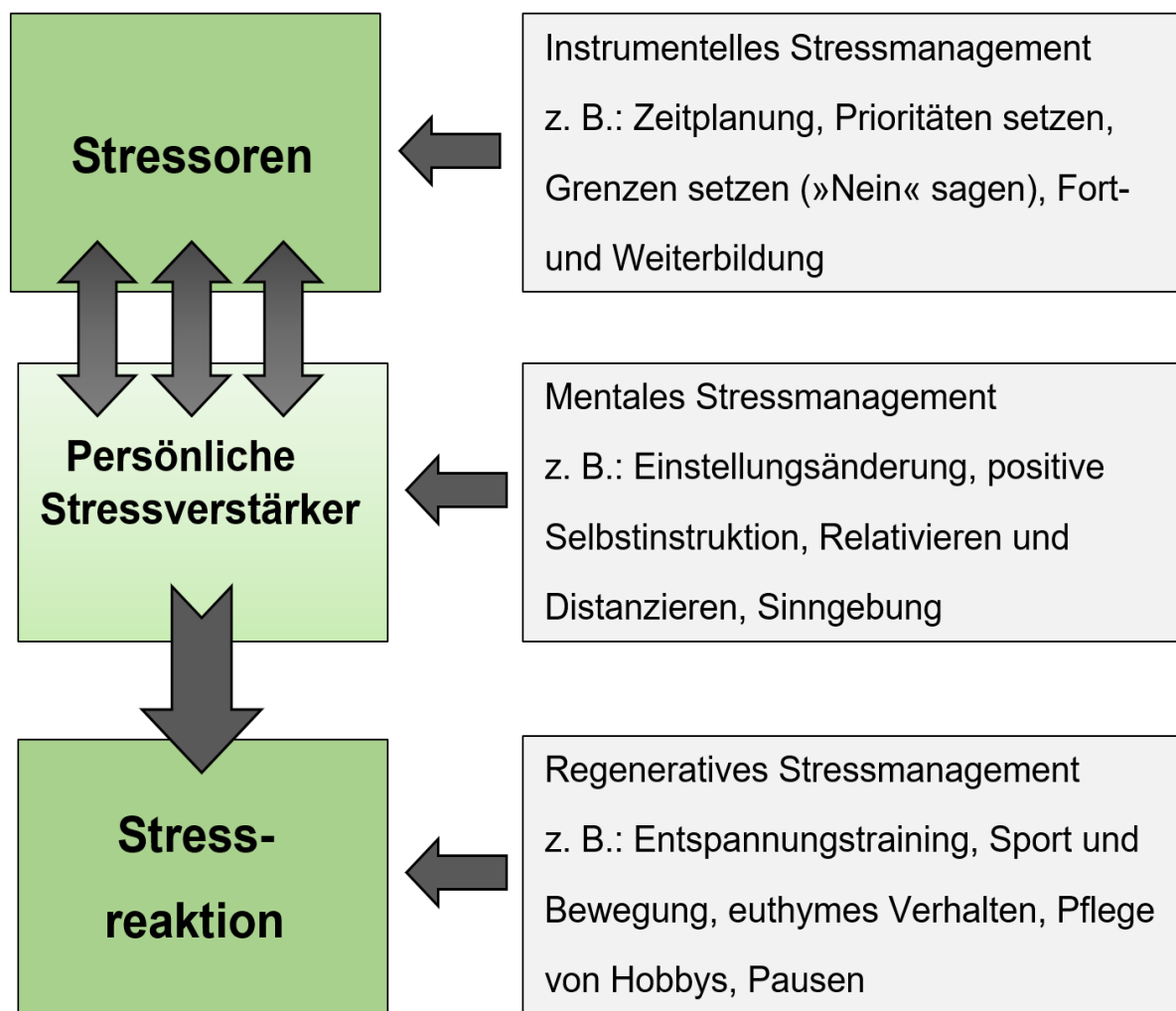


Abbildung 5: Individuelles Stressmanagement – was der Einzelne tun kann (mit Beispielen) (vgl. Kaluza 2018b, S. 63)

2.2.8 Stress am Arbeitsplatz

Untersuchungen der europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz haben gezeigt, dass jeder Arbeitnehmer vier Tage pro Jahr wegen einer arbeitsbedingten Stresserkrankung ausfällt. Zahlen von 2009 belegen, dass in der Europäischen Union etwa 22 Prozent, das sind rund 48 Millionen Erwerbstätige, unter arbeitsbedingtem Stress leiden. Somit stellt Stress bei der Arbeit ein weit verbreitetes Problem dar (vgl. Bamberg et al. 2012, S. 6).

Die Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt können nach Schönpflug (1987) in sechs Dimensionen unterschieden werden:

- nach ihrer Herkunft - das heißt ob es sich um personenbedingte oder umgebungsbedingte Belastungen handelt.
- nach ihrer Qualität – ob es eine leichte oder starke Belastung darstellt.
- nach den Möglichkeiten, die Belastung zu beeinflussen – z. B. nicht beeinflussbare gesundheitliche Einschränkungen oder selbst verursachte Konflikte im Arbeitskollegium.
- nach der Möglichkeit, das Auftreten der Belastung vorherzusagen – z. B. unvorhersehbare Störungen wie Maschinen – oder Personalausfälle oder vorhersehbare Belastungen durch ein zusätzliches Projekt.
- nach ihrer zeitlichen Struktur – das heißt ob die Belastung permanent oder nur selten auftritt.
- nach der Art ihrer Auswirkungen – ob die Belastung physisch oder psychisch auf die Beschäftigten einwirkt.

(vgl. Schönpflug 1987, zit. in: Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 310f).

Verschiedene Arbeitstätigkeiten gelten als besonders belastend, da dabei eine Vielzahl von Belastungsfaktoren im Alltag aufeinander treffen, so dass die Beschäftigten kaum die Möglichkeit haben, den Belastungen mit individuellen Ressourcen entgegen zu wirken (vgl. a.a.O., S. 311). Hierunter zählt beispielsweise die Nacht- und Schichtarbeit, da die Beschäftigten in besonderem Maße körperlichen und psychischen Belastungen, sowie ungünstigen Umgebungsbedingungen ausgesetzt sind. Außerdem verfügen sie über wenig Kontrolle und Handlungsspielräume (vgl. Beer mann 2008, zit. in: ebd.). Als belastungsreich hat sich auch die Tätigkeit in einem Pflegeberuf erwiesen, auf die in Kapitel 2.3 noch näher eingegangen wird (vgl. ebd.).

In Langzeitstudien wurde arbeitsbedingter Stress empirisch untersucht (vgl. Greif/Bamberg/Semmer 1991; Kahn/Byosiore 1992; Theorell/Karasek 1996; Semmer/Mohr 2001; De Lange et al. 2003; Zapf/Semmer 2004, zit. in: Bamberg et al. 2012, S. 6). Die Ergebnisse zeigen, dass arbeitsbedingter Stress zu psychosomatischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen, wie beispielsweise Herzkreislauferkrankungen führen kann und das Wohlbefinden beeinträchtigt. Ferner können Morbidität und Mortalität zunehmen. Auch Fehlzeiten, Fluktuationen, Leistungsminderung und Produktivitätsverluste können mögliche Auswirkungen sein (vgl. ebd.).

2.3 Gesundheitliche Risiken von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen gehört zu den Arbeitsbereichen mit einer sehr hohen subjektiven Belastung, besonders im Vergleich zu anderen Industrie- und Dienstleistungsbereichen. Bei einer Untersuchung der deutschen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurde festgestellt, dass die Gesundheitsberufe in fast allen Anforderungsmerkmalen zu den Professionen mit der größten Belastung zählen (vgl. Lohmann-Haislah 2012, zit. in: Richter/Heckemann 2014, S. 9). Diese hohen Belastungen beschränken sich jedoch nicht nur auf Deutschland, sondern sind auch in anderen Ländern zu finden (vgl. ebd.).

Zu den psychosozialen Stressoren der Tätigkeit im Gesundheitswesen zählen patientenbezogene, arbeitsplatzbezogene und organisationsbedingte Anteile (vgl. Rösler 2012, zit. in: ebd.). Zu den patientenbezogenen Faktoren zählt hier besonders die emotionale Belastung, die häufig entsteht, wenn die Beschäftigten mit den Schicksalen der Patienten konfrontiert werden. Ein gesteigertes Anspruchsdenken, respektloses Verhalten, körperliche Übergriffe oder auch verbale Aggressionen der Patienten oder Angehörigen belasten die Pflegekräfte besonders psychisch. Zu den arbeitsplatzbezogenen Faktoren oder Stressoren gehört die Dienstplangestaltung, aber auch eine schlechte Gestaltung von Arbeitsabläufen. Im klinischen Bereich zählen ein hoher Patientendurchlauf und verkürzte Liegezeiten zu einer hohen Arbeitsbelastung. Auch Lärm, stete Verfügbarkeit, das Fehlen von Pausen und Ruheräumen und die Schichtarbeit empfinden die Beschäftigten als körperlich herausfordernd. Zu den organisationsbezogenen Stressoren zählt häufig die Opferrolle, in der sich die Mitarbeitenden befinden. Meist erhalten sie wenig Rückendeckung, wenn es zu Anfeindungen durch die Patienten oder Angehörigen kommt. Sie sind oft Zielscheibe für

Aggressionen und Unzufriedenheit auf Seiten der Patienten oder Angehörigen und müssen diesen freundlich und beherrscht begegnen, erhalten auf der anderen Seite wenig Wertschätzung durch die Klinik- oder Einrichtungsleitung (vgl. Richter/Heckemann 2014, S. 5ff).

Der bereits bestehende Fachkräftemangel in den Pflegeberufen wird dadurch noch verschärft, dass viele Pflegende aufgrund der psychischen und physischen Belastungen vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden, vor allem aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Folgende Faktoren tragen dazu bei, dass die Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten eine höhere gesundheitliche Belastung aufweisen. Zum einen ist die Schicht- und Nachtarbeit mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Durch Personalabbau, aber auch durch das Nichtbesetzen von freien Stellen und hohe Krankenstände steigt der Arbeitsdruck auf die verbleibenden Pflegekräfte. Dadurch ergibt sich häufig die Notwendigkeit, an freien Wochenenden einzuspringen. Geschieht dies häufiger, kann das ein Ausgangspunkt für psychische und körperliche Erschöpfung sein. Folgen sind oft Depressionen, Schlafstörungen, chronische Schmerzen (vor allem Rückenschmerzen), aber auch andere psychosomatische Erkrankungen oder Beschwerden (vgl. Köllner 2015, S. 1).

2.3.1 Arbeitsbedingungen von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen

Im Jahre 2017 waren in Deutschland 3,41 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches SGB XI. Davon wurden 2,59 Millionen (76 %) zu Hause von Angehörigen alleine oder mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste gepflegt. 818 000 Pflegebedürftige (24 %) wurden vollstationär in insgesamt 14 500 Einrichtungen (hierzu zählen auch teilstationäre Pflegeheime) von mehr als 750 000 Beschäftigten versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017, S. 16). Dies entspricht im Vergleich zu 2015 einer Zunahme von 19,4 % der Pflegebedürftigen und 4,5 % mehr Versorgungen in vollstationären Einrichtungen (vgl. a.a.O., S. 18).

Pflegende in stationären Einrichtungen gelten als eine physisch und psychisch sehr hoch belastete Berufsgruppe (vgl. BGW 2007, zit. in: Schmidt et al. 2011, S. 85). Sie zählen allerdings gleichzeitig auch zu den meistgesuchten Arbeitnehmern in Deutschland (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2009, zit. in: ebd.).

Parallel zum Fachkräftemangel verändert sich auch das Bewohnerklientel in den Pflegeeinrichtungen, es ist insbesondere eine steigende Zahl von Bewohnern mit Demenz zu verzeichnen (vgl. Robert-Koch-Institut 2005, zit. in: ebd.). Die Pflege von Bewohnern mit Demenz setzt eine intensive pflegerische Betreuung voraus (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008, zit. in: ebd.) und stellt hohe psychische und physische Anforderungen an die Altenpflegekräfte (vgl. Fjelltn et al. 2009; Zimmermann et al. 2005, zit. in: ebd.).

Zu Beginn des Jahres 2006 startete die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die Kampagne „Aufbruch Pflege“ mit dem Ziel, politische Entscheidungsträger und Pflegeeinrichtungen darauf aufmerksam zu machen, sich stärker für die Gesundheit und die Motivation der Beschäftigten in der Pflege einzusetzen. Die Altenpflege wird häufig als ein bedeutendes Arbeitsfeld in der Pflege beschrieben, weil sich die Arbeitsbedingungen im Besonderen in stationären Altenpflegeeinrichtungen durch die veränderte Bewohnerstruktur gewandelt haben. Diese Veränderungen sind in einer Zunahme an multimorbiden Bewohnern, einer höheren Arbeitsverdichtung und vermehrten Auflagen im Bereich der Pflegequalität zu sehen. Die Beschäftigten in stationären Einrichtungen beklagen eine erhöhte körperliche und psychische Belastung und daraus folgende Beanspruchungen, die sich negativ auf die Arbeitsmotivation und auf den Verbleib im Pflegeberuf auswirken (vgl. Fleischer/Klewer 2010, S. 9).

2.3.2 Gesundheitliche Risiken von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen

Im Jahr 2015 führte Wirth et al. unter 366 Altenpflegekräften in Hamburg eine schriftliche Befragung durch. Es wurden sowohl Pflegekräfte, die in der ambulanten Pflege tätig sind, als auch Beschäftigte in der stationären Pflege befragt und mit Referenzdaten der Krankenpflege und dem Durchschnitt aller Berufsgruppen verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass Altenpflegekräfte im Vergleich zum Durchschnitt aller Berufsgruppen hohe Belastungs- und Beanspruchungswerte zeigten. Dabei wiesen stationäre Pflegekräfte höhere quantitative und emotionale Anforderungen, Rollenkonflikte, Burnout-Symptomatik und kognitive Stresssymptome auf als Beschäftigte in ambulanten Diensten (vgl. Wirth et al. 2017, S. 662).

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigten auch, dass die Tätigkeit in der stationären Altenpflege besonders von hohen emotionalen Anforderungen, von häufigen Gewalt-

erfahrungen durch die Bewohner und einem überdurchschnittlichen Arbeit-Freizeit-Konflikt gekennzeichnet ist. In der Studie waren die Erfahrungen von körperlicher Gewalt (stationär 69 %, ambulant 21 %) und verbaler Aggressionen (stationär 81 %, ambulant 70 %) weit verbreitet. Hingegen wurden die Rollenklarheit und das erhaltene Feedback von Vorgesetzten oder Kollegen im Vergleich zur Krankenpflege oder auch berufsübergreifend als positiv bewertet. In Bezug auf die Beanspruchung zeigten sich hingegen ein häufiger Gedanke an eine Berufsaufgabe und ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand (vgl. a.a.O., S. 666).

Diese Beobachtungen wurden auch in anderen Studien bestätigt, so z. B. in einer Untersuchung bei Altenpflegekräften in Schweden. Die Ergebnisse wiesen ebenfalls signifikant höhere körperliche und emotionale Belastungen bei den Pflegekräften in stationären Einrichtungen auf, als in der ambulanten Pflege. Auch in einer deutschlandweiten Befragung im Jahr 2008 in der Altenpflege fielen die Aspekte psychosozialer Belastungen für die stationäre Pflege negativ aus (vgl. a.a.O., S. 667).

Hertl/Baumann/Messer (2004) haben in einer Untersuchung in Seniorenheimen der Stadt Salzburg die Belastungsfaktoren von in der stationären Pflege tätigen Pflegepersonen analysiert. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass sich die Belastungen vor allem in der Pflegetätigkeit, durch das Personal und organisatorische Rahmenbedingungen und durch den Umgang mit den Bewohnern oder den Angehörigen ergeben (Hertl/Baumann/Messer 2004, S. 240).

Da viele Bewohner so stark beeinträchtigt sind, dass sie auf eine vermehrte pflegerische Versorgung durch das Pflegepersonal angewiesen sind, führt dies bei den Pflegekräften zu physischen Belastungen, z. B. durch das Heben der Bewohner kommt es zu Beanspruchungen im Bereich der Wirbelsäule. Neben der physischen Belastung kommt es allerdings auch zu psychischen Belastungen durch die Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod (vgl. ebd.). Aber auch die Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege, wie der Personalmangel, die hohe Verantwortung besonders in den Nachtschichten führen zu weiteren psychischen Belastungen (vgl. Hofmann/Michaels 1999, zit. in: ebd.).

Belastungen können sich aber auch durch das Personal oder durch organisatorische Rahmenbedingungen ergeben. Konflikte zwischen den einzelnen Beschäftigten beziehen sich häufig auf die Gestaltung des Dienstplanes, die Arbeitszeiteinteilung

durch die Vorgesetzten, aber auch auf die Überbelastung der Mitarbeitenden (vgl. Kruse/Schmitt 1999, zit. in: ebd.). Eine zusätzliche Belastung sind die wechselnden Arbeitszeiten und der Wochenenddienst, da durch den Dienstplanwechsel psychosoziale Beeinträchtigungen entstehen, indem private Kontakte nur schwer einzuplanen sind bzw. das Leben auf den Arbeitsplan abgestimmt werden muss (vgl. Kirchner/Schmidt 2000, zit. in: a.a.O., S. 241).

Die Beziehung zwischen Bewohnern und Pflegekräften kann eine Quelle der Befriedigung, aber auch eine Belastung darstellen. Die Pflegepersonen sind ein wichtiger Ansprechpartner für die Bewohner, was zu hohen Erwartungen der einzelnen Bewohner führen kann (vgl. Wahl/Kruse 1994, zit. in: ebd.), mitunter auch zu Konkurrenzverhalten zwischen den Heimbewohnern. Dies führt wiederum zu einer Belastung der Pflegekräfte (vgl. Grond 1994, zit. in: ebd.). Auch der Umgang mit Menschen mit einer demenziellen Erkrankung oder mit Depressionen stellt eine Belastungssituation für die Pflegepersonen dar (vgl. Helmchen et al. 1996, zit. in: ebd.).

Eine weitere Grundlage für Belastungen der Pflegekräfte ist im Umgang mit den Angehörigen zu finden. Häufig besteht eine hohe ambivalente Einstellung der Angehörigen zu der Entscheidung den Pflegebedürftigen in einer Einrichtung untergebracht zu haben. Einerseits sind sie froh Unterstützung zu erhalten, auf der anderen Seite haben sie aber auch Schuldgefühle, weil sie ihrem Angehörigen kein Leben zu Hause mehr ermöglichen konnten (vgl. McAuley/Travis 2000; Rohner/Terhorst 1989, zit. in: ebd.).

2.3.3 Empirische Studien zu Resilienz und Stresserleben von Beschäftigten im Gesundheitswesen, im Besonderen von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen

In der weiteren Darstellung sollen nun verschiedene empirische Ergebnisse aufgezeigt werden, die sich in der Vergangenheit mit der Thematik Resilienz, psychische Belastung, Beanspruchung und Bewältigungsstrategien von Beschäftigten im Gesundheitswesen, besonders von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen beschäftigt haben.

Die Resilienzforschung ist ein noch relativ junger Forschungszweig, der bislang nur wenige empirische Ergebnisse bezüglich Resilienz von Beschäftigten im Gesundheitswesen aufzeigt (vgl. Richter/Heckemann 2014, S. 14). Ein erstes empirisch be-

gründetes Modell hat vor allem die Faktoren Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Kontrolle, Bewältigungsstrategien und Kompetenz formuliert (vgl. Gillespie et al. 2007, zit. in: ebd.). Als personale Faktoren konnten kognitives Umdeuten, Distanzierungstechniken und auch Hoffnung als wichtige Mechanismen von Pflegekräften identifiziert werden, um auf schwierige Arbeitssituationen zu reagieren (vgl. Hart et al. 2012, zit. in: ebd.).

Richter und Heckemann (2014) verweisen darauf, dass in einer weiteren Literatürübersicht zu Resilienz bei Pflegekräften (Jackson et al. 2007) positive Emotionen wie Optimismus und auch arbeitsplatzbezogene Aspekte wie Autonomie und Empowerment herausgestellt wurden (vgl. ebd.). Mehrere Untersuchungen bei Pflegekräften auf Intensivstationen zeigten, dass Resilienz mit deutlich weniger posttraumatischen Belastungsstörungen und Burnout einhergeht (vgl. Mealer et al. 2012, zit. in: ebd.).

Eine Studie der Katholischen Universität Eichstätt von Juli 2017 bis Mai 2018 wies anhand von beantworteten Situationsfragebögen von 80 Pflegekräften darauf hin, dass die Tätigkeit von Altenpflegekräften trotz Zeitdruck, hoher physischer Anforderungen und einem ständigem Rollenkonflikt eine hohe erlebte Bedeutsamkeit, Abwechslung, kollegiale Unterstützung und viele positive Kontakte zu den Bewohnern auszeichnet. Die Befragten gaben insgesamt ein „positives situatives Empfinden am Arbeitsplatz“ an, knapp 30 % teilten zwar auch ein hohes Ausmaß an Stress mit und fühlten sich nach ihren Angaben bei ihrer Tätigkeit aber grundsätzlich wohl und hatten ein hohes Arbeitsengagement. Die Studie ergab ebenfalls, dass die Pflegekräfte eine sehr positive Einstellung zu ihrem Beruf aufweisen. 70 % der Befragten gab allerdings auch ein „Ungleichgewicht zwischen sehr hohen Anstrengungen dieses Berufs im Vergleich zu den materiellen Belohnungen“ an (vgl. Altenpflege – Vorsprung durch Wissen 2018).

Eine Untersuchung von Wassermann et al. (2014) erläutert, dass bei der Bewertung und der Bewältigung von Stressoren persönliche Ressourcen eine zentrale Rolle spielen. Die Studie befasste sich mit dem Effekt der persönlichen Ressource Sinnstiftung auf emotionale Erschöpfung und Vitalität als eine zentrale Komponente von Arbeitsengagement. Es wurden Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen zu den Arbeitsbedingungen (Zeitdruck, emotionale Dissonanz und sozialer Unterstützung), Sinnstiftung, emotionaler Erschöpfung und Vitalität befragt (vgl. Wassermann et al.

2014, S. 51). Sinnstiftung wird dabei als persönliche Ressource gesehen, die die Fähigkeit hat, psychische Belastungen und Beanspruchungen durch Reflektion und Interpretation in ein System persönlicher Bedeutung zu integrieren (vgl. Van den Heuvel et al. 2009, zit. in: ebd.) und kann aus diesem Grund als wichtige Ressource gesehen werden, um die Anforderungen am Arbeitsplatz besser bewältigen zu können (vgl. ebd.). Persönliche Ressourcen sind kognitiv-affektive Aspekte der Persönlichkeit (Hobfoll et al. 2003; Van den Heuvel et al. 2010, zit. in: Wassermann et al. 2014, S. 53), die in belastenden Situationen die allgemeine Stressresistenz einer Person erhöhen. Persönliche Ressourcen umfassen zum einen ein System positiver Annahmen über die eigene Person (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung) und die Umwelt (z. B. Optimismus) als auch bestimmte Fähigkeiten (z. B. Sinnstiftung) (Van den Heuvel et al. 2013b, zit. in: ebd.) und werden von stabilen, übergeordneten Persönlichkeitseigenschaften und durch Erfahrungen beeinflusst (vgl. Luthans et al. 2006, zit. in: ebd.). Persönliche Ressourcen sind negativ assoziiert mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Avey et al. 2010, zit. in: ebd.) und positiv mit Arbeitsengagement (Xanthopoulou et al. 2007, zit. in: ebd.). Außerdem schwächen persönliche Ressourcen die positive Wirkung von Arbeitsstressoren auf Gesundheitsbeeinträchtigungen ab (Garrosa et al. 2010; Mäkikangas/Kinnunen 2003; Pierce/Gardner 2004; Totterdell et al. 2006; Yperen/Snijders 2000, zit. in: ebd.) und die negative Wirkung von Arbeitsstressoren auf das Arbeitsengagement (Garrosa et al. 2020, zit. in: ebd.).

Eine Studie von Jenull und Brunner (2009) mit dem Ziel das individuelle Arbeitserleben, die Bewältigungsstrategien und die Gesundheitsverhaltensweisen von Pflegekräften in stationären Altenpflegeeinrichtungen in Österreich zu ermitteln, kam zu dem Ergebnis, dass der Pflegealltag hauptsächlich durch eine Vielzahl von belastenden Erfahrungen gekennzeichnet ist. Vor allem institutionelle Rahmenbedingungen werden als Belastung erlebt. Daneben werden aber auch Zeitdruck, Personalmangel und auch das Bewohnerverhalten thematisiert. Alte, verwirrte und demenziell erkrankte Bewohner werden oftmals als egoistisch, feindselig, nicht kooperativ und unzufrieden beschrieben. Diese Verhaltensweisen werden von Pflegekräften häufig fehlinterpretiert und als persönlich kränkend wahrgenommen (vgl. Jenull/Brunner 2009, S. 8). Positive berufliche Erfahrungen wurden in der Befragung nur vereinzelt benannt und vor allem im persönlichen Kontakt mit einzelnen Bewohnern oder An-

gehörigen geschildert, wenn der Pflegeperson Anerkennung und Dankbarkeit ausgesprochen wurde (vgl. a.a.O., S. 7).

Begegnet wird den Belastungen vor allem durch körperliche Aktivität, der Suche nach sozialer Unterstützung, aber auch durch ein negatives Abgrenzungsverhalten. Dabei berichteten die Studienteilnehmer auch von kritischen Gesundheitsverhaltensweisen, wie ungesunder Ernährung, Rauchen und ein hohes Maß an Medikamentenkonsum (vgl. a.a.O., S. 5).

Eine Studie von Jenull et al. (2008) in Österreich beschäftigte sich mit Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Die Untersuchung bestätigte, dass es sich bei den examinierten Pflegekräften in der stationären Altenpflege um eine hoch belastete Berufsgruppe handelt. Dabei sind es vor allem die Arbeitsbedingungen, wie hoher Zeitdruck, Personalmangel und wenig Mitgestaltungsmöglichkeiten, die als höchst belastend eingestuft werden. Im Besonderen sind junge Pflegekräfte in hohem Maß durch Angehörige und Tabuthemen belastet (vgl. Jenull et al. 2008, S. 21). In einem heterogenen Team zu arbeiten wird grundsätzlich als Herausforderung und als Bereicherung beschrieben, bedarf allerdings einer großen Flexibilität (vgl. Zhang/Long 2006, zit. in: ebd.), die in der stationären Altenpflege nicht hinreichend gegeben ist. Die individuellen Auswirkungen dieser Belastungen zeigen sich zum einen in einer ausgeprägten emotionalen Erschöpfung und einer geringen intrinsischen Motivation, zum anderen in einer aversiven Haltung gegenüber den Bewohnern (vgl. a.a.O., S. 21f). Es wurde festgestellt, dass 17 % der Pflegenden in einem höchsten Ausmaß Aversionen gegen Klienten hegen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Burnout, die gesteigerte Form von Stress, und eine Symptomkombination aus emotionaler Erschöpfung, nachlassendem Engagement und die Abneigung gegenüber den zu Betreuenden, seit Jahren an zunehmender Bedeutung gewinnt (vgl. Burisch 1994; Altun 2002, zit. in: ebd.). Differenzierte Aussagen über die Formen der Gewalt und deren Häufigkeit konnten allerdings nicht gemacht werden, da die Beantwortung dieses Themenbereichs von 30 % der Pflegekräfte verweigert wurde. Positiv bewertet wurde in der Studie hingegen die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (vgl. ebd.).

Die Frage nach den Bewältigungsstrategien wurde von Teilnehmern mit Sport, familiären Kontakten und Lesen beantwortet, die einen positiven Effekt auf die physische und psychische Gesundheit haben können (vgl. Schwarzer 2004, zit. in: ebd.).

Zusammenfassend kamen die Autoren in dieser Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die Arbeit mit älteren und pflegebedürftigen Menschen sowohl belastend, als auch herausfordernd ist (vgl. ebd.).

Brause et al. (2015) beschäftigten sich in ihrer Untersuchung mit dem Burnout-Risiko von Pflege- und Betreuungskräften in der stationären Langzeitversorgung. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass 37 % der Beschäftigten ein erhöhtes Burnout-Risiko aufweisen. Vor allem die Faktoren Müdigkeit und körperliche Erschöpfung führten zu erhöhten Skalenwerten, wobei sich jeder 5. Beschäftigte oft emotional erschöpft fühlt und jeder 4. immer oder oft ausgelaugt. Als größter arbeitsbedingter Belastungsfaktor erwies sich Zeitdruck. Fast die Hälfte der Mitarbeiter empfindet oft oder sogar sehr oft Zeitdruck. Andere Aspekte, die auf eine hohe quantitative Arbeitsbelastung hinweisen sind das Nichteinhalten von Pausen und die häufige Unterbrechung der Tätigkeit. Qualitative Arbeitsbelastungen, wie fehlende Informationen oder unklare Zuständigkeiten, wurden hingegen nur selten beschrieben. Von fast 40 % der Befragten wurde allerdings angegeben, dass sie aufgrund von beruflichen Verpflichtungen ihre familiären oder privaten Pläne ändern mussten. Mehr als ein Fünftel stimmte der Aussage zu, dass sich arbeitsbedingter Stress negativ auf ihr Privatleben auswirkt und dass der Zeitaufwand der Arbeit es schwierig macht, privaten Verpflichtungen nachzukommen (vgl. Brause et al. 2015, S. 45). Als Ressource wurde das Netzwerk-kapital insgesamt sehr hoch eingeschätzt. Etwa 40 % gaben an, dass sie in ihrer Abteilung „zusammen durch dick und dünn gehen“. Außerdem wurde benannt, dass sich die Kollegen füreinander einsetzen, alle gut zusammenhalten, man sich aufeinander verlassen kann und sich gegenseitig hilft und unterstützt. Auch das Vertrauen sei so gut, dass auch Privates miteinander besprochen werde. An weiterer Stelle wurde auch das Führungskapital als hoch eingeschätzt. Etwa zwei Drittel der Befragten gab an, dass die Vorgesetzten zu dem stehen, was sie sagen, wichtige Informationen schnell und zuverlässig weitergeben und immer ein „offenes Ohr“ hätten für die Mitarbeiter. Darüber hinaus würde der Vorgesetzte alle fair und gerecht behandeln und die Leistungen der Mitarbeiter anerkennen. Für die Hälfte der Befragten ist der Vorgesetzte ein Vorbild (vgl. ebd.).

Brause et al. (2015) erkannten verschiedene Zusammenhänge und Wechselwirkungen. Je höher die Arbeitsbelastung bzw. der Arbeits-Familien-Konflikt, desto höher war auch das Burnout-Risiko. Eine höhere Ausprägung der Ressourcen Netzwerk-

und Führungskapital ging mit einem niedrigeren Burnout-Risiko einher. Jedoch zeigten die Korrelationskoeffizienten nur für den Arbeits-Familien-Konflikt und die Arbeitsbelastung einen mittleren Zusammenhang. Die Zusammenhänge zwischen Netzwerk- und Führungskapital fielen nur schwach aus (vgl. a.a.O., S.46).

In einer Übersichtarbeit von Rohwer et al. (2020) über bereits erforschte und empirisch bestätigte Stressoren, Ressourcen und Stressfolgen von Pflegekräften in ambulanten und stationären Pflegesettings wurden neben physischen Belastungen, besonders das hohe Arbeitsaufkommen, Zeitdruck, Unterbrechungen, emotionale Anforderungen und die erschwerte Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben durch die Schichtarbeit als Stressoren benannt. Erschöpfung, Burnout, Muskel- und Skeletterkrankungen, aber auch Schlaf- und Konzentrationsstörungen stellen häufige gesundheitliche Folgen dar. Entgegenwirkende Ressourcen sind soziale Unterstützung, die Fähigkeit zur Selbstfürsorge, die Arbeitsgestaltung und ein Führungsstil, der den Pflegekräften mehr Partizipation, Autonomie und Kontrolle ermöglicht (vgl. Rohwer et al. 2020, S. 5). Die Autoren kritisieren, dass im internationalen Vergleich im deutschen Gesundheitswesen noch wenige Ergebnisse zu Stress, stressauslösenden Faktoren und Stressfolgen vorlägen. Die bisherigen Ergebnisse stammten meist aus Querschnittstudien und ermöglichten nur eingeschränkt, eine Ableitung von Zusammenhängen. Kausale Schlüsse könnten aus diesen Resultaten nicht gezogen werden (vgl. ebd.).

Auch eine Studie von Werner und Leopold im Jahr 2017 zur psychischen Belastung und Beanspruchung von Pflegekräften einer ambulant betreuten Demenzwohngemeinschaft im Vergleich zu einem segregativen Demenzwohnbereich in der stationären Altenpflege kam zu dem Resultat, dass die Pflegekräfte des stationären Demenzbereiches mit einem Anteil von 58 % doppelt so psychisch belastet sind, wie die Mitarbeitenden der Demenzwohngemeinschaft mit 29 %. Auch der Anteil der psychisch Beanspruchten lag im stationären Wohnbereich bei 55 %, und in der ambulanten Betreuungsform bei 33 % (vgl. Werner/Leopold 2020, S. 4). Bei dieser Untersuchung kamen der Fragebogen zur psychischen Belastung und der Fragebogen zur Beanspruchung in der stationären Altenpflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zum Einsatz, die auch im Rahmen dieser Arbeit Anwendung finden (sh. 3.2.2 Datenerhebungsinstrumente).

2.4 Der Ausbruch der Corona-Pandemie und deren Bedeutung für das Gesundheitswesen

Im nun folgenden Ausarbeitsteil soll kurz auf die wesentlichen Grundlagen der Corona-Pandemie eingegangen werden. Zunächst wird der Begriff Krise dargestellt. Im Anschluss erfolgen einige Erläuterungen zum Corona-Virus, bevor verschiedene Fakten und erste Studienergebnisse zur Relevanz der Corona-Pandemie für das Gesundheitswesen angefügt werden. Der aktuelle Stand der Fallzahlen im Untersuchungsgebiet Unterfranken bildet dann den Abschluss dieses Kapitels.

2.4.1 Definition von Krise

Das Wort Krise kommt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt „schwierige Lage“. Dabei können Krisen sehr unterschiedliche Ausmaße haben. Krisen können einzelne Personen, Familien oder Gruppen betreffen und sehr unterschiedliche Ursachen haben. Eine typische Ursache für eine Krise ist der Verlust von wichtigen Ressourcen, beispielsweise der Gesundheit, Geld oder Wohnung oder aber auch von wichtigen Personen (Familie, Verwandte, Freunde). Häufig geraten Menschen in eine Krise, wenn widersprüchliche Anforderungen an sie gestellt werden, die sie mit den vorhandenen Möglichkeiten nicht bewältigen können. Große Krisen betreffen sehr viele Menschen gleichzeitig. Diese haben dann nicht nur einen Einfluss auf das Leben der Individuen, sondern sie wirken sich auf ganze Länder, Kontinente oder auf die gesamte Welt als globale Krise aus (vgl. bpb 2016).

2.4.2 Erläuterungen zum Corona-Virus

Corona Viren wurden bereits Mitte der 1960er Jahre identifiziert. Ihr Name bezieht sich auf das Aussehen der Viren unter dem Mikroskop, das an eine Krone oder einen Kranz erinnert. Ein Teil der Erkältungskrankheiten wird durch Corona Viren verursacht. Das neuartige Corona Virus wird aus dem Grund als „neuartig“ bezeichnet, weil es sich um ein neues Virus der Corona Viren handelt, welche erstmals im Dezember 2019 identifiziert wurde. Seit Februar 2020 wird dieses Virus nun als SARS-CoV-2 bezeichnet. Das Akronym SARS steht dabei für „Schweres Akutes Atemwegssyndrom“. Die Erkrankung, welche durch SARS-CoV-2 ausgelöst wird, wird als Covid-19 (Corona Virus Disease 2019) bezeichnet. Dabei können Corona Viren sowohl Menschen als auch Tiere infizieren. In einzelnen Fällen können Corona Viren, die zunächst Tiere infiziert haben, auf den Menschen übertreten und sich somit wei-

terverbreiten und auch zu schweren Erkrankungen führen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020).

2.4.3 Fakten und erste Studienergebnisse zur Corona-Pandemie

Im März 2020 wurde der Ausbruch von Covid-19 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Pandemie erklärt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2020).

Die Corona-Pandemie hat die Einrichtungen des Gesundheitswesens mit voller Wucht getroffen. Ältere, multimorbide Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe zählen zur besonders gefährdeten Gruppe. Die Bewohner in Pflegeheimen haben ein hohes Risiko für schwere Verläufe von Covid-19 Erkrankungen, denn bei ihnen ist die Mortalitätsrate am höchsten. Dies stellt die Pflegeeinrichtungen vor ganz neue und große Herausforderungen, denn sie sind zum einen nicht auf die pandemiespezifischen Maßnahmen vorbereitet, und zum anderen müssen sie erst lernen mit den Folgen von Abschottung, Kontaktbeschränkung, körperlicher Distanz und teilweiser Isolation der Bewohner umzugehen. Daneben ist der Umgang mit Infektionskrankheiten in pflegerischen Einrichtungen kein Versorgungsschwerpunkt. (vgl. Halek/Reuther/Schmidt 2020, S. 51f).

Eine Studie der Universität Bremen im Juni 2020 bestätigt, dass Pflegeheime ein Hotspot für Covid-19-Erkrankungen sind. 60 Prozent aller Corona-Toten sind Menschen, die in Altenpflegeeinrichtungen leben (49 % der Todesfälle) oder von ambulanten Pflegediensten versorgt werden (12 %). Dabei beträgt der Anteil an allen Infizierten nur 8,5 %. Die Hälfte aller Todesfälle durch das Corona Virus treten in Pflegeheimen auf, obwohl nur knapp ein Prozent der Bevölkerung in Pflegeheimen leben. Die Sterblichkeit liegt etwa 50mal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Außerdem sind auch die Pflegenden selbst betroffen. Jedes fünfte Pflegeheim und jeder zehnte ambulante Pflegedienst ist von Erkrankungsfällen der Beschäftigten betroffen. Der Anteil der Infektionen unter Mitarbeitern in Pflegeheimen liegt bei 18,9 % und ist damit sechsmal so hoch wie in der Normalbevölkerung, in ambulanten Pflegediensten mit neun Prozent doppelt so hoch (vgl. Beneker 2020, S. 1).

