

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld

Dissertation zur Erlangung

des Doktorgrades (Dr. of Public Health)

**Burn-out und das Sozialkapital von Organisationen –
auf die Bindung kommt es an**

Eine quantitative Analyse zu Sozialkapital, emotionaler Bindung
und psychischer Erschöpfung am Beispiel von
Mitarbeitern in medizinischen Rehabilitationskliniken

vorgelegt von

Cona Ehresmann, M. Sc.

Erstgutachter: Prof. Dr. em. Bernhard Badura (Universität Bielefeld)

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger (Universität Bielefeld)

Drittgutachter: Prof. Dr. Holger Pfaff (Universität Köln)

Bielefeld, im September 2016

gedruckt auf alterungsbeständigem Papier °° ISO 9706

„We cannot guess what the organizations of 2028 will look like. We do know, though, that trust, community, connection, conversation, and loyalty will make them work and will make them meaningful for their members. The value of the social capital elements they embody will be rediscovered again and again because they lie at the heart of our humanness and our human ability – and need – to do things together“ (Cohen & Prusak 2001, 186).

Danksagung

Nachdem ich mich nun einige Jahre intensiv mit dem Thema Burn-out und damit mit der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt und ihren Bedingungen befasst habe, bin ich davon überzeugt, dass der Sozialkapitalansatz und das Bindungsthema in diesem Kontext von großer Bedeutung sind und auch zukünftig sein werden. Mit der vorliegenden Arbeit, die diese Annahme stützt, hoffe ich andere Wissenschaftler dazu zu inspirieren, die verschiedenen Konzepte miteinander zu verknüpfen und sich des Forschungsfeldes anzunehmen. Das Konzept Burn-out bzw. emotionale Erschöpfung ist, obgleich bereits seit Jahrzehnten dazu geforscht wird, ein wichtiges, zugleich packendes Thema mit noch weiterem Forschungspotenzial.

„Auf die Bindung kommt es an“ – so heißt es im Titel dieser Arbeit; in diesem Sinne sind es auch die vielen Menschen, die durch ihre Unterstützung zum Gelingen der vorliegenden Dissertation beigetragen haben und denen ich deshalb hier danken möchte.

Zuallererst und insbesondere möchte ich mich bei Prof. Dr. Bernhard Badura für die wesentliche und professionelle Unterstützung während der gesamten Promotionszeit bedanken. Besonders danke ich ihm für die durchgängige Ansprechbarkeit bei Fragen zur Dissertation sowie seine konstruktiven und stets wertvollen Anregungen. Mein besonderer Dank gilt des Weiteren meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger für seine Unterstützung und Bereitschaft zur Begutachtung der Dissertation.

Frau Dr. Svenja Kockert sowie Dr. Thomas Schott danke ich speziell für die Überlassung der empirischen Daten aus dem LORE-Projekt, die die Grundlage der Dissertation bilden. Zudem bin ich der Studienstiftung des deutschen Volkes für die finanzielle und ideelle Förderung meiner Promotion sehr dankbar.

Hervorheben möchte ich außerdem Jakob Guzy, der mir durch den kollegialen Austausch zu statistischen Fragestellungen und seine uneingeschränkte Ansprechbarkeit eine große Hilfe war. Für ihre freundschaftliche Hilfestellung danke ich des Weiteren Annalena Julia Schwalm. Meinem Bruder Gerrit Ehresmann danke ich für seine kompetente und immer zeitnahe Unterstützung bei Problemen mit meiner Hard- und Software. Besonders danke ich meinem Freund für den Zuspruch und die Gelassenheit, die er mir kontinuierlich vermittelt hat („besser gut als schnell“) und für das formale Korrekturlesen. Mein Dank gilt nicht zuletzt meinen Eltern für ihren konstanten Rückhalt.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
VERZEICHNIS DER ANHÄNGE	VIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IX
ZUSAMMENFASSUNG	XI
1 EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND ZUM THEMA DER DISSERTATION	1
1.2 KONKRETISIERUNG VON FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG	3
1.3 GEGENSTAND DER UNTERSUCHUNG	5
1.4 ZUM AUFBAU DER VORLIEGENDEN ARBEIT	5
2 EINFÜHRUNG: GRUNDLAGEN DER BURN-OUT-FORSCHUNG	7
2.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG UND PIONIERE DER BURN-OUT-FORSCHUNG.....	7
2.2 ZU SYMPTOMKATALOGEN VON BURN-OUT.....	16
2.3 BURN-OUT: EINE DEFINITORISCHE EINGRENZUNG.....	19
2.4 EXKURS: BURN-OUT UND DEPRESSION – DEBATTE UND FORSCHUNGSSTAND	26
2.5 BURN-OUT: GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE EINORDNUNG	31
3 URSACHEN VON BURN-OUT – THEORIE UND FORSCHUNGSSTAND	37
3.1 PERSONENBEZOGENE ANSÄTZE.....	39
3.2 GESELLSCHAFTLICHE ANSÄTZE	41
3.3 ARBEITSBEZOGENE ANSÄTZE.....	43
3.3.1 Stress als zentrales Erklärungskonzept der Burn-out-Forschung.....	44
3.3.2 Exkurs: Grundlagen der Stressforschung.....	45
3.3.3 Aktueller Theoriestand zur arbeitsbezogenen Erklärung von Burn-out.....	48
3.3.4 Stand der empirischen Ursachenforschung.....	56
3.3.5 Zusammenfassung und Forschungsbedarf	63
4 BINDUNG UND SOZIALKAPITAL	66
4.1 GRUNDLAGEN DER BINDUNGSFORSCHUNG	66
4.1.1 Die psychologische Bindungstheorie.....	66
4.1.2 Neurowissenschaftliche Grundlagen von Bindung	75
4.2 BINDUNG UND SOZIALKAPITAL IN DER ARBEITSWELT	85
4.2.1 Mitarbeiterbindung: Erkenntnisse der Commitment-Forschung.....	85
4.2.2 Sozialkapital und die Bindewirkung von Organisationen	96
4.2.2.1 Grundlagen der (betrieblichen) Sozialkapitalforschung	96
4.2.2.2 Bindekräfte von Organisationen: das Bielefelder Sozialkapital-Konzept.....	107
5 UNTERSUCHUNGSMODELL UND FORSCHUNGSHYPOTHESEN	125
5.1 SOZIALKAPITAL UND BURN-OUT: UNTERSUCHUNGSMODELL UND HYPOTHESEN ZUM BINDUNGSKONZEPT	125
5.2 ERGÄNZENDE HYPOTHESEN: BURN-OUT, PATIENTENORIENTIERUNG UND DEPRESSIVITÄT	131

6	UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND: MEDIZINISCHE REHABILITATIONSKLINIKEN	133
6.1	GRUNDLAGEN ZUM SEKTOR MEDIZINISCHE REHABILITATION.....	133
6.2	KLINIKEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION.....	136
6.2.1	Eckdaten zum Leistungsgeschehen und Personal	136
6.2.2	Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen	138
6.2.3	Rehabilitationskliniken als Institutionen zielgerichteter Kooperation.....	143
6.2.4	Burn-out bei Mitarbeitern in medizinischen Rehabilitationskliniken	148
6.3	ZUSAMMENFASSUNG/FAZIT ZUM UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND.....	149
7	METHODISCHES VORGEHEN	151
7.1	GEWÄHLTES STUDIENDESIGN	151
7.2	DER ZWECK VON ORGANISATIONS DIAGNOSE UND MITARBEITERBEFRAGUNG	152
7.3	SEKUNDÄRDATENMATERIAL UND ABLAUF DER PRIMÄRDATENERHEBUNG.....	154
7.4	INSTRUMENTE DER DATENERHEBUNG/VERWENDETE SKALEN UND ITEMS	158
7.5	VORGEHEN IM RAHMEN DER STATISTISCHEN ANALYSEN.....	173
7.5.1	Vorbereitung des Datensatzes	173
7.5.2	Eingesetzte statistische Verfahren	177
7.5.3	Ablauf im Rahmen der statistischen Datenauswertung	183
7.6	STICHPROBENBESCHREIBUNG	193
8	ERGEBNISSE DER STATISTISCHEN ANALYSEN	198
8.1	SOZIALKAPITAL UND BURN-OUT – DAS BINDUNGSKONZEPT	198
8.1.1	Deskriptive Statistiken	198
8.1.2	Inferenzstatistiken.....	207
8.1.3	Anwendung auf Organisationen	236
8.1.4	Berufsgruppenbezogene Analyse.....	254
8.2	BURN-OUT, PATIENTENORIENTIERUNG UND DEPRESSIVITÄT	265
8.2.1	Burn-out und Patientenorientierung.....	265
8.2.2	Burn-out und Depressivität	272
9	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	280
9.1	RÜCKBLICK UND ZENTRALE BOTSCHAFTEN	280
9.2	SOZIALKAPITAL UND BURN-OUT – AUF DIE BINDUNG KOMMT ES AN.....	282
9.2.1	Burn-out: zwischen emotionaler Bindung und arbeitsbezogenen Stressoren.....	282
9.2.2	Burn-out und die Bindekräfte von Sozialkapital und Sinnhaftigkeit.....	283
9.2.3	Zum Stellenwert der Organisation	287
9.2.4	Auf die Organisationskultur kommt es an	289
9.2.5	Pflegekräfte: höheres Burn-out-Ausmaß, weniger Sozialkapital und Bindung.....	291
9.3	DISKUSSION ERGÄNZENDER BEFUNDE	293
9.3.1	Zur Verbreitung von Burn-out.....	293
9.3.2	Burn-out und Patientenorientierung.....	294
9.3.3	Burn-out und Depressivität	295
9.4	PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN.....	296
9.5	GRENZEN DER ERGEBNISREICHWEITE.....	298
9.6	WEITERFÜHRENDE FORSCHUNGSBEDARFE	301
9.7	ZUSAMMENFASSUNG.....	304
	LITERATURVERZEICHNIS	306
	ANHANG.....	339
	EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG UND ERKLÄRUNG	354

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Phasen der Burn-out-Forschung	13
Abb. 2: Anstieg der Publikationen zum Thema Burn-out in »PubMed«	15
Abb. 3: Burn-out-Kerndimensionen und jeweils ähnliche Bezeichnungen.....	22
Abb. 4: Burn-out auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	33
Abb. 5: Ansätze zur Erklärung von Burn-out	38
Abb. 6: Burnout – eine Krankheit moderner Gesellschaften?	42
Abb. 7: Die drei Stadien des allgemeinen Adaptationssyndroms (A.A.S).....	47
Abb. 8: The dark matter of Social Neuroscience	77
Abb. 9: Zusammenführung der bisherigen drei Forschungsrichtungen im Modell des dreidimensionalen Commitments nach Meyer & Allen (1991, 1997)	88
Abb. 10: A general model of workplace commitment	92
Abb. 11: Anwendungs- und Forschungsfelder von Sozialkapital in Organisationen.....	104
Abb. 12: Popularität (und steigendes Forschungsinteresse) von Sozialkapital in Organisationen sowie die Verknüpfung mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen	105
Abb. 13: Bielefelder Unternehmensmodell (Basismodell)	108
Abb. 14: Dreidimensionales Menschenbild im Bielefelder Bindungskonzept	113
Abb. 15: Das Bielefelder Bindungsmodell	116
Abb. 16: Sozialkapital von Organisationen: Elemente & Indikatoren.....	117
Abb. 17: Das Untersuchungsmodell der Dissertation	126
Abb. 18: Berufsgruppen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	137
Abb. 19: Lernzyklus.....	153
Abb. 20: Umsetzung des Organisationssurveys.....	157
Abb. 21: Burn-out, Verteilung	176
Abb. 22: Sozialkapital, Verteilung.....	176
Abb. 23: Messmodell Burn-out.....	186
Abb. 24: Messmodell Patientenorientierung.....	191
Abb. 25: Verteilung der Mitarbeiter auf die Indikationsbereiche	195
Abb. 26: Verteilung der Mitarbeiter auf die Berufsgruppen.....	195
Abb. 27: Verteilung der Mitarbeiter nach Position und Geschlecht.....	197
Abb. 28: Führung, Mittelwerte auf Ebene der Items	203
Abb. 29: Beziehungsklima, Mittelwerte auf Ebene der Items	203
Abb. 30: Organisationskultur, Mittelwerte auf Ebene der Items.....	204
Abb. 31: Zeitdruck, Häufigkeiten	206
Abb. 32: Autonomie, Häufigkeiten.....	207
Abb. 33: Burn-out in Abhängigkeit von Position und Geschlecht.....	210
Abb. 34: Bindungsmodell 1 (Strukturgleichungsmodell, Schritt 1).....	219
Abb. 35: Bindungsmodell 1 (Strukturgleichungsmodell, Schritt 2).....	219
Abb. 36: Bindungsmodell 1 (Strukturgleichungsmodell, Schritt 3).....	221
Abb. 37: Messmodell von Burn-out in Bindungsmodell 1	227

Abb. 38: Bindungsmodell 2 mit den drei Sozialkapitalfaktoren.....	228
Abb. 39: Sozialkapital als Moderator	232
Abb. 40: Sozialkapital, Zeitdruck und Burn-out – kumulative Perspektive.....	234
Abb. 41: Burn-out im Organisationsvergleich (Mittelwerte)	237
Abb. 42: Sozialkapital im Organisationsvergleich (Mittelwerte)	237
Abb. 43: Sozialkapitalfaktoren im Organisationsvergleich (Mittelwerte)	238
Abb. 44: Führung im Organisationsvergleich (Mittelwerte).....	239
Abb. 45: Beziehungsklima im Organisationsvergleich (Mittelwerte)	239
Abb. 46: Organisationskultur im Vergleich (Mittelwerte).....	240
Abb. 47: Sinnhaftigkeit der Arbeit im Organisationsvergleich (Mittelwerte)	240
Abb. 48: Sozialkapital und Burn-out auf Ebene der Kliniken, Punktediagramm	245
Abb. 49: Extremvergleich zweier Kliniken	246
Abb. 50: Burn-out und Auslastungsquote, Punktediagramm.....	252
Abb. 51: Burn-out und Bettenzahl, Punktediagramm	252
Abb. 52: Burn-out und Personalanzahl, Punktediagramm.....	252
Abb. 53: Burn-out im Berufsgruppenvergleich (Häufigkeiten).....	255
Abb. 54: Burn-out im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte)	256
Abb. 55: Affektives Commitment im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte)	258
Abb. 56: Sozialkapital im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte).....	259
Abb. 57: Patientenorientierung im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte).....	266
Abb. 58: Patientenorientierung in Abhängigkeit von Berufsgruppe und Geschlecht.....	267
Abb. 59: Patientenorientierung, Strukturgleichungsmodell.....	269
Abb. 60: Von Burn-out betroffene Mitarbeiter mit und ohne Depressivität (Häufigkeiten)	277
Abb. 61: Burn-out: Erklärungsperspektiven.....	305

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Burnout-Symptomatik.....	17
Tab. 2: Possible burnout symptoms; symptoms at organisational level	18
Tab. 3: Definitionen von Burn-out.....	20
Tab. 4: Auszug aus der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – ICD 10-GM 2016.....	32
Tab. 5: Meta-analysis for the relations between burnout with resources and demands	58
Tab. 6: Initial meta-analytic results.....	59
Tab. 7: Correlates of burnout: possible causes	61
Tab. 8: Adult attachment-types and their frequencies (Newspaper Sample).....	71
Tab. 9: Skala affektives Commitment nach Meyer & Allen.....	87
Tab. 10: Sozialkapital als ein von sozialen Beziehungen ausgehender Nutzen.....	101
Tab. 11: Rehabilitationsträger und ihre Zuständigkeiten für die Leistungsgruppen	135
Tab. 12: Fälle und Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	139
Tab. 13: Überblick über die im Rahmen der Dissertation verwendeten Skalen.....	158
Tab. 14: Burn-out-Skala	161

Tab. 15: Beispielitems zum Führungskapital aus dem BISI	163
Tab. 16: Beispielitems zum Beziehungsklima aus dem BISI	164
Tab. 17: Beispielitems zur Organisationskultur aus dem BISI	164
Tab. 18: Commitment-Skala.....	166
Tab. 19: Skala Sinnhaftigkeit der Arbeit	167
Tab. 20: Globalitem Zeitdruck	168
Tab. 21: Globalitem Autonomie/Handlungsspielraum	169
Tab. 22: WHO (Fünf) – Fragebogen zum Wohlbefinden	170
Tab. 23: Skala Patientenorientierung	171
Tab. 24: Überblick über die personenbezogenen Kontrollvariablen	172
Tab. 25: Güte der Messmodelle des Strukturgleichungsmodells.....	185
Tab. 26: Ablauf im Rahmen der Mehrebenenanalyse	188
Tab. 27: Überblick über die untersuchten Kliniken	194
Tab. 28: Beschreibung der Stichprobe nach personenbezogenen Merkmalen	196
Tab. 29: Burn-out-Ausmaß, deskriptive Statistiken	198
Tab. 30: Burn-out (Häufigkeiten)	199
Tab. 31: Burn-out, Häufigkeiten auf Itemebene	200
Tab. 32: Ausmaß an Commitment (emotionaler Bindung), deskriptive Statistiken.....	200
Tab. 33: Affektives Commitment, Häufigkeiten auf Itemebene.....	201
Tab. 34: Sozialkapital, deskriptive Statistiken.....	202
Tab. 35: Sinnhaftigkeit der Arbeit, deskriptive Statistiken.....	205
Tab. 36: Zeitdruck, deskriptive Statistiken.....	206
Tab. 37: Autonomie, deskriptive Statistiken	207
Tab. 38: Mittelwerte aller Skalen sowie deren Konfidenzintervalle.....	208
Tab. 39: Burn-out in Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen	209
Tab. 40: Ergebnisse der Varianzanalyse zu Burn-out, Position und Geschlecht.....	210
Tab. 41: Affektives Commitment in Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen	211
Tab. 42: Bivariate Zusammenhänge zwischen den Untersuchungsmerkmalen	212
Tab. 43: Bivariate Zusammenhänge: Führung und Burn-out	214
Tab. 44: Bivariate Zusammenhänge: Beziehungsklima und Burn-out.....	214
Tab. 45: Bivariate Zusammenhänge: Organisationskultur und Burn-out.....	215
Tab. 46: Bivariate Zusammenhänge: Sinnhaftigkeit der Arbeit und Burn-out.....	216
Tab. 47: Bivariate Zusammenhänge: affektives Commitment und Burn-out	216
Tab. 48: Burn-out: Pfadkoeffizienten, Bindungsmodell 1 (Teilschritt 2).....	220
Tab. 49: Commitment: totale, indirekte, direkte Pfadkoeffizienten, Bindungsmodell 1	223
Tab. 50: Burn-out: indirekte Pfadkoeffizienten differenziert, Bindungsmodell 1.....	223
Tab. 51: Burn-out: totale, indirekte, direkte Pfadkoeffizienten, Bindungsmodell 1.....	224
Tab. 52: Personenbezogene Merkmale und Burn-out, Bindungsmodell 1	226
Tab. 53: Personenbezogene Merkmale und Commitment, Bindungsmodell 1.....	226
Tab. 54: Commitment: totale, direkte, indirekte Pfadkoeffizienten, Modell 2.....	229
Tab. 55: Burn-out: totale, direkte, indirekte Pfadkoeffizienten, Modell 2.....	230

Tab. 56: Burn-out: indirekte Pfadkoeffizienten differenziert, Modell 2	231
Tab. 57: Moderationsanalyse zu Sozialkapital, Zeitdruck und Burn-out	233
Tab. 58: Moderationsanalyse zu emotionaler Bindung, Zeitdruck und Burn-out	233
Tab. 59: Burn-out, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell).....	241
Tab. 60: Sozialkapital, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)	242
Tab. 61: Führung, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)	242
Tab. 62: Beziehungsklima, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)	242
Tab. 63: Organisationskultur, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell).....	243
Tab. 64: Sinnhaftigkeit der Arbeit, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)	243
Tab. 65: Adjustierte Varianz: Burn-out, Sozialkapital, Sinnhaftigkeit (Mehrebenenmodelle)....	244
Tab. 66: Burn-out: Varianz, Modellgüte und -anpassung, Mehrebenenmodell in Schritten.....	247
Tab. 67: Burn-out: Mehrebenenmodell mit Sozialkapital als Prädiktor	249
Tab. 68: Burn-out: Sozialkapital und Sinnhaftigkeit als Prädiktoren (Mehrebenenmodell)	250
Tab. 69: Burn-out nach Trägerschaft, deskriptive Statistiken	251
Tab. 70: Burn-out nach Trägerschaft, Signifikanztest.....	253
Tab. 71: Burn-out, Bettenanzahl, Auslastungsquote und Personalanzahl, Korrelationen	253
Tab. 72: Berufsgruppen, verteilt nach Geschlecht, Alter und Position.....	254
Tab. 73: Burn-out: Vergleich der Pflege mit übrigen Berufsgruppen, Post-hoc-LSD-Test.....	257
Tab. 74: Affektives Commitment im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-LSD-Test.....	258
Tab. 75: Sozialkapital im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-T-Tests	260
Tab. 76: Sozialkapitalfaktoren im Berufsgruppenvergleich, deskriptive Statistiken	261
Tab. 77: Sozialkapitalfaktoren im Berufsgruppenvergleich (Kruskal-Wallis-Test).....	262
Tab. 78: Arbeitsbedingungen im Berufsgruppenvergleich, deskriptive Statistiken	262
Tab. 79: Sinnhaftigkeit der Arbeit im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-LSD-Tests.....	263
Tab. 80: Mehrfaktorielle Kovarianzanalyse, Burn-out als Outcome.....	264
Tab. 81: Patientenorientierung, deskriptive Statistiken.....	266
Tab. 82: Patientenorientierung in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Position	267
Tab. 83: Patientenorientierung, bivariate Zusammenhänge	268
Tab. 84: Patientenorientierung, totale, indirekte und direkte Pfadkoeffizienten.....	270
Tab. 85: Patientenorientierung, indirekte Pfadkoeffizienten differenziert.....	270
Tab. 86: Patientenorientierung und personenbezogene Merkmale, Pfadkoeffizienten.....	271
Tab. 87: Burn-out und Depressivität, explorative Faktorenanalyse	273
Tab. 88: Burn-out und Depressivität, rotierte Faktorladungen.....	274
Tab. 89: Burn-out und Depressivität, Korrelation zur explorativen Faktorenanalyse	274
Tab. 90: Burn-out und Depressivität, konfirmatorische Faktorenanalyse, Vergleich	275
Tab. 91: Burn-out und Depressivität (Häufigkeiten).....	276
Tab. 92: Burn-out und Depressivität (Kreuztabelle).....	276
Tab. 93: Burn-out und Depressivität, Signifikanztest zur Abhängigkeit der Merkmale	278
Tab. 94: Burn-out und Depressivität, Stärke der Abhängigkeit der Merkmale.....	278
Tab. 95: Burn-out und Depressivität, multiple Regression (Modellgüte).....	278
Tab. 96: Burn-out und Depressivität, multiple Regression	279

Verzeichnis der Anhänge

Anh. 1: Ein- und Ausschlusskriterien im Rahmen der Literaturrecherche	339
Anh. 2: Imputationsmodell für das Merkmal Patientenorientierung	339
Anh. 3: Ergebnisse der psychometrischen Testung	340
Anh. 4: Messmodelle der untersuchten Merkmale	341
Anh. 5: Statistiken zur Schiefe und Kurtosis.....	342
Anh. 6: Korrelation der Untersuchungsmerkmale auf Basis von SPSS (Summenscores).....	342
Anh. 7: Modell 1, Schritt 2, personenbezogene Merkmale, Burn-out und Commitment	343
Anh. 8: Modell 2, Zeitdruck, Autonomie und Burn-out.....	343
Anh. 9: Modell 2, personenbezogene Merkmale Burn-out und Commitment	344
Anh. 10: Modell 2 Pfadkoeffizienten zu Zeitdruck.....	344
Anh. 11: Modell 2 Pfadkoeffizienten zu Autonomie	344
Anh. 12: Messmodelle zum Hauptmodell (Modell 1, Schritt 3)	345
Anh. 13: Messmodelle zu Modell 2.....	346
Anh. 14: Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen, Post-hoc-LSD-Tests.....	347
Anh. 15: Sozialkapital-Ausmaß zwischen Organisationen, Post-hoc-T-Tests	348
Anh. 16: Sinnhaftigkeit der Arbeit zwischen Organisationen, Post-hoc-LSD-Tests	349
Anh. 17: Mehrebenenmodell mit Commitment auf Level 1 (Grandmean zentriert).....	350
Anh. 18: Mehrebenenmodell mit Commitment auf Level 1 (Groupmean-zentriert).....	351
Anh. 19: Zeitdruck im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-T-Tests	352
Anh. 20: Autonomie im Berufsgruppenvergleich Post-hoc-T-Tests.....	352
Anh. 21: Modell Patientenorientierung übrige Pfade Burn-out, standardisiert	353
Anh. 22: Modell Patientenorientierung übrige Pfade Commitment, standardisiert.....	353

Abkürzungsverzeichnis

A.A.S	Allgemeines Adaptionssyndrom
AIC	Akaike Information Criterion
B	nichtstandardisierter Regressionskoeffizient
β	standardisierter Regressionskoeffizient Beta
BAUA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BIC	Bayes Information Criterion
BISI	Bielefelder Sozialkapital-Index
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
CFI	Comparative-Fit-Index
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
COR	Conservation of Resources
DEV	durchschnittliche extrahierte Varianz
df	degrees of freedom
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
Est.	Estimator (Effektschätzer)
FR	Faktorreliabilität
γ_{00}	Grand Mean (Intercept auf Ebene 2 in einer Mehrebenenanalyse)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
ICD-10	Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (10. Revision)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Ge- sundheit
JD-R	Job Demands-Resources
JP-F	Job Person-Fit
λ	Lambda (Faktorladung bei einer konfirmatorischen Faktorenanalyse)
LORE	Leistungssteigerung durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen
M	Mittelwert
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory General Survey
ML	Maximum-Likelihood
N	number (Fallzahl Grundgesamtheit)
n	number (Fallzahl Stichprobe)

OR	Odds Ratio
p-Wert	probability Wert (Signifikanz)
ProSoB	Produktivität von Sozialkapital in Betrieben
r	Pearson-Korrelationskoeffizient
R ²	R-Quadrat (Anteil der erklärten Varianz)
RMSEA	Root-Mean-Square-Error of Approximation
r _s	Spearman-Korrelationskoeffizient
SBU	Swedish Council on Health Technology Assessment
S.E.	Standard Error (Standardfehler)
SD	Standardabweichung
Sig.	Signifikanz
SRMR	Standardized-Root-Mean-Residual
StBa	Statistisches Bundesamt
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TLI	Tucker-Lewis-Index
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
ZNS	Zentrales Nervensystem

Zusammenfassung

Hintergrund: Burn-out ist ein auf die Arbeitswelt bezogenes Konzept, dessen Kernmerkmal die emotionale Erschöpfung bildet. Burn-out kann Depressionen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen, es ist mit Absentismus, einer erhöhten Fluktuationsbereitschaft und einer reduzierten Arbeitsleistung assoziiert – so der aktuelle Forschungsstand. Was sind die Ursachen des derart weitreichenden Phänomens? Wo sollten Maßnahmen der Prävention ansetzen? Die Antworten der Burn-out-Forschung gehen hier seit nunmehr 40 Jahren vor allem in eine Richtung: Stressoren der Arbeitstätigkeit seien die Ursache von Burn-out. Mit diesem Konzept bleiben, so die in der Dissertation vertretene These, wesentliche Facetten der Arbeitswelt unberücksichtigt: Nicht nur stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale, wie Zeitdruck oder ein Mangel an Autonomie, sondern auch die sozialen Systeme von Organisationen sind für die Gesundheit und Motivation von Relevanz. Mitarbeiter¹ reagieren nicht nur auf Stress, sondern sind in erster Linie nach Bindung strebende soziale Wesen.

Zielsetzung und Kernthese: Die vorliegende Dissertation verfolgt als ein Beitrag zur Grundlagenforschung im Bereich Arbeit und Gesundheit das Ziel, Burn-out aus einer neuen Perspektive heraus zu erklären. Im Zentrum steht nicht das Stress-, sondern das Bindungskonzept, stehen nicht stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale, sondern das Sozialkapital von Organisationen: Führung, Beziehungsklima und Kultur. Mitarbeiter, die in Organisationen mit hohem Sozialkapital tätig sind, fühlen sich emotional stärker an ihre Organisation gebunden und weisen ein geringeres Burn-out-Ausmaß auf, als Mitarbeiter, die sich vom sozialen System und den in einer Organisation vorherrschenden Werten, Überzeugungen und Regeln nicht angezogen fühlen – so die Kernthese. Die Dissertation gibt zudem einen Einblick in die Arbeits- und Organisationsbedingungen medizinischer Rehabilitationskliniken und legt Daten zum Ausmaß von Burn-out auf Ebene der Mitarbeiter, Berufsgruppen und Organisationen vor.

Forschungsdesign: Die Untersuchung der Forschungshypothesen erfolgte auf Basis einer Sekundärdatenanalyse. Die Daten stammen aus Mitarbeiterbefragungen, die im Rahmen eines Organisationssurveys in 21 medizinischen Rehabilitationskliniken im Jahr 2013 durchgeführt wurden. An der Befragung beteiligten sich 1.980 Mitarbeiter, was einem Rücklauf von 54,7% entspricht. Burn-out wurde mit der Skala »Personal Burnout« des »Copenhagen Burnout Inventory« (vgl. Nübling et al. 2005), die emotio-

¹ Lediglich zum Zweck eines besseren Leseflusses wird in der vorliegenden Arbeit die männliche Schreibweise gewählt, die weibliche Form ist damit ebenso gemeint.

nale Bindung über eine Skala zum affektiven Commitment (vgl. Brücker et al. 2004) erfasst. Zur Messung von Sozialkapital wurde der Bielefelder Sozialkapital-Index (vgl. Rixgens 2010a) verwendet. Die Sinnhaftigkeit einer Arbeit sowie Autonomie und Zeitdruck fanden, neben Personenmerkmalen wie dem Alter, zusätzlich Berücksichtigung.

Statistische Auswertungsverfahren: Im Rahmen der Analyse kamen verschiedene statistische Verfahren zur Anwendung. Die Testung des Untersuchungsmodells erfolgte auf Basis eines Strukturgleichungsmodells. Unterschiede und Zusammenhänge auf Ebene der Organisationen wurden mit einem Mehrebenenmodell herausgearbeitet. Nebenhypothesen wurden mit Standardverfahren, z. B. der Varianzanalyse, getestet.

Ergebnisse: In der befragten Stichprobe liegt die Burn-out-Prävalenz bei 30%; das Ausmaß liegt im Mittel bei 39,13 Punkten. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital – besonders der Organisationskultur – sowie der Sinnhaftigkeit einer Arbeit und dem Burn-out-Ausmaß, der über die emotionale Mitarbeiterbindung (affektives Commitment) vermittelt wird. Je stärker die Bindekräfte des Sozialkapitals und der Sinnhaftigkeit einer Arbeit, desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Burn-out ist nicht in allen Rehabilitationskliniken gleich stark ausgeprägt – mehr als 60 dieser Varianz lässt sich auf das Sozialkapital der Kliniken zurückführen.

Schlussfolgerungen: Das Burn-out-Ausmaß hängt nicht nur von Stressoren der Arbeit ab, sondern auch von dem Grad der emotionalen Bindung an das soziale System einer Organisation. Das Sozialkapital von Organisationen und die Sinnhaftigkeit einer Arbeit sind zentrale Treiber der Mitarbeiterbindung. Damit hängen sie indirekt mit dem Burn-out-Ausmaß der Mitarbeiter zusammen. Die Akzentuierung von stressassoziierten Merkmalen individueller Arbeitsaufgaben durch die Burn-out-Forschung greift damit zu kurz. Zukünftig sollte die Burn-out-Forschung vielmehr kontextuelle und individuelle Einflussfaktoren sowie das Stress- und Bindungskonzept miteinander verknüpfen. Bei der Prävention von Burn-out sollte es folglich nicht nur um die Vermeidung von Arbeitsbelastungen, sondern um die Förderung organisationaler Bindekräfte gehen. Dabei sollte die Entwicklung der Organisationskultur oberste Priorität besitzen.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund zum Thema der Dissertation

Das Thema Burn-out erfährt gegenwärtig in der Öffentlichkeit eine hohe Aufmerksamkeit. Ganze Rubriken subsumieren sich unter den Begriff bspw. in den Online-Ausgaben von »Die Zeit«, »Süddeutsche Zeitung (SZ)«, »Frankfurter Allgemeine« oder »Die Welt«. Die Titel von Online-Pressebeiträgen lauten: „Über die Belastungsgrenze – Burn-out in den Griff bekommen“ (SZ 2016, o. S.) oder: „Kollaps am Schreibtisch“ (Bosehm 2011, o. S.). Im Handelsblatt vom 10.07.2015 heißt es: „Deutschland – völlig ausgebrannt?“ (Thelen 2015, o. S.). Das Meinungsforschungsinstitut Gallup titelt im Juli 2015 „The German Workforce Has a Burnout Problem“ (Nink 2015, o. S.). „1800 Prozent mehr Krankheitstage durch Burnout“, so heißt es in »Die Welt« am 27.01.2013 (Grabitz & Wisdorff 2013, o. S.). In der Suchmaschine »google.de« finden sich aktuell mehr als 68.000.000 Einträge unter dem Stichwort. Das Spektrum der Beiträge reicht von Presseartikeln und wissenschaftlichen Publikationen über Expertenmeinungen bis hin zu Selbsttests, Therapieangeboten, Ratgebern, Reportagen, Literaturanzeigen und Kommentaren von Laien. Allein diese Flut an Artikeln verdeutlicht das starke gesellschaftliche Interesse, das dem Phänomen zuteil wird. Der Begriff Burn-out wird darin allerdings uneinheitlich und inflationär für allerlei Konzepte, darunter psychische Belastungen in der Arbeitswelt und psychische Störungen oder z. B. als ein Synonym für arbeitsbedingten Stress, verwendet. Damit fungiert die Bezeichnung im Allgemeinen als ein Stellvertreter für kritisch bewertete Bedingungen in der heutigen Arbeitswelt und möglichen Folgen für die psychische Gesundheit – der Begriff bringt diesbezüglich ein öffentliches Problembewusstsein zum Ausdruck.

Befeuert werden Diskurse rund um das Thema Burn-out durch die Fehlzeitenstatistiken der gesetzlichen Krankenkassen, die einen starken Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle aufgrund der Vergabe von psychischen Diagnosen verzeichnen. Besonders die Vergabe der Zusatzdiagnose Z73, unter die sich Burn-out subsumiert, ist in den vergangenen Jahren um ein Vielfaches angestiegen (vgl. Meyer et al. 2015, 368f. und 386f.). Fehlzeitenstatistiken bilden den Gesundheitszustand der Abwesenden jedoch nur unzuverlässig ab, sie geben zudem weder Auskunft über zugrunde liegende Ursachen, noch über den Gesundheitsstatus der in den Unternehmen anwesenden Mitarbeiter (vgl. Badura 2013a, 12 ff.).

Tatsächlich haben sich in den vergangenen Jahren jedoch die Arbeitsbedingungen dahingehend gewandelt, dass psychische Belastungen angestiegen sind (vgl. Eich-

horst et al. 2016, 14). Daneben ist eine Zunahme an psychischen Beschwerden zu verzeichnen (vgl. Lohmann-Haislah 2012, 7). Aus repräsentativen Befragungen der Erwerbsbevölkerung geht hervor, dass sich mehr als 25 % der Erwerbstätigen hierzu-lande emotional und mehr als 35 % körperlich erschöpft fühlen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS] & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] 2016, 125); 40% fühlen sich oft überarbeitet und ausgelaugt (vgl. Techniker Krankenkasse 2013, 40); nach Angaben von Gallup fühlen sich 34% der Erwerbstätigen durch Stress bei der Arbeit von Burn-out betroffen (vgl. Nink 2015, o. S.). Damit begründet sich die Public Health-Relevanz des Themas. Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber im Jahre 2013 die verpflichtende Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen eingeführt (vgl. §5 Abs. 3 Nr. 6 ArbSchG).

Das Konzept Burn-out, das im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht und hier im wissenschaftlichen Sinne behandelt wird, besitzt zwar nicht den Status einer psychischen Störung, es handelt sich jedoch um einen Risikofaktor für psychische und körperliche Erkrankungen (vgl. Kap. 2.5), was den Stellenwert des Themas unterstreicht.

Mit dem Kernmerkmal der emotionalen Erschöpfung repräsentiert Burn-out eine beeinträchtigte psychische Befindlichkeit. Gerade in der modernen Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft und mit Blick auf die Arbeit 4.0 ist das Konzept somit als relevant einzustufen. Die Kopfarbeiter der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts sind verstärkt psychischen und sozialen Einflüssen bei der Arbeit ausgesetzt und bedürfen ihrerseits einer ausgeprägten psychischen Gesundheit, um eine hohe Leistung abrufen zu können. In der Wissenschaft wird Burn-out allgemein definiert – in Anlehnung an das Konzept von Maslach und Kollegen – als ein Zustand a) der Erschöpfung, b) der Depersonalisation gegenüber Kunden, Kollegen etc. oder der Arbeit und c) der negativen Leistungsfähigkeit infolge chronischer Arbeitsbelastungen (vgl. Maslach & Jackson 1984, 134; Maslach et al. 2001, 399 und 402). Wissenschaftler gehen davon aus, dass sich das Syndrom über einen längeren Zeithorizont entwickelt und bei am Arbeitsplatz anwesenden Mitarbeitern mitunter über Jahre fortbesteht. Burn-out ist konzeptionell auf die Situation am Arbeitsplatz bezogen und wird deshalb in der vorliegenden Arbeit als ein Teilaspekt der Präsentismusproblematik begriffen. Burn-out ist zudem mit einer erhöhten Fluktuationsbereitschaft und einer reduzierten Arbeitsleistung assoziiert und kann bei einzelnen Mitarbeitern Langzeitabsenzen bedingen – so der Stand der Forschung zum Thema (vgl. Kap. 2.5). Damit handelt es sich bei Burn-out um ein Thema, welches speziell im Bereich Occupational Health von Relevanz ist.

Ogleich die Burn-out-Forschung mittlerweile auf eine mehr als 40-jährige Forschungstradition zurückblickt, bleiben noch einige konzeptionelle Probleme ungelöst. Dazu zählt, dass unterschiedliche Burn-out-Definitionen und Symptome Verwendung finden, die das Konzept diffus erscheinen und nicht klar von anderen Konzepten, insbesondere der Depression, abgrenzen lassen. Dazu zählen methodische Schwächen bei der Messung von Burn-out, zudem bestehen Unklarheiten in Bezug auf die tatsächliche Inzidenz und Prävalenz von Burn-out. Die Ursachen von Burn-out werden durch eine Vielzahl an Merkmalen sowie durch unverbundene Modelle und theoretische Ansätze zu erklären versucht (vgl. Kap. 2.1 und 3). Weitestgehend Einigkeit besteht gleichwohl dahingehend, dass Burn-out als eine Folge chronischer Arbeitsstressoren betrachtet wird. Im Vordergrund stehen stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale, wie eine zu hohe Arbeitslast – dies wird in Kapitel 3.3 noch ausführlich dargelegt.

Die vorliegende Dissertation verortet sich im Bereich der arbeitsweltbezogenen Ursachenforschung. Verfolgt wird die These, dass die in der Burn-out-Forschung verbreitete Annahme zu kurz greift, dass Burn-out die Folge von Stressoren der Arbeitstätigkeit sei. Was bei dieser arbeitsbezogenen Perspektive außer Acht bleibt bzw. unterschätzt wird, so die Grundannahme der Dissertation, ist erstens der Einfluss der Organisation im Kontext von Burn-out sowie zweitens der Umstand, dass Mitarbeiter nicht nur auf Stress reagieren, sondern nach emotionalen Bindungen an Menschen und an Werte streben. Genau hier setzt die vorliegende Dissertation an, indem sie die *Bindewirkung des sozialen Systems einer Organisation* sowie zusätzlich die Sinnhaftigkeit der auszuführenden Arbeitsaufgaben in den Mittelpunkt einer empirischen Untersuchung stellt.

1.2 Konkretisierung von Fragestellung und Zielsetzung

Gestützt auf die psychologische Bindungstheorie sowie Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften und der Commitment-Forschung wird in der vorliegenden Dissertation zunächst herausgearbeitet, dass Menschen sich an andere Menschen emotional binden wollen und dass diese Bindung ihrerseits gesundheitsrelevant ist. Aufbauend darauf bildet ein organisationsbezogenes Bindungskonzept die Grundlage für die empirische Untersuchung im Rahmen der Dissertation. Dieses Konzept ist dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz (vgl. Badura 2016; Badura et al. 2013) entlehnt. Sozialkapital wird in diesem Ansatz definiert als die Qualität von Menschenführung, Beziehungsklima und der Kultur einer Organisation. Das Kapital dieser Organisationsmerkmale besteht darin, dass sie durch ihre Bindewirkung einen positiven Einfluss auf Gesundheit, Motivation und Betriebsergebnisse nehmen. Angenommen wird ferner, dass die Sinnhaftigkeit

einer Arbeit die Mitarbeiterbindung und Gesundheit fördert (vgl. Kap. 4.2.2.2). In der Dissertation wird dieses Bindungskonzept auf das Thema Burn-out übertragen.

Welche Bedeutung hat das Sozialkapital von Organisationen für die emotionale Bindung von Mitarbeitern, und welche Konsequenz ergibt sich daraus für das Burn-out-Ausmaß in Organisationen? – das ist die zentrale Fragestellung der Dissertation; daraus abgeleitet stellen sich folgende Teilfragen:

- Leistet die emotionale Bindung eines Mitarbeiters (affektives Commitment) einen Beitrag zur Erklärung von Burn-out? Wie stark ist der Zusammenhang zwischen der Bindung und dem Burn-out-Ausmaß im Vergleich zu stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen, wie Zeitdruck und einem Mangel an Autonomie?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital von Organisationen, und Burn-out, der über die emotionale Mitarbeiterbindung vermittelt wird?
- Welcher der drei Sozialkapitalfaktoren besitzt die stärkste Bindekraft und schützt am stärksten vor Burn-out?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen der von der Sinnhaftigkeit einer Arbeit ausgehenden Bindekraft und Burn-out?
- Besteht zusätzlich ein indirekter, über die Arbeitsbedingungen vermittelter, Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out?
- Gibt es Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen? Und leistet das Sozialkapital der Organisationen hier einen Beitrag zur Aufklärung?

Um das entsprechende Hypothesensystem zu überprüfen wurde ein Strukturgleichungsmodell verwendet – ein Verfahren, mit dem sich indirekte Zusammenhänge modellieren und mehrere Hypothesen gleichzeitig untersuchen lassen. Um Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen und einen möglichen Zusammenhang mit dem Sozialkapital aufzuzeigen, wurde ferner auf eine Mehrebenenanalyse zurückgegriffen. Im Rahmen dieses Verfahrens lassen sich gleichzeitig Einflüsse auf der Ebene der Mitarbeiter und ganzer Organisationen berücksichtigen (vgl. Kap. 7.5.2/7.5.3).

Die Dissertation intendiert in erster Linie, auf Basis der empirischen Ergebnisse einen Beitrag zur Grundlagenforschung im Bereich von Arbeit und psychischer Gesundheit zu leisten und der Burn-out-Forschung neue Impulse zu geben. Die Dissertation liefert

darüber hinaus anwendungsorientierte Informationen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Es werden Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie die Prävalenz von Burn-out auf Ebene der Mitarbeiter und Berufsgruppen dokumentiert. Die Folgen von Burn-out für die Arbeitsqualität sind bislang kaum erforscht. Daher wird außerdem der Zusammenhang zwischen Burn-out und der Patientenorientierung – einem Indikator für die Prozessqualität in der medizinischen Rehabilitation – als ein für die Versorgungsforschung bedeutsamer Aspekt untersucht.

1.3 Gegenstand der Untersuchung

In der vorliegenden Dissertation werden Daten aus Mitarbeiterbefragungen in 21 Rehabilitationskliniken mit Angaben von 1.980 Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen analysiert. Der Sektor medizinische Rehabilitation besitzt eine hohe Public-Health-Relevanz. Sein gesetzlicher Auftrag nach §26 Abs. 1 SGB IX ist es, chronischen Erkrankungen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen werden hierzulande in insgesamt 1.158 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbracht. Hier sind mehr als 100.000 Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen, wie Ärzte, Pflegekräfte oder Verwaltungsmitarbeiter, beschäftigt. Insgesamt werden rund 2 Millionen Fälle jährlich behandelt (vgl. Statistisches Bundesamt [StBa] 2015, 7). Über die Arbeits- und Organisationsbedingungen und die psychische Gesundheit der Belegschaften in diesen Einrichtungen ist kaum etwas bekannt. Allerdings zeichnen sich im Leistungsgeschehen in den vergangenen Jahren ein Anstieg an Fällen und ein Rückgang an Personal ab. Experten gehen davon aus, dass u.a. aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschritts die Arbeitsbelastungen generell ansteigen werden. Es ist – und in diese Richtung verweisen auch die Befunde der Dissertation – davon auszugehen, dass schon jetzt etwa ein Viertel bis zu ein Drittel der Beschäftigten in medizinischen Rehabilitationskliniken von Burn-out betroffen ist (vgl. Kap. 6 und 8.1.1). Das Setting medizinische Rehabilitationsklinik steht jedoch nicht im Vordergrund der vorliegenden Dissertation, sondern dient lediglich als ein Beispiel.

1.4 Zum Aufbau der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit wird in Kapitel 2 Hintergrundinformationen zum Konzept Burn-out liefern. Damit soll eine wissenschaftliche Einordnung und Eingrenzung des Themas vorgenommen werden. Der Leser erhält Einblicke in die Entwicklung der Burn-out-Forschung im historischen Verlauf, die Definition des Konzeptes sowie in Kapitel 3 schließlich in den theoretischen und empirischen Stand zu den Ursachen von Burn-out.

In Kapitel 4 werden die Themen Bindung und Sozialkapital näher in den Blick genommen. Ausgehend von Erkenntnissen aus der psychologischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung zum Bindungsbedürfnis von Menschen wird auf die Arbeitswelt übergeleitet, in dem zunächst das Konzept der Mitarbeiterbindung (Commitment) näher beleuchtet wird. Schließlich wird das Sozialkapital-Konzept näher definiert. Mit dem Bielefelder Sozialkapital-Konzept wird dabei ein auf Kollektive bezogener Bindungsansatz vorgestellt. Hierzu wird auch der empirische Forschungsstand dargelegt.

An dieses Kapitel schließt sich ein Kapitel 5 an, in dem die Arbeitshypothesen und das Untersuchungsmodell der Dissertation vorgestellt werden.

In Kapitel 6 wird das Setting medizinische Rehabilitationskliniken, also das Beispielsetting der Untersuchung, näher in den Blick genommen. Neben einer Definition des Sektors wird die Situation des Personals skizziert. Eingegangen wird ferner auf die Organisationsbedingungen und empirische Befunde zum Thema Burn-out.

In Kapitel 7 (Methodisches Vorgehen) wird beschrieben, welcher Forschungszugang gewählt wurde. Es wird auf die Bedeutung von Mitarbeiterbefragungen eingegangen. Zudem werden das Datenmaterial sowie der Ablauf der Erhebung der Primärdaten näher beschrieben. Die zentralen statistischen Verfahren werden ebenso vorgestellt wie das Vorgehen im Rahmen der Datenauswertung.

In Kapitel 8 erfolgt schließlich die Darstellung der Ergebnisse der empirischen Analyse: Zunächst werden die Ergebnisse zur Gesamtstichprobe, dann die Befunde zu Organisationsvergleichen und schließlich Ergebnisse der Berufsgruppenvergleiche dokumentiert. Das Kapitel schließt mit Befunden zum Zusammenhang von Burn-out, der Patientenorientierung und Depressivität.

In der Diskussion in Kapitel 9 werden die Ergebnisse rückblickend auf die Forschungsfragen bzw. die Hypothesen sowie den Theorieteil noch wieder aufgegriffen. Das Kapitel enthält Hinweise zu methodischen Limitationen und skizziert weiterführende Forschungsbedarfe. Am Ende des Kapitels erfolgt eine Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse.

2 Einführung: Grundlagen der Burn-out-Forschung

Bei dem Thema Burn-out handelt sich um ein vielschichtiges Phänomen, das mit zahlreichen Symptomen assoziiert ist und daher auch Überschneidungen mit dem Konzept der Depression aufweist. Burn-out ist ein seit mehreren Jahrzehnten wissenschaftlich untersuchtes, fundiertes Konzept mit hoher Public Health-Relevanz, insbesondere im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In diesem Kapitel wird das Konzept im Detail beleuchtet, angefangen von der historischen Entwicklung und der mit Burn-out in Verbindung gebrachten Symptomatik, bis hin zur definitorischen Eingrenzung und möglichen gesundheitswissenschaftlich, als auch betriebsseitig relevanten Konsequenzen.

2.1 Historische Entwicklung und Pioniere der Burn-out-Forschung

Der Begriff Burn-out lässt sich ins Deutsche wörtlich mit Verben wie durchbrennen oder ausbrennen übersetzen (vgl. Barth 1997, 16; Korczak et al. 2010, 14). Der Ausdruck übernimmt die Funktion einer Metapher: Wie eine abbrennende Kerze repräsentiert Burn-out einen Verlust an Energie und Leistungsfähigkeit (vgl. Schaufeli et al. 2008, 205). Der Ausdruck findet sich bereits im 16. Jahrhundert, genauer im Jahre 1599, in einer Publikation von William Shakespeare, der hier in einem Gedicht schreibt: „she burns out love, as soone as straw out burneth“ (Shakespeare 1599, 8). Im 19. Jahrhundert wurde der Begriff Burn-out aus der Alltagssprache ins Standardenglisch überführt; gemeint war damit ein früher Tod infolge zu harten Arbeitens (vgl. Enzmann & Kleiber 1989, 18). Eine Novelle des Schriftstellers Graham Greene aus dem Jahre 1961 »A Burnt-Out Case« (vgl. Greene 1961) über einen Architekten, der erfolgsmüde ist, hat vermutlich ebenfalls zur Begriffsbestimmung beigetragen (vgl. Burisch 2014, 4). Der Terminus findet sich schließlich im Jahre 1969 in einer Studie von Bradley. Dieser berichtet von einer Intervention zur Prävention von Burn-out bei Personal, das mit straffälligen Jugendlichen arbeitet: „The sceme should offset the staff burn-out phenomenon we are beginning to observe in intensive treatment programs“ (Bradley 1969, 366).

Die Beispiele demonstrieren, dass die Verwendung des Begriffs Burn-out schon weit zurückreicht. Eine vertiefende, systematische Erläuterung im wissenschaftlichen Sinne ist dabei jedoch noch nicht erkennbar.

Unter der Bezeichnung Neurasthenie beschreibt im Jahre 1911 im »Oberpfälzer Schulanzeiger« Siegbert Schneider ein Phänomen bei Lehrern, welches eine starke Ähnlichkeit mit dem heutigen Konzept von Burn-out aufweist. Schneider skizziert die typische emotional-nervöse Reaktion von Lehrkräften auf berufliche Überforderung. Er

führt Symptome wie Schlafstörungen, Ermüdung, Konzentrationsstörungen, reduzierte Leistungsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder emotionale Störungen an (vgl. Schneider 1911, zitiert in Barth 1997, 13f.). Die psychiatrische Diagnose Neurasthenie geht ursprünglich nicht auf Schneider, sondern auf den US-amerikanischen Neurologen George M. Beard zurück (vgl. Beard 1879). Anders als Burn-out stellt die Neurasthenie, deren Gemeinsamkeit mit Burn-out das Kernsymptom Erschöpfung ist, jedoch heute eine anerkannte medizinische Diagnose dar (vgl. Dörr & Nater 2013, 71f.).

In der einschlägigen Literatur wird der offizielle Beginn der Burn-out-Forschung übereinstimmend mit Herbert J. Freudenbergers Publikation »Staff Burn-out« (vgl. Freudenberger 1974) gleichgesetzt (vgl. Bakker et al. 2014, 390). Nach Hillert und Marwitz (2006, 44) stellt sich Burn-out hier bereits als durchdachtes Konzept dessen dar, was heute im Wesentlichen unter Burn-out verstanden wird. Durch den genannten Artikel im »Journal of Social Issues« prägte Freudenberger die Bezeichnung Burn-out maßgeblich (vgl. Hedderich 2009, 13; McGeary & McGeary 2012, 9). Er erläutert in seinem Artikel das Konzept anhand eines typischen Burn-out-Falls, wobei er auf Ursachen, Symptome und Präventionsmaßnahmen eingeht.

Ursprünglich stammt Freudenberger aus Deutschland. Er wurde 1927 geboren und emigrierte in der Zeit des Nationalsozialismus nach Amerika. Er studierte Psychologie in New York und ließ sich 1954 als Psychotherapeut in eigener Praxis nieder. Seine persönlichen Burn-out-Erfahrungen beruhen auf seiner Nebentätigkeit in einer »freien Klinik«, einer Einrichtung, in der junge Drogenabhängige ehrenamtlich betreut wurden (vgl. Hillert & Marwitz 2006, 41; Schaufeli et al. 2008, 205). In seinem eingangs erwähnten Artikel berichtet Freudenberger auf Basis eigener Erfahrungen, über die möglichen Folgen eines übermäßigen Engagements – genannt Burn-out. Dabei bezieht er sich auf Menschen, die zumeist ehrenamtlich in sozialen Hilfseinrichtungen wie Selbsthilfeeinrichtungen, Hotlines, Kriseninterventionszentren oder Frauenhäusern tätig sind (vgl. Freudenberger 1974, 159–162). Freudenberger greift dabei auf eine Definition eines Wörterbuches zurück, um zu erklären, was er unter Burn-out versteht. Im Wesentlichen betrachtet er es als einen Verlust an Energie bzw. einen Zustand der Erschöpfung, mit Folgen für die Motivation und Leistungsfähigkeit:

„The dictionary defines the verb 'burn-out' as 'to fail, wear out, or become exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources.' And that is exactly what happens when a staff member in an alternative institution burns out for whatever reasons and becomes incorporative to all intents and purposes” (Freudenberger 1974, 159).

Freudenberger konstatiert, dass Burn-out aus einem übermäßigen Arbeitseinsatz resultiert: „We work too hard, too long and too intensely“ (Freudenberger 1974, 161). Dabei erklärt er, dass Mitarbeiter sich aufgrund eines übersteigerten Helferanspruchs zur Arbeit antrieben. Die Erwartungen der Hilfesuchenden und Vorgesetzten seien überdies Treiber der Verausgabung. Der gefühlte Druck könne zu übermäßigem, exzessiven Engagement und schließlich zur totalen Erschöpfung führen (vgl. Freudenberger 1974, 161f.). Freudenberger verstarb im Jahre 1999. Er gilt bis heute als der Gründervater des Burn-out-Konzeptes (vgl. Burisch 2014, 52).

Etwa zeitgleich veröffentlichte im Jahre 1974 Sigmund Ginsburg einen Artikel unter dem Titel: »The problem of the burned out executive«. Ginsburg hatte an der Harvard University den Studiengang Management abgelegt und anschließend eine erfolgreiche Karriere durchlaufen (vgl. Ginsburg 1974, 598). Ginsburg beschreibt Burn-out als typische Krankheit besonders erfolgreicher Manager: „[...] the Burned Out Problem – a significant management disease affecting particularly the high achiever [...]“ (Ginsburg 1974, 598). Auslöser von Burn-out seien die langjährigen Anstrengungen und der permanente Druck, die mit dem Karriereweg und der schließlich erreichten hohen Position verbunden seien. Als Manager verweist Ginsburg zugleich auf mögliche Folgen von Burn-out für den Betrieb, z. B. reduzierte Produktivität (vgl. Ginsburg 1974, 598 ff.).

Der Artikel des Managers Ginsburg erreichte im Gegensatz zum Aufsatz von Freudenberger keine Popularität. Der Umstand ist darin zu suchen, dass die Bearbeitung des Themas Burn-out schon damals und selbst heute noch maßgeblich von Psychologen für sich in Anspruch genommen wird (vgl. Hillert & Marwitz 2006, 61).

Während Freudenberger und Ginsburg als Vertreter der Praxis ihre Gedanken zum Thema Burn-out beschrieben, verfolgte die amerikanische Sozialpsychologin Christina Maslach – die sicherlich bedeutendste Pionierin der Burn-out-Forschung – als Repräsentantin der Wissenschaft einen analytischen Zugang zum Thema. Nur wenig später erschien im Jahre 1976 ihr Artikel mit dem Titel »Burned-out«. Im Zentrum stehen die Befunde aus vor allem qualitativen Studien zu den Bewältigungsstrategien helfender Berufsgruppen. Ihnen ist gemein, dass sie in ihrer Arbeit mit Menschen mit emotionalen Belastungen konfrontiert sind. Burn-out sei die Antwort auf diese Stressoren. Maslach beschreibt in ihrem Artikel vornehmlich Distanzierungstechniken der Professionellen, mit denen diese sich vor den emotionalen Stressoren der interpersonellen Arbeit zu schützen versuchen. Burn-out wird mit Erschöpfung und Gesundheitsproblemen, wie Migräne, in Verbindung gebracht (vgl. Maslach 1976, 16–22).

Trotz ihrer wegweisenden Beiträge haben weder Freudenbergler oder Ginsburg noch Maslach den Begriff Burn-out aufgebracht: „Burnout war Realität und Teil des Sprachgebrauchs, vermutlich lange bevor der Begriff in der Fachwelt Einzug hielt“ (Hillert & Marwitz 2006, 64).

Maslach, die in Sozialpsychologie an der Stanford University promovierte und heute Professorin für Psychologie an der Berkeley University in Kalifornien ist, forschte zunächst gemeinsam mit der Psychologin Ayala M. Pines sowie später mit der Sozialpsychologin Susan E. Jackson. In ihren explorativen Studien zu den mentalen Bewältigungsmustern von Mitarbeitern im Gesundheitswesen fanden die Wissenschaftler heraus, dass die Interaktion mit Patienten stressbehaftet ist. Dies führte zu emotionaler Erschöpfung, emotionaler Distanzierung gegenüber den Patienten und zum Infragestellen der eigenen professionellen Leistungsfähigkeit. Diesen drei Dimensionen wiesen Maslach und Jackson den Begriff Burn-out zu (vgl. Maslach & Jackson 1984, 135). Die Forscherinnen identifizierten folglich eine stereotype Antwort bei helfenden Berufsgruppen auf stressassoziierte Arbeitsbedingungen im Rahmen der Rolle als Behandler.

Ihre Untersuchungen weiteten die Forscherinnen im Folgenden auf andere Berufsgruppen aus, bei denen die Arbeit mit Menschen im Vordergrund steht, z. B. auf Lehrer und Gefängniswärter, und sie systematisierten ihre Forschung durch den Einsatz von Fragebögen (vgl. Maslach & Jackson 1984, 136 f.). Ihr auf Basis von empirischen Studien speziell zur Messung von Burn-out entwickeltes Instrument – das Maslach Burn-out Inventory [MBI] – stellten Maslach und Jackson in ihrem im Jahre 1981 veröffentlichten Artikel »The measurement of experienced burnout« vor. Hierbei bestätigten sie anhand statistischer Faktorenanalysen ein dreidimensionales Burn-out-Syndrom mit den Symptomen: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit (vgl. Maslach & Jackson 1981, 101–104)

Das MBI zählt heute zu den in der Burn-out-Forschung am stärksten verbreiteten Messverfahren. Die zugrunde liegende Operationalisierung ist die am häufigsten zitierte Definition von Burn-out (vgl. Schaufeli & Salanova 2014, 296 f.). Aufgrund der zahlreichen Publikationen, die Maslach erstellte, und der Entwicklung des MBI ist „[...] der Name Maslach sozusagen untrennbar mit Burnout verbunden“ (Burisch 2014, 52). Einschlägig ist überdies das gemeinsam mit ihrem Kollegen Michael P. Leiter veröffentlichte Buch »The Truth about Burnout« (vgl. Maslach & Leiter 1997).

Neben Freudenbergler und Maslach hat Cary Cherniss die Burn-out-Forschung maßgeblich vorangetrieben. Cherniss promovierte 1972 im Fach Psychologie an der Uni-

versität Yale. Als Assistenzprofessor übernahm er im Jahre 1973 an der University of Michigan die Leitung für eine bis dahin einmalige qualitative Längsschnittstudie zum Thema Burn-out (vgl. Burisch 2014, 63f.). Diese hatte zum Ziel, die Erfahrungen von Berufsanfängern aus dem Bereich der öffentlichen, personenbezogenen Dienstleistungen (z.B. in der Justiz oder der Krankenpflege) zu ermitteln (vgl. Cherniss 1980a, XI, 10f.) Cherniss ging von der Annahme aus, dass die ersten Berufsjahre besonders markante Veränderungen in den Einstellungen und Verhaltensweisen bewirken und dass diese oftmals während des gesamten Berufslebens fortbestehen. Er interessierte sich für die zentralen Stressquellen bei den Berufsanfängern, deren Bewältigungsstrategien, die Auswirkungen dieser Bewältigung auf Einstellungen und Verhaltensweisen sowie den Einfluss verschiedener Arbeits- und Organisationsbedingungen auf den Prozess (vgl. Cherniss 1980a, 8–12). Im Rahmen seiner Studie identifizierte Cherniss mehrere personen- sowie arbeits- und organisationsbezogene Stressquellen, die er in sein Burn-out-Modell integrierte (vgl. Cherniss 1980a, 206 ff.). Übermäßiger Arbeitsstress leitet nach Cherniss Auffassung den Burn-out-Prozess ein. Der Betroffene antwortet darauf mit einer Belastungsreaktion, die durch Erschöpfung gekennzeichnet ist und greift schließlich auf defensive Bewältigungsformen wie mentaler Abgrenzung, Zynismus, Apathie und Rigidität zurück (vgl. Cherniss 1980b, 17–21).

Als Wegbereiterin der Burn-out-Forschung ist darüber hinaus die Psychologin Ayala M. Pines gesondert hervorzuheben. Sie publizierte nicht nur verschiedene Studien gemeinsam mit Maslach, sondern veröffentlichte zahlreiche weitere Publikationen zum Thema sowie eigene Bücher wie z.B. »Burnout – from Tedium to personal Growth« (vgl. Pines et al. 1981). Pines entwickelte mit Elliot Aronson schließlich eine eigene Definition des Konzeptes mit einem starken Akzent auf der Komponente Erschöpfung: "Burnout is formally defined and subjectively experienced as a state of physical, emotional, and mental exhaustion caused by long term involvement in situations that are emotionally demanding" (Pines & Aronson 1988, 9).

Gemeinsam konstruierten sie eines der ersten Instrumente zu Erfassung des Phänomens: das Burnout Measure (vgl. Pines & Aronson 1988). Pines prägte außerdem die Theorie der »existenziellen Perspektive«. Demnach strebten insbesondere Berufsanfänger in hohem Maße nach einer existenziellen Bedeutsamkeit bei ihrer Arbeit. Damit ist gemeint, dass das eigene Arbeitshandeln einen signifikanten Einfluss hat und als erfolgreich eingestuft wird. Verhindern stressreiche Arbeitsbedingungen dagegen das Erreichen der Arbeitsziele und die gestellten Erwartungen, dann brenne ein Mitarbeiter aus (vgl. Pines 1993, 41 ff.).

Der Ansatz von Pines erweitert die dargelegten Konzepte der Kollegen Maslach und Cherniss dadurch, dass sie das Augenmerk nicht ausschließlich auf Stressoren der Arbeit und die Entstehung von Burn-out richtet. Mit dem Konzept der existenziellen Perspektive versucht sie zu erklären, wie Burn-out abgewendet werden kann: durch Sinnhaftigkeit und Zielerreichung. Sie akzentuiert somit motivationale Aspekte im Zusammenhang mit Burn-out. Neben ihr hatte auch Freudenberger erwogen, dass Burn-out eine Folge von unerfüllten Idealen sein könne (vgl. Freudenberger 1974, 165).

Bis Anfang der 80er Jahre wurde die Burn-out Forschung durch Arbeiten US-amerikanischer Autoren angeführt. Erst nach Etablierung des Burn-out-Konzeptes in den USA und der Entwicklung von Messinstrumenten begannen auch in anderen Ländern intensivere Forschungsaktivitäten (vgl. Rook 1998, 59). Rudow (1994, 123) zeigt auf, dass im deutschsprachigen Raum im Zeitraum von 1978 bis 1989 gerade 12 Forschungsbeiträge zum Thema Burn-out vorlagen. Seines Erachtens fehlte noch ein öffentliches Bewusstsein für das Thema. Erst 1987 erfuhr das Konzept durch die Aufnahme in das Handbuch »Enzyklopädie der Psychologie« verstärkte Beachtung (vgl. Barth 1997, 13). Die Übersetzung von Artikeln, Büchern und Messinstrumenten aus dem US-amerikanischen Raum hat die Entwicklung in anderen Ländern ebenfalls angetrieben (vgl. Maslach & Schaufeli 1993, 6). Tatsächlich war die deutsche Übersetzung des von Freudenberger und Richelson verfassten Buches mit dem Titel »Burn-out – The High Cost of High Achievement« (vgl. Freudenberger & Richelson 1980) alsbald nicht mehr vorrätig (vgl. Burisch 2014, 6). Hierzulande erfolgte allerdings keine eigenständige, unabhängige Konzeptualisierung von Burn-out. Das Verständnis folge vielmehr der Operationalisierung von Burn-out gemäß der amerikanischen Messinstrumente (vgl. Maslach & Schaufeli 1993, 6; Rook 1998, 60).