Petzold, Plag und Ströhle (2020) beschreiben in ihrer Empfehlung zur Reduktion von Stress und psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der aktuellen Corona-Pandemie, dass Gesundheitskräfte aller Berufsgruppen in der Bewältigung der Pandemie stark gefordert sind. Sie erläutern neben allgemeinen Stressoren

auch pandemiespezifische Stressoren, die die psychische Gesundheit der Fachkräfte beeinträchtigen können. Beispielsweise das Risiko sich selbst oder auch andere zu infizieren oder die Fehlinterpretation von Symptomen anderer Erkrankungen (z. B. einer Erkältung) als Symptome einer Covid-19-Erkrankung mit den daraus folgenden Ängsten, infiziert zu sein. Aber auch die Sorge um Familienangehörige und Kinder, die zuhause allein sind, z. B. aufgrund von Schulschließungen und die Sorge vor Verschlechterung der eigenen physischen und psychischen Gesundheit, wenn die Gesundheitskräfte vorbestehende Erkrankungen oder Risikofaktoren aufweisen. Die Autoren erklären, dass das Auftreten von Stress und psychischen Belastungen unter den Bedingungen der aktuellen Pandemie eine weitgehend normale Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis ist (vgl. Petzold/Plag/Ströhle 2020, S. 417). Als Empfehlung oder Handlungsanweisung für die aktuelle Situation wurde die Akzeptanz heftiger Emotionen, die Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten und erfolgreicher Bewältigungsstrategien, aber auch soziale Kontakte, die Beachtung der Grundbedürfnisse und die Unterstützung im Arbeitsteam genannt. Auch den Führungskräften wurde eine wichtige Rolle bei der Reduktion der psychischen Belastung der Beschäftigten zugeschrieben. Insbesondere die Vermittlung von Wertschätzung, Ernstnehmen psychischer Belastungen und das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre, in der Probleme und Belastungen angesprochen werden können, wurden angeführt. Ferner spielen die Förderung der Selbstfürsorge, der kollegiale Austausch, professionelle Unterstützungsangebote, eine klare Kommunikation und klare Verantwortlichkeiten eine zentrale Rolle beim Umgang mit den Herausforderungen der aktuellen Situation (vgl. a.a.O., S. 421).

2.4.4 Situation während der Corona-Pandemie im Untersuchungsgebiet Unterfranken

Anhand der folgenden Tabelle (Tab. 3) soll nun kurz die Lage der Corona-Pandemie zum Zeitpunkt der Befragung, mit den aktuellen Fallzahlen und den Todesfällen im Untersuchungsgebiet Unterfranken dargestellt werden (Stand: 15.08.2020).

Tabelle 3: Situation der Corona-Pandemie im Untersuchungsgebiet Unterfranken, Stand: 15.08.2020 (vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2020)

Landkreis/Stadt	Fallzahl	Todesfälle
Landkreis/Stadt Aschaffenburg	735	43
Landkreis Bad Kissingen	271	18
Landkreis Haßberge	179	6
Landkreis Kitzingen	202	3
Landkreis Main-Spessart	167	6
Landkreis Miltenberg	341	5
Landkreis Rhön-Grabfeld	208	8
Landkreis/Stadt Schweinfurt	749	42
Landkreis/Stadt Würzburg	959	59
Unterfranken Gesamt	3811	190

Als Stichtag für die obenstehende Übersicht wurde der 15.08.2020 (etwa die Mitte des Befragungszeitraumes) gewählt. Anhand dieser Zahlenübersicht soll das Ausmaß der Corona-Pandemie veranschaulicht werden, bevor im Anschluss nun eine Zusammenfassung der bisherigen Ausführungen erfolgt und die aus diesem Zusammenhang entstehenden Hypothesen dargestellt werden.

2.5 Zusammenfassung und Ableitung der Hypothesen

In den bisherigen Ausführungen und der Darstellung von verschiedenen empirischen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass Pflegekräfte, im Besonderen Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen einer hohen psychischen Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Durch die derzeitige Coronapandemie hat sich die Situation für die Pflegekräfte noch zusätzlich verschärft (sh. 2.4.3). Das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und das arbeitspsychologische Stressmodell bieten einen Erklärungsansatz für das Zusammenwirken von psychischer Belastung und Beanspruchung. Die Stresstrias von Kaluza zeigt eine einfache und verständliche Darstellung der Verknüpfung von Stressoren, persönlichen Stressverstärkern und Stressreaktion. Durch die Erläuterung des Resilienzkonzeptes konnte deutlich gemacht werden, dass das Vorhandensein von Schutzfaktoren bzw. von personalen und sozialen Ressourcen dazu beitragen kann, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen den Belastungen des Alltags, aber auch den Herausforderungen einer Krise, gestärkt begegnen können.

Zusammenhänge konnten zwischen einer hohen psychischen Belastung und Beanspruchung und der Anwendung von maladaptiven Coping-Strategien belegt werden (vgl. Jenull/Brunner 2009 unter 2.3.3).

Da zum Thema Resilienz von Altenpflegekräften und dem Zusammenhang von Resilienz, psychischer Belastung und Beanspruchung noch wenige Erkenntnisse vorliegen, sollen folgende Hypothesen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung überprüft werden:

Hypothese 1: Zusammenhang von Resilienz und psychischer Belastung

Richter und Heckemann (2014) schreiben Faktoren wie Selbstwirksamkeit und persönlicher Kompetenz, aber auch personalen Ressourcen wie kognitives Umdeuten und Distanzierungstechniken eine positive Wirkung auf die Bewältigung von schwierigen Arbeitssituationen zu (vgl. Richter/Heckemann 2014, unter 2.3.3). Dies lässt den Schluss zu, dass Resilienzfaktoren, wie Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeiten oder adaptive Bewältigungskompetenzen (sh. 2.1.3), einen Einfluss haben auf die psychische Belastung am Arbeitsplatz. Daraus lassen sich folgende Hypothesen ableiten.

H₀₁: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Resilienz und der psychischen Belastung der Pflegekräfte.

H₁: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und der psychischen Belastung der Pflegekräfte.

Hypothese 2: Zusammenhang von Resilienz und Beanspruchungserleben

Wassermann et al. (2014) haben festgestellt, dass Sinnstiftung als persönliche Ressource, die Fähigkeit besitzt, psychische Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz besser bewältigen zu können. Persönliche Ressourcen, wie z. B. Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus sind negativ mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen assoziiert (vgl. Wassermann et al. 2014, unter 2.3.3). Demnach ist davon auszugehen, dass Resilienz eine positive Wirkung auf die Beanspruchung der Pflegekräfte hat. Folglich können die Hypothesen H₀₂ und H₂ aufgestellt werden.

H₀₂: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Resilienz und dem Beanspruchungserleben der Altenpflegekräfte.

H₂: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Resilienz und dem Beanspruchungserleben der Altenpflegekräfte.

Hypothese 3: Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und psychischer Belastung

Bewältigungsstrategien werden in Jenull et al. (2008) ein positiver Effekt auf die physische und psychische Gesundheit zugeschrieben (vgl. Jenull et al. 2008, unter 2.3.3). Es liegt daher nahe, dass die Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien eine förderliche Wirkung auf die psychische Belastung am Arbeitsplatz hat. Durch die H₀₃ und die H₃ Hypothesen soll dieser Zusammenhang näher untersucht werden.

H₀₃: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und der psychischen Belastung.

H₃: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und der psychischen Belastung.

Hypothese 4: Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und Beanspruchungserleben

Brause et al. (2015) haben einen Zusammenhang zwischen der Beanspruchung, z. B. einem erhöhten Burnout-Risiko und der Ressource Netzwerkkapital festgestellt (vgl. Brause et al. 2015, unter 2.3.3). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass adaptive Coping-Strategien, z. B. soziale Unterstützung durch Arbeitskollegen, aber auch

durch Familie und Freunde, einen positiven Effekt auf die Beanspruchung haben. Abgeleitet werden können folglich die Hypothesen H_{04} und H_4 .

H_{04} : Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und dem Beanspruchungserleben.

H_4 : Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und dem Beanspruchungserleben.

Hypothese 5: Zusammenhang resilienter Schutzfaktoren und adaptiver Bewältigungsstrategien

Rohwer et al. (2020) kamen in ihrer Übersichtarbeit zu dem Ergebnis, dass der psychischen Belastung und der Beanspruchung der Pflegekräfte mit entgegenwirkenden Ressourcen, z. B. soziale Unterstützung oder Selbstfürsorge begegnet werden kann, die wiederum bei den Pflegekräften mehr Partizipation, Kontrolle und Autonomie ermöglichen (vgl. Rohwer et al. 2020, unter 2.3.3). Für die zu untersuchende Zielgruppe bedeutet dies, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien und Resilienzfaktoren zu erwarten ist. Abgeleitete Hypothesen sind deshalb H_{05} und H_5 .

H_{05} : Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den resilienten Schutzfaktoren und der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien.

H_5 : Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den resilienten Schutzfaktoren und der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien.

Abbildung 6 soll den Zusammenhang der einzelnen Hypothesen nochmals schematisch darstellen.

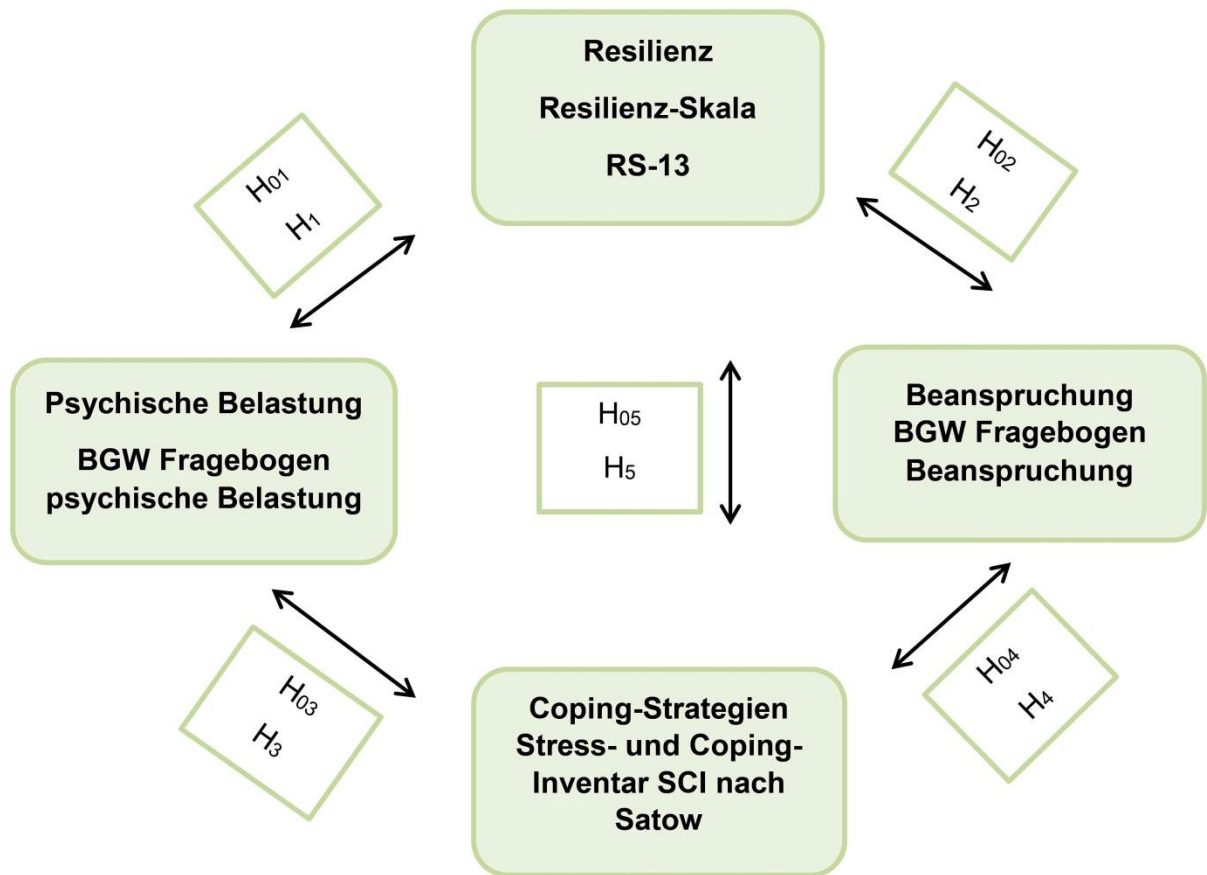


Abbildung 6: Hypothesenschema (eigene Darstellung)

3. Methodisches Vorgehen

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben wurde, stehen Pflegekräfte in stationären Einrichtungen unter einer hohen Belastung. Diese ist sowohl auf der körperlichen Ebene als auch psychisch deutlich erkennbar. Durch die Corona-Pandemie stehen die stationären Einrichtungen mit ihren Beschäftigten in einer besonderen krisenhaften Ausnahmesituation. Aus diesem Zusammenhang heraus sind folgende Forschungsfragen entstanden.

- Wie erleben Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen in Unterfranken die psychische Belastung und die Beanspruchung in der Zeit der Corona-Pandemie?
- Welche Bewältigungsstrategien wenden Altenpflegekräfte an, um mit dieser Situation umzugehen?
- Welche Bedeutung haben resiliente Schutzfaktoren für die Bewältigung der Belastungen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen adaptiven Coping-Strategien und der psychischen Belastung und dem Beanspruchungserleben?

Mit dem Versuch diese Fragen zu beantworten entstand die Idee eine Befragung von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen im Regierungsbezirk Unterfranken durchzuführen. Im Rahmen einer Onlinebefragung werden vier verschiedene standardisierte und erprobte Datenerhebungsinstrumente verwendet. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt im Anschluss an die Datenerhebung in Anlehnung an die zur Verfügung stehende Auswertungsmatrix bzw. Auswertungssoftware.

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe stellt eine Teilmasse der Grundgesamtheit der Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen in Unterfranken dar. Es handelt sich dabei um eine repräsentative und einfache Zufallsauswahl (vgl. Döring/Bortz 2016, S. 298), d. h. es werden keine anderen Merkmale als die Berufstätigkeit in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe in Unterfranken berücksichtigt.

An der Befragung haben insgesamt 124 Personen teilgenommen. Die Daten wurden nach auffälligen Antwortmustern untersucht. Hierzu wurde überprüft, ob die Teilnehmenden die Beantwortung der Fragen nach einem bestimmten Muster, z. B. nur am linken oder rechten Rand beantwortet haben bzw. die Auswahl der gegebenen Ant-

worten durchgehend auf der gleichen Antwortstufe vorgenommen wurde. Die Überprüfung der Daten ergab keine Auffälligkeiten, so dass die Gesamtstichprobe aus 124 Personen ($N = 124$) besteht.

Geschlechterverteilung

Von den 124 Teilnehmenden waren 103 Personen weiblich (83,1%) und 21 Personen männlich (16,9 %) ($N = 124$). Die Antwortmöglichkeit „divers“ wurde nicht gegeben.

Ortsangabe

Die Frage nach dem Landkreis bzw. der Stadt, in dem die Teilnehmenden arbeiten, wurde wie folgt beantwortet ($N = 124$):

26 Personen (21,0 %) kamen aus dem Landkreis bzw. aus der Stadt Aschaffenburg, 19 Personen (15,3 %) stammten aus dem Landkreis Bad Kissingen und 15 Probanden (12,1 %) haben aus dem Kreis Haßberge teilgenommen. Die wenigsten Teilnehmenden waren aus dem Landkreis Kitzingen, 3 Personen (2,4 %). Aus dem Landkreis Main-Spessart haben 10 Personen (8,1 % der Probanden) teilgenommen, 14 Personen waren es aus dem Landkreis Miltenberg (11,3 %). Aus Rhön-Grabfeld stammten 9 Teilnehmer (7,3 %), aus dem Landkreis Schweinfurt und der Stadt Schweinfurt waren es insgesamt 13 Personen (10,5 %) der Teilnehmenden. Aus dem Landkreis und der Stadt Würzburg haben 15 Testpersonen (12,1 %) an der Befragung teilgenommen.

Alterskategorien

Bei der Angabe der Altersgruppe wurde von 8 Personen (6,5 %) die Antwort bis 24 Jahre gegeben. 31 Personen (25,0 %) waren zwischen 25 und 34 Jahren alt. Zwischen 36-44 Jahren waren 26 Testpersonen (21,0 %) und die Altersangabe 45-54 Jahre wurde von 33 Personen (26,6 %) gegeben. 55 Jahre und älter waren 24 Teilnehmende (19,4 %). Zwei Personen haben die Beantwortung dieser Frage verweigert ($N = 122$).

Familienstand

Die Frage nach dem Familienstand haben 123 Personen beantwortet ($N = 123$). 29 Personen (23,4 %) gaben den Familienstand ledig an. Fast die Hälfte der Testperso-

nen, nämlich 58 Personen (46,8 %) waren verheiratet. 11 Personen beantworteten die Frage mit geschieden (8,9 %). 2 der Probanden waren verwitwet (1,6 %) und 23 Personen gaben an, dass sie in einer Beziehung leben (18,5 %).

Kinder mit Betreuungsbedarf

Bei dieser Frage ging es darum zu erfassen, ob die Teilnehmenden Kinder im betreuungsbedürftigen Alter versorgen. Die Frage wurde von 22 Personen (17,7 %) mit „ja“ beantwortet und 101 Personen (81,5 %) verneinten diese Frage. Von einer Person wurde diese Frage nicht beantwortet ($N = 123$).

Pflege von Angehörigen

Die Frage danach, ob die Testperson neben der beruflichen Tätigkeit einen nahen Angehörigen pflegen, wurde von 17 Probanden (13,7 %) bejaht. 105 Personen (84,7 %) haben diese Frage mit „nein“ beantwortet. Zwei Personen haben keine Antwort abgegeben ($N = 122$).

Berufsausbildung

Der Großteil der Befragten, 106 Personen (85,5 %), hat eine Pflegeausbildung mit Examen abgeschlossen. Eine einjährige Ausbildung als Pflegehelfer haben 6 Testpersonen (4,8 %) als Berufsausbildung angegeben. Als Betreuungskraft sind 4 Personen (3,2 %) ausgebildet, 8 Probanden (6,5 %) verfügen über keine Ausbildung. Die Frage nach der Berufsausbildung wurde von allen Testpersonen beantwortet ($N = 124$).

Erwerbssituation

Die Frage nach der Erwerbssituation bzw. der wöchentlichen Arbeitszeit wurde von 4 Personen nicht beantwortet ($N = 120$). 78 Personen (62,9 %) beantworteten die Frage mit „Vollzeit“. Nur eine Person (0,8 %) ist bis zu 10 Stunden je Woche beschäftigt, 8 Probanden (6,5 %) gehen einer Teilzeitbeschäftigung mit bis zu 20 Stunden in der Woche nach. 16 Testpersonen (12,9 %) gaben eine wöchentliche Arbeitszeit von bis zu 30 Stunden an und 17 Personen (13,7 %) sind mit mehr als 30 Stunden je Arbeitswoche beschäftigt.

Präventionsprogramme des Arbeitgebers

Bei dieser Frage ging es darum, festzustellen, inwieweit von Seiten des Arbeitgebers die Möglichkeit besteht, an einem Präventionsprogramm, beispielsweise an einem Stressbewältigungstraining oder Sport- und Bewegungsprogrammen teilzunehmen. 49 Personen (39,5 %) gaben die Antwort „ja, es gibt Angebote“, 45 Probanden (36,3 %) hingegen antworteten mit „nein, es gibt keine Angebote“. Jeweils 15 Testpersonen (je 12,1 %) gaben die Antwort „ja, ich habe schon teilgenommen“ oder „nein, ich habe bei meinem jetzigen Arbeitgeber noch nicht teilgenommen“. Die Frage nach Präventionsangeboten wurde von allen Teilnehmenden beantwortet ($N = 124$).

Eigene Infektion mit dem Corona-Virus

Die Frage nach einer eigenen Infektion mit dem Corona-Virus beantworteten 121 Personen ($N = 121$). 3 Personen (2,4 %) gaben die Antwort „ja, ich bin wieder gesund“. 118 Testpersonen (95,2 %) haben selbst keine Infektion mit dem Corona-Virus durchgemacht. Die Antwortmöglichkeit „ja, ich bin noch erkrankt“ wurde nicht abgegeben.

Corona-Virus Infektionen der Pflegeeinrichtung

Die letzte Frage der demografischen Daten erfasste Infektionen der Heimbewohner mit dem Corona-Virus. Der Großteil der Probanden, 105 Personen (84,7 %), haben diese Frage mit „gar nicht“ beantwortet. 10 Teilnehmer (8,1 %) antworteten, dass „bis zu 10 % der Heimbewohner“ eine Infektion durchgemacht haben. Die Antwort „10-25 % der Heimbewohner“ gaben 4 Personen (3,2 %) und nur eine Person (0,8 %) antwortete, dass „25-50 % der Heimbewohner“ eine Infektion durchgemacht hätten. Die Antwortmöglichkeit „mehr als 50 % der Heimbewohner“ hätten sich mit dem Corona-Virus infiziert gaben 3 Teilnehmer (2,4 %). Insgesamt haben die Frage nach den Corona-Infektionen in der Pflegeeinrichtung 123 Probanden beantwortet ($N = 123$).

Im Anhang B Diagramme und Tabellen werden die in diesem Kapitel beschriebenen Daten zur Stichprobe noch einmal bildlich dargestellt.

3.2 Durchführung und Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im Zeitraum zwischen Anfang Juli und 15. September 2020 statt. Über die Internetseiten der einzelnen Städte und Landkreise wurden die verschiedenen Einrichtungen der stationären Altenhilfe ermittelt. Hierzu wurden die Telefonnummer und gegebenenfalls Ansprechpartner, Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung, und E-Mail-Adressen der Einrichtungen zusammengestellt.

Ab Anfang Juli 2020 wurden über einen Zeitraum von etwa drei Wochen insgesamt über 150 Einrichtungen in allen Städten und Landkreisen Unterfrankens kontaktiert. Alle Einrichtungen wurden zunächst telefonisch über den Untersuchungsgegenstand informiert. Im Anschluss wurde den stationären Pflegeeinrichtungen mit ihrem Einverständnis eine E-Mail mit Informationen für die Mitarbeitenden, mit den Zugangsdaten zur Onlinebefragung und einem QR-Code übersendet, mit der Bitte die Befragung bei den Pflegekräften bekannt zu machen und für eine Teilnahme zu werben.

25 Einrichtungen lehnten eine Teilnahme bereits beim ersten telefonischen Kontakt ab. 126 Pflegeeinrichtungen wurden per E-Mail die Zugangsdaten übermittelt und um eine Teilnahme gebeten.

3.2.1 Rahmenbedingungen

Als Befragungsart wurde eine Onlinebefragung ausgewählt, da auf der einen Seite während der Corona-Pandemie ein direkter Kontakt mit den verschiedenen Einrichtungen aus hygienischen Gründen nur eingeschränkt möglich ist und auf der anderen Seite die Vielzahl der Einrichtungen im Regierungsbezirk in dem kurzen Befragungszeitraum nur im telefonischen Kontakt und online anzufragen war.

Für die vorliegende Arbeit wurden bereits vorhandene und auf Gütekriterien überprüfte Erhebungsinstrumente verwendet. Neben soziodemografischen Daten, die von der Autorin selbst zusammengestellt wurden, wurden noch vier bestehende Fragebögen angewendet. Die beiden Fragebögen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) erfassen Angaben zur psychischen Belastung und Beanspruchung von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen. Aus dem von Lars Satow entwickelten Stress- und Coping-Inventar (SCI) wurde der Teil zur Ermittlung der Coping-Strategien entnommen und mit der Resilienzskala RS-13 von Leppert et al. (2008) steht ein sehr aussagekräftiges Erhebungsinstrument zur Ermittlung von individueller Resilienz zur Verfügung.

3.2.2 Fragebogen

Der Fragebogen (sh. Anhang A) setzt sich aus fünf Teilen zusammen und umfasst insgesamt 83 Items. Die Bearbeitung des Fragebogens nimmt etwa 15 Minuten in Anspruch. Zu Beginn werden in 11 Fragen soziodemografische Daten erfasst. Im Anschluss erfolgen die Fragen nach der psychischen Belastung und der Beanspruchung der Teilnehmenden (zwei Fragebögen der BGW). Es folgt dann die Ermittlung der Coping- Strategien (Stress- und Coping-Inventar SCI) und der Resilienz (RS-13 Skala).

Der Fragebogen wurde über das Programm Grafstat erstellt und über die Hochschule Fulda verlinkt. Außerdem wurde ein QR-Code installiert, so dass der Zugang zur Befragung auf mehrere Arten erfolgen kann.

3.3 Datenerhebungsinstrumente

Im nachkommenden Teil soll nun näher auf die einzelnen Bestandteile des Fragebogens eingegangen und die verschiedenen verwendeten Instrumente genauer beschrieben werden.

3.3.1 Soziodemografische Daten

Zunächst startet der Fragebogen mit der Erfassung von einigen soziodemografischen Daten, wie der Frage nach dem Geschlecht, dem Landkreis, dem Alter und dem Familienstand. Es wird erfragt, ob die betreffende Person noch Kinder im betreuungsbedürftigen Alter versorgt und selbst pflegebedürftige Angehörige zu Hause unterstützt. Ferner wird die Art der Berufsausbildung und der zeitliche Umfang der Berufstätigkeit erfasst. Auch die Frage, ob der Arbeitgeber bestimmte Angebote und Interventionen zur Stressbewältigung anbietet, wird gestellt. Außerdem wird nach der eigenen Infektion mit Covid-19 gefragt und ermittelt, ob und in welchem Ausmaß die Pflegeeinrichtung von Covid-19 betroffen ist. Die einzelnen Antwortmöglichkeiten richten sich nach der jeweiligen Frage (z. B. die Frage nach dem Geschlecht mit den Angaben „weiblich“, „männlich“ und „divers“ oder die Frage nach der Berufsausbildung mit den Items „Examierte Pflegeausbildung“, „Pflegehelfer“, „Betreuungskraft“ oder „keine“).

Im Anschluss folgen die standardisierten Befragungsteile zur Erfassung der psychischen Belastung, der Beanspruchung, der Coping-Strategien und der Resilienz.

3.3.2 Fragebogen zur psychischen Belastung und Fragebogen zur Beanspruchung – stationäre Altenpflege (BGW)

Die BGW entwickelte ein Instrument zur Erfassung der psychischen Belastung (vgl. BGW o. J. Fragebogen zur psychischen Belastung) und der Beanspruchung (vgl. BGW o. J. Fragebogen zur Beanspruchung) von Pflegekräften und Beschäftigten sowohl in ambulanten und stationären Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege, aber auch in stationären Wohnbereichen der Behindertenhilfe und in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, da in diesen Arbeitsbereichen die starken und häufig als Stress empfundenen Belastungen zunehmen und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen zu negativen gesundheitlichen Folgen führen können. Mit dem vorliegenden Befragungsinstrument liegt ein überprüftes Erhebungsverfahren vor, das das Ausmaß der psychischen Belastung und der Beanspruchung in den Einrichtungen vor Ort erfasst und auch eine selbstständige Auswertung ermöglicht. Diese Personalbefragung dient als effektives und effizientes Hilfsmittel der Arbeitsanalyse und dient dazu Gefährdungen bereits vor dem Eintreten von gesundheitlichen Folgen zu ermitteln (vgl. BGW 2017, S. 8).

Anhand der zwei Befragungsbögen kann sowohl die psychische Belastung und zusätzlich die Beanspruchung der Beschäftigten in dem jeweiligen Arbeitsbereich ermittelt und beurteilt werden. Ziel ist es, auf einfache Weise die kritische Ausprägung psychischer Belastung und Beanspruchung festzustellen und Handlungsempfehlungen abzuleiten. Dadurch kann die Berufszufriedenheit der Beschäftigten verbessert und die Gesundheit der Mitarbeitenden erhalten und gefördert werden (vgl. a.a.O., S. 8f). Die Fragebögen zur psychischen Belastung und zur Beanspruchung werden separat ausgewertet und in zwei verschiedenen Grafiken dargestellt.

Der Fragebogen zu psychischen Belastung in der stationären Altenpflege enthält 22 standardisierte Fragen in Form von Aussagen und erfasst quantitative (5 Items) und qualitative (5 Items) Arbeitsbelastungen, die Arbeitsorganisation (3 Items), das soziale Umfeld (6 Items) und die außerberufliche Situation (3 Items) aus dem Blickwinkel der Mitarbeitenden. Die Antwortmöglichkeiten können auf einer fünfstufigen Likertskala von „nein, gar nicht“, „eher nein“, „teils, teils“, „eher ja“ und „ja, genau“ gegeben werden (vgl. a.a.O., S. 25).

Die BGW hat für die Auswertung der psychischen Belastung und die Interpretation der Ergebnisse ein Auswertungsschema in Form eines Spinnennetzes entwickelt (sh. Anhang C: Abbildung C1).

Der Fragebogen zur Beanspruchung erfasst die individuelle Einschätzung zum körperlichen und psychischen Befinden (vgl. a.a.O., S. 9). Anhand von 17 Fragen oder Aussagen können die Beanspruchungsreaktionen in der stationären Altenpflege identifiziert werden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu langfristigen Folgen, wie z. B. körperlichen Erkrankungen oder psychischen Beeinträchtigungen führen. Ermittelt wird, ob bei den Beschäftigten der stationären Altenpflege bestimmte für Stress typische Symptome eine kritische Ausprägung haben. Dies können Symptome wie Ermüdbarkeit, verringertes Leistungsvermögen, aber auch allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigungen sein. Bei sozialen Tätigkeiten ist auch Unzufriedenheit mit der Arbeit, Motivationsmangel, reaktives Abschirmen, Aversionen gegenüber den zu betreuenden Menschen und emotionale Erschöpfung typisch. Die Fragen zur emotionalen Erschöpfung (3 Items), zum Mangel an Arbeitsmotivation (1 Item), zur Arbeits(un)zufriedenheit (2 Items), zum Reaktiven Abschirmen (2 Items) und zu Aversionen gegenüber Bewohnern (2 Items) wurden durch eine 7-stufige Likertskala mit den Antwortmöglichkeiten „trifft gar nicht zu“, „trifft überwiegend zu“, „eher nicht“, „teils, teils“, „eher ja“, „überwiegend ja“ und „trifft völlig zu“ erfragt. Die Fragen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Ermüdungssymptomen werden durch 5 Items erfasst und in einer 5-stufigen Likertskala mit den Antwortvarianten „fast täglich“, „etwa 3x in der Woche“, „etwa 2x im Monat“, „etwa 2x im Jahr“ oder „praktisch nie“ erfragt. Die außerberufliche Situation wird durch 2 Items ermittelt und durch eine 5- bzw. eine 4-stufige Likertskala erfasst (vgl. a.a.O., S. 29ff).

Die Auswertung des Fragebogens zur Beanspruchung wird in Form eines Beanspruchungsthermometers dargestellt (sh. Anhang C: Abbildung C2).

3.3.3 Stress- und Coping-Inventar (SCI)

Zur Erfassung der Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) wurde auf das von Lars Satow (2012) entwickelte Stress- und Coping-Inventar (SCI) zurückgegriffen. Das SCI umfasst insgesamt 54 Items und erfragt die Stressbelastung, Stresssymptome und den Umgang mit Stress, die Coping-Strategien (vgl. Satow 2012, S. 21).

Beim Erstellen des Fragebogens wurde auf die Verwendung der Befragungsteile zur Stressbelastung und der Stresssymptome des SCI verzichtet und stattdessen die zwei bereits beschriebenen Instrumente der BGW verwendet, da diese die psychische Belastung und Beanspruchung von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen genauer in Bezug auf die berufsbedingte Situation erfassen.

Im SCI von Satow werden in der letzten Skala anhand von fünf Sub-Skalen vier adaptive Strategien – „Positives Denken“, „Aktive Stressbewältigung“, „Soziale Unterstützung“ und „Halt im Glauben“ - und die maladaptive Strategie „Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ der Versuchspersonen durch insgesamt 20 Items ermittelt. Die Items der fünf Coping-Strategien werden durchmischte dargebracht. Tabelle 4 zeigt nochmals die verwendete Skala des SCI zu Coping-Strategien nach Satow (2012). Die Beantwortung der Fragen erfolgt durch eine vierstufige Likert-Skala von „1 – trifft gar nicht zu“, „2 – trifft eher nicht zu“, „3 – trifft eher zu“ bis „4 – trifft genau zu“ (vgl. Satow 2012, S. 13ff).

Tabelle 4: Coping-Strategien des SCI (vgl. Satow 2012, S. 13f)

Coping	Positives Denken	4 Items	1 = trifft gar nicht zu 4 = trifft genau zu
	Aktive Stressbewältigung	4 Items	1 = trifft gar nicht zu 4 = trifft genau zu
	Soziale Unterstützung	4 Items	1 = trifft gar nicht zu 4 = trifft genau zu
	Halt im Glauben	4 Items	1 = trifft gar nicht zu 4 = trifft genau zu
	Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum	4 Items	1 = trifft gar nicht zu 4 = trifft genau zu

3.3.4 Resilienz Skala (RS-13)

Grundlage der Resilienzskala RS-13 von Leppert et al. (2008) bildet die von Wagnild und Young (1993) entwickelte Resilience Scale, welche von Schumacher et al. (2005) ins Deutsche übersetzt wurde.

Wagnild und Young (1993) definieren Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal, welches einen Einfluss auf negative Gefühle und Stress hat und die Möglichkeit bietet, flexibel

auf schwierige Situationen zu reagieren (vgl. Wagnild/Young 1993, S. 165). Das Ziel der Resilienzskala ist die Erfassung des Ausmaßes von internalen Ressourcen und deren Anteil an der positiven Bewältigung von Lebensereignissen. Die Originalskala, umfasst 25 Items (RS-25), die sich auf zwei faktorenanalytisch konstruierte Skalen verteilen: die Skala „Persönliche Kompetenz“ (RS-Komp; mit 17 Items) und die Skala „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (RS-Akz; mit 8 Items) (vgl. Schumacher et al. 2005, S. 19f).

Schumacher et al. (2005) entwickelten aus ökonomischen Gründen und der Voraussetzung, dass die Skala eindimensional ist, eine verkürzte Skala mit 11 Items. Die Auswahl der Items für diese Kurzskala erfolgte aufgrund einer Hauptkomponentenanalyse, mit dem Ergebnis, dass neun Items aus der Skala „Persönliche Kompetenz“ und zwei Items aus der Skala „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ übrig blieben. Durch eine explorative Faktorenanalyse konnte die Eindimensionalität überprüft werden und es konnte gezeigt werden, dass alle elf Items auf einem einzigen Faktor laden (vgl. Schumacher et al. 2005, S. 22f).

Später wurde von Leppert et al. (2008) eine revidierte Kurzversion der Resilienzskala mit insgesamt 13 Items (RS-13) entwickelt. Dies erfolgte nach inhaltlichen Kriterien des zugrunde liegenden Resilienzkonzepts und nach statistischen Kriterien (vgl. Leppert et al. 2008, S. 235). In der überarbeiteten Skala RS-13 sollten die Aspekte des Resilienzkonzeptes erhalten bleiben, die Optimismus, emotionale Stabilität, Lebensfreude, Energie, Offenheit für Neues und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel betonen (vgl. Wagnild/Young 1993; Masten 2001; Frederickson 2004, zit. in: Leppert et al. 2008, S. 238). Die Kurzform RS-13 beinhaltet diese Aspekte und kann als ein ökonomisches Fragebogeninstrument zur Erfassung von Resilienz im Sinne von emotionaler Stabilität angewandt werden (vgl. a.a.O., S. 238f). Die überarbeitete Kurzform ist ein Dreifaktorenmodell bestehend aus den zwei Faktoren *Kompetenz* und *Akzeptanz* und einem zusammenfassenden Faktor *Gesamtresilienz*. Ein Beispiel für ein Item aus der Unterskala *Akzeptanz* ist „Ich lasse mich nicht so leicht aus der Bahn werfen.“ Als Beispiel für die Unterskala *Kompetenz* ist „In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.“ (vgl. a.a.O., S. 230ff.) Eine siebenstufige Likert-Skala bildet die Antwortmöglichkeiten von 1= „Nein, stimmt nicht“ bis zu 7= „Ja, stimmt genau“ (vgl. a.a.O., S.231). Die Kurzskala RS-13 verfügt über eine sehr gute innere Konsistenz mit einem Wert von $\alpha = .90$ (vgl. a.a.O., S. 236).

Die Überprüfung der Retest-Reliabilität erfolgte anhand einer Stichprobengröße von 199 Studierenden und ergab für die Kurzsкала RS-13 $\alpha = .61$, für die Unterskala *Kompetenz* $\alpha = .59$ und für die Unterskala *Akzeptanz* $\alpha = .69$ (vgl. a.a.O., S. 238).

Für die Auswertung der Kurzsкала RS-13 legten Leppert et al. (2008) eine genaue Skala fest, die über die Addition der Punktwerte erfolgt.

Tabelle 5: Interpretation der Merkmalsausprägung für Resilienz (vgl. Leppert et al. 2008, Uniklinikum Jena).

Erreichte Punktzahl der RS-13	Interpretation
13-66	niedrig
67-72	moderat
73-91	hoch

3.4. Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte unter Verwendung der Statistiksoftware *IBM SPSS Statistics 26*, welches für die gesamte Datenanalyse verwendet wurde. Die mit dem Fragebogen über Grafstat erhobenen Daten wurden in das Statistikprogramm transferiert. Der erste Schritt der Datenanalyse bestand darin fehlende Werte (missing data) zu erkennen. Bei den soziodemografischen Daten wurde keine Imputation fehlender Werte durchgeführt. Bei den Variablen der Fragen zur psychischen Belastung, der Beanspruchung, den Coping-Strategien und der Resilienz wurde für fehlende Werte zunächst, auf Grundlage der vorhandenen Variablenwerte, der jeweilige Skalenmittelwert (z. B. das arithmetische Mittel) berechnet und dieser anschließend als Schätzung für die fehlenden Werte eingesetzt (vgl. Blanz 2015, S. 104).

Zur deskriptiven Datenanalyse wurden für die Variablen psychische Belastung, Beanspruchung, Coping-Strategien und Resilienz die Minima (*Min.*) und Maxima (*Max.*), die arithmetischen Mittelwerte (*M*), die Standardabweichung (*SD*) und die Trennschärfe (r_{it}) berechnet.

Die Trennschärfe bzw. der Trennschärfekoeffizient r_{it} gibt an, wie gut jedes einzelne Item das Gesamtergebnis eines Tests repräsentiert. Die Trennschärfe wird für jedes einzelne Item eines Tests berechnet und ist als die Korrelation der Beantwortung dieses Items mit dem Gesamttestwert definiert (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 219). Da in additiven Gesamttestwerten auch das betrachtete Item selbst eingeht (was die Korrelation künstlich erhöht), werden üblicherweise sog. korrigierte Trennschärfekoeffizienten auf der Grundlage von Gesamttestwerten berechnet, die das aktuelle Item unberücksichtigt lassen (vgl. Fisseni 1990; Lienert/Raatz 1994, zit. in: ebd.). Der Trennschärfe eines Items ist demzufolge zu entnehmen, wie gut das gesamte Testergebnis aufgrund der Beantwortung eines einzelnen Items vorhersagbar ist (vgl. ebd.). Trennschärfekoeffizienten haben einen korrelationstypischen Wertebereich von $-1 \leq r_{it} \leq +1$. Dabei werden positive Werte zwischen .30 und .50 als mittelmäßig und Werte größer als .50 als hoch eingeordnet (vgl. Weise 1975, zit. in: Döring/Bortz 2016, S. 478).

Als Nächstes wurde für eine erste Darstellung der Daten eine Häufigkeitsverteilung in Form von Histogrammen erstellt (vgl. Mayer 2013, S. 117f). Histogramme bieten einen informativen Eindruck von der empirischen Häufigkeitsverteilung. Symmetrie, Schiefe und Steilheit einer Verteilung können dadurch leicht erkannt werden (vgl.

Tausendpfund 2019, S. 213). Die erstellten Histogramme sind im Anhang D1-D13, S. 131-137.

Neben der deskriptiven Beschreibung mittels statistischer Kennzahlen wurden Box Plots erzeugt, um mit dieser grafischen Darstellungsform die Verteilung und Ergebnisse zu veranschaulichen (vgl. Benner et al. 2019, S. 36ff). Die Box Plots sind im Anhang D14-D26 dargestellt, S. 138-153.