Grob wird der Verlauf der Burn-out-Geschichte in der Literatur anhand zweier Phasen beschrieben 1. der Pionierphase sowie 2. der empirischen Phase (vgl. Abb. 1).

Das Interesse am Burn-out-Konzept hat sich seit Beginn der Publikation von Freudenberger und Maslach in den 70er Jahren bemerkenswert entwickelt. Mit den ersten US-amerikanischen Artikeln zum Thema wurde mehr und mehr deutlich, dass es sich um ein verbreitetes Problem handelte. In dieser explorativen Pionierphase wurden meist Selbsterfahrungen oder klinische Fälle beschrieben. Qualitative Methoden wie Interviews und Beobachtungen kamen zum Einsatz. Der Fokus lag noch auf den helfenden bzw. personenbezogenen Dienstleistungsberufen (vgl. Maslach et al. 2001, 399f.; Muehleim 2013, 41f.).

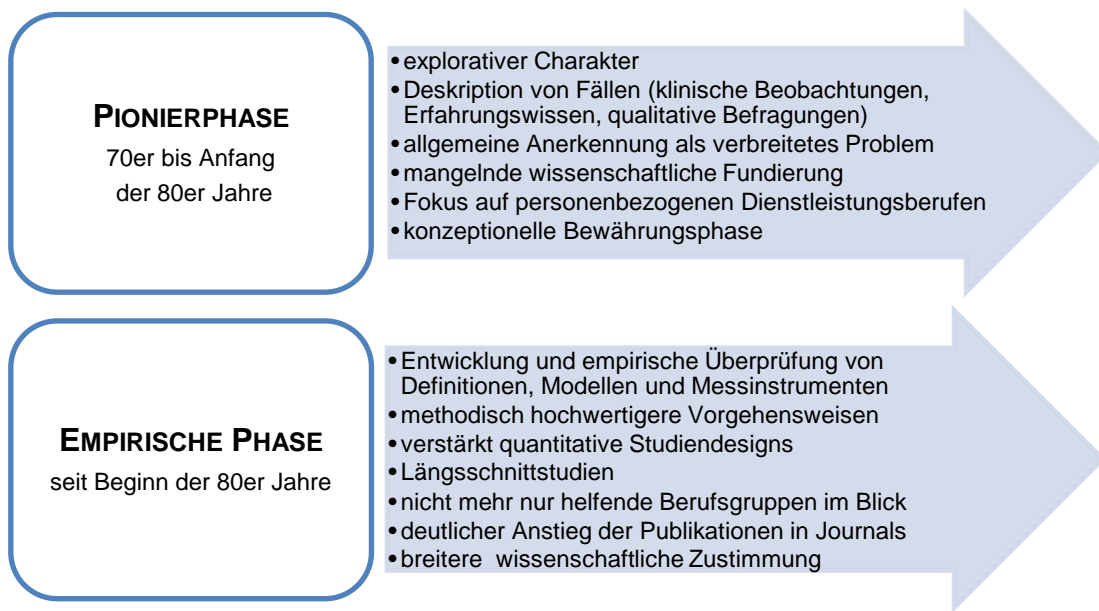


Abb. 1: Phasen der Burn-out-Forschung (Quelle: eigene Darstellung basierend auf Maslach et al. 2001, 399ff.; McGeary & McGeary 2012, 182f.; Muheim 2013, 41–44)

Bis zu Beginn der 80er Jahre musste sich das Konzept Burn-out jedoch erst noch bewähren:

„It is a critical time for the concept of burnout. Will burnout prove to be a concept of enduring value, useful in understanding and treating a class of work-related symptoms? Or will the concept itself burn out from overuse, overextension, and a lack of new direction?“ (Farber 1983, 17f.).

Die Burn-out-Thematik fand aufgrund der Tatsache, dass sie sich auf persönliche Erfahrungen aus der Praxis gründete nach Maslach zunächst kaum Akzeptanz seitens der Wissenschaft. Burn-out war ein Begriff der Alltagssprache, der zwar merklich auf die Bedingungen in der Arbeitswelt aufmerksam machte, jedoch noch nicht den Anspruch eines theoretisch fundierten wissenschaftlichen Konzeptes erhob (vgl. Maslach et al. 2001, 398). Daher wurde Burn-out zunächst als “[...] nonscholarly ‘pop psychology’“ (Maslach et al. 2001, 398) abgetan. Das Phänomen wurde weniger als ein wissenschaftliches, als vielmehr als ein soziales Arbeitsfeld verstanden. Erst in den 80er Jahren stieg die wissenschaftliche Akzeptanz des Konzeptes, da immer mehr amerikanische Arbeiter aufgrund von organisationalen Umstrukturierungen in sozialen Einrichtungen von Burn-out betroffen waren (vgl. McGeary & McGeary 2012, 183).

Die Burn-out-Forschung wurde in den 80er Jahren durch systematische, empirische Forschungsarbeiten bereichert. Es kamen quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz, die Stichproben wurden umfassender, zudem wurden standardisierte Messin-

strumente entwickelt und eingesetzt sowie theoretische Grundlagen geschaffen (vgl. Maslach et al. 2001, 401 f.; Muheim 2013, 43).

Ursprünglich wurde Burn-out als ausschließliches Phänomen sogenannter helfender Berufe verstanden, die durch die Arbeit mit Menschen (z. B. Patienten, Klienten, Schülern) belastet waren. In den 90er Jahren erfolgte dagegen eine Ausweitung auf andere Berufsgruppen; Burn-out wurde generell mit der Arbeitswelt, nicht mehr exklusiv mit interpersoneller Arbeit assoziiert (vgl. Maslach et al. 2001, 401; Schaufeli & Salanova 2014, 296).

Seit dem Jahr 2000 konzentrierte sich die Forschung auf bislang noch unterrepräsentierte Berufsgruppen, wie z. B. Radiologen. Es wurden verstärkt Längsschnittstudien sowie Präventions- und Interventionsstudien durchgeführt und präzisere Burn-out-Definitionen zur Operationalisierung sowie validierte Messinstrumente herangezogen. Die Forschung beschäftigte sich nun zudem verstärkt mit der Abgrenzung von verwandten Konstrukten wie Stress oder der Depression (vgl. Muheim 2013, 44). Speziell der im Jahre 2001 im »Annual Review of Psychology« erschienene Übersichtsartikel von Maslach und Kollegen »Job Burnout« (vgl. Maslach et al. 2001) verlieh dem Konzept zusätzlich Gewicht (vgl. Burisch 2014, 7).

Die aktuelle Burn-out-Forschung ist geprägt durch eine kontroverse Diskussion über die Definition und Messung von Burn-out (moniert wird bei der Messung bspw. das Fehlen von klinisch validierten Cut-Off-Werten), seine Abgrenzung zu anderen Konstrukten wie der Depression und seinen Stellenwert innerhalb der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme [ICD-10] – mit anderen Worten die Frage nach dem Krankheitswert von Burn-out. Noch immer sind die Inzidenz und Prävalenz von Burn-out unklar. Für die Ursachenforschung ist zudem ein Nebeneinander verschiedenster Merkmale und Modelle kennzeichnend (vgl. Koch & Broich 2012, 16 f.; Korczak et al. 2010, 18; Thalhammer & Paulitsch 2014, 151 ff.; Walter et al. 2012, 172). Burn-out-Forscher fordern verstärkt, Interventionen bei Burn-out auf ihre Wirksamkeit zu prüfen (vgl. Burisch 2014, 219); sie sehen Bedarf in der konzeptionellen und empirischen Anwendung von Mehrebenen-Modellen, die Gruppenphänomene berücksichtigen (vgl. Halbesleben & Leon 2014, 136 f). Seit Mitte der 90er Jahre wird verstärkt die Kehrseite von Burn-out, das sogenannte Engagement, in Untersuchungen einbezogen (vgl. Maslach et al. 2012, 297; Schaufeli et al. 2008, 214). Darüber hinaus werden verstärkt die Folgen von Burn-

out für die organisationale Leistungsfähigkeit herausgearbeitet (vgl. Maslach et al. 2012, 297; Schaufeli & Salanova 2014, 306f.).

Burn-out ist heutzutage ein weltweit verbreitetes Phänomen, das auf Probleme in der Arbeitswelt verweist; es ist zugleich ein Konzept, das auf ein solides wissenschaftliches Fundament gestellt ist (vgl. Schaufeli et al. 2008, 204 und 210). Die folgende Abbildung 2 bringt das stark angestiegene Forschungsinteresse am Konzept seit 1982 zum Ausdruck. Sie zeigt den Anstieg der Publikationen in der Forschungsdatenbank »PubMed« unter dem Suchwort »burnout«. Waren es am 01.01.1982 lediglich 86 Publikation so waren es am 01.01.2002 schon 3.326 und am 01.01.2016 bereits 10.299.

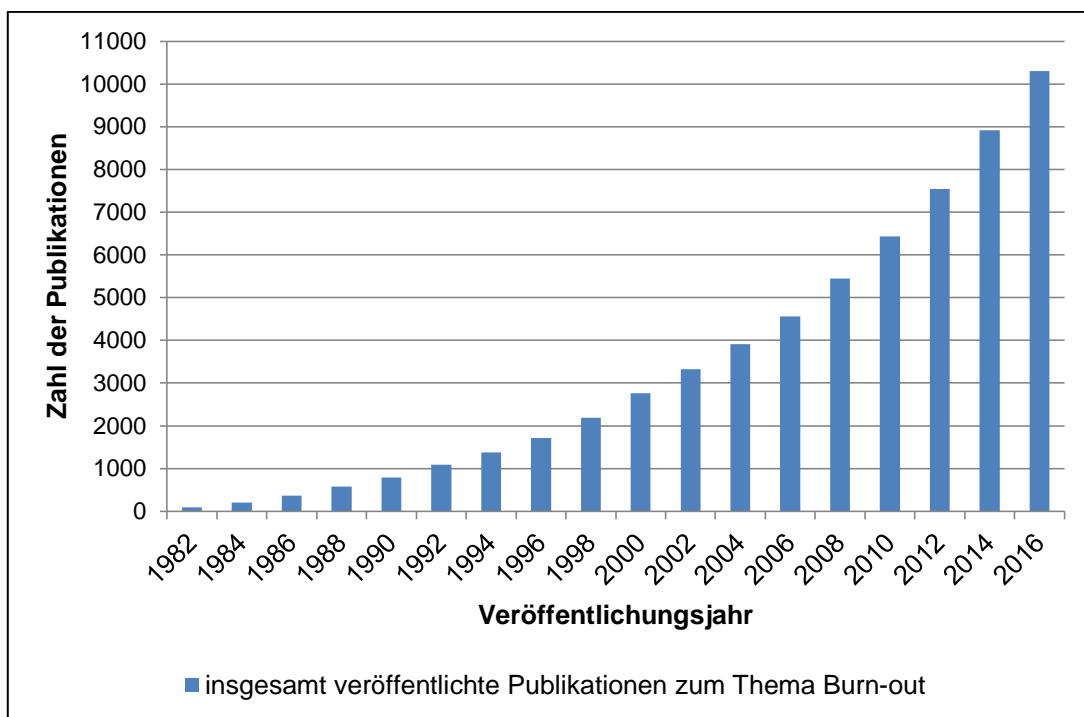


Abb. 2: Anstieg der Publikationen zum Thema Burn-out in »PubMed«

2.2 Zu Symptomkatalogen von Burn-out

Zu Beginn der Burn-out-Forschung wurde das Phänomen nicht explizit definiert, sondern allenfalls durch Symptombeschreibungen umrissen – so wie bspw. in der Publikation von Freudenberg (1974). Bei solchen Auflistungen handelt es sich um eine Auswahl an Merkmalen, die meist ein fortgeschrittenes Burn-out-Stadium charakterisieren (vgl. Rösing 2011, 58; Schaufeli & Enzmann 1998, 30). Im Laufe der Zeit kumulierten sich die beobachteten Symptome, so dass verschiedene Forscher Übersichten anfertigten bzw. Klassifikationen vornahmen.

Eine erste literaturbasierte Zusammenfassung verschiedener Burn-out-Symptome durch Cherniss brachte bereits im Jahre 1980 insgesamt 28 Symptome hervor. Diese reichen bspw. von der Abneigung zur Arbeit zu gehen, über Rückzug, Negativismus, Zynismus, Schlafstörungen bis hin zu erhöhtem Absentismus. Mit zunehmender Anzahl an Symptomen, so stellte Cherniss fest, dehnte sich auch der Bedeutungshorizont von Burn-out immer weiter aus (vgl. Cherniss 1980b, 17).

Buchka und Hackenberg veröffentlichten wenig später, im Jahre 1987, eine erweiterte Klassifikation. Unter die Kategorie »körperliche Erschöpfung« subsumierten sie Symptome, wie Energiemangel, chronische Ermüdung oder Rückenschmerzen. Zur Kategorie »emotionale Erschöpfung« zählten sie Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit oder emotionale Leere; unter der Kategorie »geistige Erschöpfung« wurden bspw. ein negatives Selbstbild sowie negative Einstellungen gegenüber der Arbeit, Minderwertigkeitsgefühle und Zynismus zusammengefasst. Insgesamt beschreiben die Autoren mehr als 30 Symptome (vgl. Buchka & Hackenberg 1987, 7).

Im Weiteren hat sich Burisch eingehend mit der Burn-out Symptomatik befasst und im Jahr 1989 eine literaturbasierte Synthese kursierender Symptome vorgenommen (vgl. Burisch 1989, 12). Nach Burisch (2014, 25) stellt sich das Symptombild von Burn-out in der Literatur als äußerst komplex dar, gleichwohl fände sich eine hohe Übereinstimmung der Burn-out-Merkmale über die Studien hinweg. Er bündelt letztlich über 130 Symptome zu 7 Kategorien mit 15 Subkategorien. Seine Übersicht ist auch in seiner aktuellen Publikation abgedruckt (vgl. Burisch 2014, 26–29) (vgl. Tab. 1).

Eine vergleichbare Übersicht mit ebenfalls mehr als 130 Symptomen wurde später auch von Schaufeli und Enzmann vorgelegt. Sie nahmen eine Klassifikation von Burn-out nach affektiven, kognitiven, physischen und verhaltensbezogenen Symptomen auf individueller, interpersoneller und organisationaler Ebene vor (vgl. Schaufeli & Enzmann 1998, 21–24). Tabelle 2 zeigt exemplarisch die organisationale Ebene.

Tab. 1: Burnout-Symptomatik (Quelle: *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*, Kapitel 2.2.1 Burnout Symptomatik – eine Synopse (5. Aufl.) (2014), S. 26–29, Burisch, M. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1989 1994 2006 2010 2014, mit Genehmigung von Springer); Anordnung modifiziert

1. Warnsymptome der Anfangsphase	<p>a. Überhöhter Energieeinsatz: Hyperaktivität • Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit • Gefühl der Unentbehrlichkeit • Gefühl, nie Zeit zu haben • nicht Abschalten können • Verleugnung eigener Bedürfnisse • Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen • Konzentration sozialer Kontakte auf Klienten</p> <p>b. Erschöpfung und deren unmittelbare Folgen: Energiemangel • Unausgeschlafenheit • Erhöhte Unfallgefahr</p>
2. Reduziertes Engagement	<p>a. Für Klienten, Patienten, Schüler etc.: Menschliche Enttäuschung • Verlust positiver Gefühle gegenüber Patienten • Größere innere Distanz zu Klienten • Meidung von Kontakten zu Klienten und/oder Kollegen • Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten • Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung • Schuldzuweisung für Probleme an Klienten • Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern • Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc. • Betonung von Fachjargon • Dehumanisierung</p> <p>b. Für andere allgemein: Unfähigkeit zu geben • Kälte • Verlust von Empathie • Verständnislosigkeit • Schwierigkeiten, anderen zuzuhören • Zynismus</p> <p>c. Für die Arbeit: Verlust von Idealismus • Desillusionierung • Negative Einstellung zur Arbeit • Widerwillen und Überdruß • Ständiges Auf-die-Uhr-sehen • Fluchtphantasien • Tagträumen • Überziehen von Arbeitspausen • Verspäteter Arbeitsbeginn • Vorverlegter Arbeitsschluss • Fehlzeiten • Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit • Aufblühen am Wochenende • Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit</p> <p>d. Erhöhte Ansprüche: Konzentration auf die eigenen Ansprüche • Gefühle mangelnder Anerkennung • Gefühl, ausgebeutet zu werden • Eifersucht • Konflikte in der Familie</p>
3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung	<p>a. Depression: Schuldgefühle • Reduzierte Selbstachtung • Insuffizienzgefühle • Selbstmitleid • Humorlosigkeit • Unbestimmte Angst und Nervosität • Abrupte Stimmungsschwankungen • Verringerte emotionale Belastbarkeit • Bitterkeit • Gefühl von Abgestorbensein und Leere • Schwächegefühl • Neigung zum Weinen • Ruhelosigkeit • Gefühl des Festgefahreenseins • Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle • Pessimismus, Fatalismus • Apathie • Erste Suizidgedanken</p> <p>b. Aggression: Schuldzuweisung an Andere oder »das System« • Vorwürfe an Andere • Verleugnung der Eigenbeteiligung • Ungeduld • Lauenhaftigkeit • Intoleranz • Kompromissunfähigkeit • Nörgeleien • Negativismus • Reizbarkeit • Ärger und Ressentiments • Defensive/paranoide Einstellungen • Misstrauen • Häufige Konflikte mit Anderen</p>
4. Abbau	<p>a. der kognitiven Leistungsfähigkeit: Konzentrations- und Gedächtnisschwäche • Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben • Ungenauigkeit • Desorganisation, Verlegen von Dingen • Entscheidungsunfähigkeit • Unfähigkeit zu klaren Anweisungen</p> <p>b. der Motivation: Verringerte Initiative • Verringerte Produktivität • Dienst nach Vorschrift</p> <p>c. der Kreativität: Verringerte Phantasie • Verringerte Flexibilität</p> <p>d. Entdifferenzierung: Rigidies Schwarz-Weiß-Denken • Widerstand gegen Veränderungen aller Art</p>
5. Verflachung	<p>a. des emotionalen Lebens: Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen • Gleichgültigkeit</p> <p>b. des sozialen Lebens: Weniger persönliche Anteilnahme an Anderen oder exzessive Bindung an Einzelne • Meidung informeller Kontakte • Suche nach interessanteren Kontakten • Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit • Eigenbröteleien • Mit sich selbst beschäftigt sein • Einsamkeit</p> <p>c. des geistigen Lebens: Aufgeben von Hobbys • Desinteresse • Langeweile</p>
6. Psychosomatische Reaktionen	<p>Schwächung der Immunreaktion • Schlafstörungen • Alpträume • Sexuelle Probleme • Gerötetes Gesicht • Herzklopfen • Engegefühl in der Brust • Atembeschwerden • Beschleunigter Puls • Erhöhter Blutdruck • Muskelverspannungen • Rückenschmerzen • Kopfschmerzen • Nervöse Tics • Verdauungsstörungen • Übelkeit • Magen-Darm-Geschwüre • Gewichtsveränderungen • Veränderte Essgewohnheiten • Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen</p>
7. Verzweiflung	<p>Negative Einstellung zum Leben • Hoffnungslosigkeit • Gefühl der Sinnlosigkeit • Suizidabsichten • Existenzielle Verzweiflung</p>

Tab. 2: Possible burnout symptoms; symptoms at organisational level (Quelle: The burnout companion to study and to practice: a critical analysis. Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998, 24), original figure no. 2.1 c); with permission from Taylor & Francis Group, London); Auszug.

affective	job dissatisfaction
cognitive	feelings of not being appreciated
physical	
behavioral	reduced effectiveness, poor work performance, declined productivity, tardiness, turnover, increased sick leave, absenteeism, theft, resistance to change, being over-dependent on supervisors, frequent clock watching, 'going by the book', increased accidents, inability to organise, poor time management
motivational	loss of work motivation, resistance to go to work, dampening of work initiative, low morale

Bei Betrachtung solcher Listen entsteht einerseits unmittelbar der Eindruck, dass es dem Konzept Burn-out an Kontur mangelt. Andererseits wirkt Burn-out wie ein Phänomen, dessen individuelle und organisationale Tragweite gewaltig sein kann. Zweifellos träten, so Burisch, nicht alle genannten Burn-out-Symptome gleichermaßen bei jedem Fall in Erscheinung. Vielmehr konstituieren sich Burn-out als Syndrom aus verschiedenen Symptomen. Mit Auftreten eines bestimmten Symptoms werde dabei das Erscheinen eines weiteren, spezifischen Symptoms wahrscheinlicher. Aus diesem Grund stünden die Kategorien bzw. Unterkategorien teilweise zeitlich, aber auch ursächlich, in Abhängigkeit zueinander. Nicht immer aber durchläufe der Betroffene sämtliche Stadien und die Reihenfolge könne mitunter abweichen (vgl. Burisch 2014, 25 und 29 ff.).

Schaufeli und Enzmann monieren eine fehlende Spezifität der Symptomkataloge, vermuten aber, dass sich hinter den zahlreichen und vielfältigen Symptomen verschiedene Phasen von Burn-out oder verschiedene Burn-out-Typologien verbergen (vgl. Schaufeli & Enzmann 1998, 19 und 30). Ungeachtet dessen komme es in den Übersichten zu einer Vermengung von Symptomen, Folgewirkungen und Ursachen (vgl. Hedderich 2009, 27; Korczak et al. 2010, 16).

Tatsächlich handelt es sich um Symptomlisten, die während der Pionierphase der Burn-out-Forschung zusammengetragen wurden. Sie beruhen vornehmlich auf Beobachtungen oder Selbsterfahrungen und sind somit qualitativer bzw. explorativer Natur. Daher können die Merkmalsansammlungen keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit.

keit erheben, und sie sind hinsichtlich ihrer Validität mit Unsicherheit behaftet (vgl. Maslach et al. 2001, 399 f.; Schaufeli & Enzmann 1998, 30).

Damit wird deutlich, dass es diesen Symptomkatalogen geschuldet sein könnte, dass Burn-out in der Öffentlichkeit mit anderen psychischen Konzepten gleichgestellt wird:

„Dort [in der öffentlichen Diskussion, Anm. d. Verf.] wird seit einer Weile Burnout mit jedweder psychischen Störung gleich gesetzt. Insbesondere zu Nachbarbegriffen wie Anpassungsstörung, Depression oder Konfliktreaktion (ihrerseits randscharfen Einheiten) fällt die Abgrenzung schwer“ (Burisch 2014, 22).

Selbst die fachliche Debatte über die (mangelhafte) Definition von Burn-out, wie sie im vorherigen Abschnitt erwähnt wurde, könnte auf diese diffusen Beschreibungen des Phänomens zurückzuführen sein. Gerade deshalb soll im Rahmen der vorliegenden Dissertation mit diesen Ausführungen dafür sensibilisiert werden, dass ein solches Konglomerat an Symptomen keiner wissenschaftlichen Fundierung im Sinne von Repräsentativität oder theoretischer Herleitung standhält. Auch Schaufeli und Taris erachten Listen beispielhafter Burn-out-Symptome nicht als zielführend. Sie schlagen vor, das Konzept stärker zu konkretisieren: „[...] we should look for the smallest number of core symptoms that bear theoretical meaning and that are sufficient to characterize burnout“ (Schaufeli & Taris 2005, 259).

Im folgenden Kapitel werden deshalb verschiedene Burn-out-Definitionen vorgestellt und es wird eine Festlegung auf eine bestimmte Definition als Ausgangspunkt für die vorliegende Dissertation vorgenommen. Auf die mangelnde Abgrenzbarkeit zur Depression wird in Kapitel 2.4 noch gesondert eingegangen.

2.3 Burn-out: eine definitorische Eingrenzung

Im Idealfall sollte zu Beginn eines Forschungsvorhabens eine eindeutige wissenschaftliche Definition des zu untersuchenden Phänomens vorgelegt werden, um an ein gemeinsames Verständnis anknüpfen zu können. Burn-out ist in den vergangenen Jahren Untersuchungsgegenstand zahlreicher Praktiker und Wissenschaftler gewesen. Hieraus sind vielfältige Burn-out-Definitionen hervorgegangen. In diesem Kapitel erfolgt eine definitorische Eingrenzung des Konstrukts.

Es liegen mittlerweile unzählige Burn-out-Definition vor (vgl. Muheim 2013, 38). Schon in den Anfängen der Burn-out-Forschung kursierte eine Vielzahl an Definitionen. Es wurden auf Basis eigener Mutmaßungen Definitionen entwickelt oder gängige Definitionen abgewandelt (vgl. Burisch 2011, 10). Burn-out-Forscher führen die Vielfalt an Definitionen auf den Umstand zurück, dass diese aus der Beobachtung von Burn-out-

Symptomen heraus entwickelt wurden: „Dadurch finden fast alle beobachtbaren negativen Reaktionen von Mitarbeitern in Dienstleistungsinstitutionen Eingang in irgendeine Burn-out Definition“ (Kleiber & Enzmann 1990, 19). Maslach monierte bereits im Jahre 1982 das Fehlen einer *eindeutigen* und *allgemein verbindlichen* Definition, was zu Irritationen und Kontroversen führe (vgl. Maslach 1982, 30).

Die folgende Übersicht vermittelt einen Eindruck von der Vielzahl und Heterogenität vorgelegter Burn-out-Definitionen (vgl. Tab 3).

Tab. 3: Definitionen von Burn-out

Autoren	Burn-out-Definition
<u>Freudenberger & Richelson (1980, 13):</u>	“A Burn-Out is ‘someone in a state of fatigue or frustration brought about by devotion to a cause, way of life, or relationship that failed to produce the expected reward.’”
<u>Edelwich & Brodsky (1984 12):</u>	„Wir wollen den Begriff ‘Ausgebranntsein’ verwenden, um damit einen zunehmenden Verlust von Idealismus und Energie zu beschreiben, den in den helfenden Berufen Beschäftigten als Folge der Arbeitsbedingungen erfahren.“
<u>Pines et al. (1981, 3):</u>	Ausbrennen umschreibt „[...] a state of mind that frequently afflicts individuals who work with other people (especially but not exclusively in the helping professions) and who pour in much more than they get back from their clients, supervisors and colleagues. It is accompanied by an array of symptoms that include a general malaise: emotional, physical, and psychological fatigue, feelings of helplessness, hopelessness, and a lack of enthusiasm about work and even about life in general.“
<u>Farber (1983, xi):</u>	„[...] aversive working conditions may produce a variety of stressful reactions of which burnout is but one, albeit severe, form.“
<u>Maslach & Jackson (1984, 134):</u>	“We have defined burnout as a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people in some capacity.”
<u>Pines & Aronson (1988, 9):</u>	“Burnout is formally defined and subjectively experienced as a state of physical, emotional, and mental exhaustion caused by long term involvement in situations that are emotionally demanding.”
<u>Shirom (1989, 33):</u>	“Specifically, burnout refers to a combination of physical fatigue, emotional exhaustion, and cognitive weariness.”
<u>Kleiber & Enzmann (1990, 11):</u>	„Mit dem Begriff Burnout werden in der psychologischen Literatur vorrangig negative Folgen von Arbeitsbeanspruchungen psychosozialer Berufsgruppen thematisiert.“

Tab. 3: Definitionen von Burn-out – Fortsetzung

<u>Rudow (1994, 125):</u>	„BO ist folglich als Syndrom zu verstehen, in dem die Erschöpfung und die Depersonalisierung von besonderer Bedeutung sind. Darüber hinaus treten Gefühle der Leistungsschwäche und -unfähigkeit auf, die überwiegend als Folge der Erschöpfung anzusehen sind. [...] BO ist eine Folge anhaltender Streß- und/oder Ermüdungszustände, wobei ‚Streß‘ ein besonderes Gewicht zu haben scheint.“
<u>Schaufeli & Enzmann (1998, 36):</u>	„Burnout is a persistent, negative, work-related state of mind in ‘normal’ individuals that is primarily characterised by exhaustion, which is accompanied by distress, a sense of reduced effectiveness, decreased motivation, and the development of dysfunctional attitudes and behaviors at work [...]“
<u>Richter & Hacker (1998, 144):</u>	„Mit Burnout oder Ausbrennen wird ein Zustand physischer und psychischer, kognitiver und emotionaler Erschöpfung in Tätigkeiten der Humandienstleistungen bezeichnet. Dabei handelt es sich vorzugsweise um Tätigkeiten, die ein langzeitiges Engagieren für andere Menschen in emotional belastenden Situationen erfordern.“
<u>Kernen (2005, 64):</u>	„Vielmehr ist Burn-out die Folge einer einseitigen Ressourcenbeanspruchung des arbeitenden Menschen – wesentliche Faktoren für Burn-out liegen im persönlichen Bezug zur Arbeit und in der Arbeitsgestaltung selbst.“
<u>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN] (2012, 4):</u>	Burn-out ist als Zustand dauerhafter Arbeitsüberforderung zu verstehen, bei dem „[...] Erschöpfung, vegetative Symptomatik, Leistungsminderung sowie die kritische Distanz zur Arbeit [...]“ mehrere Wochen oder Monate anhalten.“

Deutlich wird, dass die überwiegend von namhaften Burn-out-Forschern stammenden Definitionen einerseits zwar heterogen sind und unterschiedliche Akzente setzen, andererseits Themenüberschneidungen aufweisen. Wiederkehrend sind die Konzepte Erschöpfung und Stress. Negative emotionale Zustände werden angesprochen: Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, ein Mangel an Lebensfreude und Enthusiasmus und Frustration. Die Definitionen weisen fast durchweg einen konkreten Bezug zur Arbeitswelt auf. Der Akzent liegt mal mehr auf möglichen Ursachen von Burn-out, mal mehr auf einer Beschreibung von Symptomen. Potenzielle Ursachen von Burn-out werden vornehmlich in der emotionalen Belastung bei helfenden Berufen bzw. den Arbeitsbedingungen gesucht. Die Grenzen zwischen Ursachen, Symptomen und Folgen bleiben dabei eher undifferenziert.

Maslach gibt zu bedenken, dass Übereinstimmungen zwischen Definitionen bestehen: „However, all is not total chaos. Despite the differences, there are also similarities

among definitions of burnout“ (Maslach 1982, 31). So bestünde weitestgehend Konsens dahingehend, dass Burn-out als eine individuelle, negative psychologische Erfahrung zu verstehen sei. Die Burn-out-Definitionen würden zwar teilweise stark divergieren, mitunter würden aber mit verschiedenen Begrifflichkeiten gleiche Konzepte angesprochen. So würden gewisse Merkmale von einer breiten Mehrheit getragen. Dabei handele es sich um folgende drei Dimensionen: 1. psychische bzw. physische Erschöpfung, 2. eine veränderte, negative Haltung gegenüber anderen (Depersonalisation) und 3. eine negative Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit (vgl. Maslach 1982, 32). Die diversen, hierfür verwendeten, Bezeichnungen, sind in Abbildung 3 dargestellt.



Abb. 3: Burn-out-Kerndimensionen und jeweils ähnliche Bezeichnungen
(Quelle: eigene Darstellung basierend auf Maslach 1982, 35)

Tatsächlich finden sich diese oder vergleichbare Konzepte in fast allen der eingangs exemplarisch vorgestellten Definitionen wieder.

Die Merkmalskombination entspricht der Operationalisierung von Burn-out im MBI: Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit. Das MBI (vgl. Maslach & Jackson 1981; Schaufeli et al. 1996) trug, als eines der ersten Instrumente zur Messung von Burn-out, maßgeblich zur wissenschaftlichen Akzeptanz des Konzeptes bei. Das allgemeine Verständnis von Burn-out beruht in hohem Maße auf der im MBI vorgenommenen Operationalisierung (vgl. Hillert & Marwitz 2006, 82 f.). Mittlerweile fungiert das MBI als Goldstandard. Es wird in mehr als 90 % aller Burn-out-Studien angewendet (vgl. Burisch 2014, 37; Hemmeter 2013, 74; Schaufeli & Taris 2005, 256). Durch diese Dominanz des MBI, die sich über die Zeit entwickelte „[...] wurde Burnout

immer mehr zu dem, was als solches durch das MBI gemessen wird (nach dem Motto: Burnout ist, was das MBI misst!)“ (Hillert & Marwitz 2006, 83).

Es ist *diese* Merkmalskombination, die heute am häufigsten zur Definition von Burn-out herangezogen wird (vgl. Schaufeli & Salanova 2014, 296) und daher als Konsens begriffen werden kann. Die drei Merkmale stehen in Übereinstimmung mit der Burn-out-Definition von Maslach und Jackson: „We have defined burnout as a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people in some capacity“ (Maslach & Jackson 1984, 134). Damals war die Definition noch auf helfende bzw. personenbezogene Dienstleistungsberufe beschränkt. Im Verlaufe der Zeit erfuhr sie eine Verallgemeinerung, indem sie nicht mehr ausschließlich auf interpersonelle Tätigkeiten, sondern generell auf die Arbeit abstellte (vgl. Maslach et al. 2001, 402). Im jüngsten von Leiter, Bakker und Maslach herausgegebenen Burn-out-Buch »Burnout at Work« wird das Konzept demgemäß allgemein definiert: „Burnout is a psychological syndrome of exhaustion, cynicism and inefficacy which is experienced in response to chronic job stressors“ (Day & Leiter 2014, 56).

Die Bezeichnung der Konzepte im MBI hat sich über die Zeit etwas gewandelt, wie die vorgestellten Definitionen bereits andeuten. Die ursprünglichen Deklarationen der Burn-out-Komponenten *emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisation* und *reduzierte Leistungsfähigkeit* wurden in der revidierten Fassung, dem MBI-General Survey [MBI-GS] (vgl. Schaufeli et al. 1996), in *Erschöpfung*, *Zynismus* und *professionelle Effektivität* umbenannt. Hintergrund war die inhaltliche Rekonzeptualisierung im Sinne einer Verallgemeinerung, dass Burn-out nicht mehr ausschließlich auf die Arbeit mit Menschen bezogen ist (vgl. Leiter & Schaufeli 1996, 230 ff.; Maslach et al. 2001, 402).

Die Verkürzung der Bezeichnung *emotionale Erschöpfung* zu *Erschöpfung* spiegelt wider, dass der Aspekt nicht mehr ausschließlich auf emotionale Anforderungen der Arbeit beschränkt ist. Der Begriff *Depersonalisation* stellt auf die Gleichgültigkeit gegenüber Klienten, Patienten etc. in helfenden Berufen ab, während sich *Zynismus* auf eine Gleichgültigkeit bezieht, die sich nicht mehr ausschließlich auf berufliche Beziehungen, sondern auf die Arbeit im Allgemeinen bezieht. Gleichwohl blieb die Funktion dieser Dimension innerhalb des Burn-out-Konzeptes unverändert. Denn wie *Depersonalisation*, so drückt auch *Zynismus* eine berufliche Distanzierung und damit eine Bewältigungsstrategie aus. *Professionelle Effektivität* ersetzt *reduzierte Leistungsfähigkeit*. Der Unterschied besteht darin, dass sich die erstgenannte Skala nicht auf die Ar-

beitsleistung im Bereich personenbezogener Dienstleistungen beschränkt und den Aspekt der Selbstwirksamkeitserwartung betont (vgl. Leiter & Schaufeli 1996, 230 ff.; Maslach et al. 2001, 402). Nach Maslach und Jackson (1981, 99) sowie Maslach und Leiter (2008, 498) sind die einzelnen Dimensionen von Burn-out im Detail wie folgt definiert:

- (*Emotionale*) *Erschöpfung* bedeutet, dass ein Mitarbeiter ein Gefühl der Überbeanspruchung erlebt, dass er seine physischen und psychischen Energien verwirkt hat. Erschöpfung ist die erklärte Stress-Dimension von Burn-out;
- *Zynismus (Depersonalisation)* bezieht sich auf eine starke kognitive und emotionale Distanzierung oder Verhärtung, mit anderen Worten einen Empathieverlust gegenüber der Arbeit bzw. beruflichen Beziehungen;
- das Konzept der *professionellen Effektivität (reduzierten Leistungsfähigkeit)* stellt auf eine negative selbsteingeschätzte Arbeitsleistung des Mitarbeiters ab bzw. das Gefühl in der Arbeit nicht erfolgreich zu sein. Hierzu zählen bspw. das Gefühl mangelnder Kompetenz oder verminderter Produktivität.

Erschöpfung und Zynismus sind konzeptionell eng miteinander verknüpft. Maslach geht davon aus, dass Zynismus eine direkte Erschöpfungsfolge ist. Mitarbeiter würden sich von der Erschöpfung bzw. den Belastungen der Arbeit beschützen wollen, indem sie sich hiervon zurückzögen. Tatsächlich finden sich moderate Korrelationen zwischen Erschöpfung und Zynismus bzw. Depersonalisation (vgl. Maslach & Jackson 1981, 99 f.; Maslach et al. 2001, 403 ff.). Das Symptom der reduzierten Leistungsfähigkeit bzw. Wirksamkeit korreliert dagegen weniger stark mit den übrigen Dimensionen, was allerdings damit zusammenhängen könnte, dass die Items des erstgenannten Merkmals positiv formuliert sind (vgl. Maslach & Jackson 1981, 104; Schaufeli & Taris 2005, 257). Die reduzierte Leistungsfähigkeit könnte durch die Erschöpfung und Depersonalisation bedingt sein, sie könnte aber auch/oder eine parallele Erscheinung sein (vgl. Maslach et al. 2001, 403). Die zeitliche Abfolge der drei Burn-out-Dimensionen ist noch nicht abschließend geklärt. Es gibt erst wenige Längsschnittstudien, die sich mit der Thematik befassen, und sie kommen zu inkonsistenten Resultaten (vgl. dazu Brouwers & Tomic 2014, 24; Toppinen-Tanner et al. 2011, 23 ff.).

Aufgrund der breiten wissenschaftlichen Zustimmung folgt die vorliegende Dissertation der Burn-out-Definition des MBI. Es wird also angenommen, dass Burn-out sich aus den Komponenten Erschöpfung, Zynismus und einer reduzierten Leistungsfähigkeit

konstituiert. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich indes analytisch auf das Kernmerkmal von Burn-out, die psychische (bzw. physische) Erschöpfung, da es sich um eine Untersuchung auf Basis von Sekundärdaten handelt, bei der zur Erfassung von Burn-out nicht das MBI, sondern die Skala »Personal Burnout« von Kristensen et al. (2005) eingesetzt wurde. Diese bezieht die übrigen Merkmale nicht ein, bezeichnet einen arbeitsbezogenen Zustand der psychisch-physischen Erschöpfung gleichwohl als Burn-out (vgl. Kap. 7.4). In vielen Studien wird Burn-out ausschließlich über das Merkmal Erschöpfung operationalisiert (vgl. Schaufeli & Taris 2005, 259). Tatsächlich ist emotionale Erschöpfung unter den drei Burn-out-Symptomen das Merkmal, welches in der Wissenschaft die stärkste Akzeptanz erfährt. Erschöpfung wird als Kernmerkmal von Burn-out erachtet. Es gilt als besonders gründlich und am häufigsten untersucht. Es ist also das Merkmal, welches bevorzugt mit Burn-out assoziiert wird, und es ist ein zwingender Bestandteil des Burn-out-Konzeptes. Das Merkmal wird selbst von Betroffenen am ehesten mit Burn-out verknüpft, und es bildet die wesentliche individuelle Beanspruchungsdimension ab (vgl. Helkavaara 2013, 159f.; Maslach 1982, 32). Erschöpfung zeigt nicht nur die stärksten Korrelationen mit Stressoren und Ressourcen der Arbeit, sondern auch mit den meisten von ihnen. Es zählt zu den Merkmalen, die konsistent und stark mit Gesundheitsmerkmalen assoziiert sind (vgl. Ahola & Hakanen 2014, 24; Lee et al. 2013, o. S.). Erschöpfung präsentiert sich in vielen Studien als ein Frühindikator von Burn-out (vgl. Toppinen-Tanner 2011, 27). Es ist mit Blick auf die Prävention daher von besonderer Relevanz, die Ursachen von Erschöpfung am Arbeitsplatz zu ergründen (vgl. Helkavaara 2013, 160).

In der vorliegenden Arbeit wird zudem in Abgrenzung zur Definition von Maslach und Kollegen davon ausgegangen, dass das Burn-out-Ausmaß eines Mitarbeiters nicht ausschließlich von chronischen Stressoren der Arbeit, sondern ebenso von den Bindungskräften des sozialen Systems von Organisationen abhängt – was im Folgenden noch näher erläutert wird (vgl. Kap. 5).

Zu erwähnen ist, dass sich innerhalb der Burn-out-Forschung, inspiriert durch die Ansätze der positiven Psychologie und des Salutogenese-Modells, seit Ende der 90er Jahre ein positiver Blickwinkel ausgebildet hat. Mit dem Konzept *Engagement* wurde das Phänomen Burn-out durch ein positives Konzept vom Zustand und den Kompetenzen des Menschen erweitert (vgl. Cole 2012, 1551; Gorgievski & Hobfoll 2008, 7f.; Schaufeli et al. 2006, 701 f.). Engagement ist als ein motivationales Konzept zu begreifen, das zum Ausdruck bringt, dass Mitarbeiter in ihre Arbeitstätigkeit investieren *wollen* (vgl. Albrecht 2010, 4). In der Burn-out-Forschung kursieren zwei konkurrierende

Definitionen von Engagement: eine geht auf *Christina Maslach* zurück, die andere auf *Wilmar Schaufeli*. Engagement wurde von Maslach und Kollegen als die exakte Kehrseite von Burn-out gemäß Operationalisierung über das MBI konstruiert (vgl. Maslach et al. 2001, 416; Leiter et al. 2010, 58); Schaufeli und Kollegen waren mit dieser Konstruktion nicht einverstanden. Sie entwickelten eine eigene Definition von Engagement mit den Dimensionen »Vigor«, »Dedication« und »Absorption« und ein eigenes Messinstrument – die »Utrecht Work Engagement Scale« (vgl. Schaufeli & Bakker 2004; Schaufeli et al. 2006). Diese hat sich als Goldstandard zur Messung von Engagement etabliert, während das MBI als Goldstandard zur Erfassung von Burn-out fungiert (vgl. Cole 2012, 1560). Gerade angesichts dieser konzeptionellen Unklarheiten ist die vorliegende Arbeit explizit auf das Konzept *Burn-out* bezogen. Eingenommen wird jedoch, indem die *Bindekräfte des Sozialkapitals* als Prädiktoren untersucht werden, in Übereinstimmung mit dem Engagement-Konzept, eine positive, motivationsbezogene Sicht auf die Arbeitswelt (vgl. dazu Kapitel 4.2.2.2 und Kap. 5).

2.4 Exkurs: Burn-out und Depression – Debatte und Forschungsstand

Eine Vielzahl an möglichen Definitionen und eine Ansammlung von nicht weniger als 130 Symptomen, die mit dem Konstrukt assoziiert sind, lassen Burn-out diffus erscheinen. Die Operationalisierung von Burn-out durch das MBI basiert nicht auf klinisch validierten, repräsentativen Cut-Off-Werten; zudem fehlt es an einer Außenvalidierung und Diskriminanzvalidität. Es existierten keine Ein- und Ausschlusskriterien und keine festgelegten Parameter hinsichtlich der Schwere und Dauer von Burn-out-Symptomen. All diese Faktoren tragen dazu bei, dass die Abgrenzung des Konzeptes gegenüber anderen Konzepten wie der Depression erschwert ist (vgl. Kapfhammer 2012, 1277; Korczak et al. 2010, 1; Thalhammer & Paulitsch 2014, 151 ff.).

Die Überschneidung zwischen Burn-out und der Depression wird auf die starke Ähnlichkeit klinischer Symptome zurückgeführt (vgl. Bianchi et al. 2015, 32; Nil et al. 2010, 7). Um die Schlagkraft dieses Argumentes auf den Prüfstand zu stellen, sei im Folgenden zunächst die Diagnose Depression definiert.

Laut ICD-10 (Version 2016) können einer depressive Episode generell drei Leitsymptome zugeordnet werden: „depressive Stimmung, in einem [...] ungewöhnlichen Ausmaß [...] Interessen oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren [...] verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit“ (vgl. Dilling & Freyberger 2016, 135). Eine Symptombdauer von wenigstens 14 Tagen ist zwingendes Kriterium der Diagnose. Als weitere Symptome werden erhebliche Müdigkeit, Schlafstörun-

gen, Störungen des Appetits bzw. Gewichtsschwankungen, eine Beeinträchtigung von Selbstwert und Selbst-vertrauen, das Auftreten von Schuldgefühlen bzw. Selbstvorwürfen, sowie psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Probleme bei der Konzentration und der Entscheidungsfähigkeit und Suizidalität aufgelistet. Für die Diagnosestellung einer leichten depressiven Episode sind bspw. zwei der Leitsymptome sowie wenigstens eines der zusätzlichen Symptome zwingend (vgl. Dilling & Freyberger 2016, 132–137).

Als Symptomüberschneidungen zwischen Burn-out und der Depression werden in der Literatur Merkmale wie Müdigkeit, ein Verlust an Interesse, Motivation und Energie, Konzentrationsprobleme, Traurigkeit, Schlafstörungen oder das Gefühl der Wertlosigkeit angeführt (vgl. Hemmeter 2013, 76; Nuallong 2013, 59; Schaufeli & Enzmann 1998, 87). Der engeren Definition von Burn-out gemäß MBI mit Erschöpfung, Zynismus und reduzierter Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und den skizzierten Kardinalsymptomen einer depressiven Störung folgend, ergeben sich weniger offenkundige Schnittstellen. So heißt es in einer Publikation zum Thema, dass die Leitsymptome abweichen und eine Depression zwar häufig mit einem Zustand der Erschöpfung einhergeht, das Symptom jedoch kein zwingendes Kriterium einer Depression gemäß ICD-10 ist (vgl. Walter, H. 2010, o.S.). Zu bedenken ist demgegenüber, dass sich die Merkmale Erschöpfung und mangelnder Antrieb/Ermüdung sowie Depersonalisation und Interessenlosigkeit inhaltlich ähnlich sind.

Als weiteres Argument für die Überschneidung der Konzepte wird angeführt, beide Konstrukte seien eine Folge von Stress (vgl. Nil et al. 2010, 76; Bianchi et al. 2014a, 309). Zwar fanden bspw. Marchand et al. in ihrer Studie zugleich Zusammenhänge zwischen Cortisol und Stress sowie zwischen Cortisol und Burn-out sowie Cortisol und Depressivität (vgl. Marchand et al. 2014, 310). Arbeitsbezogener Stress ist allerdings ein Risikofaktor für Gesundheitsbeschwerden im Allgemeinen oder sogar eine erhöhte Mortalität (vgl. Goh et al. 2015, 43). Daher greift diese Argumentation aufgrund mangelnder Spezifität zu kurz.

Einige Forscher geben darüber hinaus zu bedenken, dass Burn-out ein arbeitsweltbezogenes Konzept sei, während sich die Depression als medizinische Diagnose nicht auf den Arbeitskontext beschränke (vgl. Kapfhammer 2012, 1280; Nil et al. 2010, 72; Nuallong 2013, 59). In der ICD-10 ist tatsächlich kein konkreter Arbeitsbezug der Depression feststellbar. So findet sich darin explizit der Passus: „Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände [...]“ (Dilling

& Freyberger 2016, 133). Bereits Freudenberg und Richelson waren der Auffassung, dass Menschen mit Burn-out in anderen Domänen sehr wohl funktionieren könnten (1980, 87). Bianchi et al. (2015, 31) stellen dagegen die Überlegung an, dass eine Depression – zumindest anfänglich – möglicherweise durch Faktoren am Arbeitsplatz ausgelöst werden könne. Sie schließen darüber hinaus nicht aus, dass Burn-out im Spätstadium auf andere Bereiche übergreifen könne. Nach Rösing (2011, 82) sei eine Ausweitung des Burn-outs zwar auf das Privatleben möglich, konzeptionell beziehe es sich jedoch auf die Arbeit.

Die wissenschaftliche Evidenz zum Thema ist ungeachtet dessen nach wie vor nicht eindeutig. Grundsätzlich lassen sich zahlreiche Studien heranziehen, die sich mit der Problematik der Abgrenzung von Burn-out und Depression befassen. Die folgenden Aussagen gründen im Wesentlichen auf einem systematischen Review von Bianchi et al. (2015), das eine Vielzahl an Studien bündelt und zentrale Tendenzen aufzeigt.

Faktorenanalysen haben gezeigt, dass Burn-out und Depression bzw. Depressivität unabhängige Konstrukte sind (vgl. Bianchi et al. 2015, 33). Als Beispiel sei die Studie von Toker und Biron angeführt, in der die Abgrenzung beider Konstrukte bei 1.632 Erwerbstätigen aus unterschiedlichsten Branchen im Längsschnitt erfolgte (vgl. Toker & Biron 2012). Einschränkungen ergeben sich jedoch durch unterschiedliche Zeithorizonte, auf die die verschiedenen Skalen abstellen (vgl. Bianchi et al. 2015, 33).

Darüber hinaus gibt es diverse *Korrelationsanalysen* zum Thema (vgl. dazu Bianchi et al. 2015, 35f.). Moderate bis starke Korrelationen finden sich zwischen emotionaler Erschöpfung und Depressivität, bei den übrigen Komponenten sind die Zusammenhänge jedoch schwächer ausgeprägt (vgl. Bianchi et al. 2015, 33).

Des Weiteren wurden in Studien *Häufigkeiten* des Auftretens von Burn-out und Depression oder Depressivität miteinander verglichen. Als Beispiele seien repräsentative Studien herausgegriffen: Ahola et al. (2005) bspw. fanden im Rahmen ihrer finnischen Studie bei 53% der Befragten mit hohem Burn-out-Ausmaß zugleich eine Depression gemäß DSM-IV, jedoch wiesen lediglich 20% der Befragten mit mildem Burn-out zugleich eine depressive Störung auf und 7,3% der Befragten ohne Burn-out zeigten Zeichen einer Depression (n=3.276). In der deutschen Studie von Stöbel-Richter et al. (2013) fanden sich bei 47,7% der Befragten mit Erschöpfung zugleich Zeichen von Depressivität (n=2.433). Die Studien zeigen auf, dass Burn-out zwar häufig, aber nicht immer mit einer Depression bzw. depressiven Symptomen verbunden sein muss. Zudem geben sie keine Auskunft darüber, ob es sich um gleiche Konstrukte oder um Co-

Morbidität handelt. Nach Bianchi et al. (2015, 32) hängt die Aussagekraft derlei Ergebnisse jedoch stark von den gewählten Cut-Off-Werten ab.

Diverse *Längsschnittstudien* (vgl. dazu Bianchi et al. 2015, 33f.) dokumentieren, dass Burn-out ein Risikofaktor für das Auftreten einer Depression ist bzw. umgekehrt eine Depression Burn-out bewirken kann. Die Untersuchung eines kausalen Zusammenhangs setzt voraus, dass der Prädiktor dem Outcome zeitlich vorangestellt ist und diesen bewirkt hat. Somit entspräche ein gleichzeitiges Vorkommen beider Phänomene zu Beginn der Studien nicht der gewählten Studienlogik. Im Umkehrschluss heißt dies, dass die Studien darauf hinweisen, dass die beiden Konstrukte erst im Verlauf, das heißt in späteren Stadien überlappen.

Darüber hinaus werden in jüngerer Zeit verstärkt *Verlaufsanalysen* durchgeführt. So ist in Studien an ausgewählten Berufsgruppen zu beobachten, dass bei einem Anstieg des Burn-out-Ausmaßes zugleich das Ausmaß an Depressivität steigt (vgl. z. B. Bianchi et al. 2014b). In anderen Studien finden sich dagegen inkonsistente Verlaufsmuster (vgl. z.B. Glise et al. 2012).

Eine Differenzierung zwischen den Phänomenen wird außerdem auf Basis von *Biomarkern* versucht. In verschiedenen Studien finden sich Hinweise darauf, dass sich Burn-out und Depressivität in Bezug auf Biomarker, wie Cortisol, unterschiedlich verhalten (vgl. z.B. Marchand et al. 2014; Känel et al. 2008; Bianchi et al. 2015, 33f.); allerdings beschränkt sich die Aussagekraft auf kleine Stichproben oder einen bestimmten Tageszeitpunkt. Bianchi et al. (2015, 34) geben zu bedenken, dass aufgrund fehlender Differenzierung mit Blick auf Subgruppen einer Depression, die Ergebnisse nur eingeschränkte Schlüsse zulassen. Middeldorp et al. (2006) fanden gemeinsame genetische Determinanten von Burn-out und Depression. In einer explorativen Studie von Sulkava et al. (2013) finden sich hingegen erste Hinweise darauf, dass sich Burn-out und Depressivität auf genetisch-molekularer Ebene voneinander abgrenzen lassen. Hervorzuheben ist zudem die deutsche Burn-out-Studie der Universität Bonn, bei der sich auf Basis von 1.600 Probanden genetische Hinweise dafür finden, dass Burn-out und Depressivität unabhängige Konzepte sind (vgl. Reuter 2016, 46f.).

Insgesamt präsentiert sich eine inkonsistente Forschungslage. Bianchi et al. schlussfolgern auf Basis ihres systematischen Reviews, dass die Unabhängigkeit der Konstrukte durch die Evidenz lediglich teilweise nahelegt wird. Derzeit könnten aufgrund methodischer Limitationen keine eindeutigen Schlussfolgerungen getroffen werden (vgl. Bianchi et al. 2015, 28 und 35). In einem deutschen Health Technology Assess-

ment-Report zur Differenzialdiagnostik des Burn-out-Syndroms wird gefolgert, dass es sich bei Burn-out und der Depression höchstwahrscheinlich um unabhängige Konzepte handelt. Burn-out wird jedoch als ein möglicher Vorläufer oder Prädiktor der Depression eingeordnet (vgl. Korczak et al. 2010, 96). Diese Meinung teilen auch andere Autoren (vgl. z.B. Burisch 2014, 255; Nuallong 2013, 59). Die Annahme wird außerdem durch die oben genannten Studien untermauert.

Es kann resümiert werden, dass eine Differenzierung zwischen Burn-out und Depression nicht durchweg möglich ist, trotz Eigentümlichkeiten in der jeweiligen Konzeption.

Das Problem einer mangelnden Abgrenzung der Konzepte ist aus Sicht der Medizin bzw. Psychiatrie mit Problemen behaftet. Es wird postuliert, Burn-out könne die Diagnose Depression verdrängen, da der Begriff weniger stigmatisierend sei und ihm eine hohe subjektive Identifikationsmöglichkeit anhafte. Es wird befürchtet, dass dadurch schwerwiegende Erkrankungen, wie die Depression, fälschlicherweise als Burn-out verkannt werden. Dies berge die Gefahr einer inadäquaten oder unterlassenen medizinischen Behandlung. Beanstandet wird in diesem Zusammenhang, dass sich unzureichend qualifiziertes Personal für psychische Störungen zuständig fühle (vgl. Berger et al. 2012, 1366; Hamann et al. 2013, 838–842; Kapfhammer 2012, 1276; Thalhammer & Paulitsch 2014, 151 f.).

Vertreter der Psychiatrie heben demgegenüber positiv hervor, dass Burn-out durch seinen geringen Stigmatisierungsgrad den Zugang der Betroffenen zur psychiatrischen Versorgung erleichtere (vgl. Berger et al. 2012, 1364; Hamann et al. 2013, 840; Thalhammer & Paulitsch 2014, 151). Der Begriff Burn-out befruchte die öffentliche Diskussion um das Thema psychische Gesundheit und die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, da sich nicht nur Laien, sondern auch Politik, Unternehmen und Verwaltungen zunehmend mit der Thematik befassten. Psychische Belastungen, deren Ursachen in der Arbeitswelt zu suchen seien, rückten ins Zentrum der Aufmerksamkeit und fänden Niederschlag in Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. Berger et al. 2012, 1364; Hamann et al. 2013, 842).

Als Fazit für die vorliegende Dissertation ist festzuhalten, dass die derzeitige Forschungslage weder eindeutig für noch gegen eine Abgrenzbarkeit der Phänomene spricht. Eine starke Ähnlichkeit einzelner Symptome ist zweifellos gegeben. Dennoch gibt es Studien, die eine Eigenständigkeit der Konzepte nahelegen. Ahola et al. (2005, 55) folgern aufgrund ihrer Studie, dass ein zeitgleiches Auftreten der Depression möglicherweise erst in späten Burn-out-Phasen zu erwarten ist. Daher ist es sinnvoll, Burn-

out im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen zu erfassen, um im Sinne der Prävention auch ein frühes Stadium mit milden Burn-out-Symptomen zu erkennen. Das Argument einer potenziell geringeren Stigmatisierung spricht ebenfalls dafür, Burn-out (statt oder neben der Depression) zu ermitteln.

Public Health-Professionelle sind vornehmlich mit Bevölkerungsgruppen beschäftigt und versuchen die Bedingungen ihrer Gesundheit vor allem auf der Verhältnisebene zu verbessern (vgl. Gerlinger et al. 2012, 1; Hurrelmann et al. 2016, 32 und 40f.). Diese Sichtweise schließt nicht aus, dass einzelne Fälle von Burn-out oder Depression in die Obhut des medizinischen Versorgungssystems gehören und hierfür eine medizinische Diagnose unabdingbar ist. Die Tatsache, dass anwesende Mitarbeiter sich erschöpft und in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt fühlen und sich zudem von Kollegen, Kunden oder Patienten distanzieren – mit anderen Worten Symptome aufweisen, die im engeren Sinne als Burn-out zu verstehen sind – ist im Betrieblichen Gesundheitsmanagement jedoch per se von Relevanz. Nach Badura et al. (2010, 48f.) verweist ein gehäuftes Auftreten derlei Symptome auf negative Konsequenzen und Handlungsbedarf seitens der Organisation. Damit ist es irrelevant, ob dieser Umstand letztlich als Depression oder Burn-out deklariert wird.

2.5 Burn-out: gesundheitswissenschaftliche Einordnung

Im vorherigen Abschnitt wurde das Konzept Burn-out wissenschaftlich definiert. In diesem Kapitel soll das Phänomen gesundheitswissenschaftlich näher eingegrenzt werden. Hierbei geht es außerdem darum aufzuzeigen, dass Burn-out für den Bereich Public Health von hoher Relevanz ist, wenngleich es hierzulande keine anerkannte medizinische Diagnose darstellt.

Für das Erstellen von medizinischen Diagnosen ist hierzulande die 10. Revision der ICD-10 richtungsweisend. Hierbei handelt es sich um einen durch die Weltgesundheitsorganisation [WHO] ins Leben gerufenen Diagnosekatalog, der Symptomkombinationen zu verschiedenen Krankheitsbildern bündelt und diese mit einem Diagnoseschlüssel versieht (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] 2016, o.S.). Burn-out hat als Krankheitsdiagnose in der aktuellen Fassung 2016 keinen Eingang gefunden. In der ICD-10 wird dem Syndrom mit der Zuordnung zu Kapitel XXI »Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen« lediglich eine Zusatzfunktion eingeräumt. Burn-out ist darin gemeinsam mit weiteren Faktoren dem Diagnoseschlüssel »Z73« »Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung« zuge-

ordnet (vgl. Tab. 4). In der aktuellen Ausgabe des internationalen psychiatrischen Diagnoseverzeichnisses der American Psychiatric Association (APA), dem »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders²« (vgl. APA 2015) ist Burn-out ebenfalls nicht aufgeführt.

Tab. 4: Auszug aus der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – ICD 10-GM 2016, Auszug aus Kapitel XXI, Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99) (Quelle: DIMDI 2015, 790)

Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	
Inkl.:	Akzentuierung von Persönlichkeitszügen Ausgebranntsein [Burn-out] Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung Körperliche oder psychische Belastung o.n.A. Mangel an Entspannung oder Freizeit Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert Stress, anderenorts nicht klassifiziert Unzulängliche soziale Fähigkeiten, anderenorts nicht klassifiziert Zustand der totalen Erschöpfung
Exkl.:	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z74.-) Probleme mit Bezug auf sozioökonomische oder psychosoziale Umstände (Z55-Z65)

Ogleich es naheliegt, Burn-out mit einer Krankheit gleichzusetzen, ist dem Phänomen hierzulande folglich nicht der Status einer medizinischen Krankheitsdiagnose beizumessen. Mit Letztgenanntem würde sich nach §70 Abs. 1 SGB V der gesetzliche Anspruch auf eine bedarfsgerechte medizinische Behandlung verbinden. Ärzte sind nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK] allerdings befugt, Menschen mit Burn-out arbeitsunfähig zu schreiben. Die Diagnose kann zudem mit einer Hauptdiagnose verknüpft werden und somit eine medizinische Behandlung rechtfertigen. Tatsächlich wird die mit Burn-out assoziierte Zusatzdiagnose Z73 häufig gemeinsam mit der Diagnose Depression vergeben (vgl. BPtK 2012, 11–15). 58% aller Patienten mit Burn-out-Symptomen, so die Befunde einer Befragung von Psychiatern, erhalten statt der Diagnose Burn-out faktisch eine andere Diagnose (vgl. Bahlmann et al. 2013, 841).

Die Unterscheidung zwischen einem vermeintlich kranken oder aber gesunden Fall im Sinne einer medizinischen Diagnose, die dem aktuellen Diskurs zum Thema anhaftet, weicht von der Denkweise der Gesundheitswissenschaften ab. Den Gesundheitswissenschaften liegt ein erweitertes Gesundheitsverständnis zugrunde, welches das menschliche Befinden nicht in zwei dichotome Zustände von krank oder gesund einteilt. Gesundheitswissenschaftler folgen einem umfassenden Gesundheitsbegriff, der

² Zu Deutsch: Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (vgl. APA 2015).

sich an der Gesundheitsdefinition der WHO sowie am Salutogenese-Konzept von Antonovsky orientiert (vgl. Hurrelmann et al. 2016, 26 und 40–43). Gemäß WHO ist Gesundheit wie folgt definiert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946, 1). Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky plädiert mit seinem Konzept der Salutogenese für einen Perspektivenwechsel, weg von der Frage nach Krankheitsverursachern, hin zu der Frage nach den Faktoren, die die Gesundheit erhalten bzw. fördern: den generalisierten Widerstandsressourcen. Hervorzuheben ist der Umstand, dass sich in seinem Modell Krankheit und Gesundheit nicht ausschließen; vielmehr bilden sie die Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (vgl. Antonovsky 1987, 12 f.).

Public Health-Professionelle sehen ihren Auftrag demgemäß primär darin, Gesundheit zu fördern: „Die Gesundheitswissenschaften erlangen ihre Identität durch die Fokussierung auf die Entstehung von Gesundheit und ihre Aufrechterhaltung“ (Hurrelmann et al. 2016, 40). So ist es aus dieser Perspektive sinnvoll, Burn-out als einen veränderlichen Zustand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum im Sinne von Aaron Antonovsky zu begreifen. Burn-out repräsentiert demnach weder Krankheit noch vollständige Gesundheit, sondern einen Zustand der beeinträchtigten Gesundheit (vgl. Abb. 4).

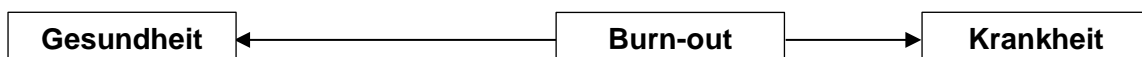


Abb. 4: Burn-out auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
(eigene Darstellung, angelehnt an Antonovsky 1979, 184 f., Antonovsky 1987, 12 f.)

Kristensen et al. verweisen auf den Umstand, dass sich der Zustand von Mitarbeitern mit Burn-out durchaus wieder zum Positiven hin entwickeln könne: „[...] burnout is not an unavoidable negative process going from bad to worse. In this respect the term ‘burnout’ is rather misleading since it signals a one-way process“ (Kristensen et al. 2005, 199). Diese Vorstellung passt zu einem Kontinuum, das Burn-out als veränderlichen Zustand versteht. In diesem Sinne wird es in der vorliegenden Dissertation als eine Beeinträchtigung der Gesundheit bzw. der psychischen Befindlichkeit eingeordnet.