Für die statistische Datenanalyse ist auch das Skalenniveau der Variablen ein wichtiges Merkmal. Bei Ratingdaten (wie z. B. der Likert-Skala) wird oft eine Intervallskalierung angenommen (vgl. Echterhoff 2013, zit. in: Hussy/Schreier/Echterhoff 2013, S. 77). Dieser Annahme wurde in dieser Datenanalyse gefolgt und die verwendeten Likert-Skalen auf Intervallskalenniveau ausgewertet.

Um die interne Konsistenz einer (Likert-) Skala bestimmen zu können wird eine Reliabilitätsanalyse verwendet (vgl. Baur/Fromm 2008, S. 315). Die Reliabilität einer Skala wird definiert als die Genauigkeit, mit der eine Skala ein bestimmtes Merkmal misst (vgl. Wolf/Best 2010, S. 242). Zur Bestimmung der internen Konsistenz gibt es verschiedene Formeln. Am verbreitetsten ist der alpha-Koeffizient (α -Koeffizient) nach Cronbach, dessen Berechnung im Statistikprogramm SPSS als Standardmethode zur Reliabilitätsbestimmung angeboten wird (vgl. a.a.O., S. 248). Wann eine Reliabilität als gut bezeichnet werden kann, hängt zum einem von der Item Anzahl der Skala ab. Je mehr Items eine Skala hat, desto höhere Reliabilitätskoeffizienten sind zu erwarten. Je heterogener die Items einer Skala sind, desto niedriger ist die interne Konsistenz (vgl. a.a.O., S. 249). Ein Wert von 1 steht für eine perfekte Reliabilität und ein Wert von 0 für eine vollständig fehlende (vgl. Janssen/Laatz 2017, S. 611). In der Literatur wird meist ein α -Wert von mindestens 0.8 als wünschenswert genannt (z.B. Schnell/Hill/Esser 1995, zit. in: Baur/Fromm 2008, S. 319), was jedoch in der Praxis häufig nicht erreicht wird. Eine Reliabilität von 0.7 wird als befriedigend angesehen (vgl. Wolf/Best 2010, S. 249). Zur Interpretation von Cronbachs Alpha können nach Blanz (2015) folgende Werte als Orientierung dienen:

Tabelle 6: Interpretation von Cronbachs Alpha (vgl. Blanz 2015, S. 256)

Cronbachs α	Interpretation
> .9	Exzellent
> .8	Gut/Hoch
> .7	Akzeptabel
> .6	Fragwürdig
> .5	Schlecht/niedrig
< .5	Inakzeptabel

Folgende Übersicht stellt zusammenfassend die Reliabilitätsanalyse der verwendeten Skalen dar.

Tabelle 7: Reliabilitätsstatistik der Konstrukte Psychische Belastung, Beanspruchung, Coping-Strategien und Resilienz

Variablen	Anzahl der Items	α
BGW Psychische Belastung Qualitative Arbeitsbelastung	5	.627
BGW Psychische Belastung Quantitative Arbeitsbelastung	5	.811
BGW Psychische Belastung Arbeitsorganisation	3	.641
BGW Psychische Belastung Soziales Arbeitsumfeld	6	.775
BGW Psychische Belastung Außerberufliche Situation	3	.526
BGW Psychische Belastung Summe	22	.441
BGW Beanspruchung	17	.914
Coping SCI Positives Denken	4	.598
Coping SCI Aktive Stressbewältigung	4	.715
Coping SCI Soziale Unterstützung	4	.815
Coping SCI Halt im Glauben	4	.844
Coping SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum	4	.574
SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum	16	.763
RS-13 Summe	13	.873

Anmerkung: α – Cronbachs alpha

Bei der Reliabilitätsanalyse ergab sich für die verwendeten Skalen BGW Psychische Belastung Außerberufliche Situation, Coping SCI Positives Denken und SCI Erhöhter

Alkohol- und Zigarettenkonsum eine niedrige Reliabilität. Für die Skalen BGW Psychische Belastung Qualitative Arbeitsbelastung und BGW Psychische Belastung Arbeitsorganisation konnte eine fragwürdige Reliabilität festgestellt werden. Die Indexvariable BGW Psychische Belastung Summe weist eine Reliabilität von .441 auf. Obwohl die Skala 22 Items enthält, ist mit $\alpha = .441$ die Reliabilität als inakzeptabel anzusehen und kann als aussagekräftige Variable nicht für die Hypothesentestung eingesetzt werden. Aus diesem Grund werden die fünf einzelnen Indexvariablen für die psychische Belastung zur weiteren deskriptiven Datenanalyse und zur Überprüfung der Hypothesen herangezogen.

Die Coping-Strategie SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum wird nur bei der deskriptiven Statistik einbezogen, für die Hypothesentestung ist diese maladaptive Bewältigungsstrategie nicht relevant.

Als statistische Verfahren wurden Häufigkeitsanalysen, Reliabilitätsanalysen, Produkt-Moment Korrelationen nach Pearson und t-Tests bei unabhängigen Stichproben zu Mittelwertvergleichen angewendet.

Items- und Skalenanalyse

Nach der Auswertung der soziodemografischen Daten erfolgte eine Indexbildung der einzelnen Variablen. Hierzu wurden mehrere Einzelfragen (Items) zu einem Wert zusammengefasst. Die 22 Fragen zur psychischen Belastung wurden zusammengefasst in *BGW Qualitative Arbeitsbelastung*, *BGW Quantitative Arbeitsbelastung*, *BGW Arbeitsorganisation*, *BGW Soziales Arbeitsumfeld* und *BGW außerberufliche Situation*. Vor der Auswertung wurden folgende Items zum Sozialen Arbeitsumfeld umgepolt: „*Es gibt zwischen Pflegekräften und der Wohnbereichs-/Pflegedienstleitung Konflikte und Spannungen.*“, „*Es bestehen unter den Kolleginnen und Kollegen Spannungen und Konflikte.*“ und „*Es gibt zwischen den Pflegekräften und anderen Diensten (Ärzten, Therapeuten usw.) Konflikte und Spannungen.*“. Im Anschluss wurde für die psychische Belastung auch noch die Indexvariable *BGW Psychische Belastung Summe* gebildet, die jedoch eine inakzeptable Reliabilität erreichte. Die Beanspruchung der Teilnehmenden wurde in 17 Fragen erfasst und in der Indexvariablen *BGW Beanspruchung* zusammengefasst. Die Aussagen bzw. Fragen „*Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.*“, „*Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?*“, „*Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?*“, „*Ist*

Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?“ und *„Ermüden Sie schnell?“* wurden ebenfalls umgepolt. Genauer betrachtet wurden bei dem Fragebogen zur Beanspruchung auch die 5 Items zur *Allgemeinen Einschätzung des Gesundheitszustandes/Erschöpfung* und die 3 Items zur *Emotionalen Erschöpfung*. Die Coping-Strategien wurden durch insgesamt 20 Items erfragt. Die Indexvariablen hierzu lauten für die adaptiven Coping-Strategien *SCI Positives Denken*, *SCI Aktive Stressbewältigung*, *SCI Soziale Unterstützung* und *SCI Halt im Glauben* und für die maladaptive Bewältigungsstrategie *SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum*. Auch hier wurde vor der Auswertung das Item „alk3“ (*„Egal wie groß der Stress wird, ich würde niemals wegen Stress zu Alkohol oder Zigaretten greifen.“*) umgepolt. Die vier adaptiven Coping-Strategien wurden dann zur Indexvariablen *SCI ohne erhöhten Alkohol und Zigarettenkonsum* zusammengefasst. Für die 13 Items der Resilienz Skala RS-13 wurde die Index-Variable *RS-13 Summe* gebildet.

Testung der Hypothesen

Ein wichtiges Kriterium für die Auswertung der Hypothesen ist die Untersuchung der Variablen auf Normalverteilung. Bei einer großen Zahl von Testpersonen wird davon ausgegangen, dass sich die Verteilung der Messwerte einer Variablen an eine Normalverteilung annähert. Dabei wird eine Stichprobe als groß bezeichnet, wenn sie mindestens aus 30, besser noch aus mehr als 100 Versuchspersonen besteht (vgl. Leonhart 2017, S. 72). Da die vorliegende Stichprobe aus $N = 124$ Testpersonen besteht wird von einer Normalverteilung ausgegangen.

Für die Hypothesentestung, die Überprüfung eines (linearen) Zusammenhangs zwischen zwei Variablen, wurden zunächst Streudiagramme erstellt.

In welcher Form der (lineare) Zusammenhang zwischen den Variablen nachgewiesen werden kann, hängt von der Art der Skalierung ab. Sind die Daten intervallskaliert, kann eine Korrelation nach Pearson durchgeführt werden (vgl. Schendera 2014, S. 6). Um auch eine Aussage über die Stärke des festgestellten Zusammenhangs treffen zu können, wurde außer der Erstellung der Streudiagramme auch die Berechnung des Koeffizienten aus der Produkt-Moment-Korrelation (r) nach Pearson durchgeführt (vgl. Schaffer 2009, S. 187).

Die Korrelationsanalyse gibt allerdings nur an, in welchem Zusammenhang die Variablen stehen. Es werden keine kausalen Zusammenhänge zwischen zwei Variablen angezeigt (vgl. Leonhart 2017, S. 271).

In der einschlägigen Methodenliteratur wird „ r “ als klassischer Korrelationskoeffizient beschrieben, der sowohl Aufschluss gibt über die Stärke, als auch die Richtung des Zusammenhangs zweier Merkmale. Eine perfekte negative Korrelation besteht bei $r = -1,0$, eine perfekte positive Korrelation bei $r = +1,0$. Ein Wert von $0,0$ besagt, dass keine Korrelation zwischen den beiden Merkmalen vorhanden ist (vgl. Schaffer 2009, S. 187). Ein maximal möglicher positiver Zusammenhang ($r = +1,0$) wird dann erreicht, wenn beide Variablen exakt dieselbe Verteilungsform aufweisen, dies muss jedoch nicht notwendigerweise eine Normalverteilung sein. Ein maximal möglicher negativer Zusammenhang ($r = -1,0$) wird erreicht, wenn beide Variablen exakt spiegelverkehrte Verteilungen aufweisen. Für eine Beschreibung eines bivariaten Zusammenhangs mittels eines Pearson-Korrelationskoeffizienten müssen die Variablen nicht zwingend normalverteilt sein. Je weiter jedoch beide Variablen gegenläufig verteilt sind, umso niedriger ist der Zusammenhang (vgl. Cohen et al. 2003, zit. in: Schendera 2014, S. 7). Neben dem Korrelationskoeffizienten wird auch der Signifikanzwert (p -Wert) angegeben, der die Wahrscheinlichkeit angibt, bei dem das gefundene Ergebnis oder ein extremeres Ergebnis bei Gültigkeit von H_0 eintritt (vgl. Bortz/Schuster 2010, S. 583).

Für die Interpretation des Korrelationskoeffizienten wird die in Tabelle 8 dargestellte Faustregel zu Grunde gelegt.

Tabelle 8: Interpretation des Korrelationskoeffizienten r nach Pearson (vgl. Tausendpfund 2019, S. 132)

Wert von r	Interpretation
$\leq 10,051$	Kein Zusammenhang
$> 10,051$ bis $\leq 10,201$	Schwacher Zusammenhang
$> 10,201$ bis $\leq 10,501$	Mittelstarker Zusammenhang
$> 10,501$ bis $\leq 10,701$	Starker Zusammenhang
$> 10,701$	Sehr starker Zusammenhang

Bei der Überprüfung der Hypothesen ist die Festlegung des Signifikanzniveaus (α -Niveau) von Bedeutung. Das α -Niveau legt sozusagen die obere Grenze für den vom Untersucher tolerierten Fehler fest, mit dem eine Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird. Es besteht bei jeder inferenzstatistischen Auswertung immer ein Restrisiko für eine Fehlentscheidung gegen eine gültige Nullhypothese (α -Fehler). Diese Irrtumswahrscheinlichkeit wird im Allgemeinen auf 5 % festgelegt (vgl. Leonhart 2017, S. 184). Per Übereinstimmung gelten als festgelegte Höchstgrenzen der α -Fehler-Wahrscheinlichkeit, $\alpha < 5 \%$ (signifikant, *), $\alpha < 1 \%$ (sehr signifikant, **) oder $\alpha < 0,1 \%$ (hoch signifikant, ***). Im Forschungsbereich ist das 5 %-Niveau üblich (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 740). In dieser Arbeit wird dieser Konvention gefolgt und das Signifikanzniveau auf $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Um von den untersuchten Zusammenhängen in der vorliegenden Stichprobe auf Zusammenhänge in der Grundgesamtheit schließen zu können, wurden im Anschluss an die Korrelationsanalysen nach Pearson t-Tests für unabhängige Stichproben zum Mittelwertvergleich erstellt (vgl. Tausendpfund 2019, S. 133). Dabei wurde die Indexvariable RS-13 Summe und SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum als Gruppierungsvariable gewählt und die Indexvariablen BGW Psychische Belastung Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld und außerberufliche Situation und BGW Beanspruchung als Testvariablen eingesetzt.

Die Indexvariablen RS-13 Summe und SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum wurden in zwei Gruppen geteilt, die jedoch keine gleiche Stichprobengröße bilden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei der Skala RS-13 Summe insgesamt zehn Probanden einen Resilienzwert von 75 aufweisen und eine Unterteilung in gleich große Stichproben zu einer willkürlichen Selektion führen würde. Aus diesem Grund wurde der Trennwert bei 76 gesetzt. Bei der Skala zu den adaptiven Coping-Strategien ist der Trennwert der beiden Stichproben bei 46 gewählt.

Beim t-Test wurde der Blick zunächst auf den Levene-Test der Varianzgleichheit gerichtet. Eine Varianzhomogenität ist gegeben, wenn sich die Varianzen des Merkmals nicht signifikant unterscheiden. Ist der Signifikanz-Wert größer oder gleich 0,05, wird die obere Zeile in der Ergebnistabelle herangezogen, die Varianzen sind gleich. Bei einem Wert kleiner 0,05 wird die untere Zeile für die Feststellung der Signifikanz

betrachtet, die Varianzen sind nicht gleich (vgl. a.a.O., S. 136). Die Signifikanz kann in der Spalte „T“ (t -Wert) abgelesen werden. Der kritische t -Wert bei hinreichend großen Stichproben liegt bei einem zweiseitigen Test bei $\pm 1,96$. Auch in der Spalte „Sig. (2-seitig)“ kann die Signifikanz abgelesen werden. Ein p -Wert kleiner als 0,05 deutet auf einen signifikanten Unterschied hin (vgl. ebd.). Die Abkürzung „df“ steht für Freiheitsgrade und gibt die Anzahl der frei variierenden Abweichungen der Varianz an. Bei einer Stichprobe n sind nur $n-1$ Abweichungen frei variierbar, d. h. die Varianz hat $n-1$ Freiheitsgrade (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 417). Bei allen durchgeführten t -Tests lag Varianzhomogenität vor.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der empirischen Untersuchung beschrieben. Anfangs erfolgt eine Darstellung der deskriptiven Statistiken (Kapitel 4.1) und anschließend die Erläuterung der wichtigsten Ergebnisse der Hypothesenüberprüfung (Kapitel 4.2). Die Ergebnisse der deskriptiven Statistiken und der einzelnen Hypothesentestungen sind im Anhang D vollständig aufgeführt.

4.1 Deskriptive Statistiken

Neben den soziodemografischen Daten, die bereits bei der Beschreibung der Stichprobe in Kapitel 3.1 genauer dargestellt wurden, wurden bei der Befragung auch Daten zur psychischen Belastung, zum Beanspruchungserleben, zu den angewandten Coping-Strategien und zur Resilienz erfasst.

Psychische Belastung

Die psychische Belastung der Teilnehmenden wurde in fünf Bereichen ermittelt. Es liegen für die Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung, die Arbeitsorganisation, das soziale Arbeitsumfeld und die außerberufliche Situation Werte für den gesamten Skalenbereich vor.

Bei der aktuellen Untersuchung wurden für die psychische Belastung folgende Ergebnisse ermittelt.

Tabelle 9: Ergebnisse zur psychischen Belastung der Befragten bei der aktuellen Untersuchung

	Qualitative Arbeitsbelas- tung	Quantitative Arbeitsbelas- tung	Arbeitsorganisa- tion	Soziales Ar- beitsumfeld	Außerberufli- che Situation
<i>N</i> = 124					
Mittelwert <i>M</i> (Standardabweichung <i>SD</i>)	1,31 (1,149)	2,41 (1,420)	1,35 (0,894)	2,81 (1,731)	0,77 (0,766)

Für die Interpretation der Ergebnisse wurden die von der BGW vorgegebenen Kennwerte herangezogen (vgl. Nickel/Kersten, BGW 2014, S. 17).

Tabelle 10: Referenzwerte für die psychische Belastung (BGW 2014)

	Qualitative Arbeits- belastung	Quantitative Arbeits- belastung	Arbeits- organisation	Soziales Arbeits- umfeld	Außerberuf- liche Situation
geringe Belastung (1. Quartil)	0,32	1,34	0,92	1,67	0,47
durchschnittliche Belastung (2. Quartil)	1,22	2,97	1,66	3,18	1,27
Hohe Belastung (3. Quartil)	2,41	3,96	2,46	5,05	2,05
Skalenbereich	0-5	0-5	0-3	0-6	0-3

Der Vergleich der psychischen Belastung der Befragten mit den vorgegebenen Kennwerten der BGW zeigt deutlich, dass bei der untersuchten Personengruppe bei der Qualitativen und der Quantitativen Arbeitsbelastung, der Arbeitsorganisation und dem sozialen Arbeitsumfeld eine durchschnittliche Belastung vorliegt. Im Bereich der außerberuflichen Situation liegt hingegen eine geringe psychische Belastung vor.

Beanspruchungserleben

Für die Interpretation der Beanspruchung gibt die BGW ein sogenanntes Beanspruchungsthermometer vor. Ein Beanspruchungsbereich bis 6,0 deutet auf eine geringe Beanspruchung hin. Werte zwischen 6,0 bis 8,0 weisen auf eine unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Beanspruchung, Werte von 8,0 bis 11,0 auf eine überdurchschnittliche Beanspruchung hin. Als hoch wird die Beanspruchung bei Werten von 11,0 bis 17,0 bezeichnet (vgl. Nickel/Kersten, BGW 2014, S. 24).

Tabelle 11: Interpretationsschema des Beanspruchungserlebens (BGW 2014)

Gemittelte Summenwerte Beanspruchungsscreening	Niveau der Beanspruchungsfolgen
< 6,0	Gering
6,0 bis < 8,0 (ausschließlich)	Unterdurchschnittlich bis durchschnittlich
8,0 bis < 11,0 (ausschließlich)	Durchschnittlich bis überdurchschnittlich
11 und mehr	Hoch bis sehr hoch

Für die befragte Personengruppe ergaben sich für die Beurteilung des Beanspruchungserlebens ein Mittelwert $M = 8,85$ und eine Standardabweichung $SD = 4,706$. Damit liegt die Beanspruchung der Teilnehmenden im durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Bereich. Bei der vorliegenden Untersuchung liegen für den Bereich des Beanspruchungserlebens Werte im ganzen Skalenbereich von 0,0 bis 17,0 vor. 57 der Probanden (46 %) weisen im Bereich der Beanspruchung einen Summenwert von 11,0 und mehr auf und liegen somit im hohen bis sehr hohen Bereich des Beanspruchungserlebens.

Da bei dem Fragebogen zur Beanspruchung auch die 5 Items zur allgemeinen Einschätzung des Gesundheitszustandes/Erschöpfung und die 3 Items zur emotionalen Erschöpfung näher betrachtet wurden, sollen an dieser Stelle die wesentlichen Ergebnisse hierzu dargestellt werden. Bei den Subskalen zur Beanspruchung wurde die Frage nach der allgemeinen Einschätzung des Gesundheitszustandes von 18 Personen (14,5 %) als sehr gut beschrieben, mehr als die Hälfte der Teilnehmenden, 64 Personen (51,6 %) bezeichneten ihren derzeitigen Gesundheitszustand als gut. Die Frage *„Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?“* beantworteten 36 Personen (29,0 %) mit *„fast täglich“* und 29 Probanden (23,4 %) gaben die Antwort *„etwa 3x in der Woche“*. Auch auf die Frage *„Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?“* haben 38 Personen (30,6 %) mit *„fast täglich“* und 21 Teilnehmende (16,9 %) mit *„etwa 3x in der Woche“* geantwortet. Die 3 Items zur Erfassung der emotionalen Erschöpfung ergaben, dass 45 Personen (36,3 %) den höchsten Summenwert dieser Subskala aufweisen.

Coping-Strategien

Für die fünf erhobenen Coping-Strategien liegen Werte für den gesamten Bereich (*Min.* = 1; *Max.* = 4) vor. Die deskriptiven Ergebnisse zu den angewandten Coping-Strategien zeigen, dass die maladaptive Coping-Strategie „Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum“ am wenigsten angewandt wird, gefolgt von „Halt im Glauben“. Die adaptiven Coping-Strategien „*Positives Denken*“ und „*Aktive Stressbewältigung*“ werden von den Befragten etwa gleich häufig eingesetzt. Eine Stressbewältigung durch „*Soziale Unterstützung*“ wird von den Teilnehmenden am häufigsten angewendet.

Tabelle 12: Vergleich der Ergebnisse der Coping-Strategien zwischen Satow (2012) und den aktuellen Ergebnissen

Skalen SCI	Items	Satow (2012)			Aktuelle Ergebnisse		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
Positives Denken (PD)	4	8,48	2,58	.74	11,97	1,93	.60
Aktive Stressbewältigung (AB)	4	8,73	2,48	.74	11,91	1,88	.72
Soziale Unterstützung (SU)	4	9,84	3,16	.88	13,33	2,34	.82
Halt im Glauben (RL)	4	6,86	2,69	.78	8,03	3,02	.85
Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum (AZ)	4	8,32	3,49	.75	7,71	1,52	.57
Coping Gesamt	20						

Resilienz

Der Gesamtmittelwert der Resilienzausprägung der Befragten liegt mit $M = 73,92$ im hohen Bereich der möglichen Punktwerte. Nach Leppert et al. (2008) liegen die Punktwerte der Resilienzskala RS-13 im Bereich zwischen 13-91 Punkten. Punktwerte von 13-66 werden dabei als niedrig, Werte von 67-72 als moderat und Ergebnisse von 73-91 als hoch eingestuft. Die Standardabweichung *SD* liegt bei 8,467, das Minimum *Min.* bei 53 und das Maximum *Max.* bei 90.

Bei den Probanden weisen insgesamt 26 Personen (21,0 %) eine Resilienzausprägung im niedrigen Bereich auf, 21 Teilnehmer (16,9 %) eine Resilienz im moderaten Bereich. Bei 62,1 % der Befragten (77 Personen) liegt die Resilienz im hohen Wertebereich, zwischen 73-91.

Folgende Darstellung fasst noch einmal die Ergebnisse der deskriptiven Statistiken zusammen.

Tabelle 13: Übersicht über die Mittelwerte und die Standardabweichung der Variablen Psychische Belastung, Beanspruchung, Coping-Strategien und Resilienz

<i>N</i> = 124	<i>M</i>	<i>SD</i>
BGW Psychische Belastung Qualitative Arbeitsbelastung	1,31	1,149
BGW Psychische Belastung Quantitative Arbeitsbelastung	2,41	1,420
BGW Psychische Belastung Arbeitsorganisation	1,35	0,894
BGW Psychische Belastung Soziales Arbeitsumfeld	2,81	1,731
BGW Psychische Belastung Außerberufliche Situation	0,77	0,766
BGW Beanspruchung	8,85	4,706
Coping SCI Positives Denken	11,97	1,929
Coping SCI Aktive Stressbewältigung	11,91	1,878
Coping SCI Soziale Unterstützung	13,33	2,340
Coping SCI Halt im Glauben	8,03	3,017
Coping SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum	7,71	1,518
SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum	45,24	5,669
RS-13 Gesamt	73,92	8,467

Erläuterung der Abkürzungen: *N* - Stichprobengröße, *M* – Mittelwert, *SD* – Standardabweichung.

4.2 Ergebnisse der Hypothesentestung

Im nun folgenden Ergebnisteil werden die Ergebnisse der Datenanalyse für die Testung der in 2.5 aufgestellten Hypothesen dargestellt. Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den einzelnen erhobenen Konstrukten wurden sowohl Streudiagramme als auch Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson (Anhang D 27 bis D43, S. 154-170) durchgeführt. Im Anschluss erfolgte die Erstellung von t-Tests für unabhängige Stichproben zu Mittelwertvergleichen (Anhang D44 bis D60, S. 171-179). Bei allen durchgeführten t-Tests lag Varianzhomogenität vor.

4.2.1. Zusammenhang von Resilienz und psychischer Belastung

Um den Zusammenhang zwischen Resilienz und psychischer Belastung zu untersuchen wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zwischen der Resilienzskala RS-13 Summe und den fünf Subskalen der psychischen Belastung ausgeführt. Für die Bereiche Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung konnte kein signifikanter Zusammenhang erhoben werden. Für die Bereiche Arbeitsorganisation, Sozi-

ales Arbeitsumfeld und außerberufliche Situation wurde ein mittlerer negativer Zusammenhang festgestellt.

Die Nullhypothese H_{01} : *Es besteht kein Zusammenhang zwischen Resilienz und der psychischen Belastung der Pflegekräfte* wird für die Bereiche Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung angenommen. Für die Bereiche Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld und außerberufliche Situation wird die Nullhypothese abgelehnt.

Die Alternativhypothese H_1 : *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und der psychischen Belastung der Pflegekräfte* wird für die Bereiche Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld und außerberufliche Situation angenommen, für die Bereiche Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung verworfen.

Tabelle 14: Korrelation zwischen Resilienz und psychischer Belastung

$N = 124$	RS-13 Summe
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	-,058
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	-,094
Arbeitsorganisation	-,313***
Soziales Arbeitsumfeld	-,308***
Außerberufliche Situation	-,427***

Anmerkung: ***. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (1-seitig) signifikant.

Für die Durchführung der t -Tests wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt, in die Gruppe der Pflegekräfte mit einer hohen Resilienzausprägung und mit einer niedrigeren Resilienz. Die Gruppe der Pflegekräfte mit einer hohen Resilienz ($N = 56$, Resilienz ≥ 76) erreichten niedrigere Werte der Qualitativen Arbeitsbelastung ($M = 1,13$, $SD = 1,113$). Die Probanden mit einer niedrigeren Resilienz ($N = 68$, Resilienz < 76) wiesen eine höhere qualitative Arbeitsbelastung ($M = 1,46$, $SD = 1,165$) auf. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Resilienzausprägung und der Qualitativen Arbeitsbelastung nachgewiesen werden ($T(122) = -1,606$, $p = ,111$ (2-seitig)).

Die Betrachtung der Quantitativen Arbeitsbelastung ergab folgende Ergebnisse: die Gruppe der hochresilienten Pflegekräfte ($N = 56$, Resilienz ≥ 76) erlangten niedrigere Werte der Quantitativen Arbeitsbelastung ($M = 2,29$, $SD = 1,423$). Die Testpersonen mit einer niedrigeren Resilienz ($N = 68$, Resilienz < 76) zeigten eine höhere Quantitative Arbeitsbelastung ($M = 2,51$, $SD = 1,419$). Zwischen der Resilienzausprägung

und der Quantitativen Arbeitsbelastung konnte wie auch auf Korrelationsebene kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -0,893$, $p = ,374$ (2-seitig)).

Der t -Test zwischen Resilienz und der Arbeitsorganisation zeigte für die Gruppe der Pflegekräfte mit einer niedrigeren Resilienzausprägung ($N = 56$, Resilienz ≥ 76) folgende Werte ($M = 1,05$, $SD = 0,883$). Die Teilnehmer mit einer niedrigeren Resilienz ($N = 68$, Resilienz < 76) zeigten eine höhere Belastung durch die Arbeitsorganisation ($M = 1,60$, $SD = 0,831$). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -3,562$, $p = ,001$ (2-seitig)).

Auch der t -Test zwischen der Gruppierungsvariablen RS-13 und BGW soziales Arbeitsumfeld ergab einen signifikanten Unterschied. Die Gruppe mit einer hohen Resilienz erreichte einen niedrigeren Mittelwert der Belastung durch das soziale Arbeitsumfeld ($M = 2,29$, $SD = 1,558$), die Personen mit einer niedrigeren Resilienz erzielten höhere Werte der Belastung durch das soziale Arbeitsumfeld ($M = 3,25$, $SD = 1,757$). Der t -Test ergab folgende Werte: $T(122) = -3,200$, $p = ,002$ (2-seitig).

Der fünfte Bereich der psychischen Belastung zeigte bei der Gruppe der hochresilienten Testpersonen eine niedrigere Belastung in der außerberuflichen Situation ($M = 0,48$, $SD = 0,632$). Die Gruppe mit einer niedrigeren Resilienz wiesen eine höhere Belastung in der außerberuflichen Situation auf ($M = 1,00$, $SD = 0,792$). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($T(122) = -3,963$, $p = ,000$ (2-seitig)).

Auf Korrelationsebene konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Resilienz und der Qualitativen und der Quantitativen Arbeitsbelastung festgestellt werden, was sich auch bei den t -Tests zu Mittelwertvergleichen bestätigte. Die Korrelation zwischen Resilienz und den Bereichen Arbeitsorganisation, sozialem Arbeitsumfeld und außerberufliche Situation ergaben einen mittleren negativen Zusammenhang, der auch in den t -Tests ermittelt wurde.

4.2.2 Zusammenhang von Resilienz und Beanspruchungserleben

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Resilienz und dem Beanspruchungserleben wurde ein negativer mittlerer Zusammenhang ermittelt. Aus dieser Erkenntnis heraus wird die Hypothese H_{02} : *Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Resilienz und dem Beanspruchungserleben der Altenpflegekräfte* verworfen und die Alternativhypothese H_2 : *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwi-*

schen der Resilienz und dem Beanspruchungserleben der Altenpflegekräfte angenommen.

Tabelle 15: Korrelation zwischen Resilienz und Beanspruchungserleben

<i>N</i> = 124	RS-13 Summe
BGW Beanspruchung	-,380***

Anmerkung: ***. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (1-seitig) signifikant.

Der *t*-Test ergab für die Gruppe der Pflegekräfte mit einer höheren Resilienzausprägung (*N* = 56, Resilienz $\geq$ 76) ein niedrigeres Beanspruchungserleben (*M* = 7,07, *SD* = 4,508). Eine niedrigere Resilienz (*N* = 68, Resilienz < 76) ist verbunden mit einer höheren Beanspruchung (*M* = 10,31, *SD* = 4,379). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden (*T* (122) = -4,043, *p* = ,000 (2-seitig)).

4.2.3 Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und psychischer Belastung

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und der psychischen Belastung der Pflegekräfte wurde ein mittlerer negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Coping-Strategien und der Quantitativen Arbeitsbelastung, der Arbeitsorganisation, dem sozialen Arbeitsumfeld und der außerberuflichen Situation festgestellt. Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und der Qualitativen Arbeitsbelastung ergab einen schwach negativen Zusammenhang.

Die Nullhypothese *H*₀₃: *Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und der psychischen Belastung* wird deshalb verworfen und die Hypothese *H*₃: *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und der psychischen Belastung* angenommen.

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Coping-Strategien und der psychischen Belastung

$N = 124$	SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	-,181*
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	-,236**
Arbeitsorganisation	-,344***
Soziales Arbeitsumfeld	-,285***
Außerberufliche Situation	-,374***

Anmerkung: *. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant. **. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant. ***. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (1-seitig) signifikant.

Für die Durchführung der t -Tests wurde die Indexvariable der adaptiven Coping-Strategien (SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum) in eine Gruppe von Pflegekräften, die mehr Coping-Strategien und in eine Gruppe mit Probanden, welche weniger Bewältigungsstrategien anwenden, unterteilt.

Bezogen auf die Qualitative Arbeitsbelastung ergab sich für die Gruppe, die mehr adaptive Coping-Strategien anwenden ($N = 54$, SCI adaptiv ≥ 46) eine niedrigere Qualitative Belastung ($M = 1,13$, $SD = 1,166$) und für die Gruppe, welche weniger Coping-Strategien anwenden ($N = 70$, SCI adaptiv < 46) eine höhere psychische Arbeitsbelastung im Qualitativen Bereich ($M = 1,44$, $SD = 1,125$). Es konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -1,513$, $p = ,133$ (2-seitig)). Auf Korrelationsebene wurde auch nur ein schwach negativer Zusammenhang ermittelt.

Bei der Betrachtung der Quantitativen Arbeitsbelastung konnte festgestellt werden, dass Personen, die mehr Bewältigungsstrategien anwenden eine niedrigere Quantitative Belastung aufweisen ($M = 2,00$, $SD = 1,387$) und die Gruppe, die weniger adaptive Bewältigungsstrategien einsetzen eine höhere psychische Arbeitsbelastung haben ($M = 2,73$, $SD = 1,372$). Der t -Test für die Mittelwertgleichheit erzielte einen signifikanten Unterschied ($T(122) = -2,918$, $p = ,004$ (2-seitig)).

Der t -Test zeigt für den Bereich der Arbeitsorganisation, dass Personen, die mehr Coping-Strategien anwenden eine niedrigere Belastung im Bereich der Arbeitsorganisation aufweisen ($M = 1,04$, $SD = 0,931$) und die Gruppe, welche auf weniger Bewältigungsstrategien zurückgreifen eine höhere Belastung im Bereich Arbeitsorgani-

sation zeigen ($M = 1,60$, $SD = 0,788$). Es konnte ein signifikanter Unterschied beim t-Test festgestellt werden ($T(122) = -3,645$, $p = ,000$ (2-seitig)).

Bei der Untersuchung der psychischen Belastung durch das soziale Arbeitsumfeld wurde ermittelt, dass Testpersonen, die auf mehr Coping-Strategien zurückgreifen ($N = 54$, SCI adaptiv ≥ 46) weniger belastet durch das soziale Arbeitsumfeld sind ($M = 2,41$, $SD = 1,620$). Die Probanden der Gruppe mit der niedrigeren Anwendung von Bewältigungsstrategien weisen eine höhere Arbeitsbelastung im sozialen Arbeitsumfeld auf ($M = 3,13$, $SD = 1,760$). Auch in diesem Bereich konnte ein signifikanter Unterschied bestätigt werden ($T(122) = -2,341$, $p = ,021$ (2-seitig)).

Der Mittelwertvergleich im Bereich der außerberuflichen Situation ergab für Pflegekräfte, die mehr Coping-Strategien anwenden eine niedrigere Belastung im außerberuflichen Bereich ($M = 0,56$, $SD = 0,769$), für die Personen, die weniger auf die Anwendung von Coping-Strategien zurückgreifen wurde eine höhere Belastung in diesem Bereich ermittelt ($M = 0,93$, $SD = ,729$). Es wurde für die außerberufliche Belastung ein signifikanter Unterschied festgestellt ($T(122) = -2,759$, $p = ,007$ (2-seitig)).

4.2.4 Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und

Beanspruchungserleben

Auch die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Anwendung adaptiver Bewältigungsstrategien und dem Beanspruchungserleben der Altenpflegekräfte hat einen mittleren negativen Zusammenhang ergeben. Die Nullhypothese H_{04} : *Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und dem Beanspruchungserleben* wird deshalb verworfen und die Zusammenhangshypothese H_4 : *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und dem Beanspruchungserleben* wird angenommen.

Tabelle 17: Korrelation zwischen dem Beanspruchungserleben und der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien

$N = 124$	Beanspruchung
<i>SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum</i>	$-,390^{***}$

Anmerkung: ***. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (1-seitig) signifikant.

Auch diese Korrelation wurde im Anschluss mittels t -Test für die Mittelwertgleichheit überprüft. Das Beanspruchungserleben der Personen, die mehr Coping-Strategien anwenden ($N = 54$, SCI adaptiv ≥ 46) ($M = 7,43$, $SD = 4,773$) war niedriger als das Beanspruchungserleben der Pflegekräfte, die weniger auf die Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien zurückgreifen ($N = 70$, SCI adaptiv < 46) ($M = 9,94$, $SD = 4,380$). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -3,051$, $p = ,003$ (2-seitig)), der auch auf Korrelationsebene ermittelt wurde.

4.2.5 Zusammenhang resilienter Schutzfaktoren und adaptiver

Bewältigungsstrategien

Die Testung der Korrelation zwischen Resilienz und der Anwendung adaptiver Coping-Strategien ergab einen mittleren positiven Zusammenhang, so dass die Nullhypothese H_{05} : *Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den resilienten Schutzfaktoren und der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien* verworfen werden kann. Angenommen wird für diesen Zusammenhang die Hypothese H_5 : *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den resilienten Schutzfaktoren und der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien*.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Resilienz und der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien

$N = 124$	RS-13 Summe
SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum	,491***

Anmerkung: ***. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (1-seitig) signifikant.

Die Korrelation zwischen Resilienz und der Anwendung adaptiver Bewältigungsstrategien wurde ebenfalls durch einen t -Test überprüft. Die Indexvariable RS-13 Summe wurde als Gruppenvariable gewählt und die Skala SCI ohne erhöhtem Alkohol- und Zigarettenkonsum als Testvariable. Folgende Ergebnisse wurden dabei festgestellt: Personen mit einer höheren Resilienzausprägung ($N = 56$, Resilienz ≥ 76) wenden häufiger adaptive Bewältigungsstrategien an ($M = 47,57$, $SD = 5,440$). Hingegen greifen Pflegekräfte mit einer niedrigeren Resilienz ($N = 68$, Resilienz < 76) weniger auf adaptive Bewältigungsstrategien zurück ($M = 43,32$, $SD = 5,141$). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = 4,460$, $p = ,000$ (2-seitig)).

Weiterführende Ergebnisse

Wie bereits bei der Beschreibung der Item- und Skalenanalyse erwähnt, wurden bei dem Fragebogen zum Beanspruchungserleben die Items zur allgemeinen Einschätzung des Gesundheitszustandes/Ermüdung (5 Items) und zur emotionalen Erschöpfung (3 Items) näher betrachtet. In den unter 2.3.3 aufgeführten empirischen Studien finden diese Faktoren besondere Berücksichtigung, da sie Hinweise auf psychische und physische Stressfolgen wie Depressivität, Burnout, Erschöpfung oder Dysbalance geben (z. B. Jenull et al. 2008).

Für die Subskala zur allgemeinen Einschätzung des Gesundheitszustandes/Ermüdung wurde eine Reliabilität von $\alpha = .849$, für die Subskala emotionale Erschöpfung eine Reliabilität von $\alpha = .781$ erreicht, so dass von einer akzeptablen bis hohen Reliabilität ausgegangen werden kann.

Für beide Subskalen wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson durchgeführt, die folgende Ergebnisse zeigen:

Tabelle 19: Korrelation zwischen Resilienz und den Subskalen von Beanspruchung

N = 124	RS-13 Summe
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes/Ermüdung	-,232**
Emotionale Erschöpfung	-,182*

Anmerkung: *. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant. **. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Auch nach diesen Korrelationsanalysen wurden *t*-Tests erstellt. Ermittelt werden konnte, dass Pflegekräfte mit einer hohen Resilienzausprägung ($N = 56$, Resilienz ≥ 76) eine niedrigere Beanspruchung im Bereich Ermüdung aufweisen ($M = 2,38$, $SD = 1,658$). Pflegekräfte mit einer niedrigeren Resilienz ($N = 68$, Resilienz < 76) sind im Bereich der Ermüdung mehr beansprucht ($M = 3,19$, $SD = 1,730$). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -2,664$, $p = ,009$ (2-seitig)).

Für den Bereich der emotionalen Erschöpfung wurde festgestellt, dass Testpersonen mit einer hohen Resilienz, weniger emotional erschöpft sind ($M = 1,59$, $SD = 1,141$). Pflegekräfte mit einer niedrigeren Resilienzausprägung fühlen sich emotional er-

schöpfer ($M = 2,01$, $SD = 1,058$). Für die emotionale Erschöpfung konnte ein signifikanter Unterschied ermittelt werden ($T(122) = -2,151$, $p = ,033$ (2-seitig)).

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen adaptiven Coping-Strategien und den Subskalen von Beanspruchung

$N = 124$	SCI ohne erhöhten Alkohol- und Zigarettenkonsum
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes/Ermüdung	-,283***
Emotionale Erschöpfung	-,272***

Anmerkung: ***. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 (1-seitig) signifikant.

Für Probanden, die häufig auf die Anwendung von Bewältigungsstrategien zugreifen ($N = 54$, SCI adaptiv ≥ 46) wurde ein niedrigerer Wert der Ermüdung ermittelt ($M = 2,52$, $SD = 1,788$), hingegen haben Personen, die weniger adaptive Coping-Strategien anwenden ($N = 70$, SCI adaptiv < 46), eine höhere Beanspruchung im Bereich Ermüdung ($M = 3,06$, $SD = 1,676$). In diesem Bereich konnte allerdings entgegen dem Ergebnis aus der Korrelationsanalyse kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -1,723$, $p = ,087$ (2-seitig)).

Bei Betrachtung der Mittelwerte im Bereich der emotionalen Erschöpfung ergaben sich folgende Ergebnisse: Probanden, die häufiger adaptive Bewältigungsstrategien anwenden, haben niedrigere Werte im Bereich der emotionalen Erschöpfung ($M = 1,56$, $SD = 1,127$). Auf der anderen Seite weisen Testpersonen, welche weniger oft Coping-Strategien anwenden eine höhere Beanspruchung im Bereich der emotionalen Erschöpfung auf ($M = 2,03$, $SD = 1,063$). Es konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($T(122) = -2,393$, $p = ,018$ (2-seitig)).

Die durchgeführten Korrelationen weisen auf einen mittleren negativen Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand/Ermüdung und Resilienz bzw. der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien hin. Zwischen emotionaler Erschöpfung und Resilienz konnte ein schwacher negativer Zusammenhang festgestellt und zwischen emotionaler Erschöpfung und der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien ein mittlerer negativer Zusammenhang ermittelt werden.

Die t -Tests für unabhängige Stichproben ergaben im Mittelwertvergleich ebenfalls ein signifikantes Ergebnis für den Zusammenhang zwischen Resilienz und der Ermüdung und der emotionalen Erschöpfung. Ein Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien und der Ermüdung ist nicht signifikant, der Zusammenhang zur emotionalen Erschöpfung ist allerdings signifikant.

5. Diskussion

Im nun folgenden Teil der Arbeit werden die in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse diskutiert. Am Beginn steht die Interpretation der Ergebnisse der deskriptiven Statistiken und der Hypothesentestung. Im Anschluss folgt dann die Darstellung der Limitationen der aktuellen empirischen Forschung, bevor das Fazit und ein Ausblick diese Arbeit abschließt.

5.1 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Bei der vorliegenden Untersuchung konnte für die psychische Belastung der Altenpflegekräfte eine durchschnittliche psychische Belastung ermittelt werden. Im Bereich der außerberuflichen Situation liegt nur eine geringe Belastung vor. Im Vergleich zu der unter 2.3.3 dargestellten Untersuchung von Jenull et al. (2008) konnte bei der aktuellen Untersuchung jedoch keine psychische Belastung im hohen Bereich festgestellt werden. Es stellt sich die Frage, welche Gründe es dafür geben könnte, weshalb die psychische Belastung im Bereich der außerberuflichen Situation von den Probanden sogar als gering eingestuft wurde. Bei der Betrachtung der soziodemografischen Daten ist festzustellen, dass nur 22 Personen (17,7 %) Kinder im betreuungsbedürftigen Alter versorgen und auch nur 17 Teilnehmer (13,7 %) angaben, Angehörige neben der beruflichen Tätigkeit zu pflegen. Die Versorgung von Kindern oder auch von pflegebedürftigen Angehörigen stellt in der Regel eine zusätzliche Belastung im privaten Bereich dar. Die geringe psychische Belastung im außerberuflichen Bereich könnte sich darauf zurückführen lassen, dass ein großer Teil der Befragten weder zusätzlich Kinder betreut, noch Angehörige versorgt.

Das Beanspruchungserleben der Teilnehmenden ergab eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Beanspruchung. In der vorliegenden Untersuchung weisen 57 Probanden (46 %) einen Gesamtwert der Beanspruchung von 11,0 und mehr auf, dies bedeutet eine Beanspruchung im hohen Bereich. Die unter 2.3.3 beschriebenen Studien haben festgestellt, dass vor allem Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen ein erhöhtes Beanspruchungserleben aufweisen (z. B. Werner/Leopold 2020). In der aktuellen Untersuchung konnte dies bekräftigt werden. Brause et al. (2015) stellten in ihrer Forschung fest, dass die Faktoren Müdigkeit und körperliche Erschöpfung zu erhöhten Skalenwerten führten. Auch in der vorliegenden Studie konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der Pflegekräfte sich täglich oder dreimal in der Woche morgens noch müde und zerschlagen fühlen. Als positiv kann

die allgemeine Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes der Probanden bewertet werden. Auch in der Studie von Jenull et al. (2008) wurde die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als positiv angesehen.

Die deskriptiven Ergebnisse zur Anwendung von Coping-Strategien zeigen, dass die Befragten am wenigsten auf die maladaptive Strategie *Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum* zurückgreifen. Ein Vergleich mit der Untersuchung von Jenull und Brunner (2009) zeigt, dass die dort berichteten kritischen Gesundheitsverhaltensweisen der Studienteilnehmer, wie z. B. Rauchen, nicht bestätigt werden können. Bei der Betrachtung der adaptiven Bewältigungsstrategien ist erkennbar, dass vor allem auf die Ressource der sozialen Unterstützung durch Familie und Freunde zurückgegriffen wird. Rohwer et al. (2020) bestätigten dies auch in ihrer Untersuchung, indem sie zu dem Ergebnis kamen, dass Ressourcen wie soziale Unterstützung, der physischen und psychischen Belastung am Arbeitsplatz entgegen wirken. Bei der Studie von Jenull et al. (2008) wurde die Frage nach den Bewältigungsstrategien von den Teilnehmern mit Sport, familiären Kontakten und Lesen beantwortet. Die aktuelle Untersuchung zeigt ebenfalls, dass die Befragten der beruflichen Belastung mit aktiver Stressbewältigung und sozialer Unterstützung begegnen. Dadurch werden die Bedeutsamkeit von sozialen Beziehungen und die Unterstützung durch soziale Netzwerke als Basis für die Bewältigung von Krisen deutlich. Anzumerken sei an dieser Stelle auch noch, dass die Befragten der aktuellen Untersuchung im Bereich der adaptiven Bewältigungsstrategien deutlich höhere Mittelwerte und bei der maladaptiven Bewältigungsstrategie einen niedrigeren Wert erzielt haben, als bei der Untersuchung nach Satow (2012).

Die Betrachtung der Resilienzausprägung ergab in der aktuellen Studie bei den Probanden ein Ergebnis im hohen resilienten Bereich. Wie schon unter 2.1.2 erwähnt, ist Resilienz eine „variable Größe“, die in Krisen aktiviert werden kann, so dass es auch bei den befragten Pflegekräften naheliegend ist, dass diese psychische Widerstandskraft in der Corona-Pandemie angeregt wurde. Da es bisher nur sehr wenige empirische Ergebnisse bezüglich der Resilienzausprägung von Beschäftigten im Gesundheitswesen gibt (z. B. Richter/Heckemann 2014), kann an dieser Stelle nur ein ungenügender Bezug zu bisherigen Untersuchungen gezogen werden. Verschiedene Studien zeigen jedoch Ergebnisse von Zusammenhängen zwischen Resilienz und psychischer Belastung oder Beanspruchung von Pflegekräften, auf die in der nun

folgenden Diskussion der Ergebnisse der Hypothesentestungen näher eingegangen wird.

Zunächst werden die in Kapitel 4.2 dargestellten Ergebnisse kurz zusammengefasst, wobei die Diskussion dann bei der jeweiligen Hypothese erfolgt.

Die Überprüfung der in Kapitel 2.5 aufgestellten Hypothesen ergab keinen Zusammenhang zwischen der Qualitativen und Quantitativen Arbeitsbelastung und der psychischen Widerstandskraft. Dies kann unter anderem auf die fragwürdige Reliabilität der Subskala Qualitative Arbeitsbelastung ($\alpha = .627$) zurückgeführt werden. Für die anderen Bereiche der psychischen Belastung (Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld und außerberufliche Situation) konnte ein mittlerer negativer Zusammenhang festgestellt werden. Auch zwischen Resilienz und dem Beanspruchungserleben der Pflegekräfte und dem Beanspruchungserleben und der Anwendung adaptiver Bewältigungsstrategien ergab sich ein signifikanter mittlerer negativer Zusammenhang. Für die Korrelation zwischen psychischer Belastung und adaptiver Coping-Strategien wurde ebenfalls ein mittlerer negativer Zusammenhang, für die Korrelation mit der Qualitativen Arbeitsbelastung wurde ein schwacher negativer Zusammenhang ermittelt. Zwischen der Anwendung von adaptiven Coping-Strategien und dem Beanspruchungserleben ergab sich auch ein mittlerer negativer Zusammenhang. Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Resilienzausprägung und der Anwendung adaptiver Bewältigungsstrategien zeigte einen mittleren positiven Zusammenhang.

Bei den *t*-Tests zu Mittelwertvergleichen konnten die Ergebnisse, die bei den durchgeführten Korrelationsanalysen erreicht wurden, weitestgehend bestätigt werden. Keine Übereinstimmung wurde beim Zusammenhang zwischen der Anwendung adaptiver Coping-Strategien und der Qualitativen Arbeitsbelastung festgestellt, wobei auch auf Korrelationsebene nur ein schwach negativer Zusammenhang festgestellt wurde. Auch die Betrachtung der Subskalen zur allgemeinen Einschätzung des Gesundheitszustandes/Ermüdung ergab entgegen des Ergebnisses auf Korrelationsebene keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen die häufiger adaptive Bewältigungsstrategien anwenden und denen, welche weniger auf diese Form der Stressbewältigung zurückgreifen.

Zusammenhang von Resilienz und psychischer Belastung

Richter und Heckemann (2014) beschreiben in ihrer Arbeit, dass Resilienzfaktoren einen Einfluss haben auf die psychische Belastung am Arbeitsplatz. In der vorliegenden Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen einer hohen psychischen Widerstandskraft und den aktuellen Qualitativen und Quantitativen Arbeitsbelastungen durch die Corona-Pandemie im Befragungszeitraum festgestellt werden. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass vor allem die Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung kurzfristig und aus der jeweiligen Situation heraus entsteht, die die Pflegekräfte dann sofort physisch und psychisch herausfordern. Weiterhin zeigte sich, dass resiliente Schutzfaktoren eine positive Wirkung auf die Arbeitsorganisation, auf Belastungen durch das soziale Arbeitsumfeld und auf außerberufliche Herausforderungen haben. Resilienzfaktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Kompetenz, aber auch Selbststeuerung und Problemlösefähigkeiten können in diesem Kontext benannt werden, die sich positiv auf die erwähnten Bereiche der psychischen Belastung am Arbeitsplatz auswirken.

Zusammenhang von Resilienz und Beanspruchungserleben

Wie schon unter 2.3.3 angeführt, haben Untersuchungen auf Intensivstationen gezeigt, dass Resilienz mit deutlich weniger posttraumatischen Belastungsstörungen und Burnout einhergeht (vgl. Mealer et al. 2012, zit. in: Richter/Heckemann 2014, S. 14). Auch wurden persönliche Ressourcen, wie z. B. Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus negativ mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen assoziiert (vgl. Wassermann et al. 2014). In der aktuellen Studie konnte ein mittlerer negativer Zusammenhang festgestellt werden zwischen Resilienz und dem Beanspruchungserleben. Daraus lässt sich jedoch nicht grundsätzlich ein kausaler Zusammenhang zwischen einer hohen Resilienzausprägung und einem niedrigeren Beanspruchungserleben ziehen. An dieser Stelle wäre ein differenzierterer Vergleich zwischen der Resilienzausprägung und den aktuellen negativen Folgen auf den eigenen Gesundheitszustand wünschenswert.

Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und psychischer Belastung

Jenull et al. (2008) schreiben Coping-Strategien einen positiven Effekt auf die physische und psychische Gesundheit zu. Für die psychische Belastung der Pflegekräfte der aktuellen Forschung ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der

Anwendung adaptiver Coping-Strategien und der Belastung im Bereich der Quantitativen Belastung, der Arbeitsorganisation, dem sozialen Arbeitsumfeld und der außerberuflichen Situation. Im Bereich der Qualitativen Arbeitsbelastung konnte kein Unterschied festgestellt werden zwischen Personen, die mehr Bewältigungsstrategien anwenden und Probanden, welche weniger auf adaptive Coping-Strategien zurückgreifen. Dies führt zu dem Schluss, dass die Anwendung von adaptiven Coping-Strategien nicht generell einen Einfluss auf die jeweilige aktuelle Situation am Arbeitsplatz hat, insbesondere bezogen auf die aktuellen qualitativen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie.

Zusammenhang adaptiver Bewältigungsstrategien und Beanspruchungserleben

In der aktuellen Untersuchung haben die Probanden vor allem soziale Unterstützung als Coping-Strategien genannt, um auf die Beanspruchung durch die berufliche Herausforderung zu reagieren. Brause et al. (2015) haben die Bedeutung der Ressource Netzwerkkapital insgesamt als sehr hoch eingeschätzt. Als Netzwerkkapital kann hier sowohl die Unterstützung durch Kollegen am Arbeitsplatz, aber auch durch Familie und Freunde im privaten Bereich gesehen werden. Auch die Coping-Strategien aktive Stressbewältigung und positives Denken werden von den Testpersonen als Coping-Strategien häufig eingesetzt, um den täglichen Herausforderungen im Beruf zu begegnen. Jenull und Brunner (2009) zeigen in ihrer Untersuchung, dass den alltäglichen Belastungen vor allem durch körperliche Aktivität und der Suche nach sozialer Unterstützung begegnet wird. Dies lässt sich auch in der vorliegenden Studie bestätigen, da die adaptiven Coping-Strategien *aktive Stressbewältigung* und *soziale Unterstützung* die meistgenannten waren.

Zusammenhang resilienter Schutzfaktoren und adaptiver Bewältigungsstrategien

Rohwer et al. (2020) stellten in ihrer Übersichtsarbeit heraus, dass Pflegekräfte der psychischen Belastung und der Beanspruchung mit Ressourcen, wie z. B. sozialer Unterstützung oder Selbstfürsorge, entgegenwirken, die dann wiederum bei den Pflegekräften mehr Partizipation, Kontrolle und Autonomie ermöglichen. Durch die vorliegende Studie konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Anwendung von adaptiven Bewältigungsstrategien und einer hohen Resilienzausprägung gezeigt

werden. Vor allem die adaptiven Coping-Strategien positives Denken, soziale Unterstützung und aktive Stressbewältigung werden von den Teilnehmenden genutzt, um den täglichen Herausforderungen entgegen zu wirken.

Diskussion der weiterführenden Ergebnisse

Bei der näheren Betrachtung der Subskalen zu Ermüdung und emotionaler Erschöpfung zeigte sich ebenfalls, dass Probanden mit einer niedrigeren Resilienzausprägung in den Bereichen Ermüdung und emotionaler Erschöpfung beanspruchter sind, als Testpersonen mit einer hohen Resilienz. Da der Unterschied im t -Test der Mittelwertvergleiche für den Bereich der emotionalen Erschöpfung allerdings keine eindeutigen Ergebnisse erzielte ($T(122) = -2,151$, $p = ,033$ (2-seitig)), ist diese Aussage an dieser Stelle kritisch zu betrachten. Aufgrund der begrenzten Anzahl von fünf Items bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes/Ermüdung und drei Items bei der emotionalen Erschöpfung kann meines Erachtens keine aussagekräftige Erklärung für die beschriebenen Ergebnisse aufgezeigt werden.

5.2 Limitationen der aktuellen empirischen Studie

Die vorliegende Untersuchung weist einige Begrenzungen in ihrer Aussagekraft auf. Zielsetzung der Studie war es die psychische Belastung, das Beanspruchungserleben, die angewandten Coping-Strategien und die psychische Widerstandskraft von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen in Unterfranken während der Coronapandemie zu untersuchen. Der gewählte Untersuchungszeitraum von Anfang Juli bis 15. September 2020 lag in dem zeitlichen Rahmen zwischen der ersten und der zweiten Infektionswelle der Pandemie. Seit September 2020 steigen die Zahlen der Infektionen sowohl innerhalb Deutschlands, als auch in den Alten- und Pflegeeinrichtungen wieder deutlich an. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies erneut zu Herausforderungen für die Beschäftigten in der Altenhilfe führt. Hieraus ergibt sich die Annahme, dass eine erneut durchgeführte empirische Untersuchung in den stationären Einrichtungen in Unterfranken zum jetzigen oder auch zu einem späteren Zeitpunkt andere Ergebnisse erzielen würde.

Bei der durchgeführten Online-Befragung wurden Erhebungsinstrumente verwendet, die auf Gütekriterien geprüft und eine hohe interne Konsistenz aufweisen. Insbesondere die beiden Fragebögen der BGW zur Erfassung der psychischen Belastung und der Beanspruchung von Altenpflegekräften können als sehr aussagekräftiges Erhe-

bungsinstrument gesehen werden, weil die psychische Belastung und die Stressfolgen differenzierter auf die Berufsgruppe der Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen erfragt werden kann, als beispielsweise bei der Verwendung des vollständigen Stress- und Coping-Inventars nach Satow (2012).

Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte freiwillig. 25 Einrichtungen bzw. die Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung lehnten bereits beim ersten telefonischen Kontakt, eine Beteiligung der Beschäftigten ab. Zumeist wurde die Begründung angeführt, dass die Pflegekräfte sehr gestresst seien und durch eine Teilnahme nicht noch zusätzlich belastet werden sollten. Da diese Einschätzung eine sehr subjektive der jeweiligen Leitungsperson war, wäre es interessant gewesen, wenn aus diesen Einrichtungen Beschäftigte an der Befragung teilgenommen hätten. Aus diesem Grund kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Befragten die Grundgesamtheit aller Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen im Untersuchungsgebiet abbilden.

Des Weiteren kann angenommen werden, dass Beschäftigte, die unter einer großen psychischen Belastung stehen, nicht noch zusätzlich an einer freiwilligen Befragung teilnehmen. Infolgedessen lassen sich die hohe Resilienzausprägung und die durchschnittlichen Ergebnisse im Bereich der psychischen Belastung schlussfolgern.

5.3 Fazit und Ausblick

Bereits in der Einleitung wurden mehrere Fragestellungen angeführt, welche nun zusammenfassend beantwortet werden sollen.

Bei der durchgeführten Untersuchung wurden Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen in Unterfranken in der Zeit von Anfang Juli 2020 bis 15. September 2020 mittels Online-Befragung befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Herausforderungen der Corona-Pandemie von den einzelnen Testpersonen sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Während einzelne Personen die Situation als psychisch sehr belastend empfinden, gibt es einen Großteil der Befragten, die mit der Belastung sehr gut umgehen können und eine psychische Belastung im durchschnittlichen Bereich aufzeigen.

Da die Subskalen zur psychischen Belastung Qualitative Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation und außerberufliche Situation allerdings fragwürdige bis niedrige Reliabilitäten aufweisen, sollten Ergebnisse, die diese Skalen beinhalten kritisch betrach-

tet werden. Zurückzuführen ist dies jedoch meiner Ansicht nach auf die begrenzte Itemanzahl von nur drei bzw. fünf Items.

Auch die aus der psychischen Belastung resultierende Beanspruchung wird unterschiedlich von den Teilnehmenden wahrgenommen. Es zeigte sich dabei ein Beanspruchungserleben der Pflegekräfte im durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Bereich. Vor allem die Subskalen zu Ermüdung und emotionaler Erschöpfung wurden dabei näher betrachtet, konnten aber abschließend aufgrund der wenigen Items nicht ausreichend genug analysiert werden, um exakte Rückschlüsse auf die tatsächliche Beanspruchung in diesen Bereichen ziehen zu können.

Die Frage nach der Anwendung von Bewältigungsstrategien ergab zusammenfassend, dass die Pflegekräfte durch positives Denken, aktive Stressbewältigung und soziale Unterstützung als Coping-Strategien der täglichen beruflichen Herausforderung begegnen.

Die befragte Personengruppe weist eine hohe Resilienz auf, die darauf schließen lässt, dass ein Großteil der Probanden eine gute psychische Widerstandskraft besitzen, um den beruflichen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie begegnen und diese erfolgreich bewältigen zu können.

Ausblick

Da in der vorliegenden Untersuchung Resilienz und adaptive Bewältigungsstrategien als Ressourcen für die Bewältigung der physischen und psychischen Belastungen im beruflichen Kontext erkannt wurden, wird die Bedeutung von Interventionen des Arbeitgebers, die diese stärken und ausbauen besonders deutlich. Verwiesen sei an dieser Stelle auch darauf, dass die Frage nach dem Angebot von Präventionsprogrammen des Arbeitgebers von allen Teilnehmenden beantwortet wurde.

Da die Befragten bei der Angabe zu den Coping-Strategien insbesondere angaben, dass sie auf die soziale Unterstützung von Familie und Freunde zugreifen, um den Belastungen des beruflichen Alltags zu begegnen, sollte dieser Aspekt auch Berücksichtigung bei der Dienstplangestaltung finden.

In der vorliegenden Studie konnte in dem zur Verfügung stehenden zeitlichen Rahmen eine erste Untersuchung der psychischen Belastung und des Beanspruchungserlebens von Altenpflegekräften durch die Herausforderungen der Corona-Pandemie

ermittelt werden. Durch eine erneute Befragung und ergänzend durchgeführte strukturierte Interviews könnte ein umfassenderer Blick auf den Untersuchungsgegenstand erzielt werden. Anzumerken sind an dieser Stelle noch ergänzend zu 2.4.4 die aktuellen Corona-Fallzahlen im Untersuchungsgebiet. Mit Stand: 30.11.2020 wurden in Unterfranken insgesamt 16365 Fälle registriert (vgl. Stand: 15.08.2020 - 3811 Fälle) und 306 Todesfälle (vgl. Stand: 15.08.2020 - 190 Verstorbene) (vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2020).

Aufschlussreich wäre eine erneute Untersuchung der Beschäftigten in der ersten Hälfte des Jahres 2021 oder aber auch wenn ein Impfstoff eingeführt ist und die Infektionszahlen dann wieder rückläufig sind.

Da durch die aktuelle Studie aufgezeigt werden konnte, dass Pflegekräfte mit einer ausgeprägten Resilienz oder auch durch die Anwendung von adaptiven Coping-Strategien den Belastungen des pflegerischen Alltags besser begegnen können, wird die Bedeutung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, welches die psychische Widerstandskraft der Beschäftigten stärkt und die Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz fördert, nachdrücklich und erkennbar. Verwiesen sei hierzu an die Interventionsansätze im BGW-Stresskonzept, die auf das arbeitspsychologische Stressmodell aufbauen und verschiedene präventive und auch rehabilitative Maßnahmen beinhalten (vgl. Bamberg et al. 2012, S. 18f).

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe. dgvt-Verlag. Tübingen.

Becker, M.; Prümper, J. (2016): Evaluierung psychischer Belastungen in der stationären Altenpflege. In: Pinter, G.; Likar, R.; Kada, O.; Janig, H.; Schippinger, W.; Cernic, K. (2016): Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer. Stuttgart. S. 145-160.

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.). Köln.

Bengel, J.; Meinders-Lücking, F.; Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Band 35. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.). Köln.

Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. In: Schriftenreihe zu Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Vol. 43). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2012) (Hrsg.). Köln.

Benner, L.; Kirchner, M.; Krisam, J.; Kunzmann, K.; Sander, A. (2019): Auswertung klinischer Studien mit SPSS. Ein Leitfaden zur strukturierten Herangehensweise. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Blanz, M. (2015): Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen. Kohlhammer. Stuttgart.

Bodenmann, G.; Gmelch, S. (2009): Stressbewältigung. In: Margraf, J.; Schneider, S. (2009) (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer-Verlag. Heidelberg. S. 617-629.

Bortz, J.; Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.

Bortz, J.; Schuster, C. (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg.

Brause, M; Kleina, T.; Horn, A.; Schaeffer, D. (2015): Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. In: Prävention und Gesundheitsförderung (2015) (1). Springer-Verlag. Berlin Heidelberg. S. 41-48.

Döring, N.; Bortz, J. (2016): Stichprobenziehung. In: Döring, N; Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg. S. 291-319.

Döring, N.; Bortz, J. (2016): Datenerhebung. In: Döring, N; Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg. S. 321-577.

Echterhoff, G. (2013): Quantitative Erhebungsmethoden. In: Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2013): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. 2., überarbeitete Auflage. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg. S. 55-114.

Faltermaier, T. (2017): Gesundheitspsychologie - Grundriss der Psychologie. Band 21. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag GmbH. Stuttgart.

Fleischer, N.; Klewer, J. (2010): Psychische Belastungen und Beanspruchungen des Pflegepersonals in einer stationären Altenpflegeeinrichtung. In: Heilberufe SCIENCE (2010). (1). S. 8-12.

Fröhlich-Gildhoff, K.; Rönna-Böse, M. (2019): Resilienz. Ernst Reinhardt Verlag. München.

Fromm, S. (2008): Faktorenanalyse. In: Baur, N.; Fromm, S. (Hrsg.) (2008): Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Greif, S. (1991): Stress in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe. In: Greif, S.; Bamberg, E.; Semmer, N. (1991) (Hrsg.): Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Hogrefe Verlag. Göttingen. S. 1-28.

Helmreich, I.; Lieb, K.; Nitsch, R. (2016a): Resilienzforschung am Deutschen Resilienz-Zentrum Mainz. In: Journal Gesundheitsförderung (2016). 1. S. 58-62.

Helmreich, I.; Lieb, K.; Nitsch, R. (2016b): Das Gehirn als „Resilienz-Organ“. Forschung am Deutschen Resilienz-Zentrum Mainz. In: Dr. med. Marbuse 220. März/April 2016. S. 37-40.

Hertl, E. M.; Baumann, U.; Messer, R. (2004): Belastungen des Pflegepersonals in Senioren-/Pflegeheimen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie (2004). 17 (4). Verlag Hans Huber. Bern. S. 239–250.

Höfler, M. (2017): Resilienzförderung. Ein kurzer Überblick zum aktuellen Stand der Resilienzforschung. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg). Bonn. In: Prävention und Gesundheitsförderung (2018). (1). S. 7-11.

Janssen, J.; Laatz, W. (2017): Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests, 9., überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Verlag GmbH Deutschland. Berlin.

Jenull, B.; Brunner, E. (2009): Macht Altenpflege krank? Eine qualitative Studie zu Arbeitserfahrungen, Coping und Gesundheitsverhaltensweisen bei Pflegekräften. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie (2009). 22 (1). Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern. S. 5–10.

Jenull, B.; Brunner, E.; Ofner, M.; Mayr, M. (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinieren Pflegekräften. In: Pflege 2008. (21). Verlag Hans Huber. Bern. S. 16-24.

Kaluza, G. (2018a): Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen. 7., korrigierte Auflage. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg.

Kaluza, G. (2018b): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 4., korrigierte Auflage. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg.

- Kauffeld, S.; Ochmann, A.; Hoppe, D.** (2019): Arbeit und Gesundheit. In: Kauffeld, Simone (2019) (Hrsg.): Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor. Springer-Verlag. Berlin. S. 305-358.
- Köllner, V.** (2015): Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation. In: WISO direkt (2015): Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Friedrich Ebert Stiftung.
- Kronthaler, F.** (2016): Statistik angewandt. Datenanalyse ist (k)eine Kunst. Excel Edition. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S.** (1984): Stress, Appraisal and Coping. Springer Publishing Company. New York.
- Lazarus, R. S.** (1999): Stress and Emotion. A New Synthesis. Springer Publishing Company. New York.
- Leonhart, R.** (2017): Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.
- Leppert, K.; Koch, B.; Brähler, E.; Strauß, B.** (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: Klinische Diagnostik u. Evaluation (2008) 2. S. 226–243.
- Lyssenko, L.; Rottmann, N.; Bengel, J.** (2010): Resilienzforschung. Relevanz für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt (2010). 53. S. 1067-1072.
- Mayer, H.O.** (2013): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH. München.
- Petzold, M. B.; Plag, J.; Ströhle, A.** (2020): Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. In: Der Nervenarzt (2020) 91, S. 417-421.
- Rammstedt, B.** (2019): Reliabilität, Validität, Objektivität. In: Wolf, C.; Best, Henning (Hrsg.) (2010): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Richter, D.; Heckemann, B. (2014): Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz. Berner Fachhochschule.

Rohwer, E.; Mojtahezadeh, N.; Harth, V.; Mache, S. (2020): Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie (2020).

Schaffer, H. (2009): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.

Schendera, C. FG (2014): Regressionsanalyse mit SPSS. 2. korrigierte und aktualisierte Auflage. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH. München.

Schmidt, S.; Palm, R.; Dichter, M.; Hasselhorn, H. M. (2011): Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen. In: Pflege 2011; 24 (2); S. 85-95.

Schumacher, J.; Leppert, K.; Gunzelmann, T.; Strauß, B.; Brähler, E. (2005). Die Resilienz Skala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (2005). 53. S. 16–39.

Schüler-Lubienetzki, H.; Lubienetzki, U. (2020): Durch die berufliche Krise und dann vorwärts – wie sie in und nach der Krise auf den Beinen bleiben. Springer-Verlag. Berlin.

Statista (2016): Stress in Deutschland.

Tausendpfund, M. (2019): Quantitative Datenanalyse. Eine Einführung mit SPSS. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Wagnild, G. M.; Young, H. M. (1993): Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. In: Journal of Nursing Measurement (1993). 2(1), S. 165-178.

Wassermann, M.; Hoppe, A.; Reis, D.; von Uthmann, L. (2014): Sinnstiftung als persönliche Ressource bei Altenpflegekräften. Zu direkten und moderierenden Effekten von Sinnstiftung auf emotionale Erschöpfung und Vitalität. In: Zeitschrift für Ar-

beits- und Organisationspsychologie (2014). Nr. 58. Hogrefe Verlag. Göttingen. S. 51-63.

Welter-Enderlin, R.; Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 1. Auflage. Carl-Auer-Verlag. Heidelberg.

Werner, B.; Leopold, D. (2020): Psychische Belastungen und Beanspruchungen der Mitarbeitenden in der Langzeitpflege Demenzkranker. Ambulant betreute Demenz-Pflegewohngemeinschaft vs. Segregative Demenz-Wohnbereiche der stationären Altenpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Februar 2020. Ohne Seitenangabe. Springer Medizin Verlag GmbH. München.

Wink, R. (Hrsg.) (2016): Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung. Springer Fachmedien. Wiesbaden.

Wirth, T.; Ulusoy, N.; Lincke, H.-J.; Nienhaus, A.; Schablon, A. (2017): Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin. Zeitschrift für medizinische Prävention (2017) 52. S. 662-669.

Wustmann, C. (2009): Die Erkenntnisse der Resilienzforschung - Beziehungserfahrungen und Ressourcenaufbau. In: Psychotherapie Forum (2009) 17. S. 71-78.

Zimber, A. (2011): Belastungen, Ressourcen und Beanspruchung in der Altenpflege. SRH Hochschule Heidelberg. In: Haberstroh, J.; Pantel, J. (2011) (Hrsg.): Demenz psychosozial behandeln. AKA Verlag Heidelberg. S. 305-317.

Internetquellen

Altenpflege – Vorsprung durch Wissen (2018): Neue Studie: Altenpflegende gestresst und zufrieden zugleich. URL: <http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Nachrichten/Neue-Studie-Altenpflegende-gestresst-und-zufrieden-zugleich>, [Zugriff: 29.07.2020]

Bamberg, E.; Keller, M.; Wohler, C.; Zeh, A. (2012): BGW-Stresskonzept. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2012). URL: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW08-00-000_Stresskonzept_Das_arbeitspsychologische_Stressmodell_Download.pdf?__blob=publicationFile, [Zugriff: 24.07.2020].

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2020): Übersicht der Fallzahlen von Coronavirusinfektionen in Bayern. URL: https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm, [Zugriff: 15.08.2020].

Beneker, C. (2020): Jedes zweite Corona-Opfer lebte im Heim <https://www.springermedizin.de/covid-19/altenpflege/jedes-zweite-corona-opfer-lebte-im-heim/18095072>, [Zugriff: 10.08.2020].

Bengel, J.; Lyssenko, L. (2016): Resilienz und Schutzfaktoren. URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/resilienz-und-schutzfaktoren/>, Zugriff: [19.07.2020].

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (o. J.): Fragebogen zur Beanspruchung – Stationäre Altenpflege. URL: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arbeitssicherheit_und_Gesundheitsschutz/Gesundheitsmanagement/miab/Fragebogen-stat-Altenpflege-Beanspruchung.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 20.05.2020].

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (o. J.): Fragebogen zur psychischen Belastung – Stationäre Altenpflege.

URL: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arbeitssicherheit_und_Gesundheitsschutz/Gesundheitsmanagement/miab/Fragebogen-stat-Altenpflege-Belastung.pdf?__blob=publicationFile, [Zugriff: 20.05.2020].

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2017): Psychische Belastung und Beanspruchung. BGW Personalbefragung für die Altenpflege, Krankenpflege und Behindertenhilfe. URL: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-110_Mitarbeiterbefragung_Download.pdf;jsessionid=3717301B1A62D8B258C07E51C0ADB588?__blob=publicationFile, [Zugriff: 20.05.2020]

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Basiswissen zum Corona Virus. URL: <https://www.zusammengegegen corona.de/informieren/basiswissen-coronavirus/#faqitem=a3b25352-5571-5837-9436-2ede49cf6a76>, [Zugriff: 10.08.2020]

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2016): Definition Krisen. URL: <https://www.bpb.de/lernen/grafstat/krise-und-sozialisation/220941/m-02-04-definition-krisen>, [Zugriff: 30.07.2020].

Franzkowiak, P.; Franke, A. (2018): Stress und Stressbewältigung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). URL: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/stress-und-stressbewaeltigung/>, Zugriff: [23.07.2020].

Halek, M.; Reuther, S.; Schmidt, J. (2020): Herausforderungen für die pflegerische Versorgung in der stationären Altenhilfe – Corona-Pandemie 2020. MMW Fortschritte der Medizin. 162 (9). S. 51-54. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218703/>, [Zugriff: 10.08.2020].

NDR Info (2020): Die Alten- und Pflegeheime sind die Hotspots der Corona-Pandemie (22.05.2020). URL: <https://www.facebook.com/ndrinfo/posts/die-alten-und-pflegeheime-sind-die-hotspots-der-corona-pandemie/3831541636887587/>. [Zugriff: 26.05.2020].

Nickel, S.; Kersten, M. (2014): Psychometrische Prüfung des Fragebogens zur psychischen Belastung in der stationären Altenpflege („miab“). Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2014): URL:

https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Downloads/BGW08-00-114-Bericht-miab-stat-Altenpflege_Download.pdf?_blob=publicationFile, [Zugriff: 20.05.2020].

Psyche und Arbeit (o.J.): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. URL:

<https://psyche-und-arbeit.de/wp-content/uploads/2015/10/Transaktionales-Stressmodell-von-Richard-Lazarus.jpg>. [Zugriff: 30.09.2020].

Satow, L. (2012): Stress- und Coping-Inventar (SCI): Test- und Skalendokumentation. Online im Internet: URL: <http://www.drsatow.de>. [Zugriff: 05.05.2020].

Selye, H. (1957): What is Stress? Chapter 1. URL:

<https://www.pacdeff.com/pdfs/What%20is%20Stress.pdf>, [Zugriff: 23.07.2020]..

Statistisches Bundesamt – Destatis (2020): 3,4 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2017. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/inhalt.html>, [Zugriff: 29.07.2020].

WDR Nachrichten (2020): Coronavirus in NRW. Ticker vom Freitag (10.04.2020) zum Nachlesen. URL.: <https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/ticker-corona-virus-nrw-208.html>. [Zugriff: 26.05.2020].

Uniklinikum Jena (o. J.): Resilienzskala RS-13. URL: https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Forschung/Resilienzskala_RS13_inklAuswertung.pdf.

[Zugriff: 05.05.2020].

Anhang A: Fragebogen

E-Mail an die Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung zur Weiterleitung an die Beschäftigten

Resilienz, Beanspruchung und psychische Belastung von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen während der Corona-Pandemie in Unterfranken

Sehr geehrte Damen und Herren,
mein Name ist Katja Kaufmann und ich studiere an der Hochschule Fulda im berufsbegleitenden Masterstudiengang „Psychosoziale Beratung und Therapie“. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit führe ich eine Onlinebefragung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Unterfranken durch. Die Studie beschäftigt sich mit Resilienz (Widerstandsfähigkeit in Krisen), Stresserleben und Stressbewältigung. Dabei interessiert es mich besonders, wie Sie als Mitarbeiter*in die Corona-Pandemie erleben und wie Sie diese neue und herausfordernde Situation bewältigen.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Daten für die Studie genutzt werden dürfen. Selbstverständlich werden Ihre Daten anonymisiert, streng vertraulich und ausschließlich im Rahmen meiner Abschlussarbeit verwendet. Ich würde mich freuen, wenn Sie mich bei meiner Arbeit unterstützen, indem Sie den Fragebogen bearbeiten. Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Achten Sie bitte darauf, keine Frage auszulassen.

Zur Onlinebefragung gelangen Sie über folgenden Link:

<https://www2.hs-fulda.de/fb/sw/frage>

bzw. über folgenden QR-Code:



Die Bearbeitung des Fragebogens ist bis einschließlich 15. September 2020 möglich und nimmt etwa 15 Minuten in Anspruch.

Sollten Sie Rückfragen haben, können Sie mich gerne kontaktieren: Katja Kaufmann, Bad Neustadt/Saale, E-Mail: katja.kaufmann@sw.hs-fulda.de, Tel. 0178/8183568.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung.

Freundliche Grüße
Katja Kaufmann

Fragebogen zu Resilienz und Belastungserleben von Altenpflegekräften

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich eine Untersuchung zum Thema "Resilienz, Beanspruchung und psychische Belastung von Altenpflegekräften in stationären Einrichtungen während der Corona-Pandemie in Unterfranken" durch.

Ich bitte Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, um mich auf diese Weise bei der Gewinnung von Datenmaterial zu unterstützen.

Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen, dies wird etwa 15 Minuten in Anspruch nehmen. Es gibt bei der Beantwortung der Fragen keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte entscheiden Sie sich immer für eine Antwort (Mehrfachnennungen sind nicht möglich). Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

ICH DANKE IHNEN HERZLICH FÜR IHRE TEILNAHME!

Katja Kaufmann

Allgemeine Fragen

1. Welches Geschlecht haben Sie?

☐

weiblich

☐

männlich

☐

divers

2. In welchem Landkreis bzw. in welcher Stadt arbeiten Sie?

☐

Landkreis/Stadt Aschaffenburg

☐

Landkreis Miltenberg

☐

Landkreis Bad Kissingen

☐

Landkreis Rhön-Grabfeld

☐

Landkreis Haßberge

☐

Landkreis/Stadt Schweinfurt

☐

Landkreis Kitzingen

☐

Landkreis/Stadt Würzburg

☐

Landkreis Main-Spessart

3. Wie alt sind Sie?

☐

bis 24 Jahre

☐

35-44 Jahre

☐

55 und älter

☐

25-34 Jahre

☐

45-54 Jahre

4. Welchen Familienstand haben Sie?

☐

ledig

☐

geschieden

☐

in einer Beziehung

☐

verheiratet

☐

verwitwet

5. Haben Sie Kinder mit Betreuungsbedarf?

☐

ja

☐

nein

6. Pflegen Sie neben Ihrer beruflichen Tätigkeit nahe Angehörige?

☐ ja

☐ nein

7. Welche pflegerische Ausbildung haben Sie absolviert?

☐ Pflegeausbildung mit Examen

☐ Betreuungskraft

☐ Pflegehelfer

☐ keine

8. In welchem Umfang sind Sie in der Pflege beschäftigt?

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit bis 30 Std. je Woche

☐ Teilzeit bis 10 Std. je Woche

☐ Teilzeit mit mehr als 30 Std. je Woche

☐ Teilzeit bis 20 Std. je Woche

9. Gibt es von Seiten Ihres Arbeitgebers die Möglichkeit, an einem Präventivprogramm teilzunehmen, z.B. ein Stressbewältigungstraining, Sport- und Bewegungsprogramme?

☐ ja, es gibt Angebote

☐ nein, es gibt keine Angebote

☐ ja, ich habe schon teilgenommen

☐ nein, ich habe bei meinem jetzigen Arbeitgeber noch nicht teilgenommen

10. Haben Sie sich mit dem Coronavirus infiziert?

☐ ja, ich bin wieder gesund

☐ ja, ich bin noch erkrankt

☐ nein

11. Wie stark ist Ihre Pflegeeinrichtung vom Coronavirus betroffen?

☐ gar nicht

☐ 25-50 % der Heimbewohner

☐ bis zu 10 % der Heimbewohner

☐ mehr als 50 % der Heimbewohner

☐ 10-25 % der Heimbewohner

Die folgenden Aussagen beschreiben Gefühle und Eindrücke, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit jede Aussage für Sie zutrifft.

12. Ich habe oft den Eindruck nicht alles schaffen zu können.

☐ trifft gar nicht zu

☐ teils, teils

☐ trifft völlig zu

☐ überwiegend nicht

☐ eher ja

☐ eher nicht

☐ überwiegend ja

13. Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.

☐ trifft gar nicht zu

☐ teils, teils

☐ trifft völlig zu

☐ überwiegend nicht

☐ eher ja

☐ eher nicht

☐ überwiegend ja

14. Ich fühle mich manchmal machtlos.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

15. Ich befürchte, dass mich meine Arbeit emotional verhärtet.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

16. Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

17. Durch die Arbeit bin ich oft gereizt.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

18. Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

19. Ich muss mich manchmal zwingen, nicht grob zu einem Bewohner zu sein.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

20. Es kommt vor, dass mich die Arbeit seelisch zu stark belastet.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

21. Hin und wieder verliere ich bei der Arbeit die Geduld und werde ärgerlich.

☐ trifft gar nicht zu	☐ teils, teils	☐ trifft völlig zu
☐ überwiegend nicht	☐ eher ja	
☐ eher nicht	☐ überwiegend ja	

Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit. Zunächst geht es darum, wie oft bei Ihnen die folgenden körperlichen Beschwerden auftreten. Schildern Sie bitte nicht Ihre vielleicht nur heute vorhandenen Beschwerden, sondern die Beschwerden, die während der letzten Zeit auftraten. Kreuzen Sie bitte immer ein Antwortkästchen an, und zwar das, welches noch am ehesten für Sie zutrifft:

22. Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?

☐ fast täglich	☐ etwa 2x im Monat	☐ praktisch nie
☐ etwa 3x in der Woche	☐ etwa 2x im Jahr	

23. Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?

☐ fast täglich	☐ etwa 2x im Monat	☐ praktisch nie
☐ etwa 3x in der Woche	☐ etwa 2x im Jahr	

24. Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?

☐ fast täglich	☐ etwa 2x im Monat	☐ praktisch nie
☐ etwa 3x in der Woche	☐ etwa 2x im Jahr	

25. Ermüden Sie schnell?

☐ fast täglich	☐ etwa 2x im Monat	☐ praktisch nie
☐ etwa 3x in der Woche	☐ etwa 2x im Jahr	

Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt während der letzten Zeit ein?

26. Mein Gesundheitszustand ist...

☐ sehr gut	☐ teils, teils	☐ schlecht
☐ gut	☐ eher schlecht	

Bei der nächsten Frage bitte ich Sie, zu einer Aussage Stellung zu nehmen, die Ihre außerberufliche Situation betrifft. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen an, welches Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

27. Ich fühle mich oft als Außenseiter.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

28. Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z.B. durch Erholung, Sport,...)?

☐ voll und ganz	☐ teilweise
☐ weitgehend	☐ nein

Im Folgenden finden Sie Aussagen über Bedingungen der Pflegetätigkeit. Bitte überlegen Sie sich, ob die jeweiligen Aussagen auf Ihre jetzige Arbeitstätigkeit zutreffen. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die entsprechende Antwort an.

29. Es gibt zwischen Pflegekräften und der Wohnbereichs-/Pflegeleitung Konflikte und Spannungen.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

30. Ich kann gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen über Aufgaben für den Wohnbereich entscheiden.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

31. Ich werde von den Bewohnern wegen jeder Kleinigkeit gerufen.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

32. Es bestehen unter den Kolleginnen und Kollegen Spannungen und Konflikte.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

33. Ich kann selbst festlegen, was ich wann erledige.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

34. Ich kann Pausen selbst einteilen.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

35. Unter den Kolleginnen und Kollegen ist der Umgang fair.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

36. Das Verhältnis zwischen Pflegekräften und der Wohnbereichs-/Pflegeleitung ist fair.

☐ nein, gar nicht	☐ teils, teils	☐ ja, genau
☐ eher nein	☐ eher ja	

37. Die Aussichtslosigkeit auf Besserung des Zustands von Bewohnern belastet mich.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

38. Es gibt häufig schwierige Situationen durch die Aggressivität einzelner Bewohner.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

39. Es fehlen Möglichkeiten, die Schamgefühle der von mir betreuten Menschen respektieren zu können.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

40. Die Arbeit ist häufig wegen unbequemer (z.B. misstrauischer, kritischer) Bewohner zu schwierig.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

41. Der Umgang mit psychisch veränderten und dementen Bewohnern macht die Arbeit zu belastend.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

42. Ich stehe häufig unter Zeitdruck.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

43. Eine Pflegekraft ist für zu viele Heimbewohner zuständig.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

44. Es werden zu viele patientenferne Aufgaben verlangt (z.B. Organisation, Dokumentation).

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

45. Häufig muss die begonnene Arbeit unterbrochen werden, weil ich z.B. bei einer anderen Tätigkeit benötigt werde.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

46. Es gibt zwischen Pflegekräften und anderen Diensten (Ärzten, Therapeuten usw.) Konflikte und Spannungen.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

47. Mein/e Vorgesetzte/r zeigt Anerkennung, wenn einer von uns gute Arbeit leistet.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

Bei den nächsten Fragen bitte ich Sie, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen, die Ihre außerberufliche Situation betreffen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Antwortkästchen an, welches Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

48. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

49. Mit meiner finanziellen Situation bin ich zufrieden.

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

50. Ich kann in meiner Freizeit ausreichend entspannen (z.B. durch Sport, Musik).

☐ nein, gar nicht
☐ eher nein

☐ teils, teils
☐ eher ja

☐ ja, genau

Wie gehen Sie mit Stress um? Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie möglichst spontan.

51. Ich sage mir, dass Stress und Druck auch ihre guten Seiten haben.

☐ trifft gar nicht zu
☐ trifft eher nicht zu

☐ trifft eher zu
☐ trifft genau zu

52. Egal wie groß der Stress wird, ich würde niemals wegen Stress zu Alkohol oder Zigaretten greifen.

☐ trifft gar nicht zu
☐ trifft eher nicht zu

☐ trifft eher zu
☐ trifft genau zu

53. Ich mache mir schon vorher Gedanken, wie ich Zeitdruck vermeiden kann.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

54. Wenn ich mich überfordert fühle, gibt es Menschen, die mich wieder aufbauen.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

55. Ich sehe Stress und Druck als positive Herausforderung an.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

56. Auch wenn ich sehr unter Druck stehe, verliere ich meinen Humor nicht.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

57. Ich versuche Stress schon im Vorfeld zu vermeiden.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

58. Bei Stress und Druck finde ich Halt im Glauben.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

59. Gebete helfen mir dabei, mit Stress und Bedrohungen umzugehen.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

60. Egal wie schlimm es wird, ich vertraue auf höhere Mächte.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

61. Wenn mir alles zu viel wird, greife ich manchmal zur Flasche.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

62. Wenn ich unter Druck gerate, habe ich Menschen, die mir helfen.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

63. Ich tue alles, damit Stress erst gar nicht entsteht.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

64. Bei Stress und Druck entspanne ich mich abends mit einem Glas Wein oder Bier.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

65. Bei Stress und Druck finde ich Rückhalt bei meinem Partner oder einem guten Freund.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

66. Bei Stress und Druck konzentriere ich mich einfach auf das Positive.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

67. Bei Stress und Druck beseitige ich gezielt die Ursachen.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

68. Bei Stress und Druck erinnere ich mich daran, dass es höhere Werte im Leben gibt.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

69. Egal wie schlimm es wird, ich habe gute Freunde, auf die ich mich immer verlassen kann.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

70. Wenn ich zu viel Stress habe, rauche ich eine Zigarette.

☐
☐

trifft gar nicht zu
trifft eher nicht zu

☐
☐

trifft eher zu
trifft genau zu

Im folgenden Fragenteil finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

71. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

72. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

73. Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

74. Ich mag mich.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

75. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

76. Ich bin entschlossen.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

77. Ich nehme die Dinge wie sie kommen.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | nein, ich stimme überhaupt nicht zu |
| ☐ | stimme überwiegend nicht zu |
| ☐ | stimme eher nicht zu |
| ☐ | weder noch |

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | stimme eher zu |
| ☐ | stimme überwiegend zu |
| ☐ | ja, ich stimme völlig zu |

78. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | nein, ich stimme überhaupt nicht zu |
| ☐ | stimme überwiegend nicht zu |
| ☐ | stimme eher nicht zu |
| ☐ | weder noch |

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | stimme eher zu |
| ☐ | stimme überwiegend zu |
| ☐ | ja, ich stimme völlig zu |

79. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | nein, ich stimme überhaupt nicht zu |
| ☐ | stimme überwiegend nicht zu |
| ☐ | stimme eher nicht zu |
| ☐ | weder noch |

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | stimme eher zu |
| ☐ | stimme überwiegend zu |
| ☐ | ja, ich stimme völlig zu |

80. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | nein, ich stimme überhaupt nicht zu |
| ☐ | stimme überwiegend nicht zu |
| ☐ | stimme eher nicht zu |
| ☐ | weder noch |

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | stimme eher zu |
| ☐ | stimme überwiegend zu |
| ☐ | ja, ich stimme völlig zu |

81. Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | nein, ich stimme überhaupt nicht zu |
| ☐ | stimme überwiegend nicht zu |
| ☐ | stimme eher nicht zu |
| ☐ | weder noch |

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | stimme eher zu |
| ☐ | stimme überwiegend zu |
| ☐ | ja, ich stimme völlig zu |

82. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ☐ | nein, ich stimme überhaupt nicht zu |
| ☐ | stimme überwiegend nicht zu |
| ☐ | stimme eher nicht zu |
| ☐ | weder noch |

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | stimme eher zu |
| ☐ | stimme überwiegend zu |
| ☐ | ja, ich stimme völlig zu |

83. Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.

☐	nein, ich stimme überhaupt nicht zu	☐	stimme eher zu
☐	stimme überwiegend nicht zu	☐	stimme überwiegend zu
☐	stimme eher nicht zu	☐	ja, ich stimme völlig zu
☐	weder noch		

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Sie sind nun am Ende des Fragebogens angekommen. Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Unterstützung.

Katja Kaufmann

Anhang B: Diagramme und Tabellen zur Beschreibung der Stichprobe

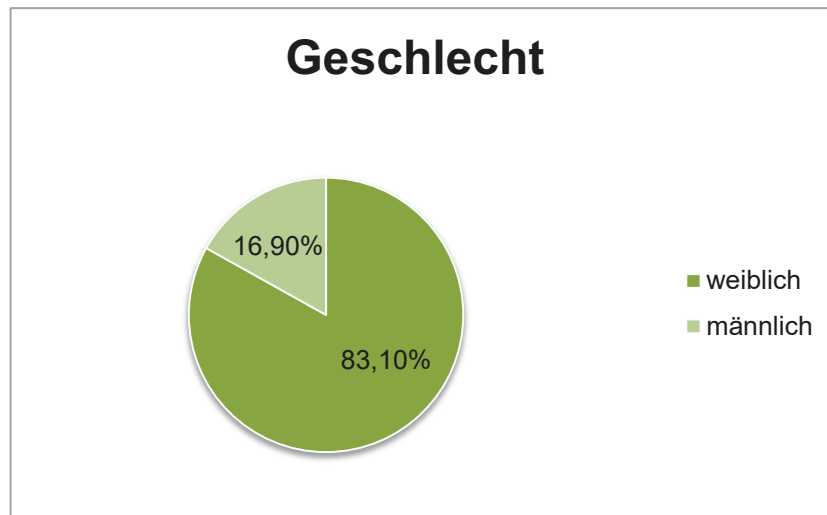


Diagramm 1: Geschlechterverteilung der Probanden

Tabelle B1: Ortsangabe

Ort	Häufigkeit	Prozent
Landkreis/Stadt Aschaffenburg	26	21,0
Landkreis Bad Kissingen	19	15,3
Landkreis Haßberge	15	12,1
Landkreis Kitzingen	3	2,4
Landkreis Main-Spessart	10	8,1
Landkreis Miltenberg	14	11,3
Landkreis Rhön-Grabfeld	9	7,3
Landkreis/Stadt Schweinfurt	13	10,5
Landkreis/Stadt Würzburg	15	12,1
Gesamt	124	100,0

Tabelle B2: Alterskategorien

Alter	Häufigkeit	Prozent
Bis 24 Jahre	8	6,5
25-34 Jahre	31	25,4
35-44 Jahre	26	21,0
45-54 Jahre	33	26,6
Älter als 55 Jahre	24	19,4
Fehlend	2	1,6
Gesamt	124	100,0

Tabelle B3: Angaben zum Familienstand

Familienstand	Häufigkeit	Prozent
ledig	29	23,4
verheiratet	58	46,8
geschieden	11	8,9
verwitwet	2	1,6
in einer Beziehung	23	18,5
Fehlend	1	0,8
Gesamt	124	100,0

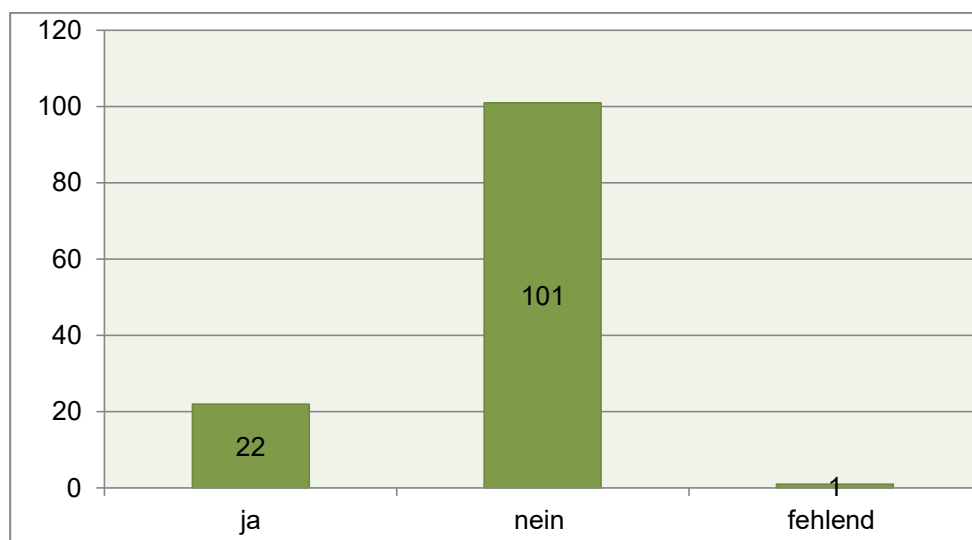


Diagramm 2: Angaben zu Kindern mit Betreuungsbedarf

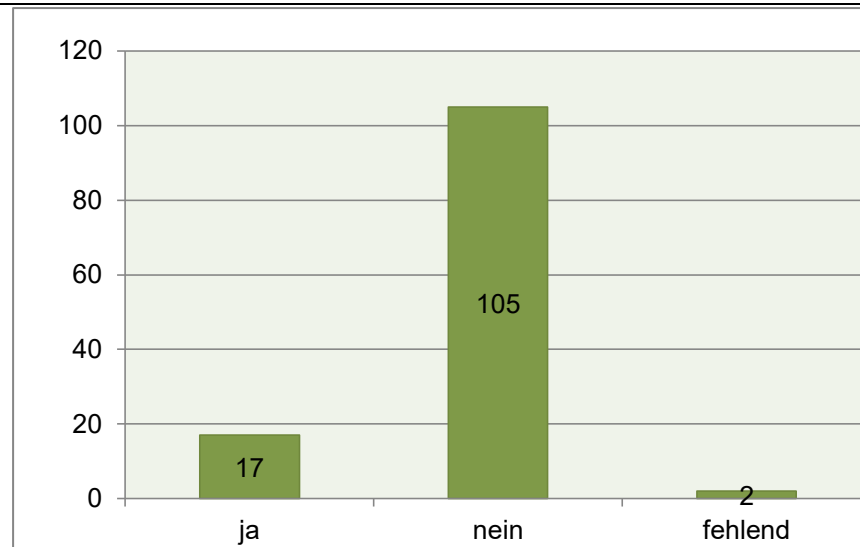


Diagramm 3: Pflege von Angehörigen neben der beruflichen Tätigkeit

Tabelle B4: Berufsausbildung

Berufsausbildung	Häufigkeit	Prozent
Pflegeausbildung mit Examen	106	85,5
Pflegehelfer	6	4,8
Betreuungskraft	4	3,2
keine	8	6,5
Gesamt	124	100,0

Tabelle B5: Erwerbssituation der Teilnehmenden

Erwerbssituation	Häufigkeit	Prozent
Vollzeit	78	62,9
Teilzeit bis 10 Std. je Woche	1	0,8
Teilzeit bis 20 Std. je Woche	8	6,5
Teilzeit bis 30 Std. je Woche	16	12,9
Teilzeit mit mehr als 30 Std. je Woche	17	13,7
Fehlend	4	3,2
Gesamt	124	100,0

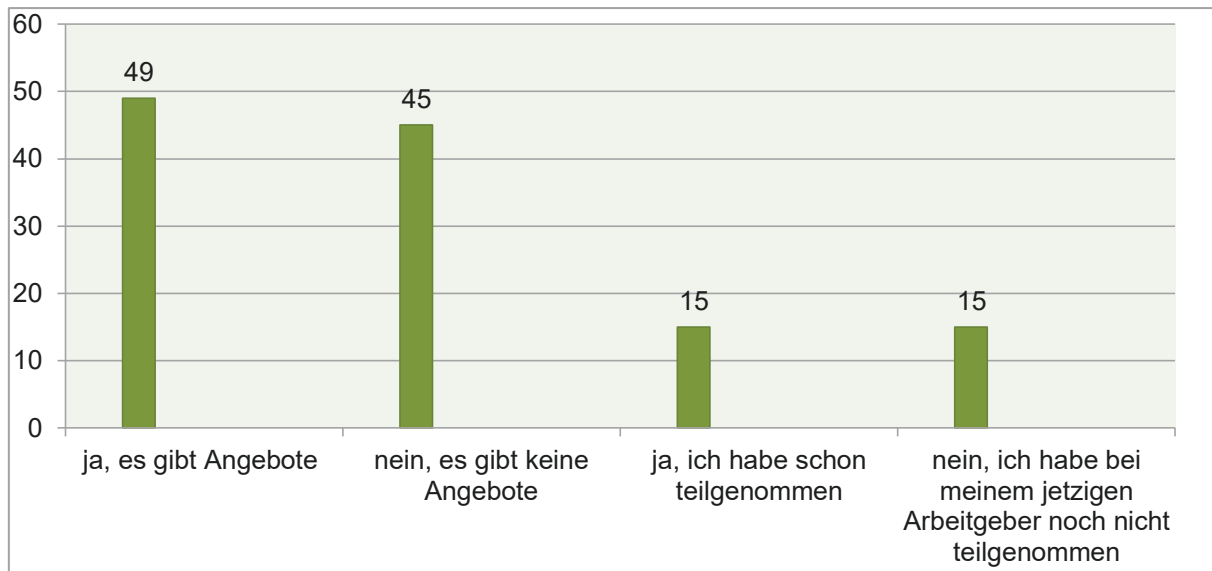


Diagramm 4: Präventionsangebote des Arbeitgebers

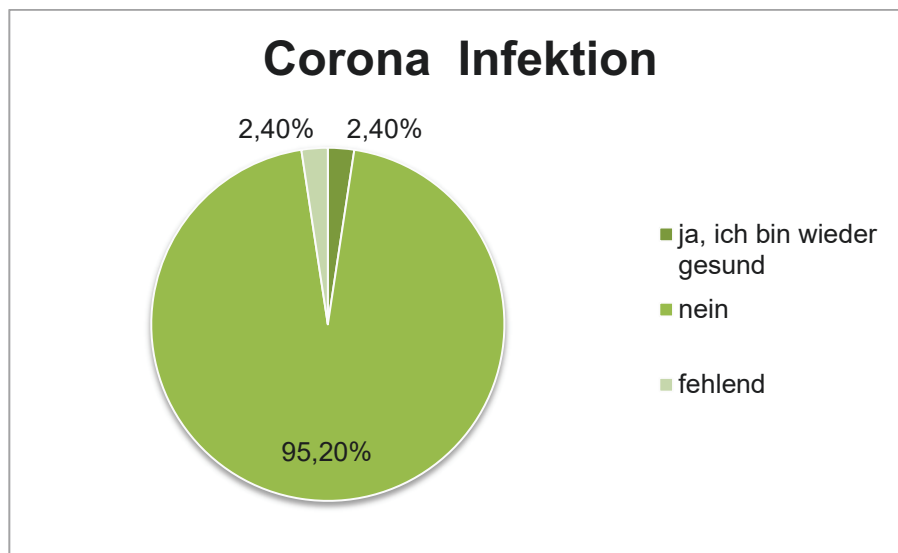


Diagramm 5: eigene Corona Infektion der Pflegekräfte

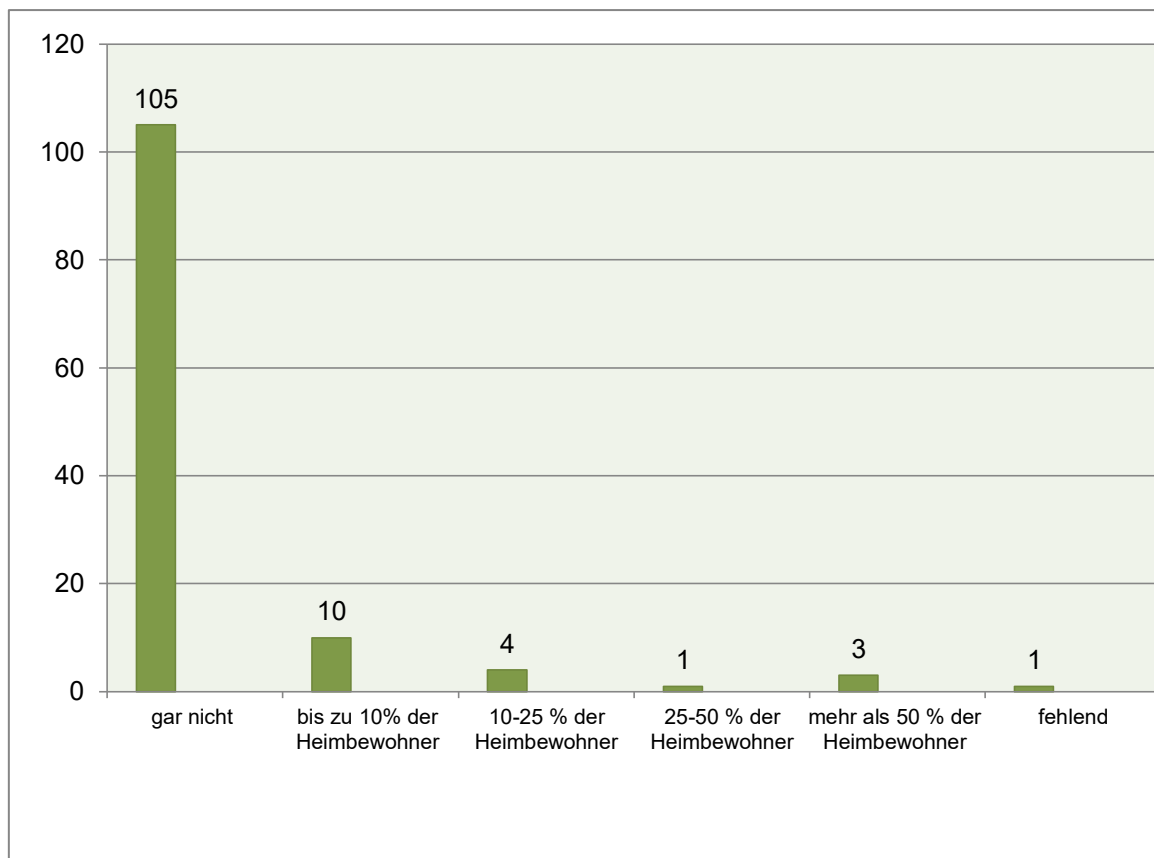


Diagramm 6: Anzahl der Corona Fälle bei den Heimbewohnern

Anhang C: Abbildungen

Abbildungung C1 Auswertungsmatrix BGW Psychische Belastung (eigene Darstellung)

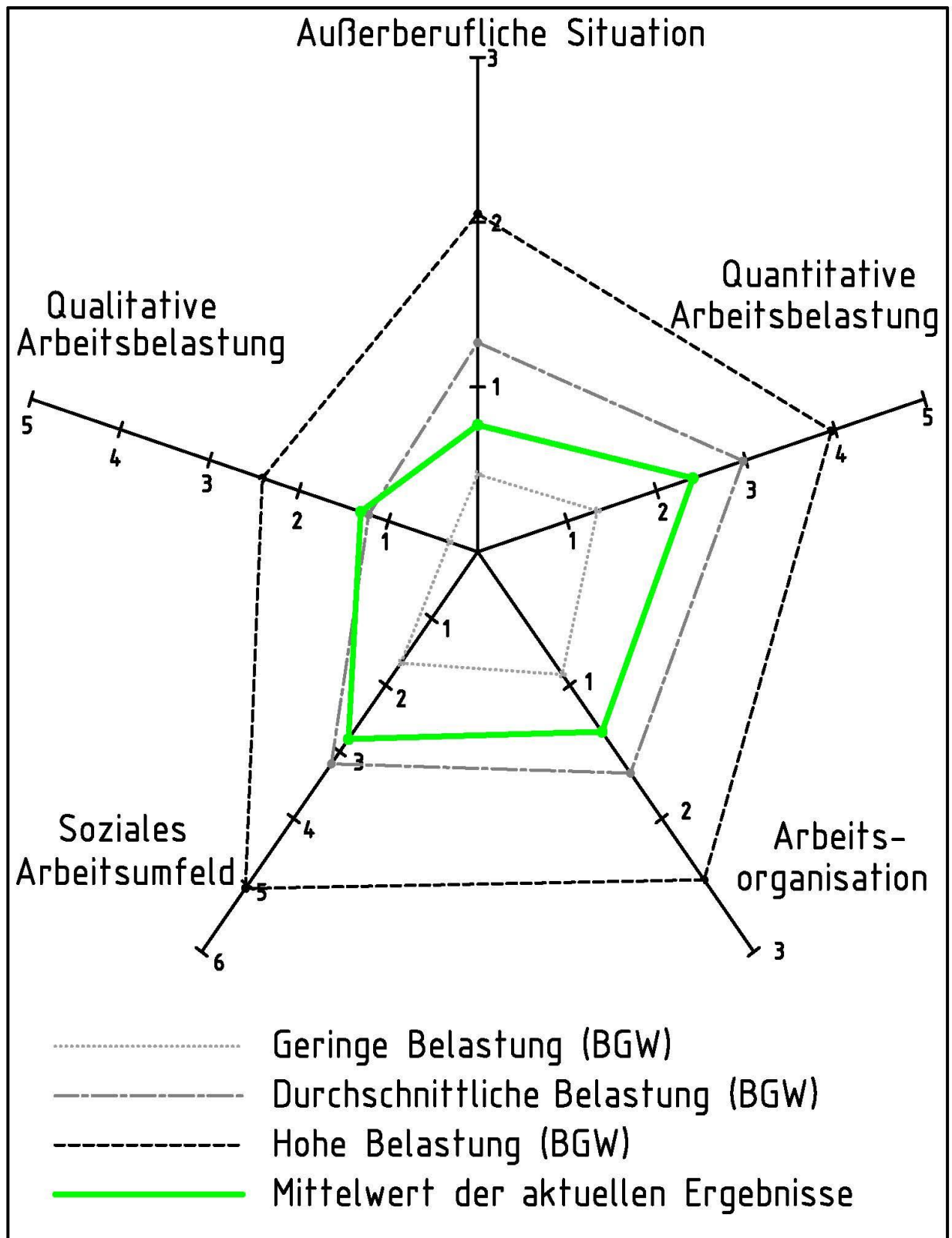
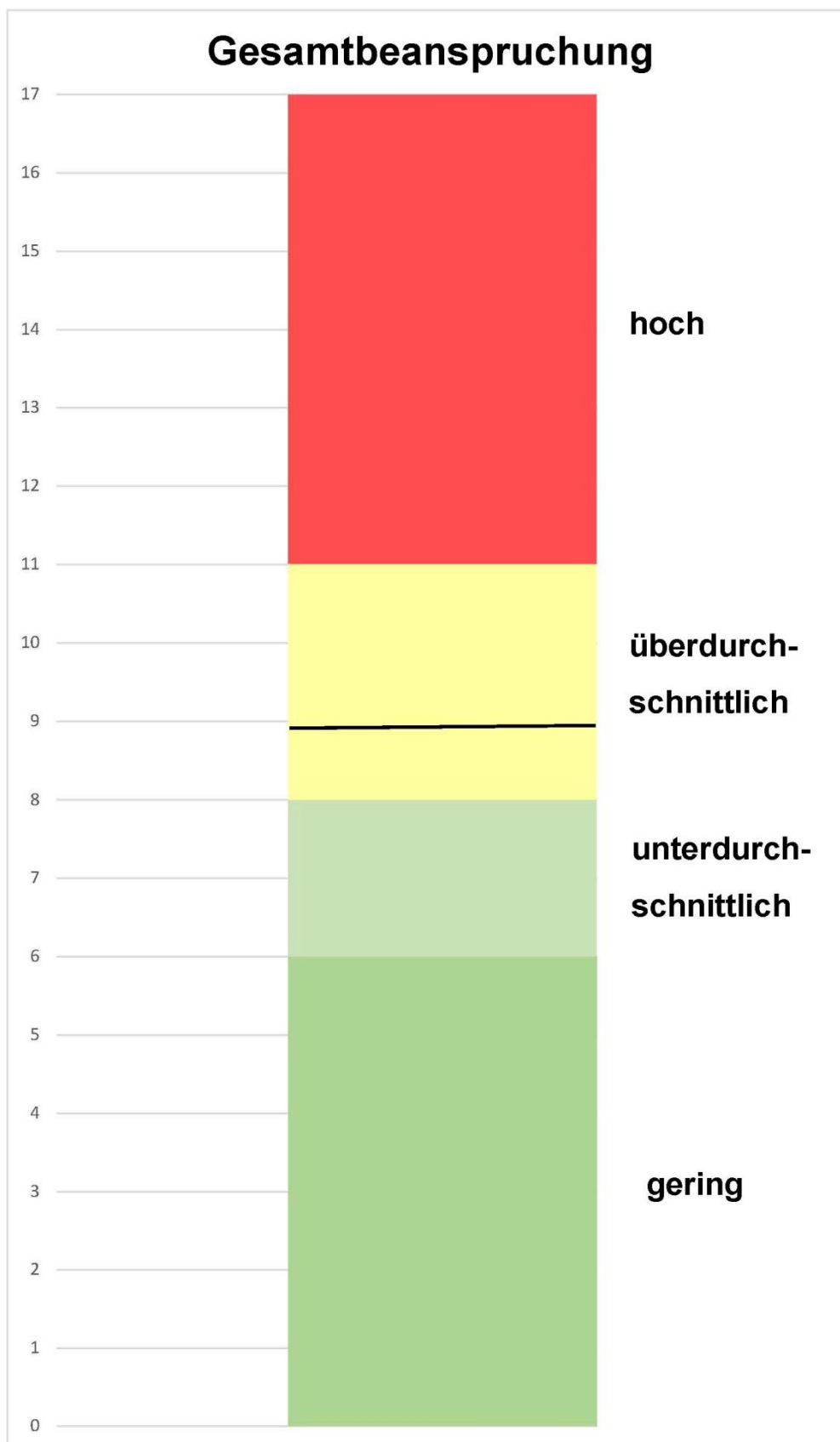
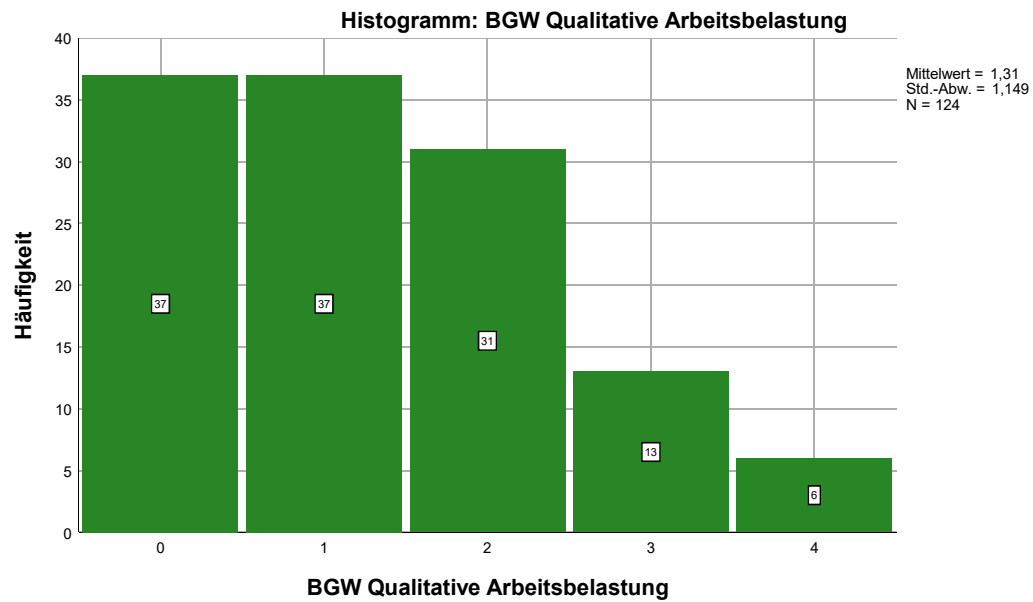


Abbildung C2 Beanspruchungsthermometer BGW (eigene Darstellung)

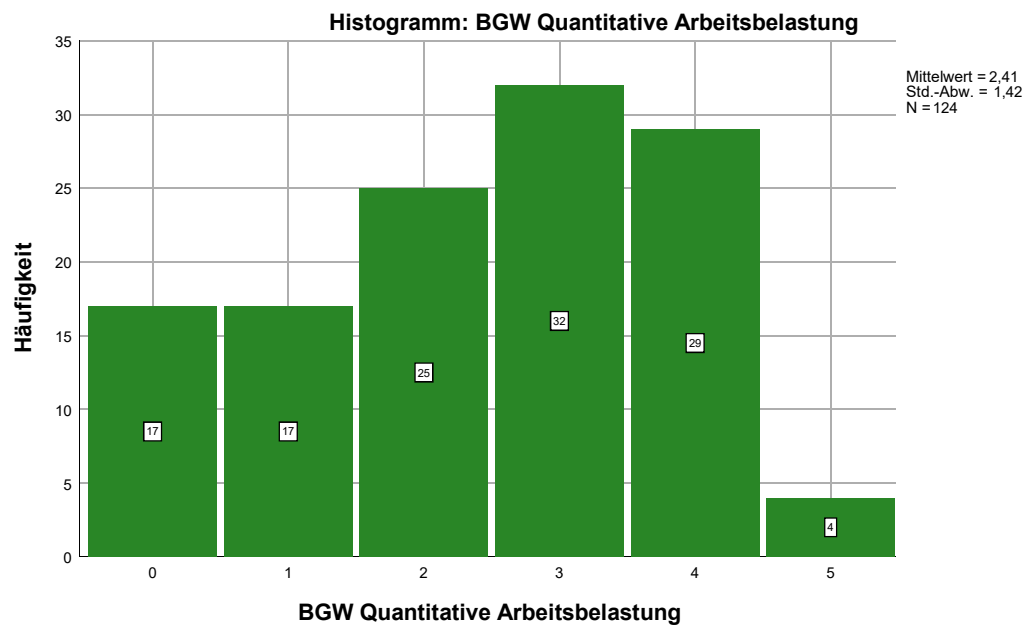


Histogramme

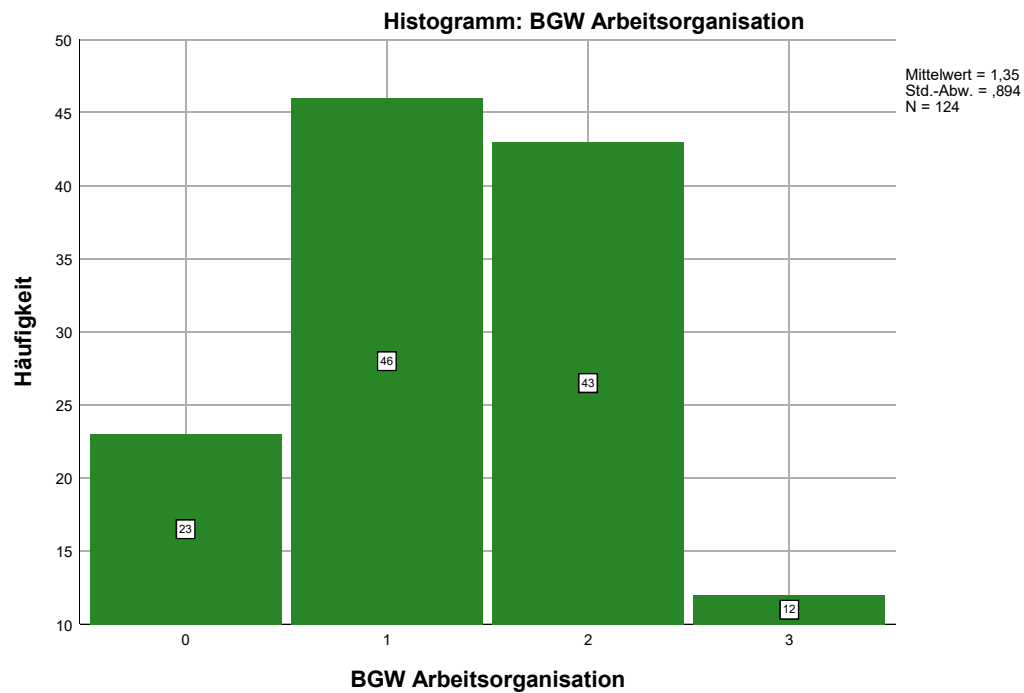
D1:



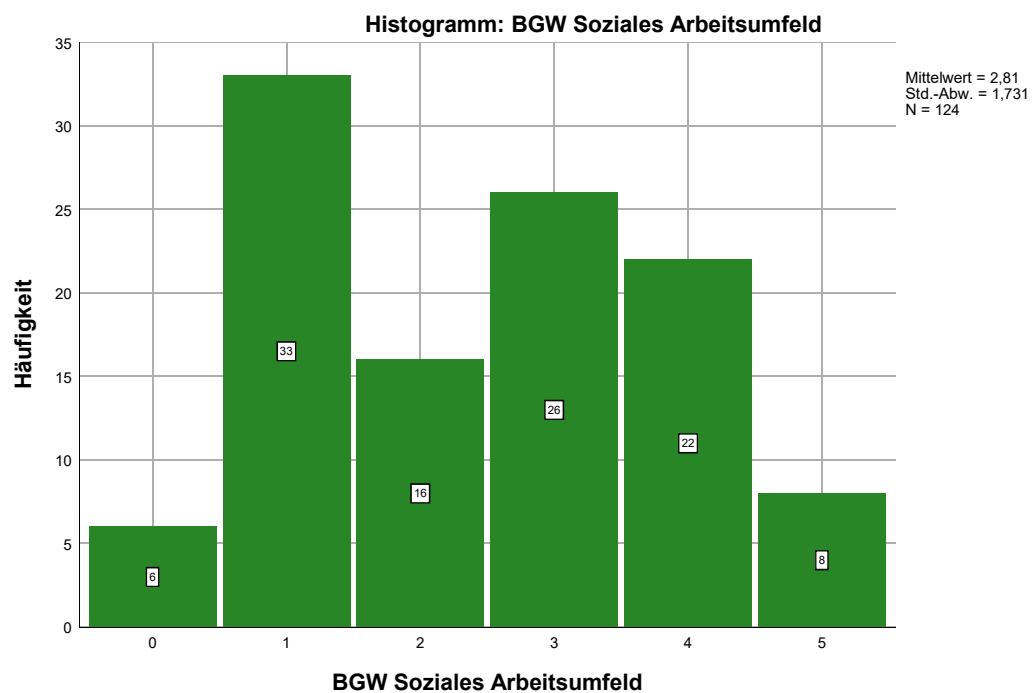
D2:



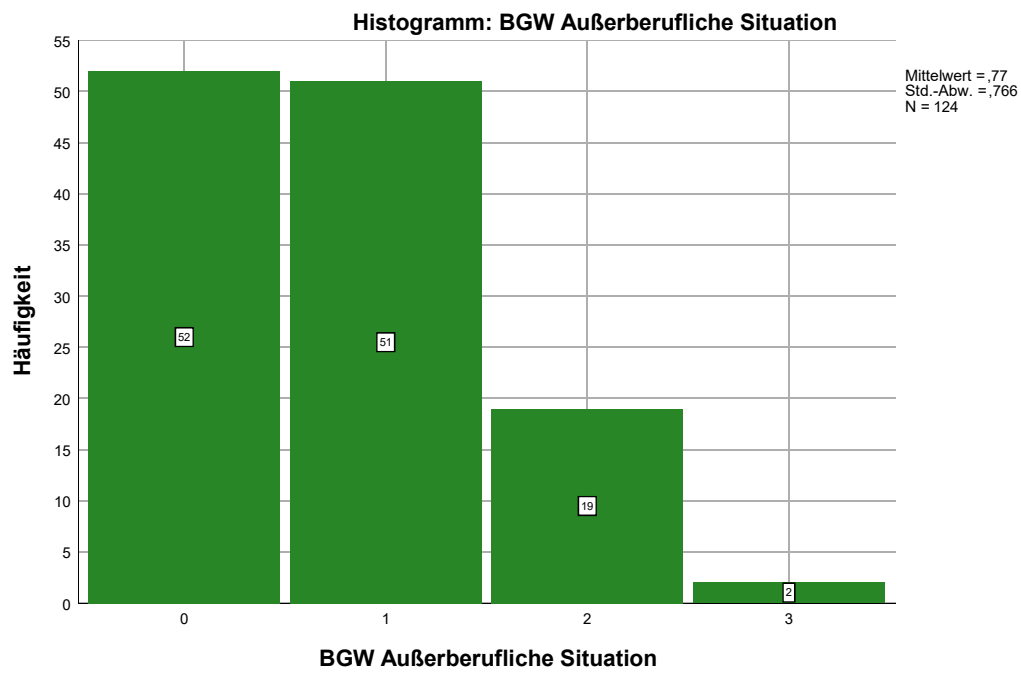
D3:



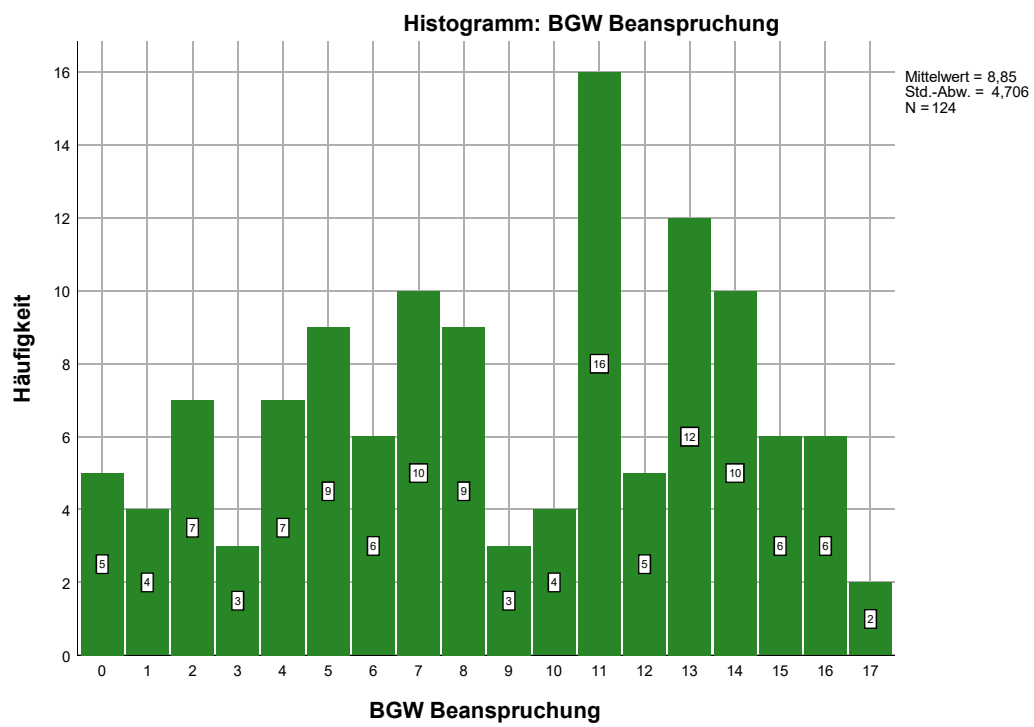
D4:



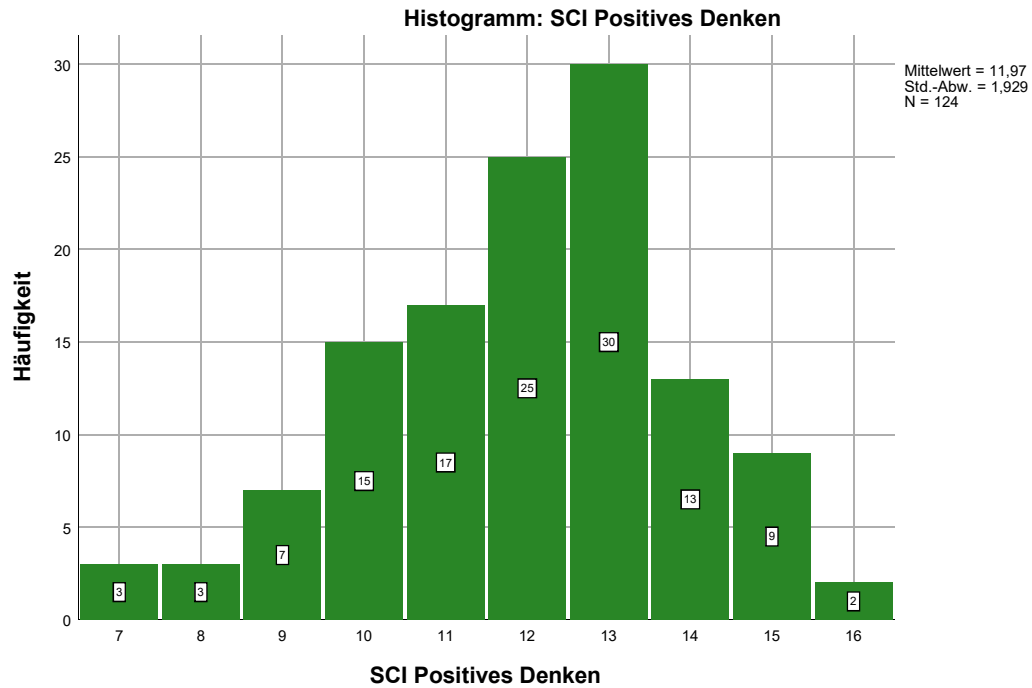
D5:



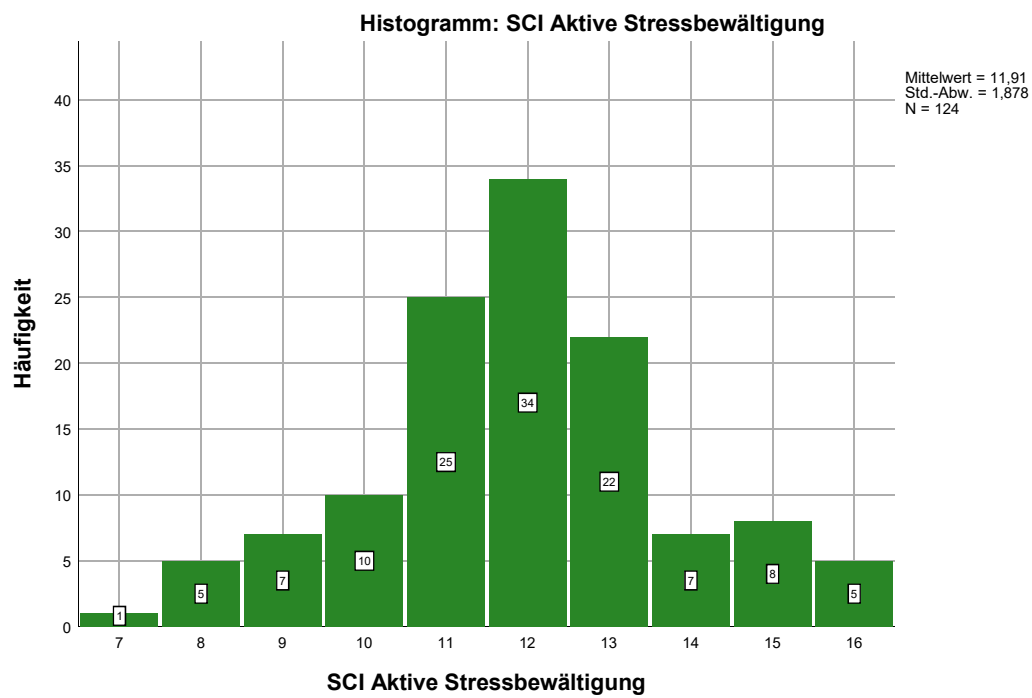
D6:



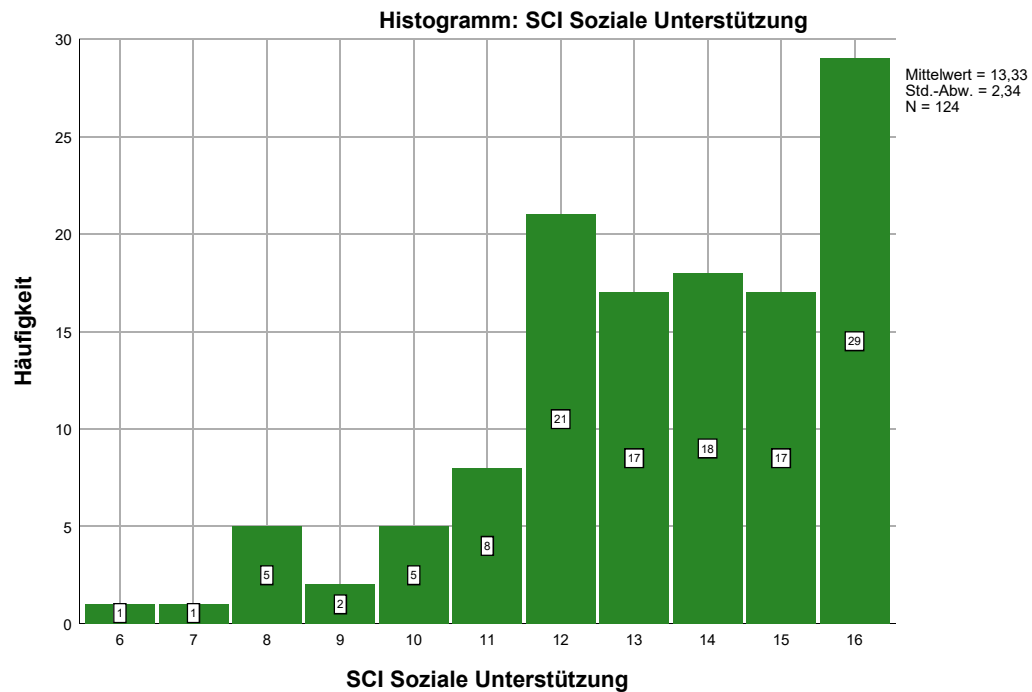
D7:



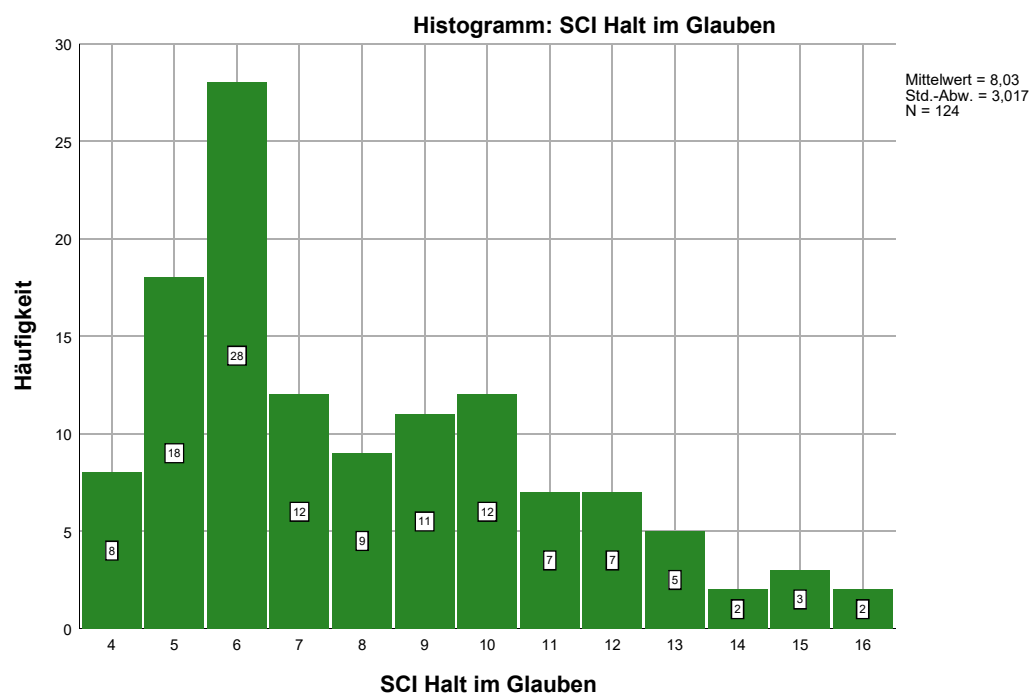
D8:



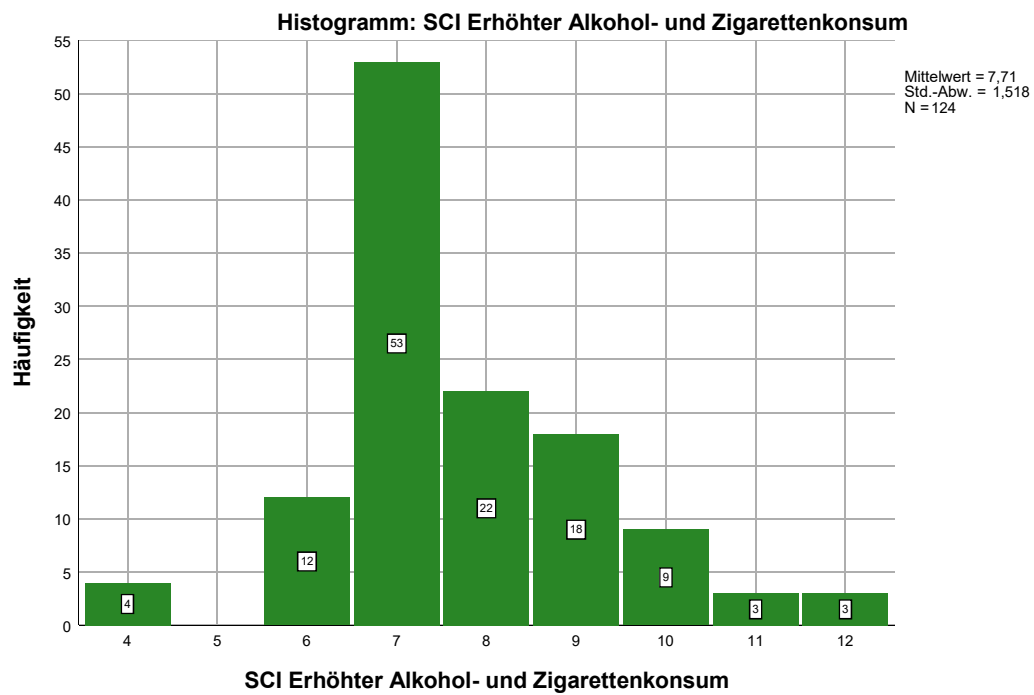
D9:



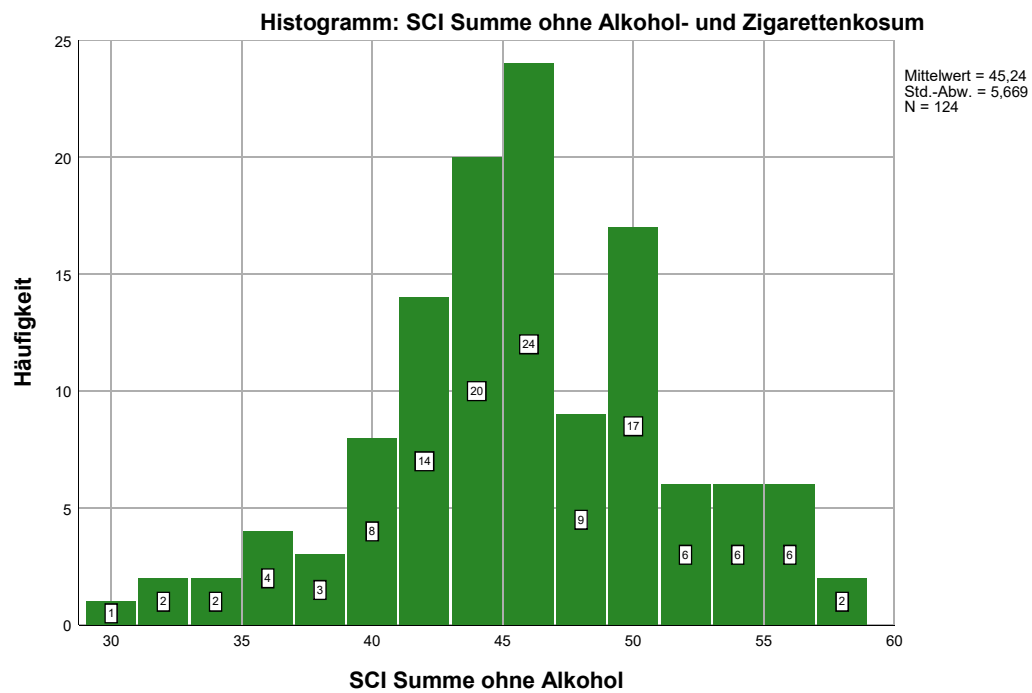
D10:



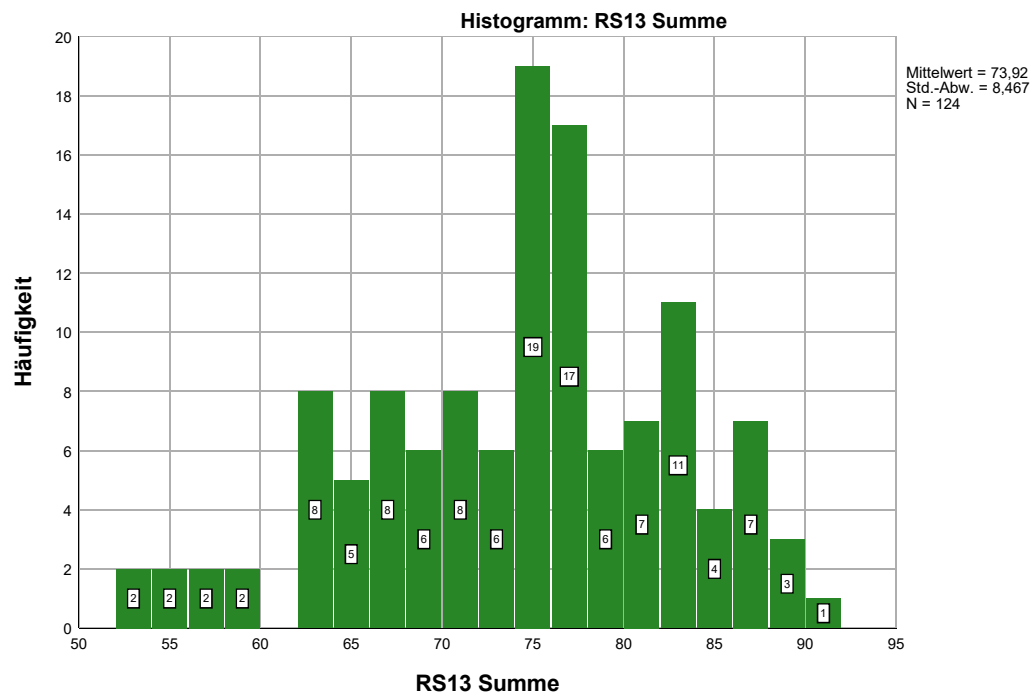
D11:



D12:



D13:



Statistiken/Boxplots

D14:

Statistiken

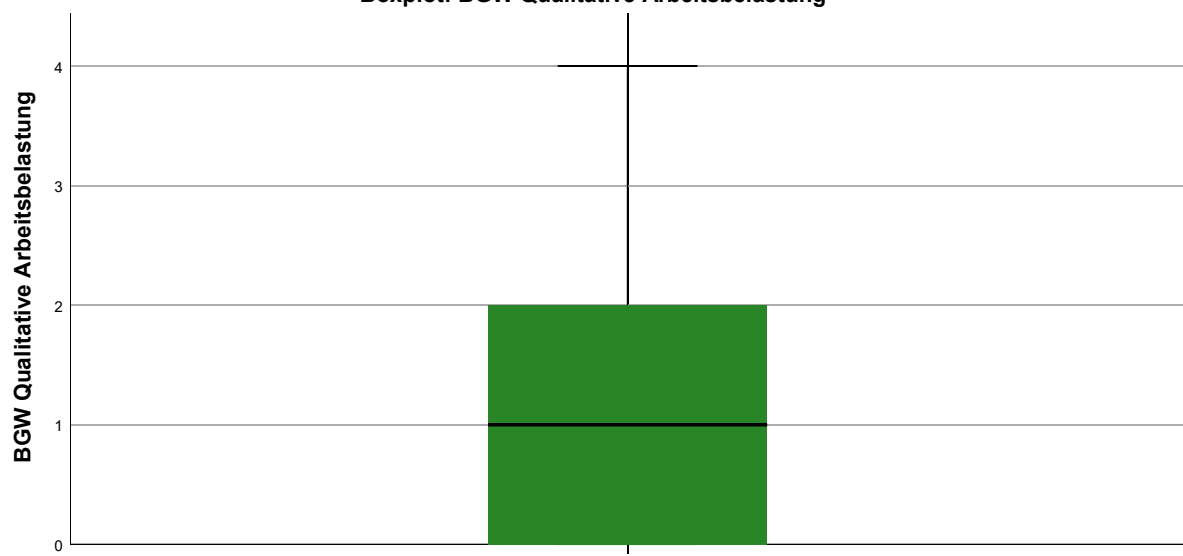
BGW Qualitative Arbeitsbelastung

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		1,31
Median		1,00
Perzentile	25	,00
	50	1,00
	75	2,00

BGW Qualitative Arbeitsbelastung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	37	29,8	29,8	29,8
	1	37	29,8	29,8	59,7
	2	31	25,0	25,0	84,7
	3	13	10,5	10,5	95,2
	4	6	4,8	4,8	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: BGW Qualitative Arbeitsbelastung



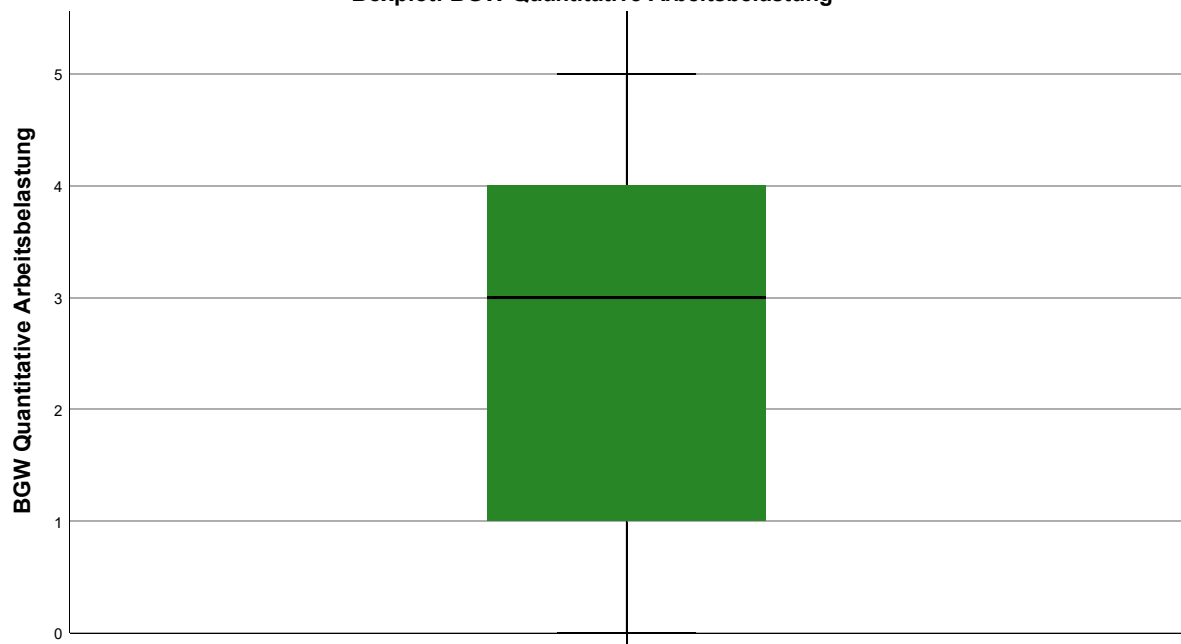
D15:**Statistiken**

BGW Quantitative Arbeitsbelastung

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		2,41
Median		3,00
Perzentile	25	1,00
	50	3,00
	75	4,00

BGW Quantitative Arbeitsbelastung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	17	13,7	13,7	13,7
	1	17	13,7	13,7	27,4
	2	25	20,2	20,2	47,6
	3	32	25,8	25,8	73,4
	4	29	23,4	23,4	96,8
	5	4	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: BGW Quantitative Arbeitsbelastung

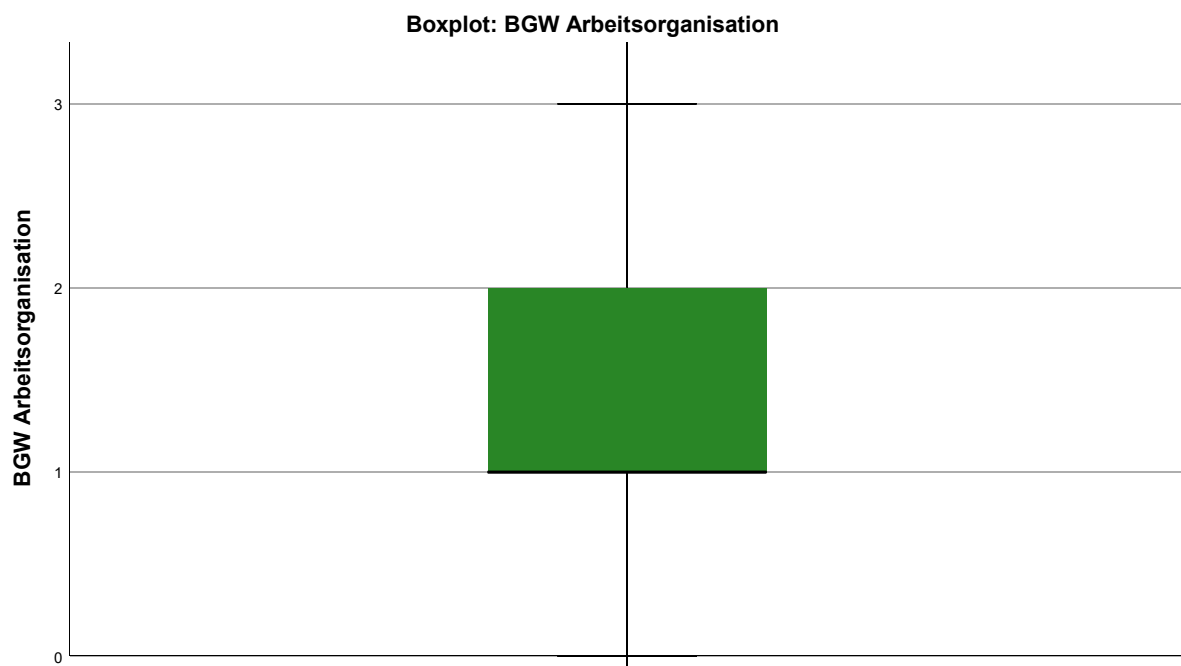
D16:**Statistiken**

BGW Arbeitsorganisation

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		1,35
Median		1,00
Perzentile	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

BGW Arbeitsorganisation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	23	18,5	18,5	18,5
	1	46	37,1	37,1	55,6
	2	43	34,7	34,7	90,3
	3	12	9,7	9,7	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	



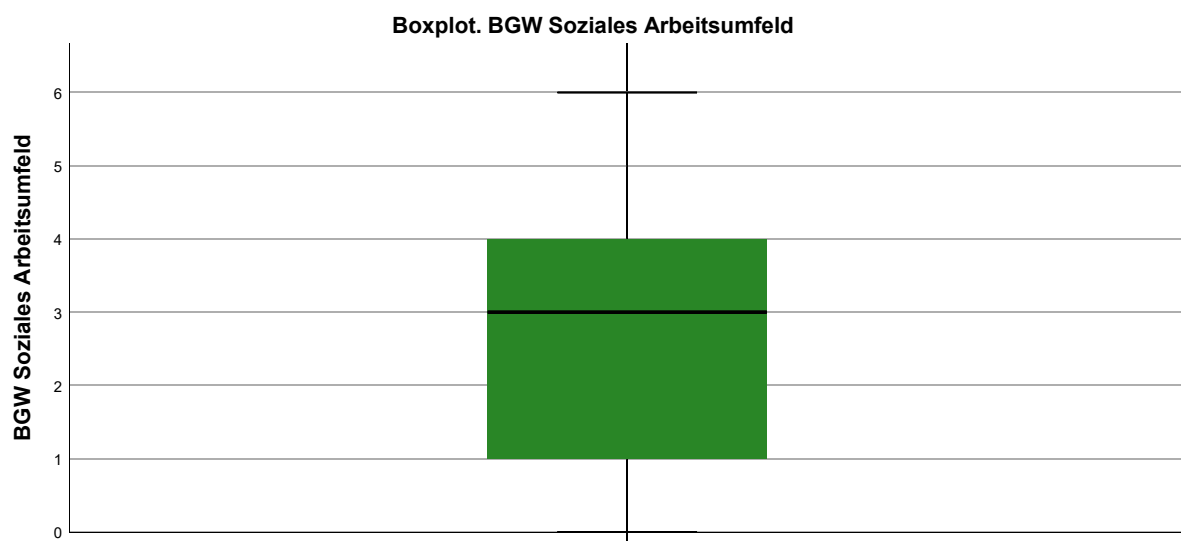
D17:**Statistiken**

BGW Soziales Arbeitsumfeld

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		2,81
Median		3,00
Perzentile	25	1,00
	50	3,00
	75	4,00

BGW Soziales Arbeitsumfeld

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	6	4,8	4,8	4,8
	1	33	26,6	26,6	31,5
	2	16	12,9	12,9	44,4
	3	26	21,0	21,0	65,3
	4	22	17,7	17,7	83,1
	5	8	6,5	6,5	89,5
	6	13	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	



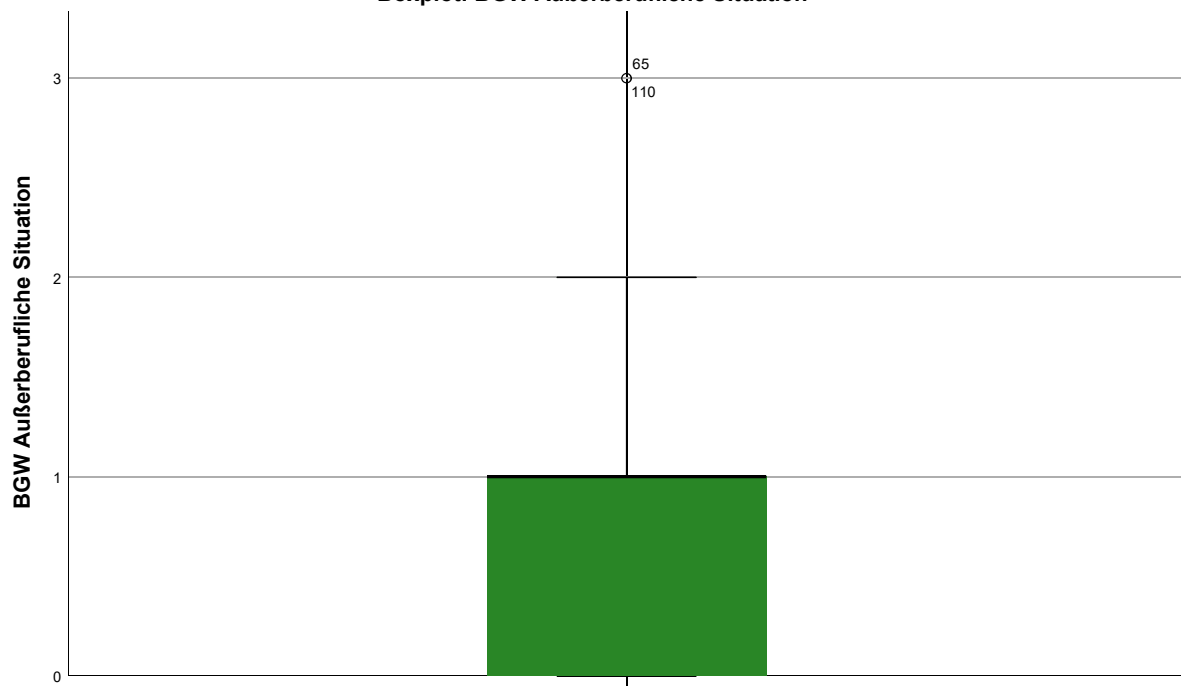
D18:**Statistiken**

BGW Außerberufliche Situation

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		,77
Median		1,00
Perzentile	25	,00
	50	1,00
	75	1,00

BGW Außerberufliche Situation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	52	41,9	41,9	41,9
	1	51	41,1	41,1	83,1
	2	19	15,3	15,3	98,4
	3	2	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: BGW Außerberufliche Situation

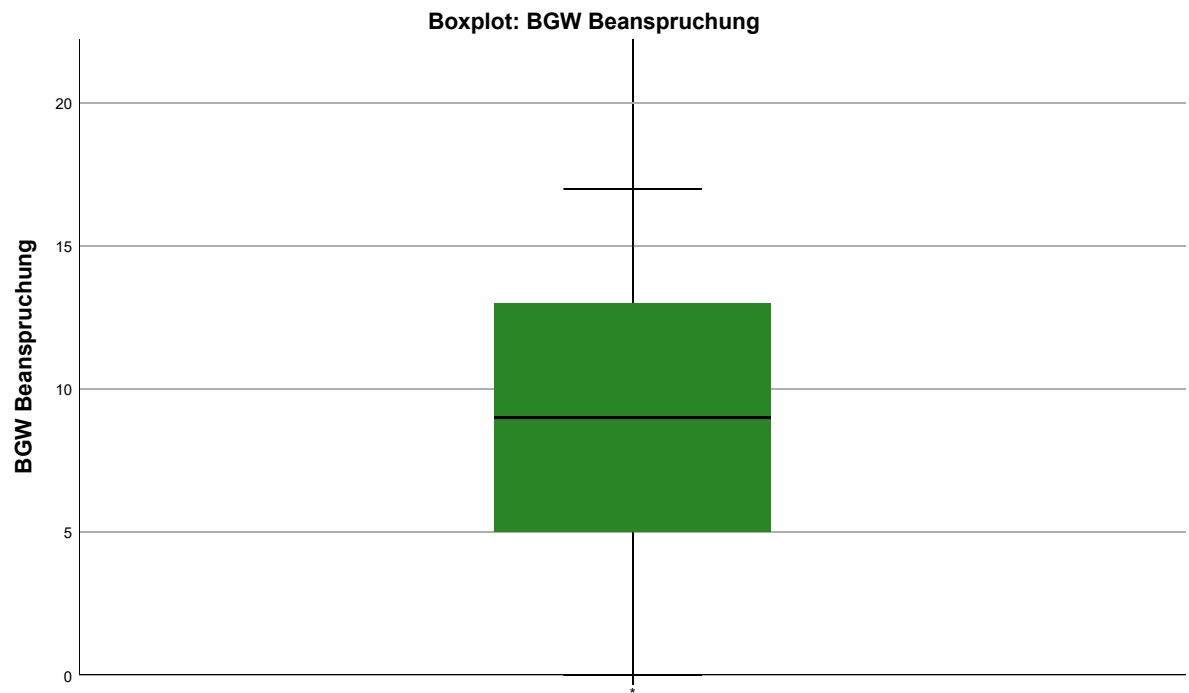
D19:**Statistiken**

BGW Beanspruchung

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		8,85
Median		9,00
Perzentile	25	5,00
	50	9,00
	75	13,00