Burn-out sollte verstärkt durch das Betriebliche Gesundheitsmanagement in den Blick genommen werden. In einer repräsentativen Befragung der Erwerbsbevölkerung geben 21 % der Befragten mit emotionaler Erschöpfung (25,1%) an, in den letzten 12 Monaten von Ärzten oder Therapeuten behandelt worden zu sein (vgl. BMAS & BAuA 2016, 125). Das heißt, diese Mitarbeiter sind in ihrer Gesundheit offenkundig beeinträchtigt. Hamann et al. (2013, 842) geben dabei zu bedenken, dass es möglich ist,

dass Burn-out-Betroffene erst im *Spätstadium* der Psychiatrie vorstellig werden und somit bis dahin eine *manifeste psychische Störung* ausbildeten. Laut einer repräsentativen Studie des Robert-Koch-Instituts wurde Burn-out bei lediglich 1,5% der Bevölkerung in den vergangenen 12 Monaten von Ärzten oder Psychologen diagnostiziert (vgl. Maske et al. 2016, 20). Die Früherkennung von Burn-out in den Organisationen stellt somit eine wichtige Public Health-Aufgabe dar. Zumal Burn-out als ein chronischer Zustand definiert ist, als eine Folge dauerhafter Arbeitsüberlastung, als ein langandauernder Prozess, der mitunter über Jahre bei am Arbeitsplatz anwesenden Mitarbeitern fortbesteht (vgl. Bakker & Costa 2014, 112; DGPPN 2012, 4 und 10; Kant et al. 2004, 9f.; Leiter et al. 2013, 959f.). Schon per Definition ist Burn-out – mit den Symptomen Erschöpfung, Zynismus gegenüber Kollegen, der Arbeit oder Kunden und einer reduzierten Arbeitsleistungsfähigkeit – auf die Arbeitssituation bezogen. In der vorliegenden Dissertation wird es daher als eine Facette der Präsentismusproblematik begriffen. Diese Sichtweise ist allmählich auch in der Burn-out-Forschung erkennbar, wie z. B. bei Bakker und Costa (2014, 113) oder Demerouti et al. (2009, 53f.). Präsentismus ist ein nicht einheitlich definiertes Konzept: Hierunter subsumieren sich zwei Schulen: 1. wird Präsentismus verstanden als das Phänomen, trotz subjektiv wahrgenommener Krankheit zur Arbeit zu gehen, 2. wird es als Produktivitätsverlust aufgrund von eingeschränkter Gesundheit betrachtet (vgl. Steinke & Badura 2011, 106f.). Das Konzept Burn-out fügt sich hier gut ein: Mitarbeiter sind trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung anwesend und dabei zugleich leistungsgemindert.

Weitere Gründe sich mit dem Thema Burn-out aus Sicht von Public Health zu befassen, sind die nachfolgend skizzierten, potenziellen Folgen von Burn-out.

Burn-out wird als ein Risikofaktor für die Gesundheit eingestuft (vgl. DGPPN 2012, 5). Die empirische Forschung liefert entsprechende Befunde. Die gesundheitsbezogenen Folgen von Burn-out rücken, nachdem in der Burn-out-Forschung zunächst verstärkt die Ursachen in den Blick genommen wurden, zunehmend in den Vordergrund. Die Relevanz für die Betroffenen und die Gesellschaft wird durch die Ergebnisse dieser Studien offenkundig. Burn-out kann sowohl psychische, als auch physische Auswirkungen haben. Besonders die Dimension Erschöpfung weist einen starken und konsistenten Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Outcomes auf. Es ist anzunehmen, dass sich Burn-out und manifeste Gesundheitsprobleme gegenseitig verstärken. Bislang liegen allerdings vornehmlich Querschnittstudien und nicht-repräsentative Befragungsergebnisse vor (vgl. Ahola & Hakkanen 2014, 10f. und 23ff.).

Verschiedene Reviews aus der Burn-out-Forschung bündeln Primärstudien, die Zusammenhänge zwischen Burn-out, Herz-Kreislaufkrankungen (vgl. z. B. Kakiashvili et al. 2013; Melamed et al. 2006) und Depressionen (vgl. z. B. Bianchi et al. 2015) nahelegen. Ergebnisse aus repräsentativen Befragungen unterstreichen darüber hinaus, dass Burn-out mit diversen Gesundheitsproblemen behaftet ist. Hierzulande liegen dazu zwei Studien vor. Sie demonstrieren, dass Erschöpfung bzw. Burn-out mit diversen Beschwerden zusammenhängt. Dazu zählen Kopfschmerzen, Schwindel, Herzrasen, Schlafstörungen, Rückenschmerzen oder innere Unruhe. Zudem steht es mit einer verstärkten Einnahme von Antidepressiva, Schlaf- oder Schmerzmitteln und mit manifesten psychischen Störungen wie affektiven Störungen oder Angststörungen in einem Zusammenhang (vgl. Maske et al. 2016; Stöbel-Richter et al. 2013). Im internationalen Raum ist die repräsentative finnische »Health 2000-Studie« gesondert hervorzuheben. In dieser fanden sich Zusammenhänge zwischen Burn-out und Depressionen, Angststörungen, Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen (vgl. Ahola & Hakanen 2014, 11 ff.). Dass Burn-out Herz-Kreislaufkrankungen, Depressivität und verstärkt Infektionskrankheiten zur Folge haben kann, wurde zudem in internationalen Längsschnittstudien an großen Stichproben belegt (vgl. z. B. Mohren et al. 2003; Toker & Biron 2012; Toker et al. 2012). Burn-out ist sogar mit einer erhöhten Mortalität assoziiert, dies haben Ahola et al. (2010) zumindest an einer Stichprobe von Forstarbeitern (n=7.396) demonstriert. Die Mechanismen, die Burn-out mit Gesundheitsproblemen verbinden, sind indes noch unklar. Zur Diskussion stehen ein unerwünschtes Gesundheitsverhalten, physiologische Stressreaktionen oder genetische Veränderungen (vgl. Ahola & Hakanen 2014, 23 ff.; Toppinen-Tanner et al. 2011, 33).

Die Untersuchung von betriebsrelevanten Burn-out-Folgen stellt darüber hinaus ein zentrales Untersuchungsfeld innerhalb der Burn-out-Forschung dar. Arbeitszufriedenheit, Fluktuationsbereitschaft und Commitment werden als relevante Outcomes bzw. sogenannte attitudes – Merkmale, die aufgrund gemeinsamer Determinanten zugleich mit Burn-out auftreten – untersucht und Korrelation aufgezeigt (vgl. z. B. Alarcon 2011; Lee & Ashforth 1996; Schaufeli & Enzmann 1998, 85 f.). Die Meta-Analyse von Swider und Zimmerman (2010) zeigt neben Zusammenhängen mit der Fluktuation und der Häufigkeit und Dauer von Absentismus zudem Korrelationen zwischen Burn-out und der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus gibt es Längsschnittstudien, die belegen, dass Burn-out verstärkt mit krankheitsbedingten Langzeitfehlzeiten (vgl. z. B. Peterson et al. 2011) und Präsentismus (vgl. Demerouti et al. 2009) assoziiert ist sowie mit einem erhöhten Risiko der Erwerbsminderung (vgl. z. B. Ahola et al. 2009).

Der Zusammenhang zwischen Burn-out und Arbeitsqualität wird bislang selten und vornehmlich mit Bezug zu Gesundheitsberufen, besonders Pflegekräften, untersucht. Es werden negative Korrelationen zwischen Burn-out und der Patientenorientierung (vgl. z.B. Bowers et al. 2011) oder der Qualität der Versorgung des Patienten sowie positive Korrelationen mit medizinischen Fehlern, Stürzen von Patienten, nosokomialen Infektionen und verbalen Anfeindungen berichtet (vgl. z.B. Van Bogaert et al. 2014). Ein weiteres Problem, mit dem Burn-out behaftet ist, ist das sogenannte Burn-out Contagion bzw. Burn-out-Crossover. Die Begriffe beschreiben das Phänomen, dass Burn-out auf die umliegende Belegschaft in Organisationen oder generell andere Lebensbereiche übergreifen kann (vgl. Breevaart et al. 2014, 111 f.; Halbesleben & Leon 2014, 125 f.; Schaufeli & Enzmann 1998, 123 f.).

Burn-out ist somit sowohl aus gesundheitswissenschaftlicher, als auch aus betrieblicher Perspektive ein Thema, welches Aufmerksamkeit verdient und welches es mit geeigneten Maßnahmen der Prävention zu vermeiden gilt. Hierfür bildet der Kenntnisstand zu den Ursachen von Burn-out einen wichtigen Ausgangspunkt.

3 Ursachen von Burn-out – Theorie und Forschungsstand

Die vorliegende Arbeit verortet sich im Bereich der Ursachenforschung von Burn-out. Zwar kann durch das Design der Querschnittstudie kein empirischer Kausalitätsnachweis erbracht werden, gerade die theoretische Fundierung der Dissertation bzw. des Untersuchungsmodells ist jedoch explizit auf eine Erklärung des Phänomens ausgerichtet. Daher bildet dieses Kapitel einen wichtigen Ausgangspunkt. Beleuchtet werden zum einen die verschiedenen Bezugsebenen, auf denen die Ursachen von Burn-out verortet werden, zum anderen die gängigen theoretischen Modelle und der Stand der empirischen Forschung zur Erklärung von Burn-out im arbeitsbezogenen Kontext.

Von Anbeginn hat sich die Forschung nicht nur mit der Beschreibung von Burn-out-Symptomen befasst. Vielmehr stand die Frage nach den Ursachen im Zentrum des Erkenntnisinteresses. So finden sich bereits in den frühen Aufsätzen von Freudenberger oder Maslach Ansätze zur Erklärung des Phänomens: Freudenberger verweist darauf, dass Mitarbeiter mit übermäßigem eigenen Arbeitsanspruch verstärkt Burn-out aufweisen (vgl. Freudenberger 1974, 161 f.); Maslach erkannte einen Zusammenhang zwischen chronischen Stressoren bei der Arbeit mit Menschen und dem Auftreten von Burn-out (vgl. Maslach 1976, 16f.). An diesen beiden Beispielen lassen sich zwei grundsätzliche Denkrichtungen demonstrieren: die Ursache von Burn-out primär in der *Person*, dem Mitarbeiter, zu suchen, oder aber eher die *Umwelt* eines Mitarbeiters als Quelle von Burn-out zu erachten.

Grundsätzlich hat die Burn-out-Forschung eine Vielzahl an Theorien, Modellen und empirischen Befunden zur Ätiologie von Burn-out hervorgebracht. Einen Eindruck vermitteln z. B. die Publikationen von Burisch (2014), Leiter et al. (2014) oder Schaufeli und Enzmann (1998). Eine Zuweisung zu den Kategorien Person und Umwelt haben mehrere Burn-out-Forscher vorgenommen (vgl. Enzmann & Kleiber 1989, 20–64; Körner 2003, 53–59; Schaufeli & Enzmann 1998, 101–142; Taris et al. 2013, 243–246). Die Perspektive der Umwelt wurde dabei noch ausdifferenziert. Grob werden hier einerseits gesellschaftliche und andererseits arbeitsbezogene Ansätze unterschieden. Einige Forscher weisen mit Blick auf die traditionelle Annahme, Burn-out trete vor allem in helfenden Berufen auf, noch eine sogenannte interpersonelle Ebene aus, unter die in erster Linie Stressbelastungen durch die Arbeit mit Klienten subsumiert werden (vgl. z. B. Schaufeli & Enzmann 1998, 22 und 113 ff.). Diese Ebene lässt sich ebenfalls unter die arbeitsbezogenen Ansätze subsumieren.

Carroll und White (1982, 41 f.), die ihrerseits ein umfassendes Erklärungsmodell von Burn-out entwickelten, monieren, dass Burn-out-Forscher sich zumeist nur auf eine Ebene konzentrieren. Sie plädieren dafür, mehrere Bezugsebenen zu integrieren und Burn-out nicht als ausschließliche Folge z.B. von persönlichen Eigenschaften zu betrachten. Schaufeli und Buunk (2007, 402 f.) geben zu bedenken, dass die verschiedenen Denkrichtungen in der Burn-out-Forschung miteinander vereinbar sind und lediglich jeweils andere Akzente setzen.

Mit der folgenden Abbildung 5 soll die Erkenntnis der Burn-out-Forschung zusammengefasst werden, dass Burn-out durch Faktoren unterschiedlichster Art erklärt werden kann bzw. dass die vorliegenden theoretischen Ansätze verschiedene Bezugsebenen haben. Zugleich wird veranschaulicht, dass die drei Ansätze allesamt zur Erklärung von Burn-out beitragen können. Für ein Grundverständnis der Ätiologie von Burn-out ist es nützlich, verschiedene Ansätze bzw. Bezugsebenen zu kennen und von Wechselwirkungen auszugehen. Für die spezifische Forschung ist es dagegen sinnvoller, sich auf einen oder wenige Ansätze zu beziehen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die arbeitsbezogene Ebene.

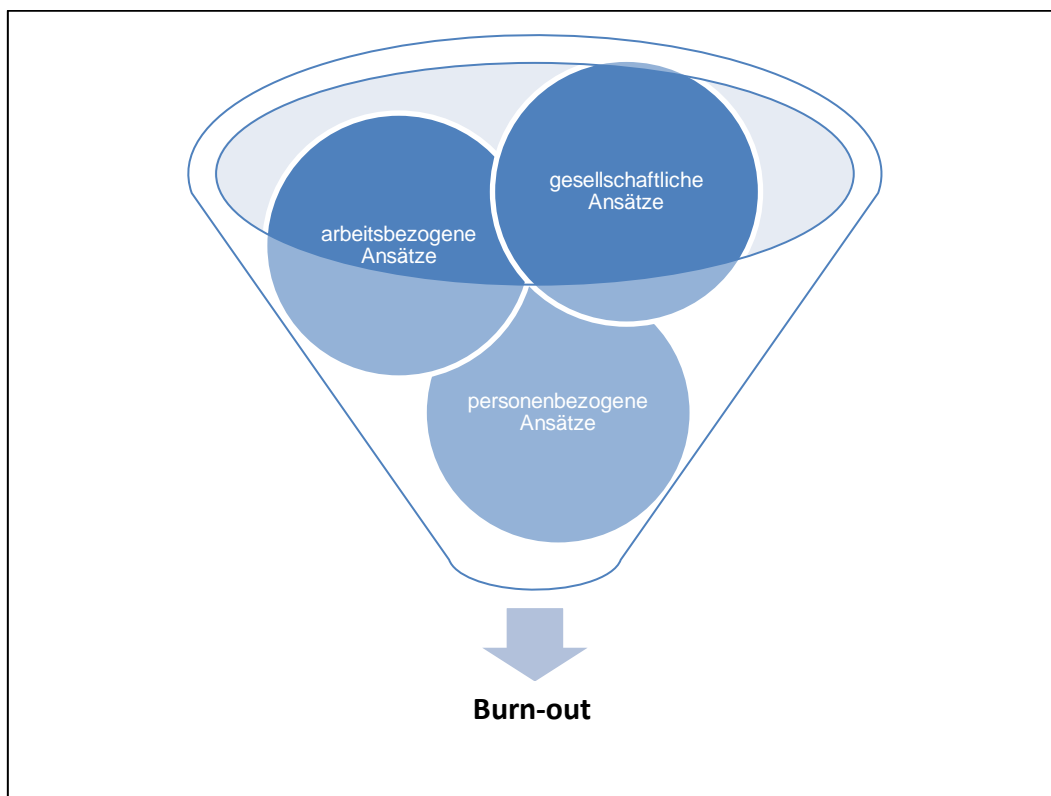


Abb. 5: Ansätze zur Erklärung von Burn-out

(Quelle: eigene Darstellung basierend auf Enzmann & Kleiber 1989, 20–64; Körner 2003, 53–59; Schaufeli & Enzmann 1998, 101–142; Taris et al. 2013, 243–246)

Ungeachtet der vielfältigen theoretischen Ansätze und empirischen Befunde hat sich, wie in Kapitel 3.3 zu den arbeitsbezogenen Ansätzen von Burn-out noch näher erläutert wird, in der Burn-out-Forschung ein ätiologisches Konzept bis heute am stärksten etabliert: Burn-out sei die Folge von chronischen Stressoren der Arbeit. Bei den folgenden Darstellungen wird das Augenmerk daher auf diesen Ansatz gelegt. Der Vollständigkeit halber seien individuelle und gesellschaftliche Ansätze dennoch vorab kurz erläutert. Dies dient zugleich der Abgrenzung der vorliegenden Arbeit, die sich auf das Forschungsfeld Arbeit und Organisation eingrenzt.

3.1 Personenbezogene Ansätze

Das Thema Burn-out wird traditionell von Vertretern der Psychologie bearbeitet (vgl. Hillert & Marwitz 2006, 61). Insofern ist es nicht überraschend, dass mögliche Ursachen von Burn-out in den Eigenschaften oder Einstellungen einer Person gesucht werden. Nach Rösing (2011, 136) sei die Burn-out-Forschung pathogenetisch ausgerichtet und auf das Individuum konzentriert:

„Wenn ich von »Pathologisierung« spreche, meine ich – insbesondere im Bereich der Untersuchung von Burnout-Persönlichkeitskorrelaten – die Tendenz, Burnout als einen im Prinzip vom Individuum selbst zu verantwortenden Zustand einer fehlangepassten Persönlichkeit zu sehen“ (Rösing 2011, 156).

Vermittelt werde das Bild eines schwachen Mitarbeiters, dessen Ausgebranntsein selbstverschuldet sei (vgl. 2011, 166). Dass die Ursache für Burn-out allein oder maßgeblich beim Mitarbeiter gesucht wird, hält der heutigen Evidenzlage allerdings nicht stand. Es gibt zahlreiche Studien, die darauf verweisen, dass Burn-out mit Arbeitsbelastungen zusammenhängt (vgl. z. B. Alarcon 2011). Burn-out-Forscher nehmen sogar an, dass solche Stressbelastungen der Arbeitsumgebung einen stärkeren Einfluss auf Burn-out haben als Persönlichkeitseigenschaften. Allerdings dürften individuelle Mitarbeitermerkmale nicht außer Acht gelassen werden, weil die Kompensation von Stress von persönlichen Eigenschaften abhängt (vgl. Aydemir & Icelli 2013, 127; Bakker et al. 2014, 392; Rakovec-Felser 2011, 579).

Gemäß empirischer Evidenz ist gegenwärtig davon auszugehen, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, wie eine neurotische Persönlichkeitsstruktur, ein Mangel an emotionaler Stabilität sowie negative Affektivität in einem Zusammenhang mit Burn-out stehen. Z. B. Extrovertiertheit, eine hohe Anpassungsfähigkeit sowie ein hohes Selbstvertrauen hängen dagegen negativ mit Burn-out zusammen. Angenommen wird u.a., dass die Arbeitsbedingungen je nach Persönlichkeit als mehr oder weniger stressvoll bewertet werden und abweichende Bewältigungskompetenzen vorliegen. Bislang exis-

tieren jedoch überwiegend Querschnittstudien zum Thema (vgl. z.B. Alarcon et al. 2009; Swider & Zimmerman 2010). Der Anteil der erklärten Varianz am Burn-out-Ausmaß, der auf Persönlichkeitsmerkmale zurückgeht, liegt bei etwa 30 % (vgl. Alarcon et al. 2009, 256; Swider & Zimmerman 2010, 499). Damit bleibt die Reichweite dieses Erklärungsansatzes begrenzt. Dies bringt auch das folgende Zitat von Alarcon et al. prägnant zum Ausdruck: „In extremely stressful work environments, for example, burn-out may be inevitable for nearly all employees“ (Alarcon et al. 2009, 259).

Als weitere individuelle Einflussfaktoren werden sozio-demographische bzw. sozio-ökonomische Charakteristika erachtet. Die Forschungslage ist bislang jedoch durch einen Mangel an aussagekräftigen epidemiologischen Studien noch unzureichend (vgl. Aydemir & Icelli 2013, 134). Hierzulande gibt es erst wenige repräsentative Studien, in denen das subjektive Ausmaß an psychischer und oder physischer Erschöpfung erfasst wurde. Diese Studien (vgl. Maske et al. 2016; Schnee & Vogt 2013; Stöbel-Richter et al. 2013) geben Hinweise darauf, dass das Alter, Geschlecht, der familiäre Status, das Einkommen, die Schichtzugehörigkeit bzw. der sozioökonomische Status von Bedeutung sind. Während sich das weibliche Geschlecht in den Studien durchweg als Risikofaktor darstellt, sind die Ergebnisse bezüglich des Alters und des sozioökonomischen Status inkonsistent. Die Unterschiede könnten durch eine unterschiedliche Operationalisierung der Merkmale bzw. durch unterschiedliche Stichproben bedingt sein. Dies zeigt, dass sich verlässliche Aussagen erst treffen lassen, wenn ein einheitliches Vorgehen bei der Erfassung von Burn-out angestrebt wird.

Burn-out-Forscher untersuchen zudem, ob Biomarker eine Rolle bei der Entwicklung von Burn-out spielen können. Allerdings ist die Forschungslage noch stark entwicklungsfähig (vgl. Aydemir & Icelli 2013, 136 f.). Danhof-Pont et al. führten ein Review zu Biomarkern von Burn-out auf Basis von 31 Studien mit insgesamt 38 Biomarkern durch. Insgesamt sind die Autoren auf Basis der Studienlage nicht von der Existenz von Burn-out-Biomarkern überzeugt, wobei die mangelhafte Vergleichbarkeit der Studien ihr Urteil limitiere und weiterer Forschungsbedarf bestehe (vgl. Danhof-Pont et al. 2011, 505 und 522f.). Erste Studien legen allerdings nahe, dass es Zusammenhänge zwischen Burn-out und spezifischen Genvarianten gibt (vgl. z.B. Middeldorp et al. 2006; Reuter 2016; Sulkava et al. 2013).

Es gibt in der Burn-out-Forschung, neben diesen empirischen Ergebnissen, eine Vielzahl an theoretischen Ansätzen, die den Zusammenhang zwischen individuellen Merkmalen und Burn-out zu erklären versuchen. Ein Vertreter des individuellen Ansatz-

zes ist bspw. der Psychoanalytiker Fischer. Seine theoretischen Ausführungen beziehen sich auf einen möglichen Zusammenhang zwischen narzisstischen Merkmalen und Burn-out (vgl. Fischer 1983, 40–45). Da solche personenbezogenen Theorien nicht Inhalt der vorliegenden Dissertation sind, sei auf weiterführende Literatur verwiesen, die einen Überblick über verschiedene theoretische Ansätze gibt (z. B. Burisch 2014, 46–74; Enzmann & Kleiber 1989, 20–28; Körner 2003, 37–54; Schaufeli & Buunk 2007, 402–406; Schaufeli & Enzmann 1998, 102–113).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Forschungslage zu Biomarkern, genetischer Disposition und soziodemographischen Merkmalen noch stark entwicklungsfähig ist. Die Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen ist dagegen recht gut belegt. Die Erkenntnisse sensibilisieren dafür, dass Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsstrukturen vulnerabel mit Blick auf Burn-out sind. Für eine psychologische Therapie einzelner Burn-out Fälle ist der Ansatz an der Persönlichkeit sicher wertvoll. Für das betriebliche Gesundheitsmanagement, das auf einen umfassenden Ansatz der Veränderung von Verhältnissen abzielt, ist der Nutzen dieser Erkenntnisse begrenzt.

3.2 Gesellschaftliche Ansätze

Gesellschaftliche Ansätze gehen davon aus, dass die Ursachen von Burn-out nicht allein in der Person oder der unmittelbaren Arbeitsumgebung zu suchen sind. Vielmehr seien auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Bedeutung. Diese Perspektive wurde lange Zeit ausgeblendet, da das Konzept Burn-out fest in psychologischer Hand lag (vgl. Schaufeli & Enzmann 1998, 136).

Die Diskussion um einen möglichen Einfluss gesellschaftlicher Verhältnisse findet mit Blick auf Burn-out vorwiegend auf einer theoretisch-abstrakten Ebene statt: In der Literatur finden sich häufig Aufzählungen von möglichen Einflüssen, ohne dass ein systematischer Erklärungszusammenhang mit Blick auf Burn-out hergestellt wird und ohne, dass diese empirisch fundiert sind. Körner (2003, 56) hat bspw. eine solche Liste erstellt, wonach Burn-out die Folge von zeitlicher Beschleunigung, von einer zunehmenden Spezialisierung und permanenten Qualifikationserfordernissen, von einem gesellschaftlichen Wertewandel hin zu einer „Spaß- und Konsumgesellschaft“ und „Informations- und Leistungsgesellschaft“ oder von einem Anstieg an sozialer Isolation und Anonymität, z. B. durch technische Innovationen wie das Internet und das Erodieren traditioneller Familienstrukturen sei.

Im Handbuch Arbeitsmedizin findet sich eine ähnliche Aufzählung potenzieller Risiken, die aus gesellschaftlichen Bedingungen abgeleitet werden (vgl. Abb. 6). Die Abbildung

unten demonstriert, dass gesellschaftliche Makroprozesse, wie die zunehmende Individualisierung oder eine Wertekrise, daneben mit dem Wandel der Arbeitswelt assoziierte Prozesse, wie die Globalisierung, die Tertiarisierung und die Flexibilisierung, mit Burn-out in Verbindung gebracht werden. Stichworte wie Arbeitsverdichtung und permanente Erreichbarkeit, Flexibilität und Präsentismus verdeutlichen den Bezug zu konkreten Arbeits- und Organisationsbedingungen – der Mesoebene (vgl. Abb. 6).

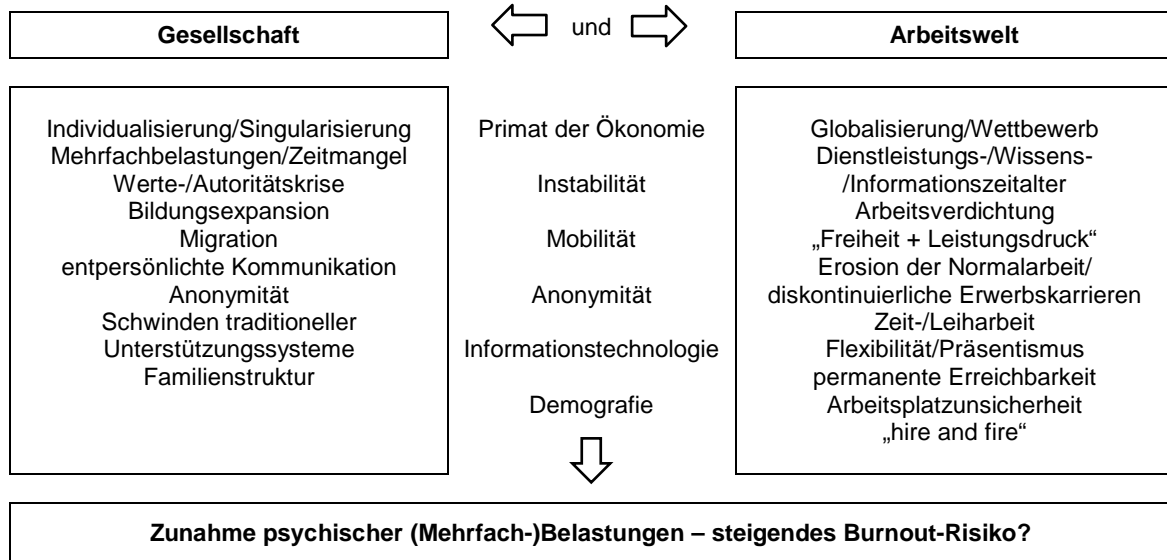


Abb. 6: Burnout – eine Krankheit moderner Gesellschaften? (Quelle: G. Triebig, M. Kentner R. Schiele (Hrsg.), *Arbeitsmedizin: Handbuch für Theorie und Praxis* (4. Aufl.), Stuttgart, Gentner Verlag (2014), S. 463, Kapitel 17: Burnout und Mobbing, Autor: Weber, A.; Formen und Farben modifiziert)

Wandlungsprozesse, wie die Globalisierung, Rationalisierungen, die steigende Arbeitsplatzunsicherheit und die durch den technischen Fortschritt bedingte Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben, werden zudem von der DGPPN in ihrem Positionspapier sowie vom Burn-out-Forscher Matthias Burisch mit Burn-out in Verbindung gebracht (vgl. Burisch 2014, 189 ff.; DGPPN 2012, 9).

Ungeachtet dessen gibt es bislang kaum empirischen Erkenntnisse zum Einfluss von makrosoziologischen Einflüssen auf Burn-out (vgl. Burisch 2014, 186). Ausnahmen bilden die beiden folgenden Studien: Unter Berücksichtigung von 63 Ländern und 420.559 Fällen fanden Fischer und Boer in ihrer Meta-Analyse einen Zusammenhang zwischen (einem Mangel an) Autonomie und emotionaler Erschöpfung auf nationaler Ebene; der gesellschaftliche Wohlstand korrelierte hingegen nicht mit emotionaler Erschöpfung (vgl. Fischer & Boer 2011, 164 und 177). Savicki (2002) fand in seiner ländervergleichenden Studie einen Zusammenhang zwischen Kultur und Burn-out. Gemessen wurden Länderunterschiede in Bezug auf arbeitsbezogene Werte.

Es dürfte indes mit großen methodischen Schwierigkeiten verbunden sein, den Einfluss von Makroprozessen, wie der Individualisierung der Globalisierung oder dem technischen Fortschritt, auf Burn-out zu untersuchen. Eher könnten die messbaren Folgen dieser Prozesse, z. B. Restrukturierungen in Unternehmen, die ständige Erreichbarkeit, die Folgen der Digitalisierung auch von sozialen Arbeitsprozessen oder steigende berufliche Mobilität, in ihrer Bedeutung für Burn-out verstärkt erforscht werden.

Die vorwiegend theoretisch geführte Debatte ist dennoch wertvoll, weil sie auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung von Burn-out aufmerksam macht. So wirkt die Betonung des sozialen Makrosystems einer Medikalisierung von Burn-out entgegen. Der Bezug zum Wandel der Arbeitswelt verweist auf die Notwendigkeit, dem Problem durch politische Strategien beizukommen (vgl. Thalhammer und Paulitsch 2014, 156). Eine ähnliche Auffassung vertreten Neckel und Wagner: „So hilfreich die Selbsttechniken der Erschöpfungsvermeidung auch sein mögen, so erkennbar folgen sie einer Ideologie der Eigenverantwortung [...]“ (Neckel & Wagner 2014, 8); diese blendet gesellschaftliche Ursachen und Lösungsansätze aus (vgl. Neckel & Wagner 2014, 8).

Durchgesetzt hat sich die gesellschaftliche Perspektive in der Burn-out-Forschung nicht. Sie eignet sich als Ausgangspunkt für politische Diskurse, es fehlt jedoch an wissenschaftlicher Evidenz. Es lassen sich zudem keine konkreten Ansatzpunkte für die Prävention ableiten: die Globalisierung, die Tertiarisierung oder der Trend zur Individualisierung dürften aller Wahrscheinlichkeit nach nicht umkehrbar sein. Forschungs- und Gestaltungsmöglichkeiten ergeben sich vielmehr auf der untergeordneten Bezugsebene: den konkreten Arbeits- und Organisationsbedingungen, wie sie im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen und in den folgenden Kapitel näher zu beleuchten sind.

3.3 Arbeitsbezogene Ansätze

Der Arbeitsplatz ist das bedeutendste Bezugsfeld innerhalb der Burn-out-Forschung. Der ätiologische Bezug zum Arbeitsplatz ist der Burn-out-Definition gemäß MBI bereits inhärent, daher verwundert es nicht, dass das Augenmerk auf dieses Setting gelegt wird. Burn-out-Forscher verweisen entsprechend darauf, dass dieser Bereich nicht nur die theoretische, sondern auch die empirische Burn-out-Forschung dominiert (vgl. z. B. Alarcon et al. 2009, 244; Swider & Zimmerman 2010, 487 und 499 und 502; Porthogese et al. 2014, 153; Taris et al. 2013, 243). Bei den arbeitsbezogenen Ansätzen herrscht die Auffassung vor, dass bestimmte Merkmale der Arbeit, wie der Arbeitsdruck oder ein Mangel an Kontrollmöglichkeiten, Burn-out bedingen (vgl. Taris et al. 2013,

243). Zugleich rückt dabei, wie im Weiteren noch erläutert wird, das zentrale Konzept zur Erklärung von Burn-out in den Mittelpunkt: Stress.

Im Folgenden wird der zentrale Stellenwert des Stresskonzeptes in der Burn-out-Forschung aufgezeigt. Neben einem Exkurs in die Stressforschung wird das Kapitel vor allem auf den theoretischen Stand zur Erklärung von Burn-out eingehen. Hier wird das Job Demands-Resources [JD-R]-Modell hervorgehoben, weil es aktuell als ein führendes Modell in der Burn-out-Forschung zu betrachten ist und daher als ein Anknüpfungspunkt für die in der vorliegenden Dissertation vorgenommene konzeptionelle Weiterentwicklung dient. Das Kapitel wird schlussendlich außerdem den empirischen Stand der Ursachenforschung beleuchten, um den Forschungsbedarf einzugrenzen.