BGW Beanspruchung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	5	4,0	4,0	4,0
	1	4	3,2	3,2	7,3
	2	7	5,6	5,6	12,9
	3	3	2,4	2,4	15,3
	4	7	5,6	5,6	21,0
	5	9	7,3	7,3	28,2
	6	6	4,8	4,8	33,1
	7	10	8,1	8,1	41,1
	8	9	7,3	7,3	48,4
	9	3	2,4	2,4	50,8
	10	4	3,2	3,2	54,0
	11	16	12,9	12,9	66,9
	12	5	4,0	4,0	71,0
	13	12	9,7	9,7	80,6
	14	10	8,1	8,1	88,7
	15	6	4,8	4,8	93,5
	16	6	4,8	4,8	98,4
	17	2	1,6	1,6	100,0
Gesamt		124	100,0	100,0	



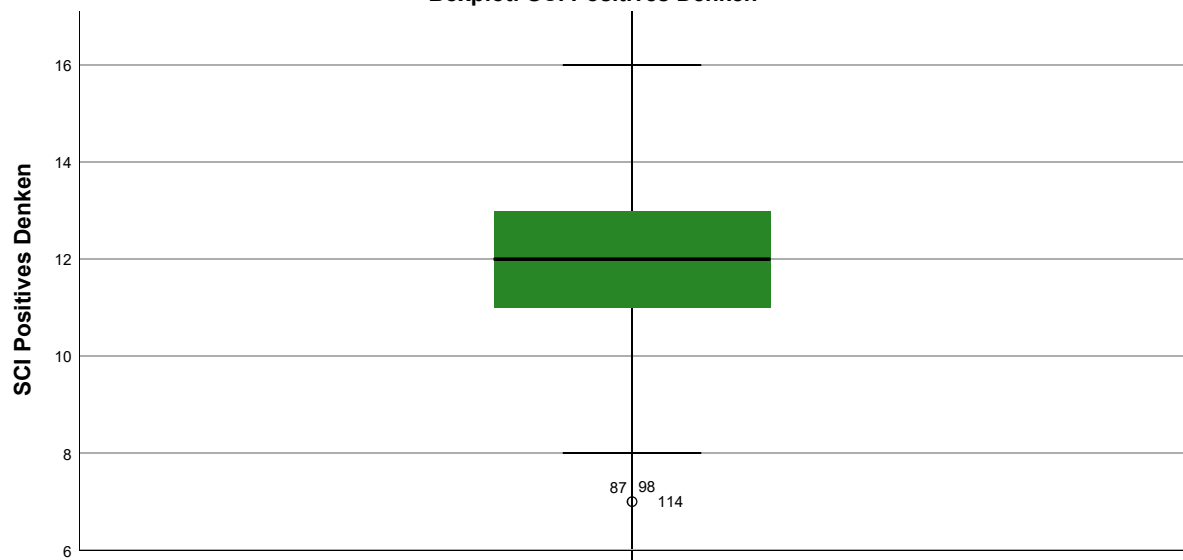
D20:**Statistiken**

SCI Positives Denken

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		11,97
Median		12,00
Perzentile	25	11,00
	50	12,00
	75	13,00

SCI Positives Denken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	7	3	2,4	2,4	2,4
	8	3	2,4	2,4	4,8
	9	7	5,6	5,6	10,5
	10	15	12,1	12,1	22,6
	11	17	13,7	13,7	36,3
	12	25	20,2	20,2	56,5
	13	30	24,2	24,2	80,6
	14	13	10,5	10,5	91,1
	15	9	7,3	7,3	98,4
	16	2	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: SCI Positives Denken

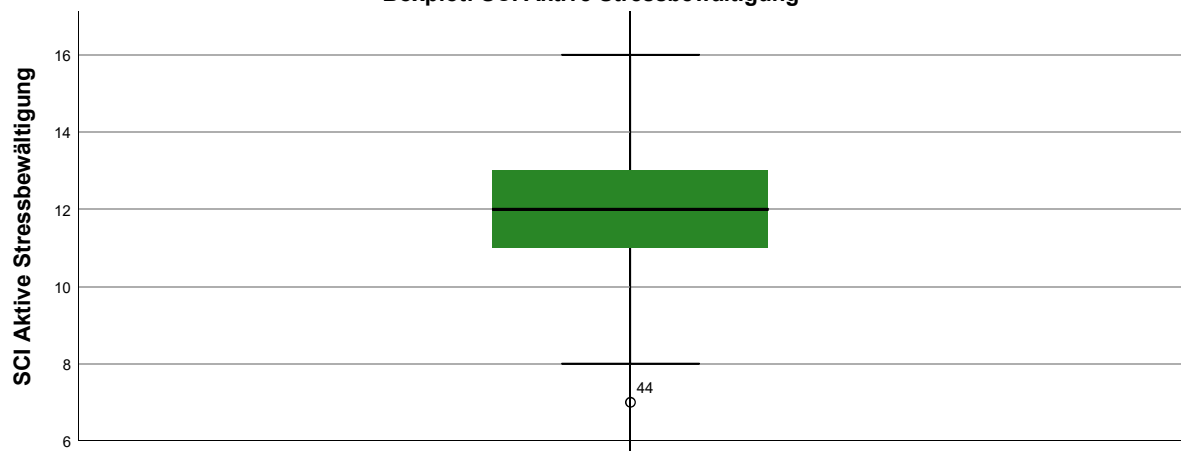
D21:**Statistiken**

SCI Aktive Stressbewältigung

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		11,91
Median		12,00
Perzentile	25	11,00
	50	12,00
	75	13,00

SCI Aktive Stressbewältigung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	7	1	,8	,8	,8
	8	5	4,0	4,0	4,8
	9	7	5,6	5,6	10,5
	10	10	8,1	8,1	18,5
	11	25	20,2	20,2	38,7
	12	34	27,4	27,4	66,1
	13	22	17,7	17,7	83,9
	14	7	5,6	5,6	89,5
	15	8	6,5	6,5	96,0
	16	5	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: SCI Aktive Stressbewältigung

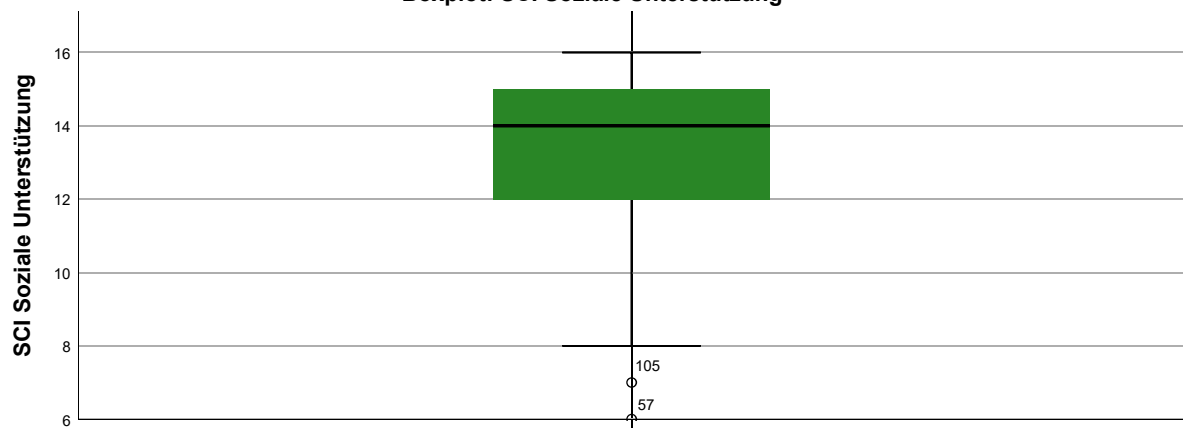
D22:**Statistiken**

SCI Soziale Unterstützung

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		13,33
Median		14,00
Perzentile	25	12,00
	50	14,00
	75	15,00

SCI Soziale Unterstützung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	6	1	,8	,8	,8
	7	1	,8	,8	1,6
	8	5	4,0	4,0	5,6
	9	2	1,6	1,6	7,3
	10	5	4,0	4,0	11,3
	11	8	6,5	6,5	17,7
	12	21	16,9	16,9	34,7
	13	17	13,7	13,7	48,4
	14	18	14,5	14,5	62,9
	15	17	13,7	13,7	76,6
	16	29	23,4	23,4	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: SCI Soziale Unterstützung

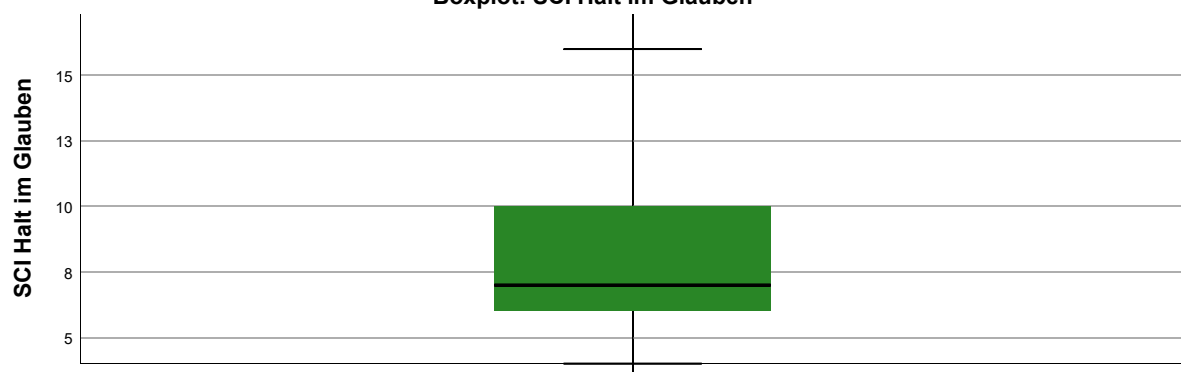
D23:**Statistiken**

SCI Halt im Glauben

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		8,03
Median		7,00
Perzentile	25	6,00
	50	7,00
	75	10,00

SCI Halt im Glauben

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	4	8	6,5	6,5	6,5
	5	18	14,5	14,5	21,0
	6	28	22,6	22,6	43,5
	7	12	9,7	9,7	53,2
	8	9	7,3	7,3	60,5
	9	11	8,9	8,9	69,4
	10	12	9,7	9,7	79,0
	11	7	5,6	5,6	84,7
	12	7	5,6	5,6	90,3
	13	5	4,0	4,0	94,4
	14	2	1,6	1,6	96,0
	15	3	2,4	2,4	98,4
	16	2	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: SCI Halt im Glauben

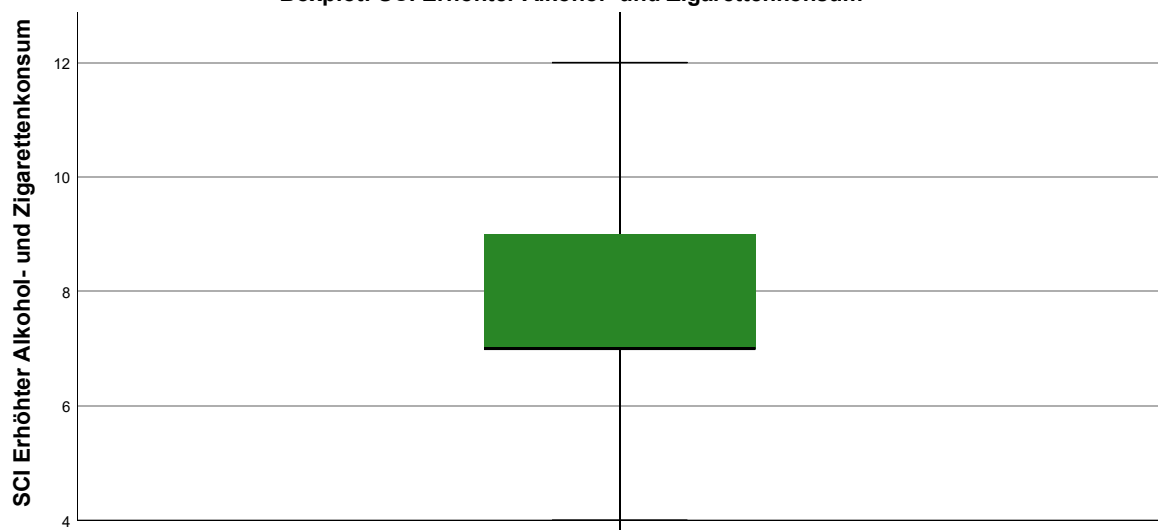
D24:**Statistiken**

SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		7,71
Median		7,00
Perzentile	25	7,00
	50	7,00
	75	9,00

SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	4	4	3,2	3,2	3,2
	6	12	9,7	9,7	12,9
	7	53	42,7	42,7	55,6
	8	22	17,7	17,7	73,4
	9	18	14,5	14,5	87,9
	10	9	7,3	7,3	95,2
	11	3	2,4	2,4	97,6
	12	3	2,4	2,4	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	

Boxplot: SCI Erhöhter Alkohol- und Zigarettenkonsum

D25:**Statistiken**

SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum

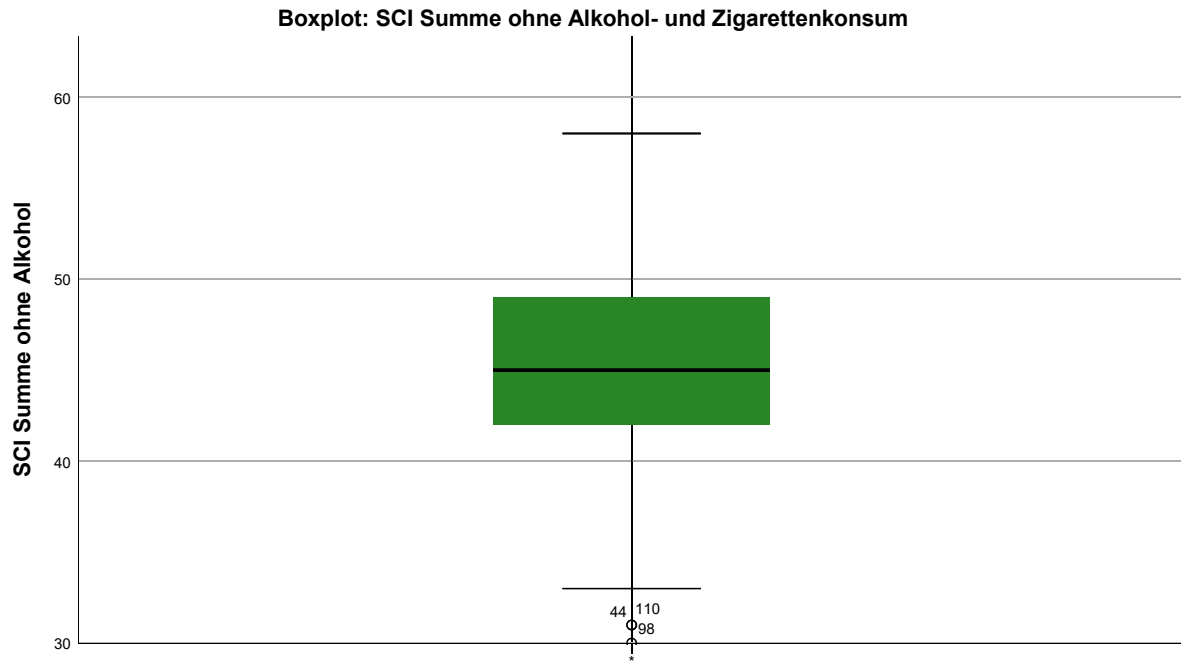
N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		45,24
Median		45,00
Perzentile	25	42,00
	50	45,00
	75	49,00

SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	30	1	,8	,8	,8
	31	2	1,6	1,6	2,4
	33	2	1,6	1,6	4,0
	35	4	3,2	3,2	7,3
	38	3	2,4	2,4	9,7
	39	2	1,6	1,6	11,3
	40	6	4,8	4,8	16,1
	41	7	5,6	5,6	21,8
	42	7	5,6	5,6	27,4
	43	12	9,7	9,7	37,1
	44	8	6,5	6,5	43,5
	45	16	12,9	12,9	56,5
	46	8	6,5	6,5	62,9
	47	4	3,2	3,2	66,1
	48	5	4,0	4,0	70,2
	49	13	10,5	10,5	80,6
	50	4	3,2	3,2	83,9
	51	4	3,2	3,2	87,1
	52	2	1,6	1,6	88,7
	53	4	3,2	3,2	91,9
	54	2	1,6	1,6	93,5
	55	1	,8	,8	94,4
	56	5	4,0	4,0	98,4

SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
57	1	,8	,8	99,2
58	1	,8	,8	100,0
Gesamt	124	100,0	100,0	

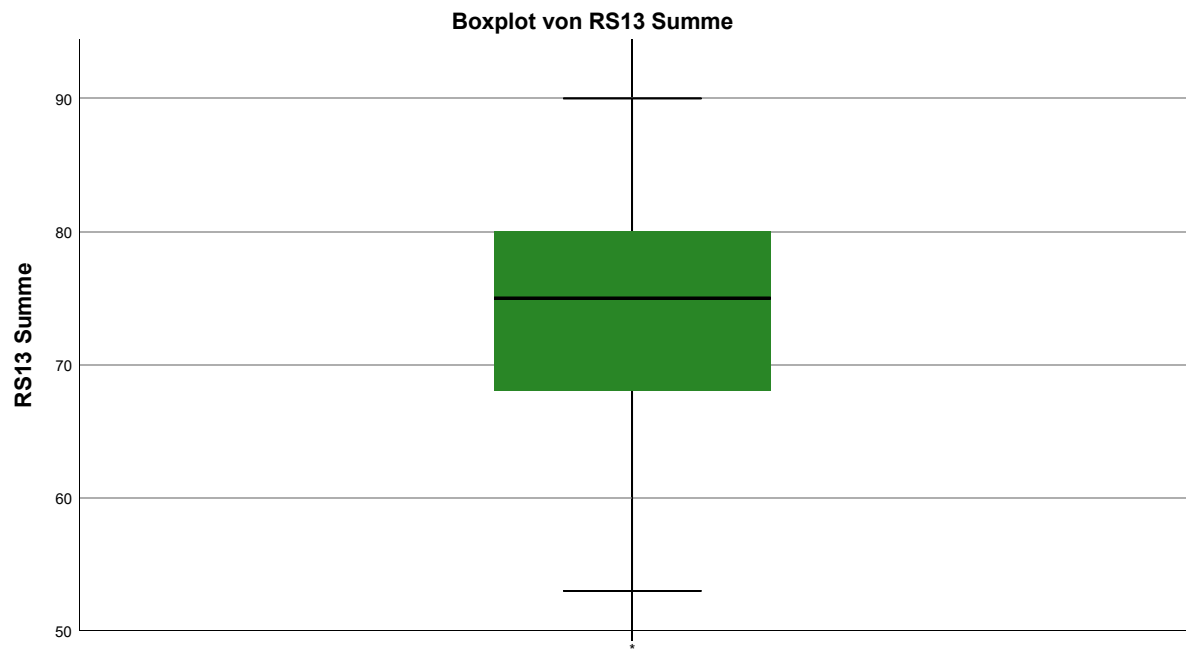
**D26:****Statistiken**

RS13 Summe

N	Gültig	124
	Fehlend	0
Mittelwert		73,92
Median		75,00
Perzentile	25	68,00
	50	75,00
	75	80,00

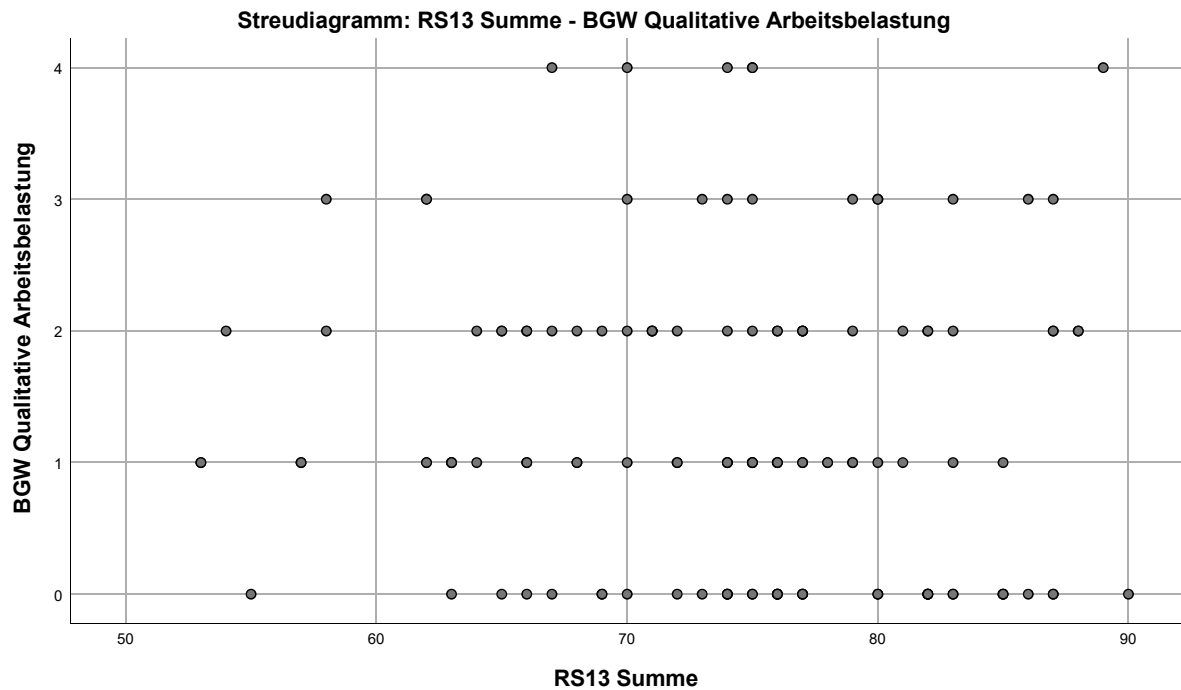
RS13 Summe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	53	2	1,6	1,6	1,6
	54	1	,8	,8	2,4
	55	1	,8	,8	3,2
	57	2	1,6	1,6	4,8
	58	2	1,6	1,6	6,5
	62	4	3,2	3,2	9,7
	63	4	3,2	3,2	12,9
	64	2	1,6	1,6	14,5
	65	3	2,4	2,4	16,9
	66	5	4,0	4,0	21,0
	67	3	2,4	2,4	23,4
	68	3	2,4	2,4	25,8
	69	3	2,4	2,4	28,2
	70	5	4,0	4,0	32,3
	71	3	2,4	2,4	34,7
	72	4	3,2	3,2	37,9
	73	2	1,6	1,6	39,5
	74	9	7,3	7,3	46,8
	75	10	8,1	8,1	54,8
	76	9	7,3	7,3	62,1
	77	8	6,5	6,5	68,5
	78	2	1,6	1,6	70,2
	79	4	3,2	3,2	73,4
	80	5	4,0	4,0	77,4
	81	2	1,6	1,6	79,0
	82	6	4,8	4,8	83,9
	83	5	4,0	4,0	87,9
	85	4	3,2	3,2	91,1
	86	2	1,6	1,6	92,7
	87	5	4,0	4,0	96,8
	88	2	1,6	1,6	98,4
	89	1	,8	,8	99,2
	90	1	,8	,8	100,0
	Gesamt	124	100,0	100,0	



Streudiagramme/Korrelationen nach Pearson

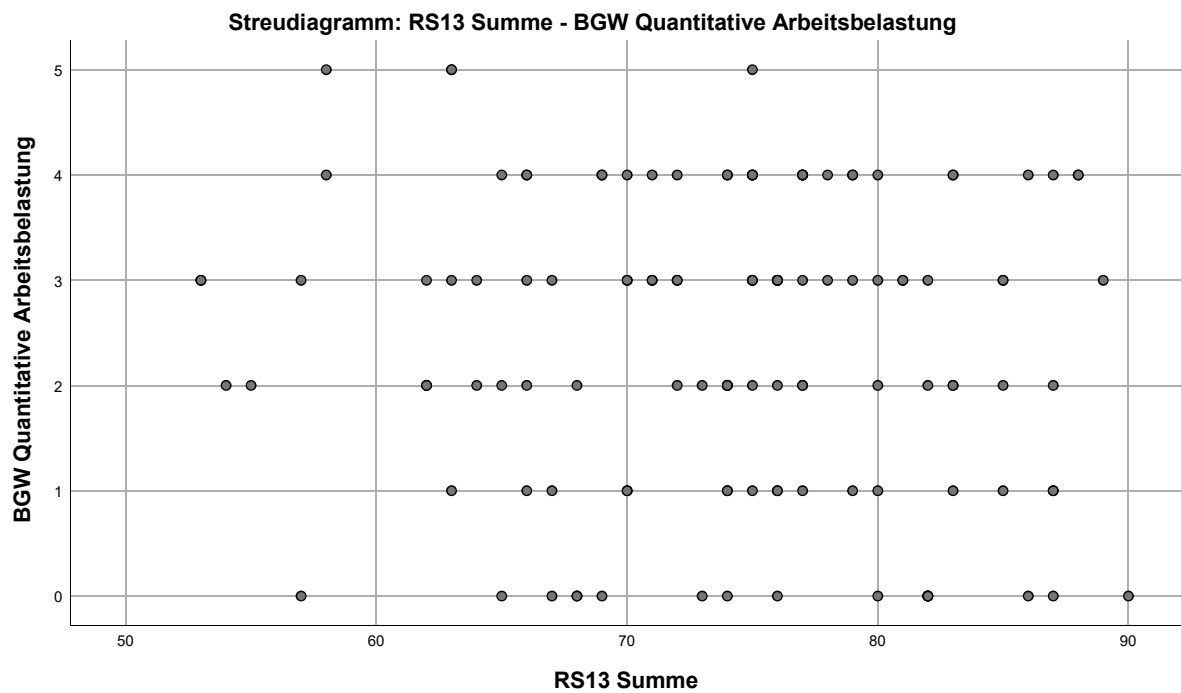
D27:



Korrelationen

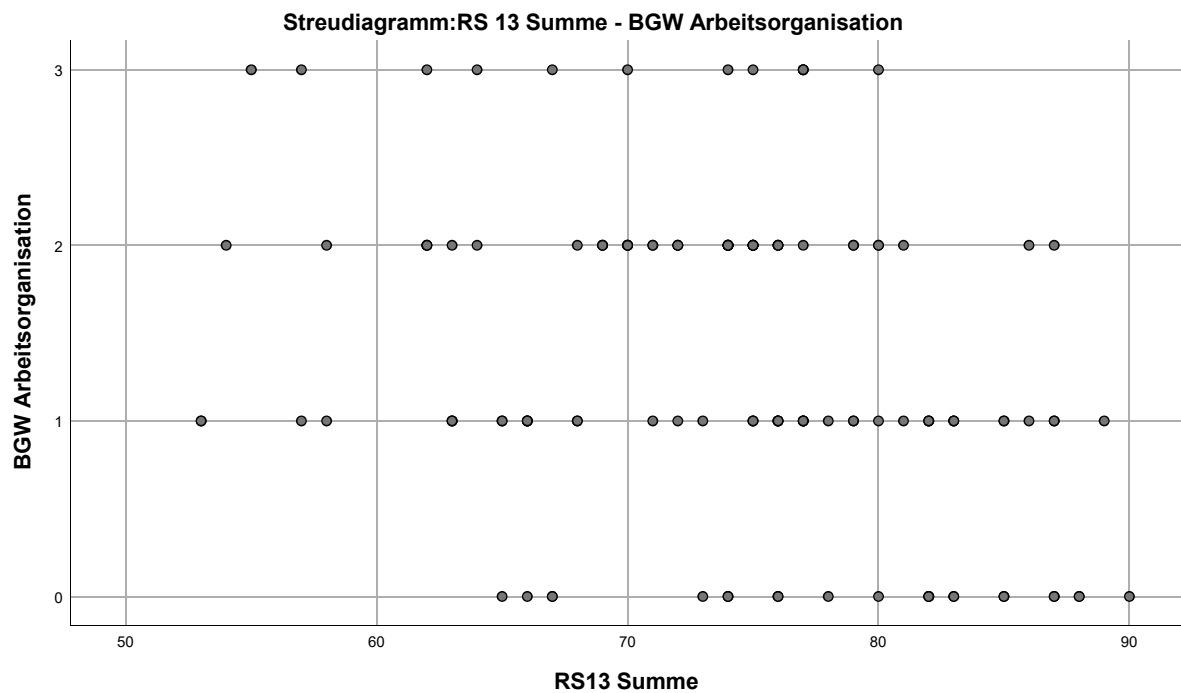
		RS13 Summe	BGW Qualitative Arbeitsbelastung
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	1	-,058
	Signifikanz (1-seitig)		,260
	N	124	124
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	Korrelation nach Pearson	-,058	1
	Signifikanz (1-seitig)	,260	
	N	124	124

D28:



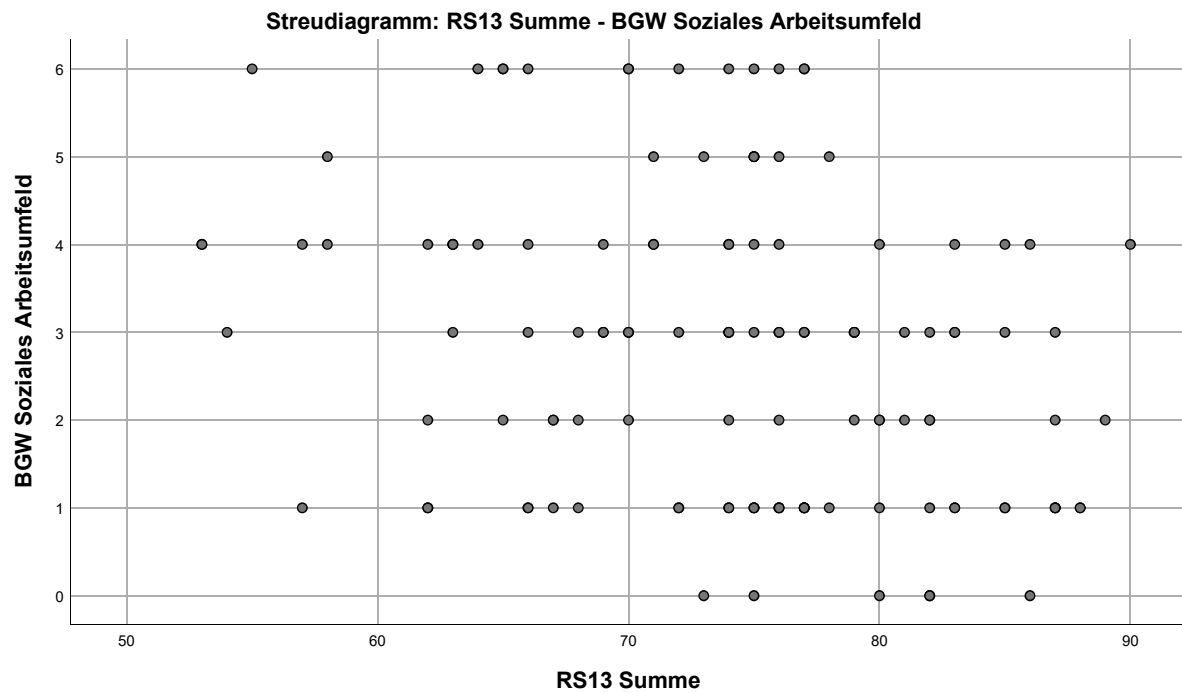
Korrelationen

		RS13 Summe	BGW Quantitative Arbeitsbelastung
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	1	-,094
	Signifikanz (1-seitig)		,150
	N	124	124
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	Korrelation nach Pearson	-,094	1
	Signifikanz (1-seitig)	,150	
	N	124	124

D29:**Korrelationen**

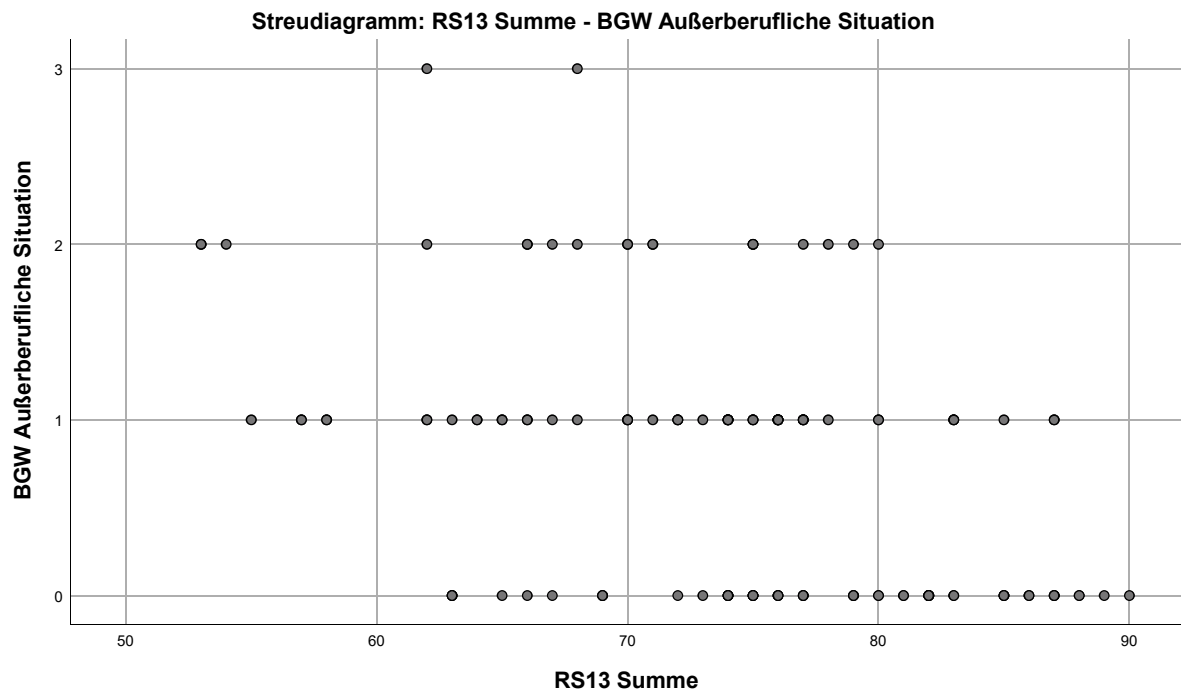
		RS13 Summe	BGW Arbeitsorganisation
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	1	-,313 **
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
BGW Arbeitsorganisation	Korrelation nach Pearson	-,313 **	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D30:**Korrelationen**

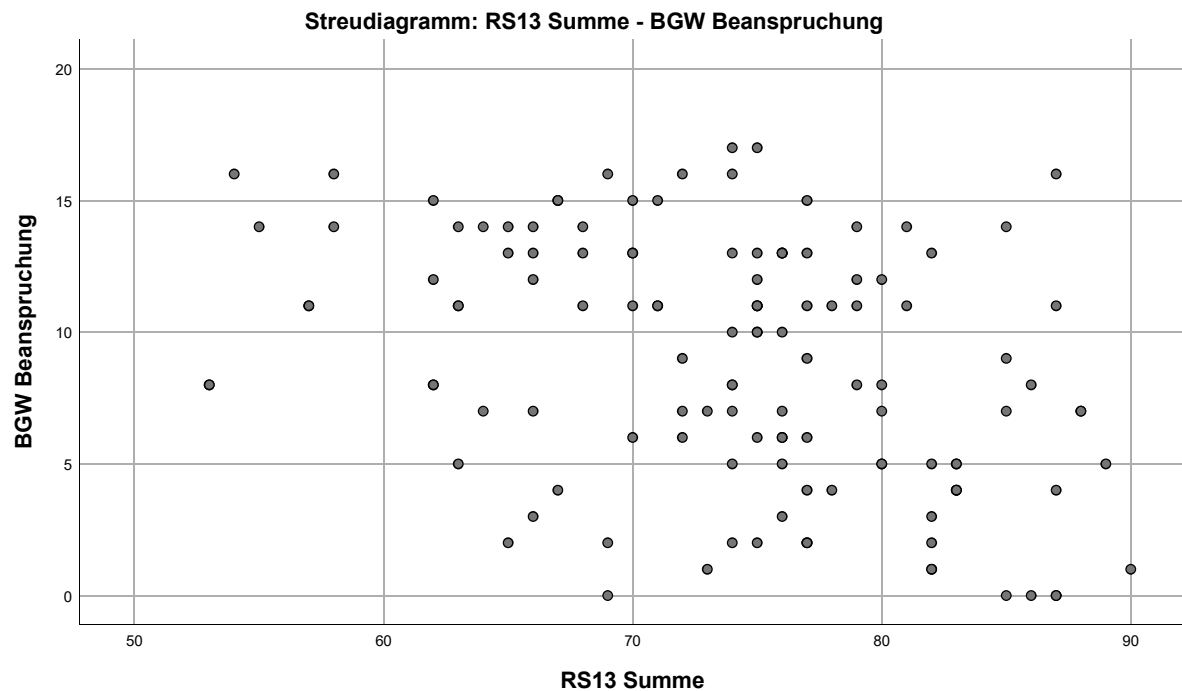
		RS13 Summe	BGW Soziales Arbeitsumfeld
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	1	-,308**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
BGW Soziales Arbeitsumfeld	Korrelation nach Pearson	-,308**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D31:**Korrelationen**