3.3.1 Stress als zentrales Erklärungskonzept der Burn-out-Forschung

Dass chronische arbeitsbezogene Stressoren die Ursache von Burn-out sind, ist eine weit verbreitete Auffassung in der Burn-out-Forschung. Nach Burisch (2014, 73) haben namhafte Burn-out-Forscher, wie Cherniss oder Maslach, schon in den 80er Jahren auf die Bedeutung von arbeitsbezogenem Stress als einem Schlüsselphänomen zur Erklärung von Burn-out hingewiesen. Dass Stress ein Schlüssel zum Verständnis von Burn-out sei, wird auch von Hedderich (2009, 18) betont. Enzmann und Kleiber geben in diesem Kontext zu bedenken: „Der enge Zusammenhang zwischen Streß und Burnout ist unübersehbar“ (Enzmann & Kleiber 1989, 92). Sie verstehen Burn-out als Reaktion auf arbeitsbezogene Stressoren (vgl. Enzmann & Kleiber 1989, 94). Auch Hillert und Marwitz (2006, 139) bekräftigen, dass Burn-out durch Stressoren der Arbeit ausgelöst werde. Karger erwähnt schon in den 80er Jahren, dass Stress in der Literatur als Hauptursache von Burn-out betrachtet werde (vgl. Karger 1981, 274). Dass die Burn-out-Forschung Stress als Ursache von Burn-out erachtet, wird daneben in aktuellem Artikeln angegeben (vgl. z. B. Cole 2012, 1551; Nil et al. 2010; Reuter 2016, 43). Forscher betonen, dass trotz einer Vielzahl an theoretischen Zugängen die Gemeinsamkeit darin bestehe, Burn-out als arbeitsbezogene Stressfolge zu verstehen (vgl. Hemmeter 2013, 74; Plieger et al. 2015, 20). Im Handbuch Arbeitsmedizin findet sich der Hinweis, dass Burn-out im Bereich der Arbeitsbedingungen vorwiegend als Folge einer chronischen Stressbelastung zu interpretieren sei (vgl. Weber 2014, 462). Als Antwort auf chronische Arbeitsstressoren wird Burn-out zudem im Positionspapier der DGPPN definiert (vgl. DGPPN 2012, 4 und 10). Arbeitsstressoren werden ferner in aktuellen Übersichtsartikeln namhafter Burn-out-Forscher als Ursachen von Burn-out bzw. Erschöpfung deklariert (vgl. z. B. Schaufeli & Salanova 2014, 296; Taris et al. 2013, 241). Und selbst Korczak et al. (2010, 19) verweisen in ihrem Health-Technology-Report zur

Differenzialdiagnostik von Burn-out darauf, dass bei den arbeitsbezogenen Erklärungsansätzen das Stresskonzept verbreitet sei.

Dies sind nur einige Beispiele aus der Literatur, die verdeutlichen, dass das Stresskonzept innerhalb der Burn-out-Forschung einen übergeordneten Stellenwert einnimmt. Darüber hinaus veranschaulichen die Aussagen, dass dieses schon frühzeitig in der Burn-out-Forschung vertretene Erklärungskonzept bis heute Bestand hat.

Eine Kopplung von chronischen Stressoren der Arbeit und Burn-out ist in der von Maslach und Kollegen geprägten Definition von Burn-out bereits angelegt: „Burnout is a response to chronic [...] stressors on the job, and is defined by the three dimensions of exhaustion, cynicism, and inefficacy“ (Maslach et al. 2001, 397). Insbesondere Erschöpfung repräsentiere die Beanspruchungsfacette von Burn-out (vgl. Maslach et al. 2001, 403). Es liegt der Schluss nahe, dass aufgrund der breiten Akzeptanz der Definition (bzw. des Kernmerkmals Erschöpfung), die Auffassung, chronische Arbeitsstressoren verursachen Burn-out, eine starke Verbreitung gefunden hat. Der deutsche Psychologieprofessor Martin Reuter verweist vermutlich auf diesen Umstand, wenn er schreibt, dass „Burnout quasi per Definition mit Stress assoziiert ist“ (Reuter 2016, 46).

Stress ist ein komplexes Konzept, welches nicht einheitlich definiert ist. Daher werden im folgenden Exkurs zunächst fundamentale Erkenntnisse der Stressforschung vorgestellt, um zu verdeutlichen, von welchem Grundverständnis auch in der Burn-out-Forschung auszugehen ist.

3.3.2 Exkurs: Grundlagen der Stressforschung

Stress ist ein Begriff, der auf vielfältige Art und Weise definiert wird. Verschiedenste Disziplinen legen ihren je eigenen Schwerpunkt und bislang gibt es keinen Konsens (vgl. Fink 2016, 4; Goodnite 2014, 71). Es lassen sich jedoch im Wesentlichen drei Strömungen unterscheiden: der stimulusorientierte, der reaktionsorientierte sowie der transaktionale Ansatz (vgl. Hillert & Marwitz 2006, 130; Monroe 2008, 35).

Einerseits wird Stress als eine Umwelteigenschaft betrachtet, ein äußerer Stimulus, der von Individuen typischerweise als belastend erachtet wird. Das Augenmerk liegt hier auf verschiedenen Arten von Reizen, ihrer Stärke und der Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Stressreaktion zur Folge haben. Zentrale Vertreter sind z. B. Holmes und Rahe (1967), die sich mit stressbehafteten Lebensereignissen befassten. Diese stimulusorientierte Schule stützt sich auf Befunde aus Feld- oder Beobachtungsstudien. Andererseits wird Stress als die Reaktion des Organismus auf Umweltreize (Stressoren) begrif-

fen. Diese reaktionsorientierte Schule gründet auf experimentellen Laborstudien. Ein namhafter Repräsentant ist bspw. Hans Selye (Selye 1973). In einer dritten Schule wird wiederum von einer Wechselbeziehung zwischen Umweltreizen und Eigenschaften des Individuums (Wahrnehmung der Umwelt und der eigenen Bewältigungsstrategien) ausgegangen. Postuliert wird, dass spezifische Umweltreize und Merkmale eines Individuums variabel zusammenwirken. Zentrale Repräsentanten sind Lazarus und Folkman (1984) (vgl. Hillert & Marwitz 2006, 129f.; Monroe 2008, 35f.).

Hans Selye gilt als der bedeutendste Vertreter der Stressforschung. Seine Definition bzw. sein Konzept von Stress – welches im Folgenden noch näher erläutert wird – besitzt auch heute noch eine breite Akzeptanz (vgl. Goodnite 2014, 71; Goldstein & Kopin 2007, 110). Wichtige Wegbereiter der Stressforschung waren daneben Claude Bernard sowie Walter B. Cannon. Bernard beschreibt im Jahre 1865 sein Konzept des *milieu intérieur*, wonach der Organismus die lebenswichtige Fähigkeit besitzt, das innere, physiologische Milieu trotz störender Reize auf einem konstanten Niveau zu halten (vgl. Bernard, zitiert in Goldstein & Kopin 2007, 109). Cannon knüpfte mit dem Konzept der *Homöostase* an dieses Verständnis an. So sei der Organismus bestrebt, physiologische Parameter in einem Referenzbereich zu stabilisieren. Werde die Homöostase durch z. B. Schmerzreize oder emotionale Aufregung gestört, so antworte der Organismus mit einer physiologischen Reaktion, die ihn zum Kämpfen oder Flüchten befähige (vgl. Cannon 1967 [1932], 19–24; Cannon 1970 [1929], 197–222).

Innerhalb der Stressforschung ist grob zwischen einer biologischen sowie einer psychologischen Forschungstradition zu differenzieren (vgl. Monroe 2008, 36). Mit dem Stresskonzept von Selye und dem Stresskonzept von Lazarus und Kollegen werden im Folgenden exemplarisch die wohl prominentesten Modelle der jeweiligen Strömungen skizziert, um Grundlagen der Stressforschung näher zu bringen. Für weiterführende Details zum Thema und aktuelle Forschungsergebnisse sei auf entsprechende Literatur (z. B. Fink 2016; Goldstein & Kopin 2007; Monroe 2008) verwiesen.

DAS BIOLOGISCHE STRESSMODELL VON SELYE

Bereits in den 30er Jahren fand der Endokrinologe Selye im Rahmen von Tierexperimenten heraus, dass verschiedene Noxen, die er Ratten injizierte, eine stereotype biologische Alarmreaktion bewirkten (vgl. Selye 1973, 694). Was Selye hier entdeckt hatte, war das, was er später als die erste Phase des von ihm begründeten allgemeinen Adaptionssyndroms (A.A.S.) – seinem Stresskonzept – bezeichnete (vgl. Abb. 7).

Selye stellte fest, dass die erste Phase u.a. von einer Erhöhung des Hämatokritwertes, von Hypochlorämie sowie einem beschleunigten Zellabbau begleitet ist. Er fand im Weiteren heraus, dass der Organismus auf eine anhaltende Exposition mit dem Stressor mit einer vorübergehenden Adaptation bzw. mit Resistenz reagierte. Die biologischen Reaktionen in dieser 2. Phase des A.A.S. wichen von denen in der ersten Phase ab oder sie waren sogar diametral entgegengesetzt. Durch die Anpassung erzielte der Organismus eine erhöhte Widerstandsfähigkeit. Doch dieses Stadium mündete, wenn der Stressor eine hohe Intensität aufwies und persistierte, schließlich in das 3. Stadium der Erschöpfung, das potenziell krankmachend ist. Für dieses Stadium sei charakteristisch, dass die nunmehr irreversiblen Symptome des ersten Alarmstadiums zurückkehrten und die individuelle Anpassungsenergie hochgradig aufgebraucht sei (vgl. Selye 1973, 694 ff.; Selye 1981, 165–168; vgl. Abb. 7).

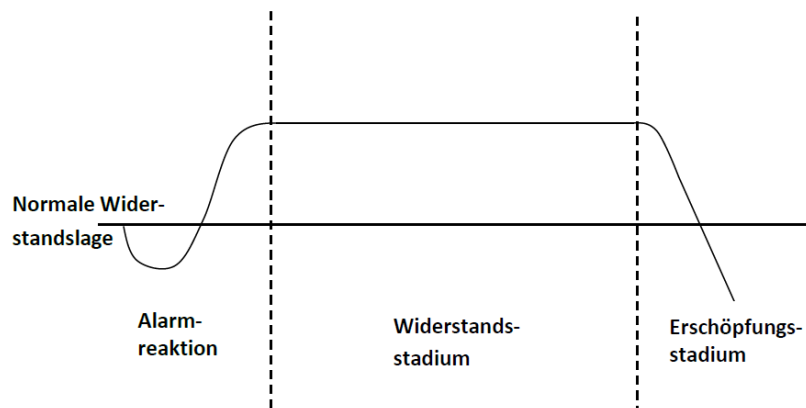


Abb. 7: Die drei Stadien des allgemeinen Adaptationssyndroms (A.A.S)
(Quelle: Selye 1981, 167)

Selye definiert Stress demgemäß als: „[...] the nonspecific response of the body to any demand made upon it“ (Selye 1973, 692). Ein Stressor ist demnach ein unspezifischer Reiz, der eine uniforme biologische Stressreaktion nach sich zieht (vgl. Selye 1981, 169-172). Die konzeptionelle Nähe des Selyeschen Stresskonzeptes zum Thema Burn-out liegt auf der Hand: Mit dem Erschöpfungsstadium besteht eine Parallele zur Kerndimension von Burn-out, der Erschöpfung. Diese wird, wie bereits erwähnt, ihrerseits von Maslach et al. (2001, 403) auch als Beanspruchungsdimension bezeichnet. Gemein mit dem Konzept von Selye ist zudem der Umstand, dass Erschöpfung als ein Verbrauch an Energie begriffen wird. So bezeichnen Maslach et al. (2001, 416) Burn-out als das Gegenteil von Energie. Was die Reichweite des Stresskonzeptes von Selye einschränkt, ist die fehlende Erklärungsmöglichkeit für ein unterschiedliches Burn-out-Ausmaß zweier Menschen, die derselben Stressexposition ausgesetzt sind. Das Modell vermag ferner den emotionalen Aspekt von Erschöpfung und die soziale Facette

von Burn-out – Depersonalisation/Zynismus – nicht zu erklären, da es ausschließlich auf die biologischen Komponenten von Stress abstellt.

DAS PSYCHOLOGISCHE STRESSMODELL VON LAZARUS UND LAUNIER/FOLKMAN

Als ein psychologisches Stressmodell bildet das transaktionale Stressmodell (vgl. Lazarus & Folkman 1984; Lazarus & Launier 1981) ein Gegengewicht zur biologischen Stresstheorie von Selye. Folkman und Kollegen vertreten die Position, dass ein gleicher externer Stressreiz bei verschiedenen Personen unterschiedliche Stressantworten, bezogen auf die Qualität, Intensität und Dauer, hervorrufen kann (vgl. Lazarus & Launier 1981, 223). Diese führen sie in ihrem transaktionalen Stressmodell auf die unterschiedlichen kognitiven Bewertungen (cognitive appraisal) von Ereignissen sowie die individuellen Bewältigungsformen (coping) eines Menschen zurück. Bei der primären kognitiven Bewertung wird ein Ereignis als irrelevant, als günstig bzw. positiv oder als stressend mit Blick auf das Wohlbefinden eingestuft. Ein stressender Reiz wird als Bedrohung, Schädigung oder Verlust oder als Herausforderung eingestuft. Bewertet werden zudem die eigenen Fähigkeiten und Optionen zur Bewältigung des Stressors. Diese sekundäre Bewertung bestimmt die Wahl der Bewältigungsstrategie. Über eine psychologische Rückkopplung nimmt die sekundäre Bewertung Einfluss auf die primäre Bewertung (reappraisal). Die Bewältigungsstrategie kann an der Umwelt, der eigenen Person oder beidem ansetzen. Es wird zwischen einer problem- und einer emotionsbezogenen Bewältigungsfunktion unterschieden (vgl. Lazarus & Folkman 1984, 148ff.; Lazarus & Launier 1981, 233–259).

Bezüge zu Burn-out lassen sich in zweierlei Hinsicht herstellen: Lazarus und Launier (1981, 226) weisen darauf hin, dass die Einschätzung, ein Ereignis aufgrund mangelnder Fähigkeiten nicht bewältigen zu können, zu Phänomenen wie *Erschöpfung* führen könne. Eine Parallele besteht daneben mit Bezug auf die Dimension Depersonalisation/Zynismus. Maslach und Jackson (1984, 134f.) fassen die Distanzierung von Klienten als Bewältigungsstrategie gegenüber interpersonellen Stressoren auf. Lazarus und Folkman (1984, 150) geben an, dass eine emotionsbezogene Bewältigung in Form von *Distanzierung* oder *Vermeidung* stattfinden könne.

3.3.3 Aktueller Theoriestand zur arbeitsbezogenen Erklärung von Burn-out

Zahlreiche Burn-out-Forscher beziehen sich zur Fundierung ihrer theoretischen Erklärungsansätze auf das Stresskonzept (z. B. Brahm & Ezell 1981; Burisch 2011; Cherniss 1980a, 1980b; Demerouti et al. 2001; Golembiewski et al. 1986; Hobfoll & Freedy 1993; Kerns 2005; Maslach et al. 2001; Maslach & Leiter 2008; Rubino et al. 2009;

Veninga & Spradley 1981). Verbreitet ist nach Hedderich (2009, 30) der Rückgriff auf das Modell der psychologischen Stressforscher Lazarus und Launier (1981). In der Burn-out-Forschung erfahren zudem das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 1979; Karasek & Theorell 1990) sowie das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) oder vergleichbare Ansätze eine starke Akzeptanz (vgl. Rösing 2011, 137–149).

Gegenwärtig werden insbesondere das *JD-R-Modell*, daneben die *Conservation of Resources [COR]-Theorie* sowie das *Job Person-Fit [JP-F]-Modell* als Erklärungsansätze in der Burn-out-Forschung hervorgehoben. Dabei handelt es sich, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, um Modelle, die ebenfalls der Stresstradition zuzuordnen sind. Die Prägnanz der Modelle in der Literatur reflektiert, dass der starke Stressbezug der Burn-out-Forschung noch heute fortbesteht. Das JD-R Modell kann unter den dreien als führendes Konzept eingeschätzt werden, weshalb es im Folgenden eingehend erläutert wird. Um ihren Bezug zum Stresskonzept aufzuzeigen, seien auch die COR-Theorie und das JP-F Model vorab kurz skizziert.

Die COR-Theorie geht auf Hobfoll (1989) zurück; in der Burn-out Forschung kam sie erstmals z. B. durch Hobfoll und Freedy (1993) zur Anwendung. Die COR-Theorie knüpft an stresstheoretische Ansätze von Selye und Lazarus an (vgl. z. B. Hobfoll 1989, 513 ff.). Die Grundannahme besteht darin, dass Menschen bestrebt sind, Ressourcen – Faktoren, die Menschen als wertvoll erachten – zu bewahren, zu beschützen und zu mehren. Allein die Bedrohung, aber auch der tatsächliche Verlust von Ressourcen könne Stress verursachen (vgl. Hobfoll 1989, 516; Gorgievski & Hobfoll 2008, 8). Burn-out entsteht der COR-Theorie zufolge durch den Verbrauch von Energie, der mit einem (befürchteten) Ressourcenverlust einhergeht. Gerät der energetische Status erheblich aus dem Gleichgewicht, muss das Individuum hohe Anstrengungen unternehmen, um die Balance wiederherzustellen. Besteht dieser Prozess dauerhaft fort und wird auf Erholungspausen verzichtet, ohne entsprechend Ressourcen (zurück) zu gewinnen oder zu bewahren, dann führt dies zu einer Stressreaktion (allostatische Last) und damit zu Burn-out (vgl. Hobfoll & Freedy 1993, 117 ff. und 123 und 129; Gorgievski & Hobfoll 2008, 10–13).

Das JP-F-Modell geht auf Maslach und Leiter (1997) zurück. Im JP-F-Modell steht eine subjektiv erlebte Inkongruenz zwischen den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Erwartungen eines Mitarbeiters einerseits und seiner Arbeitsumgebung andererseits im Vordergrund. Erlebe ein Mitarbeiter Inkongruenzen zwischen seiner Person und der Arbeitsumwelt in den sogenannten Areas of Worklife – Arbeitslast (Workload), Kontrolle,

Belohnung, Gemeinschaft, Fairness und Werte – dann löse dies Stress aus und verursache Burn-out (vgl. Leiter & Maslach 2004, 95; Leiter & Maslach 2011, 2f.; Maslach & Leiter 2008, 500 f.; Maslach et al. 2012, 297; Maslach et al. 2001, 414). Die Forscher beziehen sich auf das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkmann (1984) (vgl. Maslach & Leiter 2008, 501) sowie auf den stressbasierten Ansatz von French et al. (1982) (vgl. Leiter & Maslach 2011, 2).

Beide Modelle nehmen also Bezug auf namhafte Stressforscher wie Selye oder Lazarus. Bei Maslach und Kollegen ist es die mangelnde Passung zwischen Eigenschaften des Mitarbeiters und der Arbeitsumgebung, die Stress verursacht. In der COR-Theorie liegt der Schwerpunkt auf den stressbehafteten Folgen eines Ressourcenverlustes. Auffällig ist, dass die Modelle trotz der gemeinsamen Grundlage, dass Stress die Ursache von Burn-out sei, nicht aufeinander Bezug nehmen. Ein solch unverbundenes Nebeneinander an Kausalmodellen ist für die Burn-out-Forschung typisch (vgl. auch Korczak et al. 2010, 18). Im folgenden Zitat bekannter Burn-out-Forscher kommt dieser Umstand ebenfalls zum Ausdruck: „[...] a comprehensive theoretical framework for burnout is still lacking. Probably, a single general and valid theory of burnout will always remain an illusion [...]“ (Schaufeli & Buunk 2007, 402).

Das JD-R-Modell kann am ehesten als ein Rahmenkonzept betrachtet werden. Es wird in der einschlägigen Literatur besonders hervorgehoben und integriert verschiedene Ansätze: die konventionellen arbeitswissenschaftlichen Stressmodelle (das Anforderungs-Kontroll-Modell sowie das Modell beruflicher Gratifikationskrisen), die in der Burn-out-Forschung fest etabliert sind, sowie die COR-Theorie.

Als das gegenwärtig prominenteste Modell in der Burn-out-Forschung dient es als Referenzpunkt für den im Rahmen der vorliegenden Dissertation entwickelten Vorschlag zur konzeptionellen Erweiterung der Erklärung von Burn-out. Einerseits ist das Modell beispielhaft für das stressorientierte Paradigma der modernen Burn-out-Forschung, andererseits bildet es mit dem motivationalen Pfad einen Anknüpfungspunkt für eine Weiterentwicklung in Richtung Bindungsthese. Das Modell ist zudem in das Bielefelder Unternehmensmodell integrierbar – dem Leitkonzept der vorliegenden Dissertation.

DAS JOB DEMANDS-RESOURCES MODEL

In der Burn-out-Forschung hat das JD-R-Modell zu Deutsch: Anforderungs-Ressourcen Modell der Arbeit, hohe Aufmerksamkeit erlangt (vgl. Schaufeli & Taris 2014, 43). Das Modell knüpft an die populären arbeitswissenschaftlichen Modelle – dem Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 1979; Karasek & Theorell 1990) sowie dem Modell

beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) – konzeptionell an (vgl. Demerouti et al. 2001, 510). Selbst die COR-Theorie kann als Bestandteil des JD-R-Modells begriffen werden (vgl. Halbesleben & Leon 2014, 127). Das JD-R Modell ist aufgrund der Prominenz in der Literatur gegenwärtig als führendes Modell in der Burn-out-Forschung einzuschätzen. Daher wird es nachfolgend näher erläutert.

Das JD-R-Modell wird gleich von mehreren namhaften Burn-out-Forschern hervorgehoben. Schaufeli, der im Übrigen darauf verweist, dass viele Burn-out-Studien überhaupt keine theoretische Fundierung aufwiesen, empfiehlt explizit, auf dieses Modell als Ausgangspunkt für empirische Forschung zurück zu greifen, zumal es sich um ein empirisch umfassend fundiertes Modell handele (vgl. Schaufeli 2015, 16). Im von Maslach mitherausgegebenen aktuellen Burn-out-Buch wird JD-R-Modell ebenfalls als ein führendes Burn-out-Modell bezeichnet (vgl. Day & Leiter 2014, 58f.). Darüber hinaus betonen Halbesleben und Leon den Stellenwert des Modells: „[...] the job demands-resources model of burnout has seen a lot of deserved attention in the burnout literature over the past decade [...]“ (Halbesleben & Leon 2014, 126). Auch Bakker et al. (2014) verwenden das Modell zur Erklärung von Burn-out. Das Modell lenke prinzipiell die Aufmerksamkeit zahlreiche Forscher auf sich und immer mehr Forscher würden sich des Modells als Grundlage für ihre Studien bedienen (vgl. Bakker & Demerouti 2014, 44; Schaufeli & Taris 2014, 44). Nach Cole (2012, 1557) stützen sich empirische Studien zu Burn-out ganz wesentlich auf dieses Modell. Es bildet außerdem den Ausgangspunkt von Meta-Analysen (vgl. z.B. Crawford et al. 2010). Mittlerweile habe das Modell den Status einer Theorie erreicht (vgl. Bakker & Demerouti 2014, 8).

Wie bereits erwähnt, integriert das Modell das Anforderungs-Kontroll-Modell sowie das Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Die beiden Modelle sind zum Ende des 20. Jahrhunderts aus der Stressforschung hervorgegangen. In der Burn-out-Forschung haben sie sich etabliert (vgl. Rösing 2011, 137–149). Beide Modelle nehmen Stressoren am Arbeitsplatz und deren Folgen für die Gesundheit in den Blick. Das Anforderungs-Kontroll-Modell erklärt, dass die Gesundheit am Arbeitsplatz von Anforderungen und Kontrollmöglichkeiten (Entscheidungsspielraum) abhängt: dem Ausmaß an Autonomie und der Möglichkeit, persönliche Fähigkeiten einbringen zu können. Es folgt der Annahme, dass die Konstellation aus hohen Anforderungen und geringer Kontrolle (high strain job) über eine andauernde Stressreaktion die Gesundheit beeinträchtigt (vgl. Karasek 1979, 285ff.; Karasek & Theorell 1990, 31f. und 58ff.). Das Modell wurde im Laufe der Zeit um die Komponente soziale Unterstützung erweitert (vgl. Johnson & Hall 1988). Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen betrachtet eine hohe berufli-

che extrinsische oder intrinsische Verausgabung im Verhältnis zu einer niedrigen Bezahlung (z.B. unangemessener Bezahlung, fehlende Anerkennung) als stressauslösende Risikokonstellation für die Gesundheit (vgl. Siegrist 1996, 97 ff.). Die Grundlage des JD-R-Modells bilden demzufolge in der Stressforschung verankerte Modelle.

Anders als diese traditionellen Modelle ist das JD-R-Modell jedoch nicht auf spezifische Merkmale der Arbeit eines Mitarbeiters beschränkt. Es handelt sich um ein generisches Modell, welches sich auf alle Arten von Arbeit und Berufsgruppen übertragen lässt, weil es lediglich zwischen allgemeinen Merkmalen der Arbeit (job characteristics) unterscheidet: den Anforderungen und den Ressourcen. Das Modell weist zudem eine positive Blickrichtung auf, da es das Konzept des Engagements einbezieht. Es beschreibt die Zusammenhänge zwischen Anforderungen, Ressourcen, Burn-out und Engagement sowie Konsequenzen mit Blick auf Gesundheit und Organisationsergebnisse (vgl. Bakker et al. 2014, 399; Schaufeli & Taris 2014, 43 f.).

Das JD-R-Modell wurde von der Burn-out-Forscherin Demerouti und ihren Kollegen (vgl. Demerouti et al. 2001) bereits im Jahr 2001 mit Bezug zu Burn-out eingeführt (vgl. Schaufeli & Taris 2014, 44). Die Wissenschaftler stellten hierbei eine unmittelbare Verbindung zum Stresskonzept her: „[...] job stressors play a significant role in burnout and commonly found stress reactions have similar antecedents as burnout“ (Demerouti et al. 2001, 501). In ihrer Publikation nehmen die Forscher explizit theoretisch Bezug auf das transaktionale Stressmodell (Lazarus & Folkman 1984), das Stresskonzept von McGrath (1976) sowie auf das stresstheoretisch verankerte State »Regulation Model of Compensatory Control« von Hockey (1993) (vgl. Demerouti et al. 2001, 501). Das JD-R-Modell wurde seither empirisch umfassend erforscht (vgl. dazu Schaufeli & Taris 2014) und nach und nach konzeptionell, z. B. durch Bakker et al. (2003), Schaufeli und Bakker (2004) sowie Demerouti et al. (2003), weiterentwickelt.

Das JD-R-Modell ermöglicht es, generalisierte Aussagen zum Zusammenhang von Anforderungen, Ressourcen, Burn-out sowie Engagement zu treffen – unabhängig von einem spezifischen beruflichen Setting (vgl. Bakker et al. 2014, 399). Burn-out, so die zentrale Annahme, wird in erster Linie durch chronische Arbeitsanforderungen verursacht und führt durch einen Verbrauch von Energie zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit (Health Impairment Process bzw. Energetic Process) (vgl. Bakker & Demerouti 2007, 313; Bakker et al. 2014, 399; Schaufeli & Taris 2014, 64 f.). Die heute noch gängigen Definitionen von Anforderungen im JD-R-Modell, wie sie z. B. bei Bakker et al. (2014, 392), Schaufeli und Taris (2014, 45) oder Bakker und Demerouti (2014, 9) zu

finden ist, geht bereits auf die ursprüngliche Konzeption des Modells und somit auf die Publikation von Demerouti et al. (2001) zurück. Arbeitsanforderungen schließen demnach bio-psycho-soziale, aber auch organisatorische Merkmale der Arbeit ein:

„*Job demands* refer to those physical, social, or organizational aspects of the job that require sustained physical or mental effort and are therefore associated with certain physiological and/or psychological costs (e.g., exhaustion)” (Demerouti et al. 2001, 501).

An den Merkmalen, die von den Modellentwicklern als Beispiele für Anforderungen in entsprechenden Publikationen angeführt werden, wird deutlich, dass es sich um Charakteristika der Arbeitsaufgabe im engeren Sinne handelt. So werden wiederholt exemplarisch Faktoren wie Zeitdruck, eine zu hohe Arbeitsmenge, Schichtarbeit und emotionale Anforderungen genannt (vgl. Bakker et al. 2003, 28; Bakker et al. 2014, 399; Demerouti et al. 2001, 502; Schaufeli & Bakker 2004, 302). Deutlich wird an den Beispielen zudem, dass der Begriff Anforderung synonym für Stressor und im negativen Sinne verwendet wird. Demerouti et al. (2001, 501) verweisen in ihrer Publikation zum Modell darauf, dass negative Stressoren, wie Zeitdruck oder Hitze, ihrem Verständnis von Anforderungen entsprächen. Nach Schaufeli und Bakker (2004, 296) würden neutrale Anforderungen zu Stressoren, wenn sie nur durch hohe Anstrengungen zu bewältigen seien und zugleich mit psychischen und physischen Kosten und entsprechenden negativen Konsequenzen, wie Burn-out, verbunden seien. Dieses Konzept entspricht der Definition von Anforderungen im JD-R-Modell, wie sie im obigen Zitat, dargelegt ist. Anforderungen und Stressoren sind im JD-R-Modell demzufolge gleichgesetzt.

Für hohe und dauerhafte Anforderungen bzw. Stressoren sei charakteristisch, dass sie Mitarbeitern permanente Anstrengungen abforderten, was einen Verbrauch an psychischen und physischen Energien bzw. Kapazitäten bewirke. Dieser Prozess sei mit physischen (z.B. Tachycardie, Hypertonie oder einer gesteigerten Hormonaktivität) und psychischen (z.B. Unterdrückung von psychischen Bedürfnissen) Kosten verbunden und führe zur Erschöpfung und Distanzierung von der Arbeit (vgl. Bakker & Demerouti 2007, 313; Bakker et al. 2014, 392 und 399; Schaufeli & Taris 2014, 45 ff.).

Diese Grundannahmen des JD-R-Modells wurden aus dem »State Regulation Model of Compensatory Control« von Hockey (1993, 1997) übernommen. Dies lässt sich der Publikation von Schaufeli und Bakker (2004, 297) entnehmen. Im Zentrum der Stressorie von Hockey stehen Stressoren der Arbeit, wie ein Mitarbeiter damit umgeht und welche Folgen dies für die psychische Gesundheit hat. Hockey knüpft dabei ebenfalls

an das Anforderungs-Kontroll-Modell sowie an das transaktionale Stressmodell an (vgl. Hockey 1993, 330). Geleitet u.a. von der Stresstheorie von McGrath (1976) und experimentellen- und Feldstudien, geht Hockey davon aus, dass Mitarbeiter dauerhaft hohen Stressoren nur durch verstärkte Anstrengungen bzw. die zusätzliche Mobilisierung von Ressourcen begegnen können. Ihre Arbeitsleistung könne dadurch aufrechterhalten werden, jedoch nicht ohne Kosten in gesundheitsrelevanten (energetischen) Systemen zu verursachen. Emotionale Destabilisierung, chronische Erschöpfung oder ein Gefühl der Beanspruchung seien mögliche Facetten dieses aktiven Kontrollprozesses, der langfristig die Gesundheit beeinträchtigt. Umgekehrt könne ein Mitarbeiter durch passive Bewältigungsstrategien seine Energien und damit die Gesundheit bewahren, indem er die Arbeitsleistung verringert oder im Extremfall sogar sein Arbeitsengagement vollkommen einstellt (vgl. Hockey 1993, 328–343; Hockey 1997, 78–88).

Schaufeli und Bakker geben zu bedenken, dass sich auf Basis des Modells bzw. der Theorie alle drei Burn-out-Komponenten erklären lassen, obgleich das Modell nicht explizit auf Burn-out zugeschnitten sei (vgl. Schaufeli & Bakker 2004, 297). Maslach und Jackson haben schon in frühen Publikationen beschrieben, dass Mitarbeiter auf Anforderungen mit Erschöpfung reagieren, sich als Bewältigungsstrategie zurückziehen und ihre Leistung negativ bewerten (vgl. Maslach & Jackson 1981, 99; Maslach & Jackson 1984, 134f.; Maslach et al. 2001, 403). Eine solche Kaskade wird in Kongruenz mit dem Modell von Hockey auch im JD-R-Modell unterstellt (vgl. Schaufeli & Bakker 2004, 298).

Stressoren werden im JD-R-Modell als zentrale Prädiktoren von Burn-out betrachtet (vgl. Bakker et al. 2014, 399f.; Schaufeli & Bakker 2004, 299; Schaufeli & Taris 2014, 46). Jedoch könne darüber hinaus ein Mangel an Ressourcen Burn-out bedingen (Bakker & Demerouti 2014, 11). Die Burn-out-Forscher ziehen hierfür mehrere Erklärungsansätze heran: 1. würden Ressourcen die Stresswirkung puffern, 2. dienten sie der Bewältigung der Stressoren (je geringer die Ressourcen, desto höher seien die Anforderungen), 3. sei, gemäß Conservation of Resources Theory ein (drohender) Verlust an Ressourcen per se ein Stressor (vgl. Bakker & Demerouti 2007, 314f.; Bakker et al. 2014, 392, 400; Crawford et al. 2010, 836; Schaufeli & Taris 2014, 45).