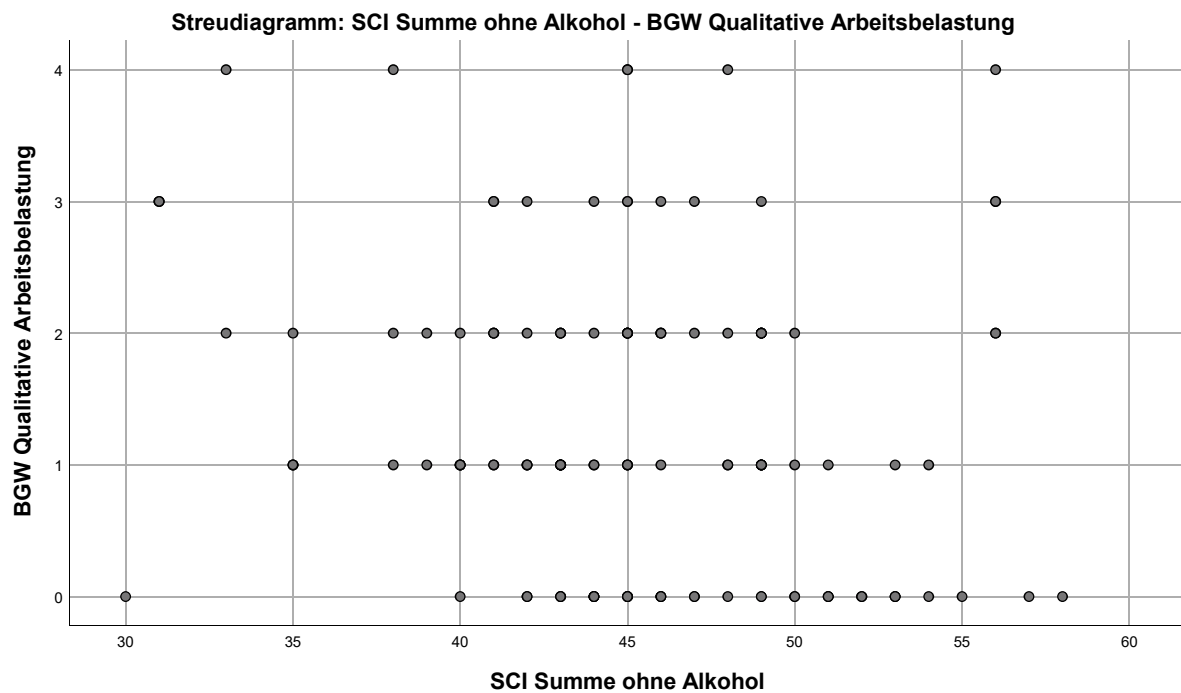
		RS13 Summe	BGW Außerberufliche Situation
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	1	-,427**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
BGW Außerberufliche Situation	Korrelation nach Pearson	-,427**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D32:**Korrelationen**

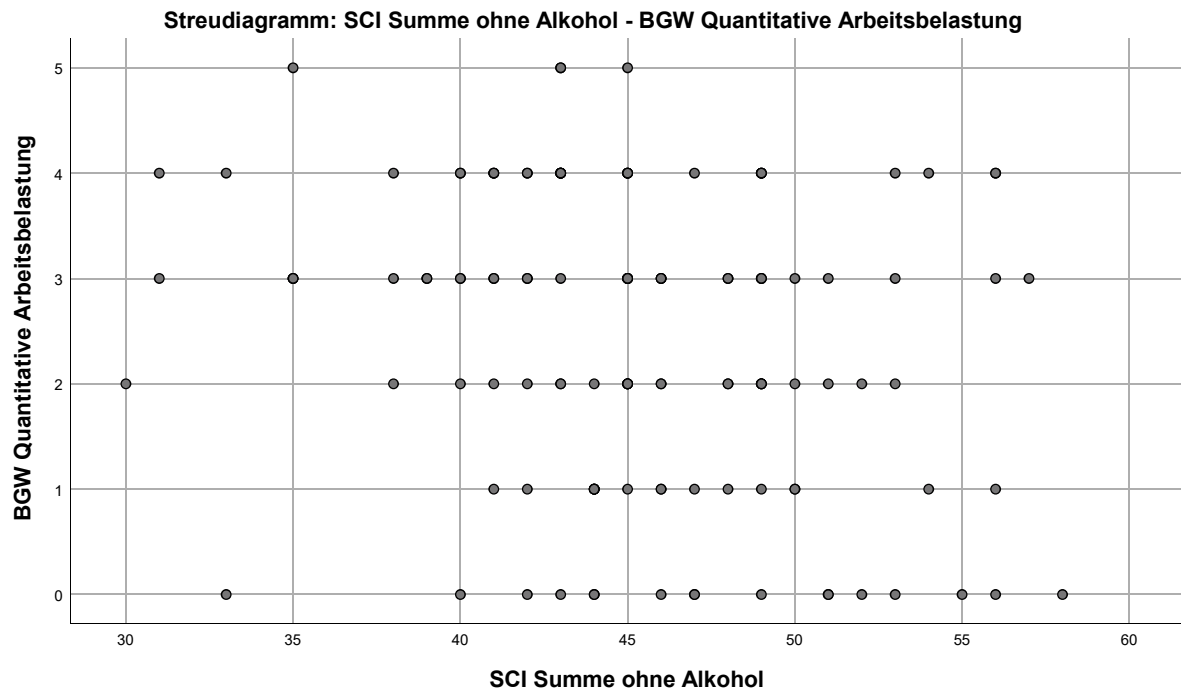
		RS13 Summe	BGW Beanspruchung
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	1	-,380**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
BGW Beanspruchung	Korrelation nach Pearson	-,380**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D33:**Korrelationen**

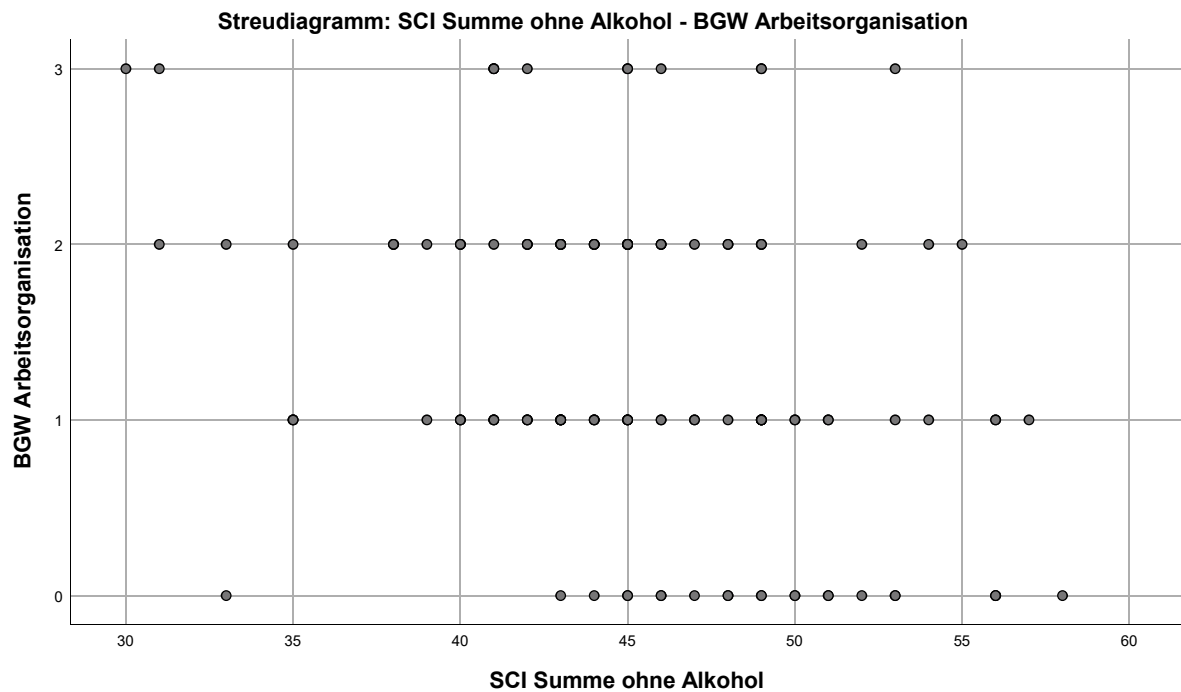
		SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	BGW Qualitative Arbeitsbelastung
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	1	-,181 [*]
	Signifikanz (1-seitig)		,022
	N	124	124
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	Korrelation nach Pearson	-,181 [*]	1
	Signifikanz (1-seitig)	,022	
	N	124	124

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant.

D34:**Korrelationen**

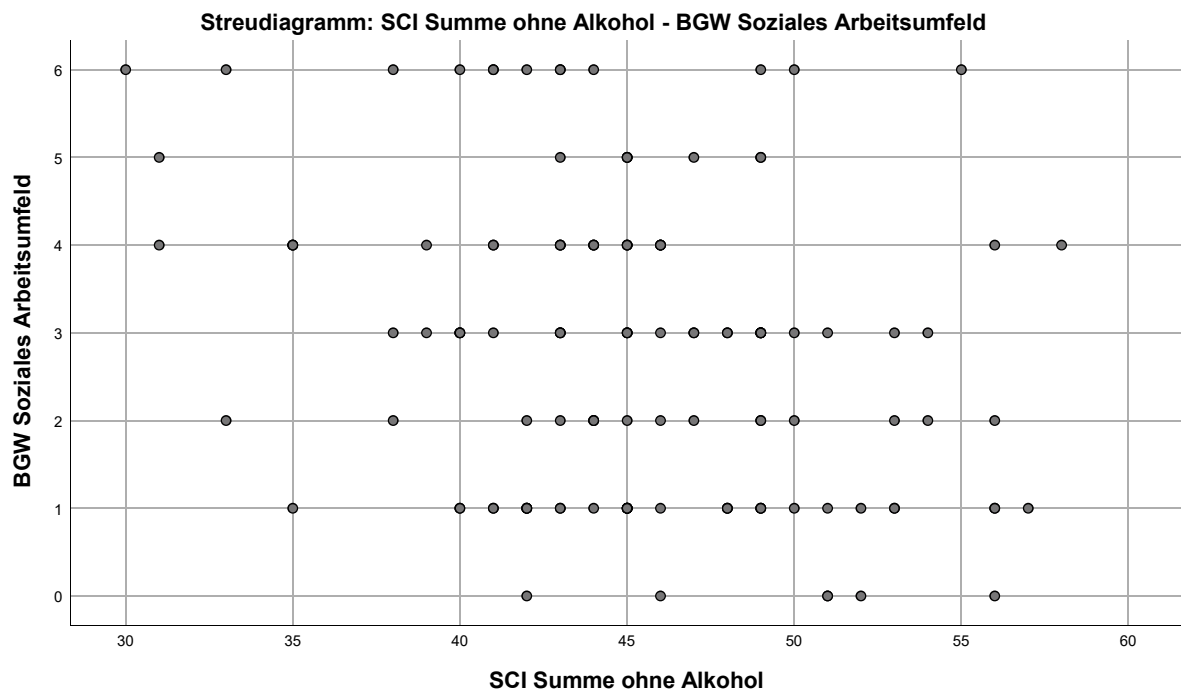
		SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	BGW Quantitative Arbeitsbelastung
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	1	-,236**
	Signifikanz (1-seitig)		,004
	N	124	124
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	Korrelation nach Pearson	-,236**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,004	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D35:**Korrelationen**

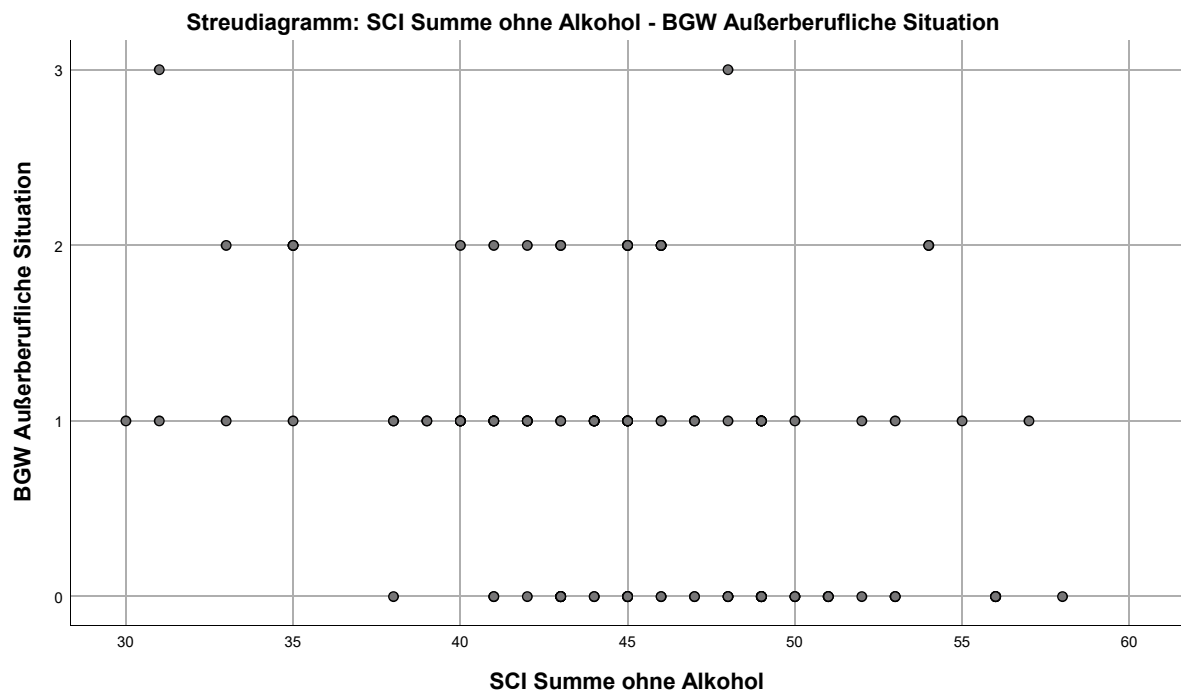
		SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	BGW Arbeitsorganisa- tion
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	1	-,344**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
BGW Arbeitsorganisation	Korrelation nach Pearson	-,344**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D36:**Korrelationen**

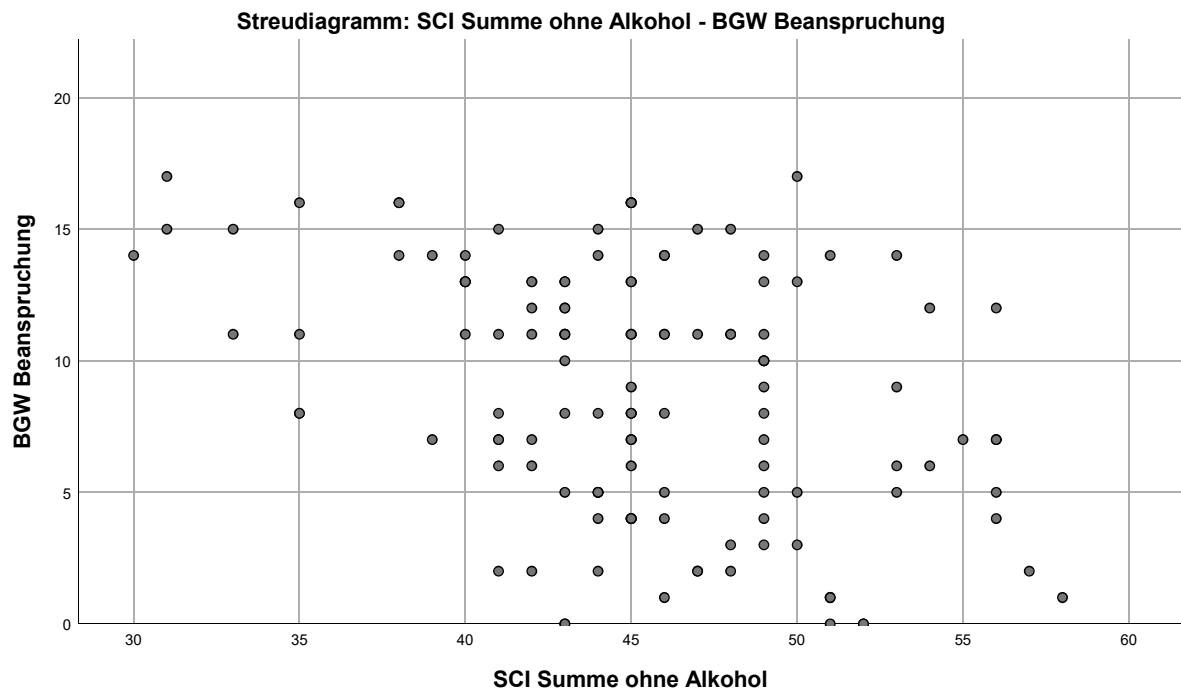
		SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	BGW Soziales Arbeitsumfeld
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	1	-,285**
	Signifikanz (1-seitig)		,001
	N	124	124
BGW Soziales Arbeitsumfeld	Korrelation nach Pearson	-,285**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,001	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D37:**Korrelationen**

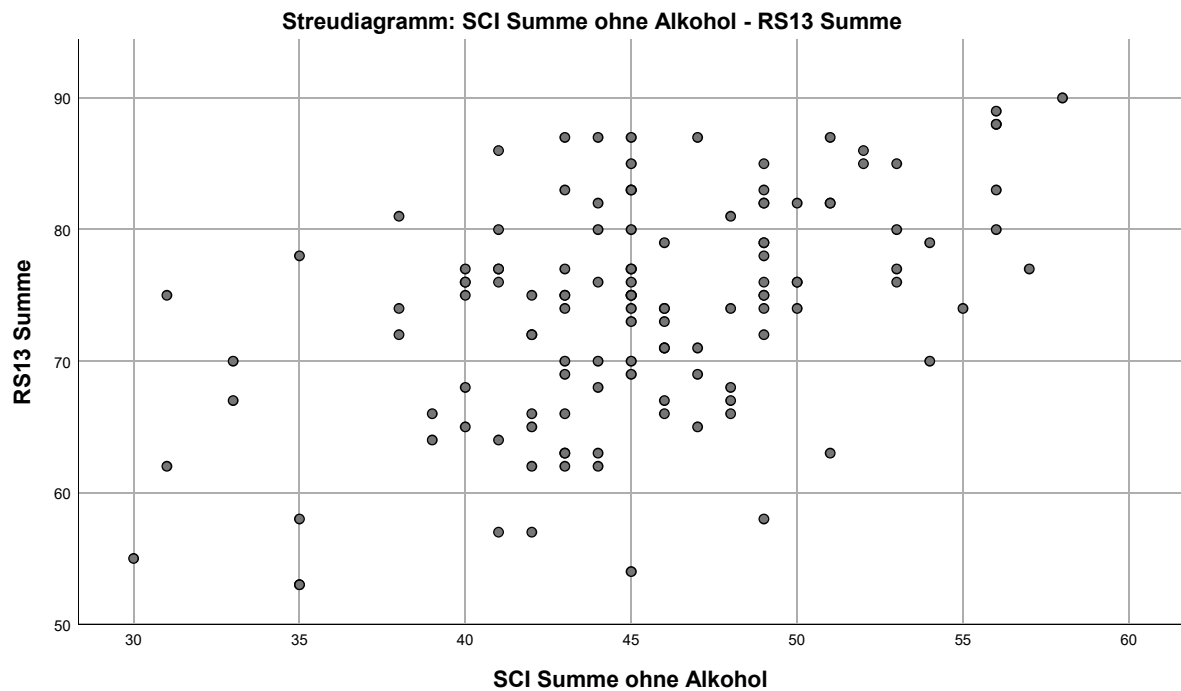
		SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	BGW Außerberufliche Situation
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	1	-,374**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
BGW Außerberufliche Situation	Korrelation nach Pearson	-,374**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D38:**Korrelationen**

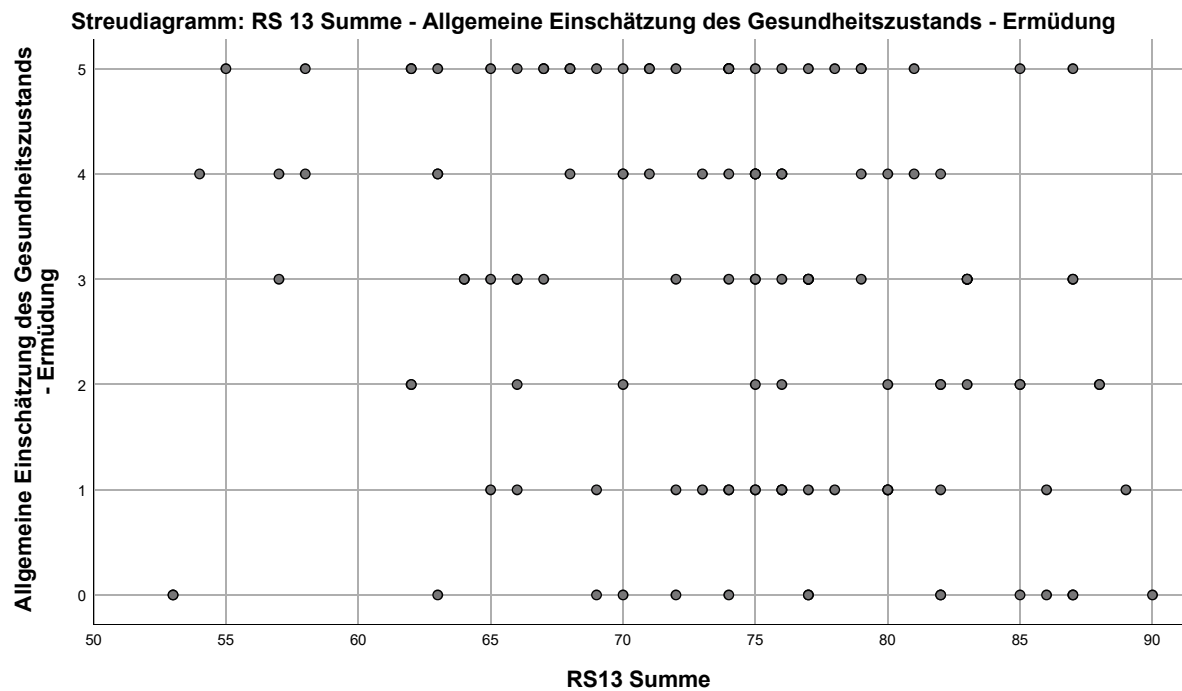
		BGW Beanspruchung	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum
BGW Beanspruchung	Korrelation nach Pearson	1	-,390**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	-,390**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D39:**Korrelationen**

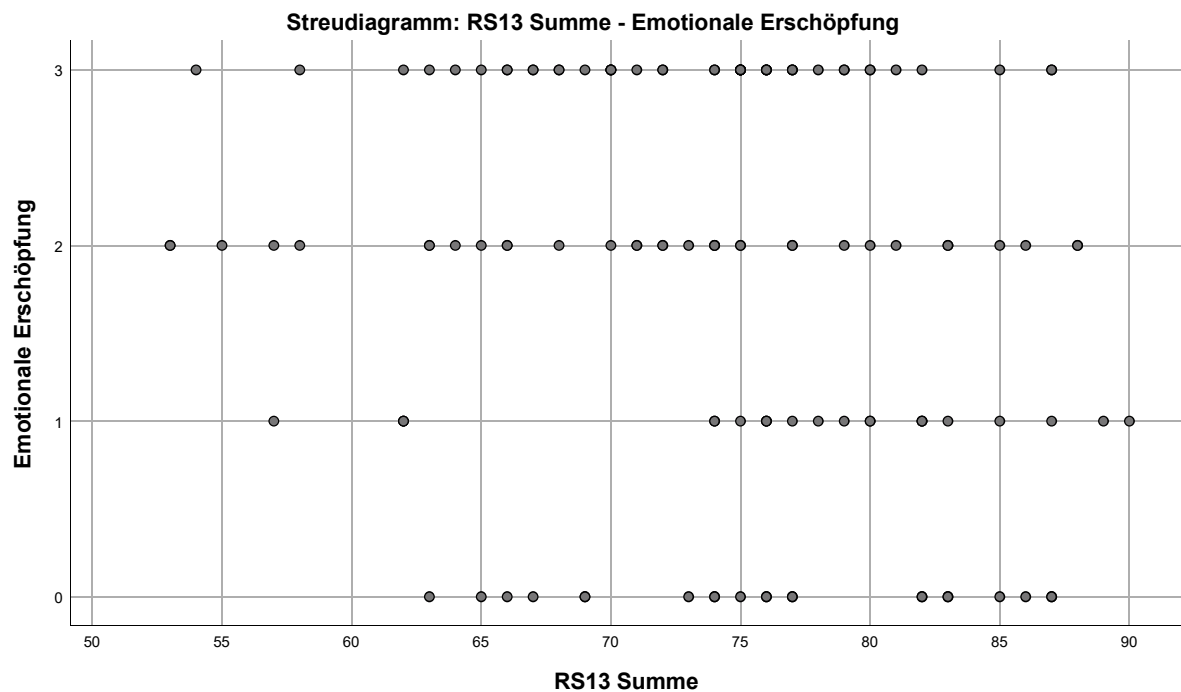
		SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	RS13 Summe
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	1	,491**
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	124	124
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	,491**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D40:**Korrelationen**

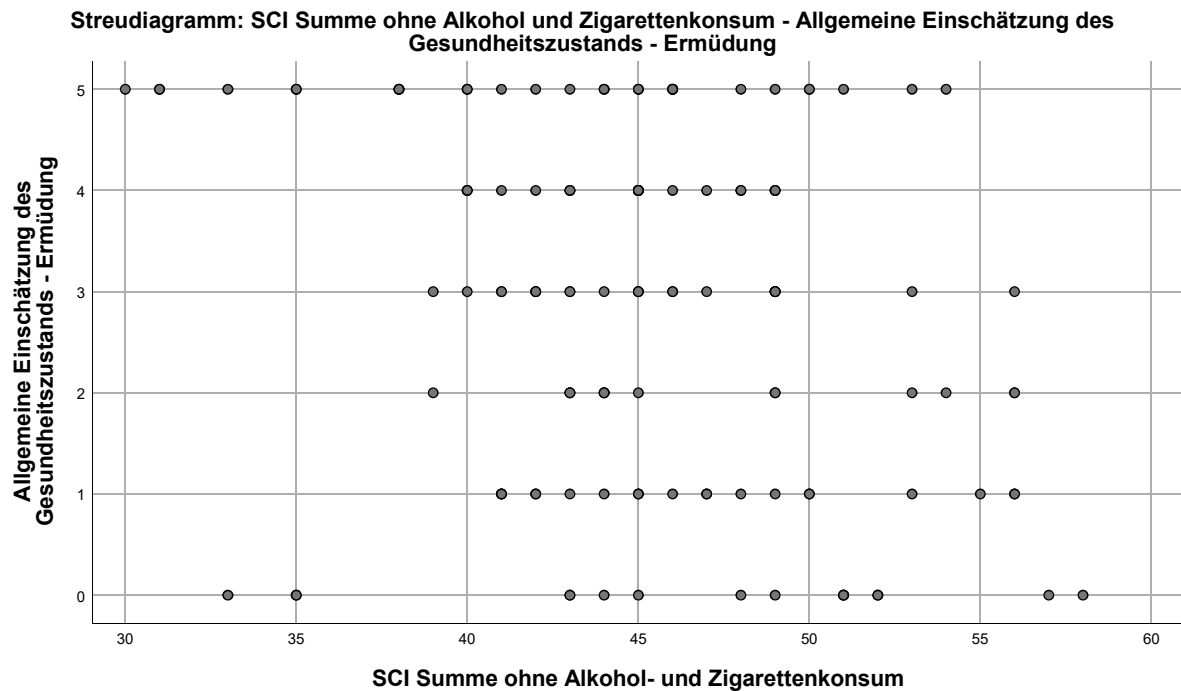
		Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszu- stands - Ermüdung	RS13 Summe
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	Korrelation nach Pearson	1	-,232**
	Signifikanz (1-seitig)		,005
	N	124	124
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	-,232**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,005	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D41:**Korrelationen**

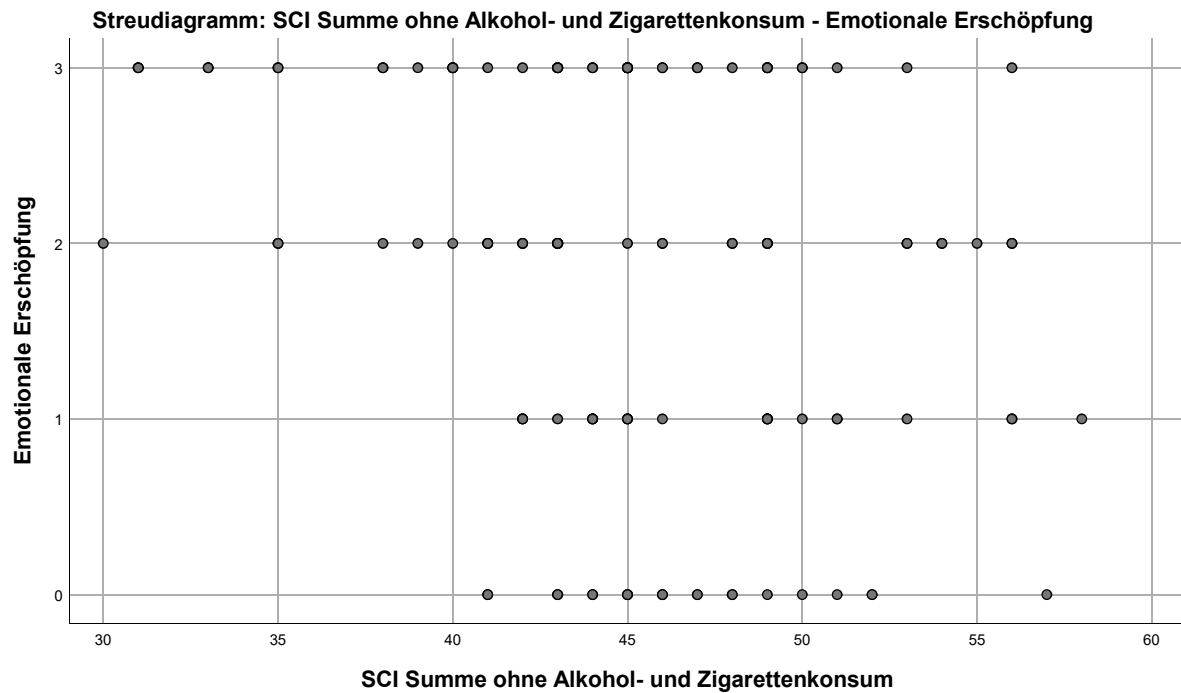
		Emotionale Erschöpfung	RS13 Summe
Emotionale Erschöpfung	Korrelation nach Pearson	1	-,182 [*]
	Signifikanz (1-seitig)		,022
	N	124	124
RS13 Summe	Korrelation nach Pearson	-,182 [*]	1
	Signifikanz (1-seitig)	,022	
	N	124	124

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant.

D42:**Korrelationen**

		Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszu- stands - Ermüdung	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkons- um
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	Korrelation nach Pearson	1	-,283**
	Signifikanz (1-seitig)		,001
	N	124	124
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	-,283**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,001	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

D43:**Korrelationen**

		Emotionale Erschöpfung	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum
Emotionale Erschöpfung	Korrelation nach Pearson	1	-,272**
	Signifikanz (1-seitig)		,001
	N	124	124
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Korrelation nach Pearson	-,272**	1
	Signifikanz (1-seitig)	,001	
	N	124	124

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

t-Test

D44:

Gruppenstatistiken

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	>= 76	56	1,13	1,113	,149
	< 76	68	1,46	1,165	,141

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,040	,842	-1,606	122	,111	-,331
	Varianzen sind nicht gleich			-1,613	119,288	,109	-,331

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,206	-,739	,077
	Varianzen sind nicht gleich	,205	-,737	,075

D45:

Gruppenstatistiken

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	>= 76	56	2,29	1,423	,190
	< 76	68	2,51	1,419	,172

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,143	,706	-,893	122	,374	-,229
	Varianzen sind nicht gleich			-,893	117,359	,374	-,229

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,256	-,737	,279
	Varianzen sind nicht gleich	,257	-,737	,279

D46:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Arbeitsorganisation	>= 76	56	1,05	,883	,118
	< 76	68	1,60	,831	,101

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
BGW Arbeitsorganisation	Varianzen sind gleich	,324	,570	-3,562	122	,001	-,549	,154
	Varianzen sind nicht gleich			-3,541	114,526	,001	-,549	,155

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit 95% Konfidenzintervall der Differenz	
		Untere	Obere
BGW Arbeitsorganisation	Varianzen sind gleich	-,855	-,244
	Varianzen sind nicht gleich	-,857	-,242

D47:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Soziales Arbeitsumfeld	>= 76	56	2,29	1,558	,208
	< 76	68	3,25	1,757	,213

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Soziales Arbeitsumfeld	Varianzen sind gleich	1,213	,273	-3,200	122	,002	-,964
	Varianzen sind nicht gleich			-3,238	121,308	,002	-,964

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit 95% Konfidenzintervall der Differenz		
		Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
BGW Soziales Arbeitsumfeld	Varianzen sind gleich	,301	-1,561	-,368
	Varianzen sind nicht gleich	,298	-1,554	-,375

D48:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Außerberufliche Situation	>= 76	56	,48	,632	,084
	< 76	68	1,00	,792	,096

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Außerberufliche Situation	Varianzen sind gleich	,013	,908	-3,963	122	,000	-,518
	Varianzen sind nicht gleich			-4,049	121,897	,000	-,518

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
BGW Außerberufliche Situation	Varianzen sind gleich	,131	-,777	-,259
	Varianzen sind nicht gleich	,128	-,771	-,265

D49:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Beanspruchung	>= 76	56	7,07	4,508	,602
	< 76	68	10,31	4,379	,531

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
BGW Beanspruchung	Varianzen sind gleich	,193	,661	-4,043	122	,000	-3,237	,801
	Varianzen sind nicht gleich			-4,032	116,122	,000	-3,237	,803

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
		95% Konfidenzintervall der Differenz	
		Untere	Obere
BGW Beanspruchung	Varianzen sind gleich	-4,823	-1,652
	Varianzen sind nicht gleich	-4,828	-1,647

D50:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	>= 46	54	1,13	1,166	,159
	< 46	70	1,44	1,125	,134

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,150	,699	-1,513	122	,133	-,313
	Varianzen sind nicht gleich			-1,506	112,029	,135	-,313

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
BGW Qualitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,207	-,723	,097
	Varianzen sind nicht gleich	,208	-,725	,099

D51:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	>= 46	54	2,00	1,387	,189
	< 46	70	2,73	1,372	,164

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,011	,915	-2,918	122	,004	-,729
	Varianzen sind nicht gleich			-2,914	113,505	,004	-,729

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
BGW Quantitative Arbeitsbelastung	Varianzen sind gleich	,250	-1,223	-,234
	Varianzen sind nicht gleich	,250	-1,224	-,233

D52:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Arbeitsorganisation	>= 46	54	1,04	,931	,127
	< 46	70	1,60	,788	,094

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
BGW Arbeitsorganisation	Varianzen sind gleich	,254	,615	-3,645	122	,000	-,563	,154
	Varianzen sind nicht gleich			-3,567	103,463	,001	-,563	,158

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit 95% Konfidenzintervall der Differenz	
		Untere	Obere
BGW Arbeitsorganisation	Varianzen sind gleich	-,869	-,257
	Varianzen sind nicht gleich	-,876	-,250

D53:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Soziales Arbeitsumfeld	>= 46	54	2,41	1,620	,220
	< 46	70	3,13	1,760	,210

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Soziales Arbeitsumfeld	Varianzen sind gleich	,705	,403	-2,341	122	,021	-,721
	Varianzen sind nicht gleich			-2,367	118,209	,020	-,721

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit 95% Konfidenzintervall der Differenz		
		Standardfehler der Differenz	Untere	Obere
BGW Soziales Arbeitsumfeld	Varianzen sind gleich	,308	-1,331	-,111
	Varianzen sind nicht gleich	,305	-1,325	-,118

D54:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Außerberufliche Situation	>= 46	54	,56	,769	,105
	< 46	70	,93	,729	,087

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
BGW Außerberufliche Situation	Varianzen sind gleich	2,445	,121	-2,759	122	,007	-,373
	Varianzen sind nicht gleich			-2,740	110,972	,007	-,373

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
BGW Außerberufliche Situation	Varianzen sind gleich	,135	-,641	-,105
	Varianzen sind nicht gleich	,136	-,643	-,103

D55:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BGW Beanspruchung	>= 46	54	7,43	4,773	,649
	< 46	70	9,94	4,380	,524

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
BGW Beanspruchung	Varianzen sind gleich	,825	,366	-3,051	122	,003	-2,517	,825
	Varianzen sind nicht gleich			-3,017	108,927	,003	-2,517	,834

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit	
		95% Konfidenzintervall der Differenz	
		Untere	Obere
BGW Beanspruchung	Varianzen sind gleich	-4,150	-,884
	Varianzen sind nicht gleich	-4,170	-,864

D56:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	>= 76	56	47,57	5,440	,727
	< 76	68	43,32	5,141	,623

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Varianzen sind gleich	1,817	,180	4,460	122	,000	4,248
	Varianzen sind nicht gleich			4,436	114,716	,000	4,248

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	Varianzen sind gleich	,952	2,362	6,133
	Varianzen sind nicht gleich	,958	2,351	6,145

D57:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std. - Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	>= 76	56	2,38	1,658	,222
	< 76	68	3,19	1,730	,210

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	Varianzen sind gleich	,103	,748	-2,664	122	,009	-,816
	Varianzen sind nicht gleich			-2,675	119,194	,009	-,816

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	Varianzen sind gleich	,306	-1,423	-,210
	Varianzen sind nicht gleich	,305	-1,420	-,212

D58:**Gruppenstatistiken**

	RS13 Summe	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Emotionaler Erschöpfung	>= 76	56	1,59	1,141	,152
	< 76	68	2,01	1,058	,128

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Emotionaler Erschöpfung	Varianzen sind gleich	3,650	,058	-2,151	122	,033	-,425
	Varianzen sind nicht gleich			-2,135	113,692	,035	-,425

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
Emotionaler Erschöpfung	Varianzen sind gleich	,198	-,817	-,034
	Varianzen sind nicht gleich	,199	-,820	-,031

D59:**Gruppenstatistiken**

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	>= 46	54	2,52	1,788	,243
	< 46	70	3,06	1,676	,200

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	Varianzen sind gleich	1,173	,281	-1,723	122	,087	-,539
	Varianzen sind nicht gleich			-1,709	110,264	,090	-,539

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands - Ermüdung	Varianzen sind gleich	,313	-1,157	,080
	Varianzen sind nicht gleich	,315	-1,163	,086

D60:

Gruppenstatistiken

	SCI Summe ohne Alkohol- und Zigarettenkonsum	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Emotionaler Erschöpfung	>= 46	54	1,56	1,127	,153
	< 46	70	2,03	1,063	,127

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Emotionaler Erschöpfung	Varianzen sind gleich	1,711	,193	-2,393	122	,018	-,473
	Varianzen sind nicht gleich			-2,375	110,654	,019	-,473

Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
			Untere	Obere
Emotionaler Erschöpfung	Varianzen sind gleich	,198	-,864	-,082
	Varianzen sind nicht gleich	,199	-,868	-,078

Anhang E: Freigaben

Am 26.05.2020 erteilte Frau Dr. Sandra Gorfer, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Präventionsdienst Würzburg die Freigabe für die Verwendung der Fragebögen BGW psychische Belastung und BGW Beanspruchung.

Ebenfalls am 26.05.2020 gab auch Frau PD Dr. phil. med. habil. Jenny Rosendahl vom Universitätsklinikum Jena die Erlaubnis, die Resilienzskala RS-13 verwenden zu dürfen.

Die Skalen des Stress- und Coping-Inventars von Satow (2012) sind im Rahmen von Abschlussarbeiten ohne Rücksprache kostenlos verwendbar. Allerdings muss die Quelle angegeben und ein elektronisches Belegexemplar an den Autor geschickt werden.

Erklärung zur Selbstständigkeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und außer den angegebenen Hilfsmitteln und Quellen keine weiteren Hilfsmittel und Quellen benutzt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Bad Neustadt/ Saale, den 12. Dezember 2020

Katja Kaufmann

(Ort, Datum)