Das Modell berücksichtigt neben dem stressassoziierten, mit Burn-out unmittelbar assoziierten, Pfad, noch einen motivationalen Pfad bzw. Prozess, der mit dem Konzept Engagement verknüpft wird. Engagement wird wiederum mit positiven organisationsrelevanten Outcomes in Verbindung gebracht. Die Forscher betrachten den stressassozii-

ierten Burn-out- und den motivationalen Engagement-Pfad dabei konzeptionell allerdings als unabhängig: Die je spezifischen Pfade beruhen auf unterschiedlichen Mechanismen, die an die je spezifischen Determinanten geknüpft seien (vgl. Bakker & Demerouti 2007, 313; Bakker et al. 2014, 399; Schaufeli & Taris 2014, 46 f. und 75).

LIMITATIONEN DES JD-R-MODELLS

Das JD-R-Modell wird häufig als Grundlage für Studien verwendet (vgl. Schaufeli 2015, 16). Sowohl in Querschnitt- als auch in Längsschnittstudien wurden die zentralen Pfade anhand ausgewählter Variablen bestätigt (vgl. Schaufeli & Taris 2014, 47 f.). Das JD-R Modell weist jedoch einige Schwächen auf, die zur Diskussion stehen. Das JD-R-Modell habe mehr den Charakter eines Rahmenkonzeptes, denn einer Erklärungstheorie. Durch seine Beschränkung auf Kategorien von Arbeitsmerkmalen (Anforderungen und Ressourcen) sei es zwar universell anwendbar, gleichwohl entbehre es dadurch an Spezifität. In empirischen Studien sei eine Vielzahl an Merkmalskombinationen untersucht worden, aber *welches* ist die entscheidende Komposition um Burn-out zu erklären? Das JD-R-Modell verstehe sich eher als ein deskriptives Modell, das allgemeine Wirkketten beschreibt. Es beantworte aber nicht die Frage, *warum* die Merkmale derart verknüpft sind und welche *spezifischen* Variablen von zentraler Bedeutung seien. Insofern sei das Modell ohne eine begleitende Theorie und die Eingrenzung auf spezifische Variablen wirkungslos (vgl. Schaufeli & Taris 2014, 55 und 60).

Eine weitere Limitation bestehe in der künstlichen Trennung zwischen motivationalem und energetischem Prozess bzw. Pfad. Dass Engagement und Burn-out, Anforderungen und Ressourcen, Gesundheitsoutcomes und organisationale Outcomes zusammenhängen, hätten schließlich in verschiedenen Studien belegt, was auf ein Zusammenwirken der Pfade hinweise (vgl. Schaufeli & Taris 2014, 57). Daher sei es naheliegend von einer Integration der Pfade auszugehen: „[...] it is quite possible that they [the two paths, Anm. d. Verf.] represent two sides of the same coin” (Schaufeli & Taris 2014, 57). Damit sollte bspw. der Frage nachgegangen werden, welche Rolle Motivatoren bei der Entwicklung bzw. Verminderung von Burn-out spielen.

Das JD-R-Modell versteht sich ferner als ein Modell, welches primär auf die Mikroebene fokussiert. „Essentially, the JD-R model is an individual-level approach” (Schaufeli & Taris 2014, 58). Eine Übertragung auf die Teamebene sei statistisch nur unter der Bedingung möglich, dass eine entsprechende kollektive Operationalisierung (nicht »ich«, sondern »wir«) vorgenommen werde und kollektive Outcomes berücksichtigt werden, was in zukünftigen Studien stärker zum Tragen kommen müsse (vgl. Schaufeli & Taris

2014, 58). Dass die Rolle der Organisation noch vernachlässigt wird, kommt in einer Aussage von Schaufeli und Taris (2014, 58) zum Ausdruck, wonach das JD-R-Modell *möglicherweise* auch auf Organisationen übertragen werden könne.

Wie in der Zusammenfassung dieses Kapitels sowie in Kapitel 5 noch näher erläutert wird, intendiert die vorliegende Dissertation, diese Entwicklungsaufgaben aufzugreifen, indem Burn-out mit spezifischen Organisationsmerkmalen unter Berücksichtigung motivationaler Aspekte in einen Zusammenhang gestellt wird.

3.3.4 Stand der empirischen Ursachenforschung

Nachdem im vorherigen Kapitel anhand theoretischer Ansätze die in der Burn-out-Forschung vorherrschenden Annahmen zur Ätiologie vermittelt wurden, und insbesondere mit dem JD-R-Modell das gegenwärtig wohl bedeutendste Ausgangsmodell für die empirische Forschung erläutert wurde, wird in diesem Kapitel der eigentliche Stand der empirischen Forschung zu den Ursachen von Burn-out dargelegt. Damit rücken einzelne Prädiktoren bzw. Korrelate von Burn-out in den Vordergrund, die in der entsprechenden Forschung als besonders relevant erachtet werden oder die besonders stark mit Burn-out korrelieren.

Aktuell finden sich in der Fachdatenbank »PubMed« allein mehr als 10.000 Treffer unter dem Stichwort »burnout«. Dieses Ausmaß zeugt einerseits von der Beliebtheit des Konzeptes in der empirischen Forschung, andererseits von der Unüberschaubarkeit der entsprechenden Forschungslandschaft. Eine Eingrenzung auf ein spezifisches Setting oder Berufsgruppen erschien nicht zielführend, da sich das vorliegende Dissertationsthema als ein Beitrag zur Grundlagenforschung versteht.

Ein Überblick zum Stand der empirischen Forschung wird daher im Folgenden in erster Linie auf Basis von vorliegenden Meta-Analysen gegeben – auch weil dieses Studienformat dem höchsten Evidenzgrad entspricht. Meta-Analysen bündeln die Effektschätzer von Primärstudien unter Verwendung fortgeschrittener statistischer Verfahren und stellen somit aussagekräftige Ergebnisse bereit (vgl. Albrecht 2010, 10). Die Befunde werden durch Ergebnisse aus systematischen Reviews ergänzt, um ein möglichst umfassendes Bild des Forschungsstands zeichnen zu können.

Die Sichtung der Meta-Analysen erfolgte unter zwei Fragestellungen: 1. Welche Merkmale werden in der Burn-out-Forschung am häufigsten untersucht? Diese Frage soll anhand der in den Meta-Analysen ausgewiesenen jeweiligen Stichprobenanzahl (k) annäherungsweise beantwortet werden. 2. Welche Merkmale zeigen einen besonders

starken Zusammenhang mit Burn-out? Die Beantwortung dieser Frage erfolgt auf Basis der dargestellten Effektschätzer.

Die Publikation von Alarcon (2011) stellt im Bereich der Meta-Analysen zu den Korrelaten von Burn-out gegenwärtig die bedeutendste Studie dar. Es handelt sich um die aktuellste Meta-Analyse, die weder auf eine bestimmte Berufsgruppe noch auf ein einzelnes Merkmal beschränkt ist. Den Ergebnissen dieser Analyse ist daher besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Tabelle 5 gibt zu erkennen, dass alle identifizierten Merkmale mit Burn-out korrelieren. Die Ergebnisse lassen sich darüber hinaus wie folgt zusammenfassen:

Die *Arbeitslast (Workload)* stellt unter den Anforderungen das am häufigsten untersuchte Merkmal dar – und zwar in Bezug auf alle drei Burn-out-Dimensionen; besonders häufig wird sie im Kontext von emotionaler Erschöpfung untersucht.

- *Kontrolle* ist demgegenüber die am häufigsten untersuchte Ressource.
- Den stärksten Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung zeigen Workload und Rollenkonflikte; die Ressourcen Kontrolle und Autonomie korrelieren etwa gleichstark mit emotionaler Erschöpfung.
- Zynismus korreliert vor allem mit Rollenkonflikten, die reduzierte Leistungsfähigkeit vor allem mit einem Mangel an Kontrolle bzw. Autonomie.

Alarcon kritisiert einen erheblichen Mangel an Studien, in denen arbeitsbezogene *Ressourcen* Berücksichtigung fänden: „However research focused primarily on perceptions of control and autonomy. Research should explore the many other aspects of the workplace that contribute to the prevention of burnout“ (Alarcon 2011, 556). So konnten bspw. nur Autonomie und Kontrolle, nicht aber Faktoren wie prozedurale Gerechtigkeit oder Arbeitsfeedback in die Meta-Analyse einbezogen werden, weil die Anzahl verfügbarer Stichproben zu gering gewesen sei (vgl. Alarcon 2011, 556).

Explizit nicht Bestandteil der Meta-Analyse ist der Faktor *soziale Unterstützung*, weil dieses Merkmal nach Angaben von Alarcon (2011, 550) in anderen Übersichtsarbeiten umfassend zum Tragen gekommen sei. Dadurch besteht nicht die Möglichkeit, einen unmittelbaren Vergleich zwischen den Effektstärken oder aber den Stichprobenhäufigkeiten anzustellen.

Tab. 5: Meta-analysis for the relations between burnout with resources and demands (Quelle: Reprinted from *Journal of Vocational Behavior*, 79, Alarcon, G.M., A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes, p. 552, ©2011, with permission from Elsevier); Auszug

<i>Variable</i>	k	N	Mean r	Mean ρ	95 % confidence interval
<i>Emotional Exhaustion</i>					
Demands					
Role Ambiguity	51	22,145	.26	.32	.29,.34
Role Conflict	37	13,568	.42	.53	.49,.56
Workload	86	51,529	.40	.49	.45,.52
Resources					
Control	56	33,297	-.21	-.26	-.29,-.22
Autonomy	34	17,165	-.20	-.24	-.27,-.20
<i>Cynicism</i>					
Demands					
Role Ambiguity	37	16,616	.24	.31	.28,.33
Role Conflict	29	10,178	.29	.40	.38,.41
Workload	58	39,786	.24	.31	.28,.33
Resources					
Control	39	25,847	-.22	-.29	-.31,-.26
Autonomy	23	11,803	-.23	-.31	.27,.34
<i>Reduced Accomplishment</i>					
Demands					
Role Ambiguity	39	16,745	.24	.31	.26,.35
Role Conflict	28	9076	.14	.18	.15,.20
Workload	42	28,763	.08	.11	.08,.14
Resources					
Control	34	19,447	-.30	-.39	-.43,-.34
Autonomy	15	8440	-.28	-.38	-.42,-.33

Note. k=number of samples, N=total sample size, Mean r=average weighted correlation coefficient, Mean ρ =average weighted correlation coefficient corrected for unreliability in both predictor and criterion

Andere Meta-Analysen konzentrieren sich dagegen ausschließlich auf dieses Merkmal. Die Meta-Analyse von Kay-Eccles (2012) untersuchte den Zusammenhang zwischen kollegialer sozialer Unterstützung und Burn-out. Von 37 Publikationen zu dem Thema, konnten aufgrund der Ein- bzw. Ausschlusskriterien 17 im Rahmen der Analyse verwendet werden (n=7.724). Alle drei Burn-out-Komponenten korrelieren signifikant mit diesem Merkmal – (Erschöpfung: $r=-0,103$, Depersonalisation: $r=-0,059$, (reduzierte) Leistungsfähigkeit: $r=0,210$) – (vgl. Kay-Eccles 2012, 1062f.) Die Korrelationskoeffizienten geben zu erkennen, dass die soziale Unterstützung durch Kollegen in dieser Studie vor allem mit der Outcome-Komponente von Burn-out, der Leistungsfähigkeit, assoziiert ist

Exklusiv auf den Faktor soziale Unterstützung gerichtet, ist zudem eine Meta-Analyse von Halbesleben (2006). Tabelle 6 zeigt die Befunde dieser umfassenden Analyse zum Thema soziale Unterstützung, in die 122 Stichproben und mehr als 40.000 Fälle Eingang fanden. Anhand der jeweiligen Stichprobenzahl ist erkennbar, dass das Merkmal *soziale Unterstützung* generell im Kontext von Burn-out häufig untersucht wird. Arbeitsbezogene soziale Unterstützung, kollegiale Unterstützung sowie soziale Unterstützung durch Vorgesetzte korrelieren in etwa gleich stark mit Burn-out (ca. 0,25). Die Merkmale soziale Unterstützung durch Freunde oder Familienmitglieder werden erheblich seltener untersucht und korrelieren im Allgemeinen auch weniger stark mit Burn-out als Unterstützungsformen bei der Arbeit (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Initial meta-analytic results (Quelle: Halbesleben, J. R.B. Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91 (5), 1134–1145 (2006), Publisher: American Psychological Association, reprinted with permission); Auszug

Source of Support	<i>r</i>	<i>p</i>	95% Con int	<i>k</i>	<i>N</i>
Criterion: exhaustion					
Overall	-.21	-.25	-.22:-.20	243	39745
Work Support	-.22	-.26	-.23:-.21	132	22557
Non-work Support	-.10	-.12	-.12:-.09	49	7785
Coworker	-.20	-.23	-.21:-.18	68	17111
Supervisor	-.24	-.28	-.26:-.23	64	19937
Family	-.10	-.11	-.11:-.08	39	7671
Friends	-.14	-.17	-.18:-.10	10	1532
Criterion: depersonalization					
Overall	-.18	-.22	-.19:-.17	163	29011
Work Support	-.19	-.23	-.20:-.17	102	16518
Non-work Support	-.12	-.16	-.14:-.11	34	6122
Coworker	-.18	-.23	-.20:-.17	57	14806
Supervisor	-.19	-.24	-.20:-.17	45	13959
Family	-.12	-.15	-.14:-.10	25	6008
Friends	-.14	-.18	-.19:-.10	9	1277
Criterion: personal accomplishment					
Overall	.19	.23	.18:.20	158	30565
Work Support	.19	.24	.18:.21	99	16907
Non-work Support	.15	.19	.13:.17	31	5218
Coworker	.19	.24	.18:.21	59	14046
Supervisor	.20	.24	.18:.21	40	14219
Family	.15	.18	.13:.17	24	5192
Friends	.18	.21	.13:.22	7	984

Note. *r* = sample-weighted mean correlation; *p* = estimated population correlation (corrected for artifacts); 95% Con int = 95% confidence interval around *p*; *k* = data points

Eine weitere auf Lee und Ashforth (1996) zurückgehende Meta-Analyse ist bereits 20 Jahre alt. Daher kann sie keine Auskunft über den aktuellen Forschungsstand geben. Allerdings genießt sie in der Burn-out-Forschung auch heute noch hohe Aufmerksamkeit, weshalb sie in dieses Kapitel einbezogen wird. Anhand der Studie kann im Vergleich zu heutigen Befunden aus Meta-Analysen zudem ein Vergleich gezogen werden, inwiefern und ob damals andere Forschungsschwerpunkte gelegt wurden.

Aus der Analyse ist gemäß der Stichprobenzahlen abzuleiten, dass eine zu *hohe Arbeitslast (Workload/Work-Pressure)*, *Rollenprobleme (Rollenambiguität/Klarheit, Rollenstress, Rollenkonflikte)*, sowie seitens der Ressourcen *Autonomie* und *soziale Unterstützung* besonders häufig mit Blick auf Burn-out erforscht wurden (vgl. Lee & Ashforth 1996, 127 ff.). Das heißt, dass sich hinsichtlich der am häufigsten untersuchten Merkmale in der Burn-out-Forschung bis heute scheinbar wenig verändert hat.

Die Merkmale Arbeitslast, Arbeitsstress und Rollenkonflikte zählen zu den am stärksten mit emotionaler Erschöpfung zusammenhängenden Anforderungen. Bei den unter die Kategorie Ressourcen subsumierten Merkmalen waren es »nicht erfüllte Erwartungen« sowie das »Gemeinschaftsgefühl«. Die zentralen Befunde unterscheiden sich mit Blick auf die Merkmale Depersonalisation nicht wesentlich. Bei der »reduzierten Leistungsfähigkeit« war eine Vielzahl der Korrelationen nicht signifikant. Den stärksten Zusammenhang zeigte die Ressource »Arbeitsfreunde« (vgl. Lee & Ashforth 1996, 127 ff.).

Die Meta-Analyse beeindruckt durch eine Vielzahl einbezogener Merkmale. Diese Beziehungen sich überwiegend auf die Arbeitsaufgabe. Anders als in aktuellen Meta-Analysen finden sich zudem die Merkmale Gemeinschaft, Team-Kohäsion und Freunde auf der Arbeit – mit allerdings nur wenigen Stichproben (k: 4 bzw. 2 bzw. 2) (vgl. Lee & Ashforth 1996, 127 ff.).

Schaufeli und Enzmann (1998) haben seinerzeit ebenfalls eine Übersicht zu den Korrelaten von Burn-out erstellt. Sie wird häufiger in der Literatur zitiert und findet deshalb an dieser Stelle ebenfalls als Referenz Erwähnung. Ihre Bewertung von Befunden beruht auf mehr als 250 Studien, die sie mit Blick auf die folgenden Kriterien begutachteten: *Konsistenz* der Ergebnisse, methodischen *Qualität* und *Zahl* der Studien, die eindeutige Zusammenhänge belegen. Sie identifizieren die *Arbeitslast* und *Zeitdruck* als die bedeutendsten Vorläufer von Burn-out, daneben messen sie *Rollenkonflikten* sowie *Rollenambiguität* und dem *Kontakt mit Klienten*, einem Mangel an *sozialer Unterstützung*.

zung, Feedback sowie der *Beteiligung an Entscheidungen* und dem Ausmaß an *Autonomie* Relevanz bei (vgl. Schaufeli & Enzmann 1998, 75; vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Correlates of burnout: possible causes (Quelle: The burnout companion to study and to practice: a critical analysis. Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998, 75), original figure no. 4.2; with permission from Taylor & Francis Group, London); Auszug.

<i>workload</i>	+++
time pressure	+++
role conflict and ambiguity	++
hours worked	+
direct client contact	++
number of clients	+
severity of clients	+
social support from colleagues or superiors	--
lack of feedback	++
participation in decision making	--
autonomy	-

Note: The number of minus or plus signs denotes the strength and the direction of the relationship with burnout.

Wenngleich ihre Befunde nicht mehr zeitgemäß sind, so geben sie im Vergleich zu den heutigen Meta-Analysen dennoch Auskunft darüber, dass sich die bevorzugten Forschungsmerkmale bis heute nicht wesentlich verändert haben.

Auf Basis von systematischen Reviews soll nachfolgend zusätzlich ein Eindruck vermittelt werden, welche Prädiktoren in der Burn-out-Forschung besonders hervortreten. Dafür wurden die in den genannten Reviews berichteten Prädiktoren ausgezählt.

Von besonderer Bedeutung ist aufgrund der Aktualität das Systematische Review der Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU) (2014) In diesem Review fanden sich vor allem Studien, die auf die Merkmale *quantitative Arbeitslast* (14 Studien), *soziale Unterstützung* (13 Studien) und *Kontrolle/Autonomie* (12 Studien) fokussierten. Die meisten der übrigen Studien bezogen sich auf Arbeitsanforderungen, z. B. Anforderungen im Zusammenhang mit Klienten, emotionale und physische Anforderungen (je 5 oder weniger Studien). Nur wenige Studien zu Rollenambiguität oder Rollenkonflikten wurden identifiziert (je 2 Studien). Weitere Details lassen sich der Publikation entnehmen (vgl. SBU 2014, 459–511). In einem anderem systematischen Review zu den Prädiktoren von Burn-out bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen zählen eine *zu hohe Arbeitslast*, *Kontrolle* bzw. *Autonomie* sowie *soziale Unterstützung* ebenfalls zu den mit Abstand am häufigsten Studienmerkmalen (vgl. Bria et al. 2012, 427–432). Der Fokus auf diese Merkmale scheint demnach unabhängig von der Berufsgruppenzugehörigkeit zu sein.

In einem systematischen Review von Seidler et al. (2014) wurden ausschließlich Längsschnittstudien zum Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und emotionaler Erschöpfung analysiert. Aufgrund strenger methodischer Einschlusskriterien fanden lediglich sechs Studien (aus den Jahren 2004 bis 2011) Eingang in die Analyse. Unter diesen stellte die *Arbeitslast* das am häufigsten untersuchte Merkmal dar, und das Merkmal zeigte über alle Studien hinweg konsistente Zusammenhänge mit emotionaler Erschöpfung. Der Prädiktor, der am zweithäufigsten erforscht wurde, ist *Kontrolle* bzw. *Autonomie*. Bei diesem Prädiktor zeigten sich inkonsistente Ergebnisse in Bezug auf emotionale Erschöpfung. Gerade zwei der sechs Studien bezogen soziale Unterstützung als Prädiktor für emotionale Erschöpfung ein; in diesen fanden sich jeweils signifikante Zusammenhänge mit emotionaler Erschöpfung. Eine Studie, die auf Rollenkonflikte fokussierte, zeigte indes keinen signifikanten Zusammenhang mit Burn-out; dagegen identifizierte eine Längsschnittstudie emotionale Anforderungen als einen signifikanten Prädiktor (vgl. Seidler et al. 2014, o. S.).

EXKURS ZUM FORSCHUNGSSTAD IN DEUTSCHLAND

Hierzulande werden die Ursachen von Burn-out seitens der Wissenschaft allmählich verstärkt in den Blick genommen. So ist im Jahre 2015 mit der »Dresdner Burn-out-Studie« (<https://burnout-studie.psych.tu-dresden.de/>) eine vom Bund und den Ländern geförderte Kohortenstudie gestartet, in der den Risiken von Burn-out in der Bevölkerung auf den Grund gegangen werden soll – noch liegen hierzu keine veröffentlichten Ergebnisse vor. An der Universität Bonn werden unter der Federführung von Martin Reuter mögliche genetische Ursachen von Burn-out ebenfalls auf Ebene der Bevölkerung erforscht. Hierzu gibt es vorläufige Befunde von 16.000 Probanden, die Hinweise auf mögliche Zusammenhänge geben (vgl. Reuter 2016, vgl. auch Kap. 2.4). Relevant sind zudem die Befunde aus der deutschen Validierungsstudie des »Copenhagen Psychosocial Questionnaire³« [COPSOQ], in der Burn-out mit quantitativen und qualitativen Arbeitsanforderungen sowie mit sozialen Merkmalen wie sozialer Unterstützung oder Feedback korreliert wurde (vgl. Nübling et al. 2005, 63). Für die vorliegende Dissertation relevante Pionierarbeit haben zudem Forscher von der Universität Köln unter der Leitung von Holger Pfaff geleistet, die seit 2008 Studien zu möglichen Vorläufern von emotionaler Erschöpfung publizieren. Zusammenhänge werden bei ihnen einerseits zwischen der Arbeitslast, dem Entscheidungsspielraum, der Sinnhaftigkeit der Arbeit und individuellen Merkmalen wie dem Geschlecht und Burn-out sowie anderer-

³ Der COPSOQ ist ein Screening-Instrument, welches vornehmlich in der betrieblichen Praxis zur Anwendung kommt und psychische Belastungen am Arbeitsplatz sowie deren Folgen zu ermitteln versucht (vgl. Nübling et al. 2005, 12 f.).

seits zwischen dem Vertrauen, gemeinsamen Werten (Sozialkapital) und Burn-out aufgezeigt (vgl. Ommen et al. 2008; Driller et al. 2011; Kowalski et al. 2010a, 2010b).

3.3.5 Zusammenfassung und Forschungsbedarf

Ziel des vorliegenden Kapitels war es, den theoretischen und empirischen Stand zu den Ursachen von Burn-out aufzuarbeiten. Welche Hinweise liefert die Burn-out-Forschung zur Erklärung des Phänomens? Nach gegenwärtigem Kenntnisstand sind an der Entstehung von Burn-out multiple Faktoren beteiligt. Offensichtlich wirken hier gesellschaftliche, personenbezogene und arbeitsbezogene Einflüsse zusammen. Die vielfältigen Einflüsse am Arbeitsplatz gelten gleichwohl als Hauptdeterminanten von Burn-out. Hierzu wurden zahlreiche Theorien bzw. Modelle entwickelt, und es liegt eine Vielzahl an empirischen Primärstudien und Übersichtsarbeiten vor.

Im Rahmen des Kapitels wurde herausgearbeitet, dass Stressoren der Arbeit als Hauptursache von Burn-out erachtet werden. Diese Annahme herrschte schon in den 80er Jahren vor – und besteht bis heute fort. So weisen nicht nur namhafte Burn-out-Forscher auf diesen Umstand in aktuellen Artikeln hin, selbst die gegenwärtig populärsten Erklärungsmodelle, das JD-R-Modell, die COR-Theorie sowie das JP-F-Modell, weisen einen starken Bezug zur Stressforschung auf. Selbst nach jahrzehntelangen Forschungsanstrengungen liegen mit ihnen heute keine neuen Modelle und daher keine innovativen Erklärungsansätze vor. Burn-out wird primär als das angesehen, was es schon vor Jahrzehnten war: eine Folge von Stress.

Dass vor allem chronische Stressoren Burn-out verursachen, ist demgemäß auch die zentrale These des JD-R-Modells – dem durch seine breite empirische Fundierung und Akzeptanz gegenwärtig als führend zu betrachtenden Erklärungsmodell. Immerhin wurde das Modell mit der Komponente Engagement im Jahre 2004 um eine positive Blickrichtung erweitert. Seitdem blieb es im Wesentlichen unverändert.

Dass Burn-out primär durch arbeitsbezogene Stressoren verursacht wird, ist ein wenig konkreter und wenig anwendungsorientierter Erklärungsansatz. So verbindet sich mit dem Modell der Nachteil einer mangelnden Spezifität, wie die Entwickler selbst monieren (vgl. Kap. 3.3.3 den Abschnitt »Modelllimitationen«). Wenn es zusätzlicher Theorien und der Auswahl von Merkmalen bedarf, um Spezifität herzustellen, dann wirkt das Rahmenmodell seinerseits nutzlos.

Die empirische Forschung scheint bezüglich der Untersuchung von Merkmalen eine einseitige Auslese getroffen zu haben: So hat die Recherche zum empirischen Stand

der Forschung ein Muster hervorgebracht, welches sich durch die stetige Wiederkehr bestimmter Merkmale auszeichnet: eine zu hohe Arbeitslast, ein Mangel an Kontrolle bzw. Autonomie und sozialer Unterstützung, ggf. Rollenprobleme erweisen sich als die offenkundig am häufigsten untersuchten Merkmale. Dies legt zumindest das jeweilige k , also die Anzahl der verfügbaren Stichproben, nahe. Aktuell scheint die Arbeitslast bzw. der Workload der am häufigsten untersuchte Stressor mit Blick auf Burn-out zu sein. Dies lässt sich aus der jüngsten Meta-Analyse von Alarcon (2011) sowie dem Systematischen Review des SBU (2014) ableiten. Soziale Unterstützung ist demgegenüber die Ressource, die wohl am häufigsten untersucht wird (Halbesleben 2010 fand hierzu immerhin mehr als 133 Stichproben). Interessant ist, dass diese Merkmale schon in den Meta-Analysen aus den 90er Jahren gemäß der Stichprobenzahl dominieren. Es scheint, als habe die Burn-out-Forschung wieder und wieder dieselben Studien reproduziert und damit bereits vorhandene Befunde zementiert.⁴

Das JD-R-Modell wurde offenkundig im Sinne des Anforderungs-Kontroll(-Unterstützungs)-Modells nach Karasek (1979) sowie Johnson und Hall (1988) angewendet. Daraus lässt sich schließen, dass das JD-R-Modell empirisch einseitig zum Tragen kommt. Obwohl das JD-R-Modell per Definition alle denkbaren Anforderungen und Ressourcen einer Arbeit einschließt, spiegelt die empirische Forschung eine unausgewogene Konzentration auf wenige Merkmale: wenig Autonomie, eine zu hohe Arbeitslast und geringe soziale Unterstützung – also als ein Stress- und Kontrollmodell wider.

Die verschiedenen Studien, die in diesem Kapitel dargelegt wurden, um einen Überblick zum Stand der empirischen Burn-out-Forschung zu geben, lassen sich zu einem weiteren kohärenten Befund zusammenführen: Sie legen nahe, dass der Akzent der Burn-out-Forschung insbesondere auf Merkmalen der Arbeitsaufgabe individueller Mitarbeiter liegt. Dieser Umstand verwundert nicht, wenn man sich vor Augen hält, dass das JD-R-Modell sich selbst als ein auf Individuen bezogenes Modell versteht (vgl. Kap. 3.3.3). In den mit der Modellentwicklung eng verbundenen Publikationen (vgl. z. B. Demerouti et al. 2001; Bakker et al. 2003) wurden Merkmale der Arbeitsaufgabe als Beispiele für Stressoren bzw. Anforderungen genannt und in den Pilotstudien verwendet. Dies dürfte die empirische Forschung entsprechend einseitig inspiriert haben.

⁴ Die Stichprobenzahl (k) kann zwar nur als Annäherung für das Forschungsinteresse verstanden werden; da sie von der in den Meta-Analysen zugrunde gelegten Suchstrategie bzw. von Ein- und Ausschlusskriterien beeinflusst ist. Gerade die spezifische Suchstrategie reflektiert jedoch, welche Merkmale von Burn-out-Forschern als bedeutsam bewertet werden, und die bemerkenswerte Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Übersichtsarbeiten spricht für ein aussagekräftiges Bild.

Wenn in den entsprechenden Publikationen verstärkt von *job characteristics* gesprochen wird, dann wird auch dadurch die Aufmerksamkeit auf die Arbeitsaufgabe bzw. die Tätigkeit gelenkt. Nicht ohne Grund sprechen sich führende Burn-out- und Engagement-Forscher dafür aus, das Modell auf die Organisation auszuweiten (vgl. Albrecht 2010, 14; Schaufeli & Taris 2013, 198; Schaufeli & Taris 2014, 58). Exemplarisch sei hierzu das folgende Zitat von Albrecht zitiert:

„The JD-R model might [...] be expanded (perhaps more broadly conceptualized as an organization demands-resources model) to more explicitly acknowledge contextual factors such as organizational leadership, organizational strategy, organizational visions and values, organizational culture, organizational structure and human resources (HR) systems“ (Albrecht 2010, 14).

Es stellt sich ungeachtet dessen die Frage, warum der motivationale Pfad im JD-R-Modell bzw. motivationale Faktoren nicht auch in der Burn-out Forschung stärker hervorgehoben werden? Bislang werden energetischer Pfad (Burn-out) und motivationaler Pfad (Engagement) nahezu strikt getrennt. Eine stärkere Integration der Pfade, wie Schaufeli und Taris (2014, 57) einfordern, ist angezeigt. Die Rolle der Motivation könnte in Bezug auf Burn-out stärker in den Blick genommen werden. Ein auf Stress oder dessen Kontrolle fokussierter Ansatz würde damit erweitert. Ressourcen könnten, so die These der vorliegenden Arbeit, mit Burn-out verknüpft sein, nicht nur weil sie Stress puffern oder Anforderungen reduzieren, sondern möglicherweise auch dadurch, dass sie Energien mobilisieren. Schaufeli ersetzt in seiner aktuellen Studie bspw. den Begriff Ressource durch *Energiequellen* (vgl. Schaufeli 2015, 18). Es ergibt sich der Forschungsbedarf, Merkmale der Organisation und Motivatoren bzw. Energiequellen im Kontext von Burn-out verstärkt in den Blick zu nehmen.

Die vorliegende Dissertation geht von der Bindungsthese aus: Was Menschen treibt, ihre Energien stärkt und ihre Gesundheit fördert, ist in erster Linie die Bindung an Menschen und Werte. Burn-out, so wird postuliert, hängt nicht nur mit individuellen Arbeitsbelastungen und deren Kontrollmöglichkeiten zusammen, sondern mit den Merkmalen von Organisationen, genauer mit sozialen Kontextmerkmalen: dem Sozialkapital sowie seinen Bindekräften. Es wird die These zugrunde gelegt, dass Organisationen durch ihr Sozialkapital Mitarbeiter emotional binden und daher auf ihr Burn-out-Ausmaß einen Einfluss nehmen. Das Augenmerk wird daher weggelenkt von individuellen Arbeitsbelastungen hin zu den Bindekräften von Organisationen. Die Arbeit greift damit bereits in der Engagement-Forschung angelegte Entwicklungen auf, indem sie auf motivationale Aspekte und positive Facetten von Arbeit verweist. Mit der Bindekraft von Organisationen wird allerdings ein neues Konzept hinzugefügt.

4 Bindung und Sozialkapital

Wie im vorherigen Abschnitt aufgezeigt wurde, werden in der Burn-out-Forschung vornehmlich tätigkeitsbezogene Stressoren, und damit Merkmale der unmittelbaren Arbeitssituation von einzelnen Mitarbeitern, als Erklärungsfaktoren für Burn-out herausgestellt. In der vorliegenden Dissertation soll hingegen untersucht werden, welche Rolle das Thema Mitarbeiterbindung, vielmehr noch die von Organisationen ausgehenden Bindungskräfte, bei der Entwicklung von Burn-out spielen.

Ausgehend von Erkenntnissen aus der Psychologie und der Neurobiologie, die einen wesentlichen Beitrag zur Bindungstheorie und -forschung geleistet haben, wird in diesem Kapitel zunächst aufgezeigt, was unter dem Konzept Bindung zu verstehen ist und welchen Stellenwert es im menschlichen Dasein einnimmt. In einem zweiten Abschnitt erfolgt eine Eingrenzung des Themas auf die Arbeitswelt: Mit der Darlegung theoretischer und empirischer Erkenntnisse aus der Commitment-Forschung wird zuerst die individuelle Mitarbeiterperspektive, also das Bedürfnis von Mitarbeitern, sich an eine Organisation oder z. B. einen Beruf zu binden, in den Blick genommen: An wen oder was binden sich Mitarbeiter? Warum binden sich Mitarbeiter? Welche Konsequenzen hat die Bindung von Mitarbeitern für sie selbst und für die Organisation, in der sie tätig sind? Schließlich richtet sich das Augenmerk in einem zweiten Abschnitt dieses Teilkapitels auf Organisationen und ihr Sozialkapital. Damit wird die Brücke geschlagen zu den Bindungskräften von Organisationen. Diese Faktoren besitzen je nach Qualität, das Potenzial, Mitarbeiter an sich zu ziehen oder abstoßen und somit ihre Gesundheit zu beeinflussen – so die Grundannahme der vorliegenden Dissertation. Ein Bezug zum Thema Gesundheit/Burn-out wird in den folgenden Abschnitten ebenfalls hergestellt.

4.1 Grundlagen der Bindungsforschung

Im Folgenden werden Grundlagen der Bindungsforschung vorgestellt. Hierfür wird mit der Bindungstheorie von Bowlby in einem ersten Teil das Konzept des Begründers der psychologischen Bindungsforschung dargelegt. In einem zweiten Teil werden aktuelle Befunde aus dem Bereich der sozialen Neurowissenschaften aufgezeigt. Sie stützen das Bindungskonzept substanziell und bilden das naturwissenschaftliche Komplementär zum in der Dissertation gewählten sozialwissenschaftlichen Schwerpunkt.

4.1.1 Die psychologische Bindungstheorie

Dieses Kapitel fasst zentrale theoretische Annahmen der psychologischen Bindungstheorie zusammen und ergänzt diese durch empirische Befunde. Das Kapitel zeigt auf,

dass Menschen ein Bindungssystem aufweisen, welches das Streben nach emotionalen Bindungen bewirkt. Positiv erlebte Bindungserfahrungen, dies wird im Folgenden näher erläutert, sind gemäß Bindungstheorie für die psychische Gesundheit elementar.

Die sogenannte Bindungstheorie geht ursprünglich auf John Bowlby (*1907, †1990) zurück, einen britischen Kinder- und Jugendpsychiater und Psychoanalytiker. Bowlbys Theorie gilt als eines der einflussreichsten psychologischen Konzepte zur Erklärung der sozialen und emotionalen Entwicklung des Menschen. Im Zentrum der vielschichtigen Theorie steht die Beziehung zwischen Kind und primärer Bezugsperson mit ihren Auswirkungen auf das individuelle Selbstkonzept, das soziale Verhalten, die Stressresistenz und die psychische Gesundheit (vgl. Hrubý et al. 2011, 49).

Die theoretischen Ausführungen und empirischen Befunde von Bowlby haben eine Flut an internationalen Forschungsaktivitäten ausgelöst. Die Grundlagenforschung ist inzwischen weit fortgeschritten. Es handelt sich um eine Theorie der psychischen Entwicklung des Menschen, die zu den empirisch am besten belegten ihrer Art zählt. Heute wird die Bindungstheorie durch Beiträge aus Disziplinen jenseits der Psychologie bereichert, wie z. B. der Neurobiologie (vgl. auch Kap. 4.1.2) (vgl. Brisch 2011, 22 und 26 und 34 f.; Spangler & Zimmermann 2009, 9)

Wenngleich sich die Bindungstheorie von Beginn an als ein Lebenszeitmodell verstand, beschränkte sich die Bindungsforschung zunächst auf die Interaktion zwischen Kind und primärer Bezugsperson, insbesondere die Mutter-Kind-Beziehung (vgl. Shaver & Mikulicer 2010, 164). In seinem ersten Grundlagenwerk mit dem Titel Bindung erklärt Bowlby, dass er den Verlust bzw. die Trennung von der primären Bezugsperson, der sogenannten Mutterfigur, und seine psychologischen und psychopathologischen Folgen für die Lebensspanne ca. 6 Monate bis 6 Jahre in den Mittelpunkt seiner Theorie rückt (vgl. Bowlby 1975, 20). Diese Zusammenhänge bezeichnet Bowlby als „Der pathogene Wirkstoff [...]“ (Bowlby 1975, 20). Seine Argumentation stützt sich in diesem Buch sowohl auf Beobachtungsstudien bei Kindern, als auch auf Befunde aus Beobachtungen von nicht-menschlichen Primaten, wie Gorillas. Bowlby grenzt sich von Annahmen der Psychoanalyse ab und bezieht sich u.a. auf Erkenntnisse der Evolutionsbiologie und der ethologischen Verhaltensforschung (vgl. Bowlby 1975, 19–45 und 63–106 und 171–199). In seiner mehr als tausend Seiten umfassenden Trilogie »Bindung« (Bowlby 1975), »Trennung« (Bowlby 1976) sowie »Verlust, Trauer und De-

pression« (Bowlby 1983)⁵ strukturiert er seine Theorie. Allein die Titel dieser Werke implizieren ebenso wie der Inhalt, dass Bowlby damals eine eher pathogenetische Sichtweise eingenommen hat.

Den Ausgangspunkt seiner Bindungstheorie bildet die These, dass der Mensch danach strebt, sich intensiv emotional an eine Bezugsperson zu binden (vgl. Bowlby 1983, 7). Bowlby fasst unter den Begriff Bindung ein beständiges „[...] affektives Band [...]“ zwischen Menschen (Bowlby 2009 [1987], 23). Er verweist dabei ausdrücklich auf den Umstand, dass Menschen ein Leben lang nach solchen Bindungen streben:

„[...] Bindungen an andere menschliche Wesen sind der Angelpunkt, um den sich das Leben eines Menschen dreht, nicht nur im Säuglings-, Kleinkind- oder Schulalter, sondern auch während der Adoleszenz und der reifen Jahre bis hinein in das Alter“ (Bowlby 1983, 576).

Das heißt, dass die Bindungstheorie wertvolle Hinweise mit Blick auf die Bedingungen von psychischer Gesundheit selbst bei Erwachsenen liefert.

Biologische angelegte Verhaltenssysteme⁶ motivierten Menschen dazu, Bindungen einzugehen, um damit das Überleben zu sichern. Den Schutz vor Gefahren durch die Bindung an die Bindungsfigur hebt Bowlby als zentrale Funktion dieses Bindungssystems hervor. Nach seiner Auffassung verfügt jeder Menschen über ein Repertoire an Verhaltenssystemen, die sich im Laufe der ersten Lebensjahre durch sensorische Umweltreize ausdifferenzieren und in ihrer Gesamtheit das menschliche Bindungssystem konstituieren. Dem Bindungssystem komme einem der Nahrungsaufnahme sowie dem Sexualtrieb vergleichbarer Stellenwert für das Überleben eines Menschen zu. Es sei nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen in Bereitschaft (vgl. Bowlby 1975, 172–176 und 211–215 und 247–252; Bowlby 2009 [1989], 20f.). Bei diesen Ausführungen wird deutlich, dass die Motivation des Menschen, sich zu binden, nach Auffassung von Bowlby einen biologischen Ausgangspunkt hat und durch die Wechselbeziehung mit der Umwelt weiterentwickelt wird.

Die Bindung, die durch die Herstellung und Aufrechterhaltung von menschlicher Nähe gewährleistet wird, stellt das erklärte Ziel des Bindungsverhaltens dar. Für das Bindungssystem von Säuglingen und Kindern sind Verhaltensweisen wie Saugen, Anklammern, Nachfolgen, Weinen und Lächeln sowie Rufe kennzeichnend (vgl. Bowlby

⁵ Die englischen Originaltitel lauten »Attachment« (Bowlby 1969), »Separation, Anxiety and Anger« (Bowlby 1973) sowie »Loss, Sadness and Depression« (Bowlby 1980), New York: Basic Books.

⁶ „A behavioral system is a biologically based, evolved inborn program in an individual’s central nervous system that governs the selection, activation, and termination of behavioral sequences“ (Gillath 2015, 40).

1975, 172 ff.). Erwachsene bringen negative Emotionen zum Ausdruck, z. B. dass sie gestresst oder ängstlich sind, und versuchen dadurch das Fürsorgeverhalten der Bindungsfigur anzusprechen. Sie verhalten sich gegenüber der Bindungsfigur anhänglich bzw. suchen aktiv deren körperliche oder emotionale Nähe oder bekunden ganz offen Unterstützungsbedarf (vgl. Mikulincer & Shaver 2007, 10 ff.).

Das Bindungsverhalten stellt eine zutiefst emotional vermittelte Reaktion dar: „Keine Verhaltensweise wird von stärkeren Gefühlen begleitet als das Bindungsverhalten“ (vgl. Bowlby 1975, 199). Trennung⁷ und (drohender) Verlust verursachen Angst, Trauer und Wut; emotionale Nähe ist hingegen vertrauensstiftend, sie löst Emotionen wie Freude und Liebe und ein Gefühl der Sicherheit aus (vgl. Bowlby 1975, 199; Bowlby 2009 [1987], 22). Bindungen sind mit starken Emotionen behaftet (vgl. Ainsworth et al. 1978, 23).

Das Bindungssystem beinhaltet eine Feedbackschleife, die bei Trennung von oder Unnahbarkeit der primären Bezugsperson, bei Angst und Furcht, Stress und Erschöpfung aktiviert, dagegen z. B. durch die Stimme, den Hautkontakt, das Erblicken und die uneingeschränkte Ansprechbarkeit der Bindungsfigur, also durch die Nähe zur Bezugsperson, gehemmt bzw. reguliert wird (vgl. Bowlby 1975, 172 ff.; Bowlby 1983, 57 f.; Bowlby 2014 [1988], 4). Bei einer längeren affektiven Trennung von der Mutterfigur oder einem dauerhaften Verlust reagieren Kinder in Form eines stereotypen Reaktionsschemas: erstens mit Protest, dem Versuch den Verlust abzuwenden, zweitens mit Verzweiflung und drittens mit Entfremdung bzw. Abwendung von der Bindungsfigur (vgl. Bowlby 1975, 40 f.; Bowlby 1983, 20). Gerade mit Blick auf das letztgenannte Verhalten lässt sich eine unmittelbare Verknüpfung zur Burn-out-Dimension Depersonalisation herstellen. Diese abweisende Haltung bzw. dieses Verhalten der Entfremdung ist gemäß der Bindungstheorie also als eine Folge mangelnder oder verloren gegangener Bindung zu begreifen.

Die Trennung von bzw. der Verlust der Bindungsfigur kann, wie Bowlby wiederholt betont, negative Folgen mit Blick auf die psychische Gesundheit haben (vgl. z. B. Bowlby 2009 [1987], 22; Bowlby 2009 [1989], 18 und 20 und 24). Dies untermauern mittlerweile zahlreiche empirische Studien – nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen. Sie zeigen Zusammenhänge zwischen negativen Bindungserfahrungen bzw. psychischen Bindungskonzepten und psychischen sowie physischen Beeinträchtigungen

⁷ Hiermit ist nicht in erster Linie die physische Abwesenheit der Bindungsfigur, sondern die emotionale gemeint: Bowlby spricht von Verfügbarkeit oder Zugänglichkeit bzw. im negativen Sinne von Teilnahmslosigkeit (vgl. Bowlby 1976, 41 f. und 245 f.).

und Störungen auf (vgl. z.B. Brisch 2011; Ein-Dor & Doron 2015; DeKlyen & Greenberg 2008; Dozier et al. 2008; Mikulincer & Shaver 2007, Kap. 13.; Pietromonaco et al. 2015). Menschen mit unsicheren Bindungserfahrungen weisen nicht nur auf biologischer Ebene, sondern auch auf Ebene des Verhaltens oder der Kognitionen Defizite in der Stressverarbeitung auf – mit langfristigen Folgen für die Gesundheit (vgl. z.B. Diamond 2015; Mikulincer & Shaver 2007, 199 ff.; Pietromonaco et al. 2015).

Die Bindung an eine wichtige Bezugsperson vermittelt demgegenüber das Gefühl einer sicheren Basis, durch die die Exploration der Umwelt erst möglich wird. Das Sicherheitsempfinden resultiert aus dem Vertrauen in die Bindungsfigur, dass diese verfügbar ist; damit ist gemeint, dass diese zuverlässig erreichbar ist und angemessen und konsistent reagiert. Idealerweise zeichnet sich das Fürsorgeverhalten durch Akzeptanz, Ermutigung, Unterstützung, Trost und Zuwendung aus (vgl. Bowlby 1976, 245; Bowlby 2009 [1989], 21 ff.; Bowlby 2014 [1988], 9 und 101).

Im Zuge der kindlichen Entwicklung bildet sich ein emotional-kognitives Konzept von der Bindungsfigur, von dessen Verhalten, aber auch vom Selbst in Abhängigkeit von den erlebten Bindungserfahrungen heraus; dieses wird von Bowlby als *inneres Arbeitsmodell* bezeichnet. Das Selbstkonzept umfasst Vorstellungen über die Akzeptanz bzw. den Wert der eigenen Person; das Modell der Bindungsfigur beinhaltet Annahmen über die Qualität des Fürsorgeverhaltens und die Verlässlichkeit in bedrohlichen Situationen (vgl. Bowlby 1976, 247 f.; Bowlby 2014 [1988], 105; Gillath 2015, 40).

Die Psychologin und Mitarbeiterin von Bowlby, Mary Ainsworth, entwickelte ein standardisiertes Experiment zur Klassifizierung des Bindungsverhaltens bei Kindern: die »Fremde Situation« (vgl. Ainsworth et al. 1978, 32–44). Bei der Anwendung identifizierten sie und ihre Kollegen drei Bindungsstile, die interindividuelle Unterschiede in der Bindungsqualität gegenüber der Bindungsfigur erkennen lassen: den sicheren, den unsicher-vermeidenden sowie den unsicher-resistenten bzw. -ambivalenten Bindungsstil (vgl. Ainsworth et al. 1978, 59–62 und 131 und 152).

Hazan und Shaver (1987) griffen das Konzept auf und replizierten die Bindungsstile in erwachsenen Paarbeziehungen. Mittlerweile sind aus dieser Skala mehrere standardisierte, validierte multi-Item Instrumente zur Erfassung von Bindungsstile bei Erwachsenen hervorgegangen (vgl. Mikulincer & Shaver 2007, 489–502); exemplarisch zeigt Tabelle 8 eine einfache Form der Operationalisierung nach Hazan und Shaver. Wie hieran deutlich wird, umfassen die Bindungsstile Emotionen und Kognitionen.

Tab. 8: Adult attachment-types and their frequencies (Newspaper Sample) (Quelle: Hazan, C. & Shaver, P.R. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524 (2011). Publisher: American Psychological Association, reprinted with permission)

Question: Which of the following best describes your feelings?

Answers and percentages:

Secure (N=319, 56%):

I find it relatively easy to get close to others and am comfortable depending on them and having them depend on me. I don't often worry about being abandoned or about someone getting too close to me.

Avoidant (N=145, 25%):

I am somewhat uncomfortable being close to others; I find it difficult to trust them completely, difficult to allow myself depend on them. I am nervous when anyone gets too close, and often, love partners want me to be more intimate than I feel comfortable being.

Anxious/Ambivalent (N=110, 19%):

I find that others are reluctant to get as close as I would like. I often worry that my partner doesn't really love me or won't want to stay with me. I want to merge completely with another person, and this desire sometimes scares people away.

Note. Twenty-one subjects failed to answer this question, and 25 checked more than one answer alternative.

Den Bindungsstilen bzw. -mustern liegen die inneren Arbeitsmodelle zugrunde, sie prägen bindungsbezogene Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen (vgl. Mikulincer & Shaver 2007, 25). Mikulincer und Shaver schlussfolgern aus ihren empirischen Übersichtsarbeiten, dass Bindungsmuster bzw. innere Arbeitsmodelle eines Menschen zwar über die Lebenszeit hinweg relativ stabil, aber zum Positiven hin veränderlich sind. So seien sie das Produkt zahlreicher kognitiver und emotionaler Prozesse, die in Abhängigkeit vom Lebenskontext und vorangegangenen sowie aktuellen zwischenmenschlichen Erfahrungen stünden (vgl. Mikulincer & Shaver 2007, 145; Mikulincer & Shaver 2015, 126–139). Fürsorge und Zuneigung seien dabei grundlegende Treiber: „The broaden-and-build cycle of attachment security is renewed every time a person notices that an actual or imaginary caring and loving attachment figure is available in times of stress“ (Mikulincer & Shaver 2015, 129). Das heißt, dass auch die Bindungserfahrungen im Erwachsenenalter von Relevanz für das innere Bindungskonzept bzw. den Bindungsstil eines Menschen sind.

Die Bindungsmuster beeinflussen die Gesundheit eines Menschen. Lediglich das sogenannte sichere Bindungsmuster sei, so Bowlby, mit einer gesunden psychischen Entwicklung verbunden (vgl. Bowlby 2009 [1989], 24). Dies bestätigen heute zahlreiche Studien (vgl. z. B. Mikulincer & Shaver 2007, 369–404).

Bowlby bekräftigt, dass das Streben nach Bindungen ein Leben lang fortwährt und zu den zentralen Motiven menschlichen Lebens zählt (vgl. Bowlby 1983, 576). Er weist zusätzlich darauf hin, dass die Präferenz in Bezug auf Bindungspersonen im Laufe des Erwachsenwerdens veränderlich ist und Menschen mehrere Bindungsfiguren haben können (vgl. Bowlby 1975, 196f.). In der Arbeitswelt sieht er wichtige potentielle Bindungspersonen für Erwachsene: „Die Schule oder die Universität, eine Arbeitsgruppe oder ein religiöser oder politischer Verband kann für viele Menschen zu einer untergeordneten Bindungs-»Figur« werden, für manchen auch zur zentralen Bindungs-»Figur«“ (Bowlby 1975, 197).

Diese Hinweise sind für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, da sich hieraus schließen lässt, dass Teammitglieder oder Vorgesetzte die inneren Arbeitsmodelle der Mitarbeiter prägen können, also bspw. das Gefühl, etwas wert oder kompetent zu sein. Die Studie von Smith et al. (1999) demonstriert bspw., dass Menschen innere Arbeitsmodelle über sich und ihre Gruppe entwickeln und in Abhängigkeit davon emotionale Bindungen aufbauen oder sich emotional von der Gruppe distanzieren.

Den Stand der Forschung zur Anwendung der Bindungstheorie auf Organisationen in der Arbeitswelt fasst Paetzold (2015) zusammen. Das Review zu entsprechenden Studien verdeutlicht, dass die Bindungsforschung vor allem untersucht, inwieweit Emotionen und Kognitionen über Gruppenmitglieder, Kollegen oder Vorgesetzte bei der Arbeit von den Bindungsmustern der Mitarbeiter oder Vorgesetzten beeinflusst werden. Des Weiteren stehen bei diesen Studien Zusammenhänge zwischen dem Bindungsmuster von Mitarbeitern und der Präferenz für bestimmte Führungsstile bzw. die Kongruenz zwischen den Bindungsmustern von Führungskräften und Mitarbeitern sowie die Folgen der jeweiligen Bindungsmuster für die Qualität der Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern im Vordergrund. Nur wenige Studien befassen sich unterdessen mit Folgen von Bindungsmustern für die Arbeitsleistung (vgl. Paetzold 2015, 265–282).

Einige Studien wurden zudem im Kontext von Burn-out vorgelegt. Diese legen einen negativen Zusammenhang zwischen einem sicheren bzw. einen positiven Zusammenhang zwischen einem unsicheren Bindungsmuster von Mitarbeitern und Burn-out nahe (vgl. z. B. Pines 2004; Littman-Ovadia et al. 2013; Reizer 2015; Simmons et al. 2009). Zusammenhänge finden sich zudem zwischen der vom Bindungsmuster abhängigen Bewertung von Organisationsbedingungen (z. B. Fairness) und Burn-out (vgl. z. B. Ronen & Mikulincer 2009) sowie zwischen dem Bindungsstil von Vorgesetzten und dem Burn-out-Ausmaß von Mitarbeitern (vgl. z. B. Ronen & Mikulincer 2012). Die Burn-out-

Forscherin Ayala Pines weist Bowlbys Bindungstheorie einen hohen Stellenwert für das Burn-out-Konzept zu. Sie geht davon aus, dass Menschen, die ein sicheres Bindungsmuster aufweisen, Stressoren besser bewältigen können (vgl. Pines 2004, 69).

Deutlich wird anhand dieser Beispiele, dass die psychologische Bindungsforschung mit dem Fokus auf den inneren Bindungskonzepten von Menschen auf intrapsychische Vorgänge konzentriert ist. Im Zentrum stehen die inneren Arbeitsmodelle und ihr Zusammenhang mit z. B. der Gesundheit der Mitarbeiter.

Generell stellt die erwachsenenbezogene Bindungsforschung mittlerweile ein etabliertes Forschungsfeld dar. Dies gibt bspw. das einschlägige Werk von Mikulincer und Shaver (2007) »Attachment in Adulthood« zu erkennen. Empfehlenswert ist in diesem Zusammenhang auch der Artikel »Boosting Attachment Security in Adulthood« (Mikulincer & Shaver 2015). Zusammenhänge mit unsicherer Bindung und psychischen Störungen bei Erwachsenen werden z. B. bei Mikulincer & Shaver (2012) »An attachment perspective on psychopathology« berichtet.

Bowlbys Thesen werden heute generell durch zahlreiche empirische Arbeiten untermauert. Allein das Standardwerk »Handbook of Attachment« (vgl. Cassidy & Shaver 2016) ist mit seinen knapp tausend Seiten ein Zeugnis des wissenschaftlichen Fortschritts und der Fundierung der Theorie. Es hat sich ein ausdifferenziertes Forschungsfeld entwickelt, das verschiedene Prozesse, Modelle Themen und Outcomes untersucht. Moderne Forschungsfelder umfassen u.a. neurowissenschaftliche Grundlagen der Bindung, Bindungsprozesse im arbeitsbezogenen Kontext, Bindung und Gesundheit oder Bindungsforschung bei älteren Menschen (vgl. Rholes & Simpson 2015, 4 ff.).

Insgesamt ist die Forschungslage gerade mit Blick auf den Transfer der Bindungstheorie speziell auf Organisationen in der Arbeitswelt jedoch noch stark entwicklungsfähig. Da in den meisten Studien Unterschiede zwischen Individuen fokussiert werden, wird dem organisationalen Kontext durchweg zu wenig Beachtung geschenkt: „[...] most of the research [...] has ignored the important role of organizational context. [...] future research must examine the role that context plays in producing, exacerbating, or offsetting attachment theory effects“ (Paetzold 2015, 281).

Es sollte in zukünftigen Forschungsvorhaben darum gehen, die Bindungstheorie auf Organisationen anzuwenden, da diesbezüglich noch erheblicher Forschungsbedarf besteht (vgl. Paetzold 2015, 282; Mikulincer & Shaver 2007, 439).

ZUSAMMENFASSUNG/FAZIT ZUR PSYCHOLOGISCHEN BINDUNGSTHEORIE

Der Exkurs in die psychologische Bindungsforschung verdeutlicht den Stellenwert von emotionalen Bindungen für das Wohlbefinden des Menschen. Der Mensch ist vom ersten Moment seines Lebens darauf angelegt, die Nähe zu anderen Menschen zu suchen und aufrecht zu erhalten. Die Ausführungen unterstreichen, dass das Streben nach Bindung in hohem Maße psychisch-emotional motiviert ist und dass umgekehrt emotionale Bindungen Einfluss auf die Stressverarbeitung und die psychische Befindlichkeit eines Menschen insgesamt nehmen. Bindungserfahrungen sind mit tiefgreifenden gesundheitsrelevanten Emotionen verbunden.

Die Bindungstheorie berücksichtigt unterdessen zwar den Stellenwert des interpersonalen sozialen Umfeldes für die emotionale Befindlichkeit und somit für Gesundheit des Menschen, jedoch nicht die Bindung an Werte, die in sozialen Beziehungen vermittelt werden. Im Sozialkapital-Konzept der vorliegenden Arbeit findet dies Berücksichtigung.

Die psychologische Bindungsforschung hat bereits Brücken zur Arbeitswelt geschlagen, indem sie darauf verweist, dass selbst aus der Arbeitswelt wichtige Bezugspersonen hervorgehen können; intrapersonale Bindungsmuster von Mitarbeitern und Vorgesetzten wurden erforscht und erste Bezüge zum Thema Burn-out wurden hergestellt. Aus der Bindungsforschung lässt sich für den betrieblichen Kontext jedoch ein noch erheblicher Forschungsbedarf ableiten: die Bedeutung der Bindekraft von *Organisationen* in der Arbeitswelt in den Blick zu nehmen. Wenn Menschen nach emotionalen Bindungen streben und emotionale Bindungen ihre Gesundheit und ihr Explorationsverhalten, also z. B. ihre Kreativität, fördern, ist es wichtig zu prüfen, inwieweit Unternehmen ihren Mitarbeitern emotional eine sichere Basis bieten. Welche Qualität weisen Unternehmen auf, deren Mitarbeiter sich emotional gebunden fühlen? Wie ist das soziale (Werte-)System beschaffen in Organisationen, in denen Belegschaften weniger stark ausgebrannt sind? Welchen Einfluss haben die Bindekräfte von Organisationen auf das Burn-out-Ausmaß ihrer Mitarbeiter? Dies sind organisationssoziologische Fragestellungen, die über die intraindividuelle Perspektive der Bindungsmuster hinausreichen und die die psychologische Bindungsforschung unbeantwortet lässt.

4.1.2 Neurowissenschaftliche Grundlagen von Bindung

John Bowlby ging davon aus, dass das Bindungssystem eines Menschen im zentralen Nervensystem [ZNS] lokalisiert ist (vgl. Bowlby 2009 [1989], 20). Was er seinerzeit noch als vage Vermutung äußerte, ist heute gut belegt. Die sozialen Neurowissenschaften beschäftigen sich mit den Strukturen und Prozessen des Gehirns, die mit sozialen Interaktionen in Verbindung gebracht werden können (vgl. Insel 2010, 768f.; Mier & Kirsch 2014, 315). Die im Folgenden näher beleuchteten Erkenntnisse aus diesem Forschungsfeld zeigen, dass das Streben nach sozialen Bindungen neurobiologisch erklärbar ist. Verschiedene Botenstoffe sind in diesem Zusammenhang näher in Augenschein zu nehmen und mit ihnen die neuronalen Regelkreise, die das sogenannte Bindungs- und Belohnungssystem des Gehirns konstituieren.

Soziale Bindungen nehmen einen elementaren Stellenwert im Dasein einer Spezies ein, nicht nur weil sie für die Reproduktion und die Überlebensfähigkeit von Bedeutung sind, sondern auch weil sie Sicherheit vermitteln und zur Reduktion von Stress und Ängsten beitragen. Die Fähigkeit, soziale Bindungen einzugehen, stellt eine für die psychische Gesundheit grundlegende Voraussetzung dar. Es ist in Strukturen im ZNS und hier ablaufenden Prozessen angelegt, dass Spezies danach streben, soziale Bindungen anzubahnen (vgl. Coria-Avila et al. 2014, 173).

Unter das Konzept *Bindung* wird in der Neurobiologie generell der Umstand gefasst, dass ein Individuum mit einem anderen ausgewählten Individuum eine dauerhafte Beziehung eingeht (vgl. Coria-Avila et al. 2014, 174). Der Großteil der neurobiologischen Erkenntnisse basiert auf Experimenten an Tieren, wie Ratten oder Wühlmäusen, bzw. Beobachtungen dieser. Tiere fungieren hierbei als Modelle, anhand derer Rückschlüsse auf das menschliche Verhalten sowie komplexe mentale und physiologische Prozesse gezogen werden können. Neuere Studien am Menschen basieren im Wesentlichen auf bildgebenden Verfahren (vgl. Insel 2010, 768; Stoesz et al. 2013, 124).

In Artikeln zu den neurobiologischen Grundlagen prosozialen Verhaltens wird explizit erwähnt, dass Mensch soziale Beziehungen anstreben. In ihrem Artikel »Oxytocin and social motivation« schreiben bspw. Gordon et al. (2011, 472), dass Menschen soziale Wesen sind, die sich in Gruppen einbetten wollen:

„[...] humans are fundamentally social creatures who are ‚motivated‘ to be with others. [...] More broadly, the concept of social motivation considers the basic human need to become a member of groups organized around one’s familial, cultural, religious, national, community, political, occupational, scholastic, and/or recreational identity“ (Gordon et al. 2011, 472).

Nicht nur bei Tieren, sondern auch beim Menschen sind entsprechend biologische Determinanten sozialen Verhaltens feststellbar (vgl. Johnson & Young 2015, 2). Im Folgenden sollen die biologischen Grundlagen der sozialen Bindung und damit der Stand der neurobiologischen Forschung zum Thema näher beleuchtet werden. Hierbei werden sowohl Befunde aus Tierstudien, als auch aus Studien bei Menschen zusammengeführt, um ein möglichst vollständiges Bild nachzeichnen zu können.

DAS BINDUNGSSYSTEM ALS GEGENSPIELER DES STRESSSYSTEMS – GRUNDLAGEN

Im zentralen Nervensystem haben Neurobiologen ein System entdeckt, das neben dem Stresssystem das soziale Verhalten von Menschen und Tieren steuert: das Bindungs- und Belohnungssystem.

Das prosoziale Bindungs- und Belohnungssystem bzw. die ihm zuzuordnenden spezifischen Hirnstrukturen und -prozesse regulieren, als Antwort auf sensorische Reize der Außenwelt, die soziale Annäherung. Sie veranlassen Menschen dazu, nach sozialen Bindungen zu streben, die ein neurobiologisch erklärbares Gefühl der Belohnung versprechen, als anziehend erlebt werden und Sicherheit vermitteln. Soziale Nähe, warme Umarmungen, Vertrauen, Fürsorge oder sexuelle Aktivitäten sind bspw. Faktoren, die mit neurobiologischen Prozessen verknüpft sind. Die u.a. durch Cortisol vermittelte Aktivierung des Stresssystems löst dagegen ein Abwehr- und Vermeidungsverhalten aus – das Gegenteil von sozialer Annäherung. Es ruft im Kontext einer gefühlten Bedrohung Emotionen wie Angst oder Misstrauen und sozialen Rückzug hervor oder provoziert Kampfbereitschaft und Aggressivität, also antisoziale Reaktionen (vgl. Insel 2003, 351–357; Insel 2010, 768–775; Kirsch & Gruppe 2011, 285–291; Love 2014, 50–57; MacDonald & MacDonald 2010, 14f.; Rock 2009, 60–66; Üvnäs-Moberg et al. 2005, 59f. und 62f.).

Die von Insel erstellte Abbildung 8 zu den Systemen von Bindung und Stress bringt zum Ausdruck, dass die Umwelt durch verschiedene Reize in Abhängigkeit von der Bewertung dieser Reize sowie neuro-endokrinen Prozessen diese höchst unterschiedlichen Verhaltensweisen bewirken kann. Für ein allgemeines Verständnis sozialen Verhaltens sei die vereinfachte Unterscheidung zwischen *Annäherung* und *Vermeidung* ausreichend (vgl. Insel 2010, 768f.). Das Schema basiert auf einer Publikation von Taylor et al. (2000), die zeigen, dass Menschen nicht nur durch Stress, sondern auch durch die Motivation zur Fürsorge gegenüber ihrer Nachkommenschaft (Tend) und sozialen Netzwerkbildung (Befriend) geleitet sind. Noch seien, so Insel, die zu-

grunde liegenden Prozesse zwischen sensorischen Inputs und dem selektiven Verhalten, dem Output, jedoch nicht vollständig verstanden (vgl. Insel 2010, 769).

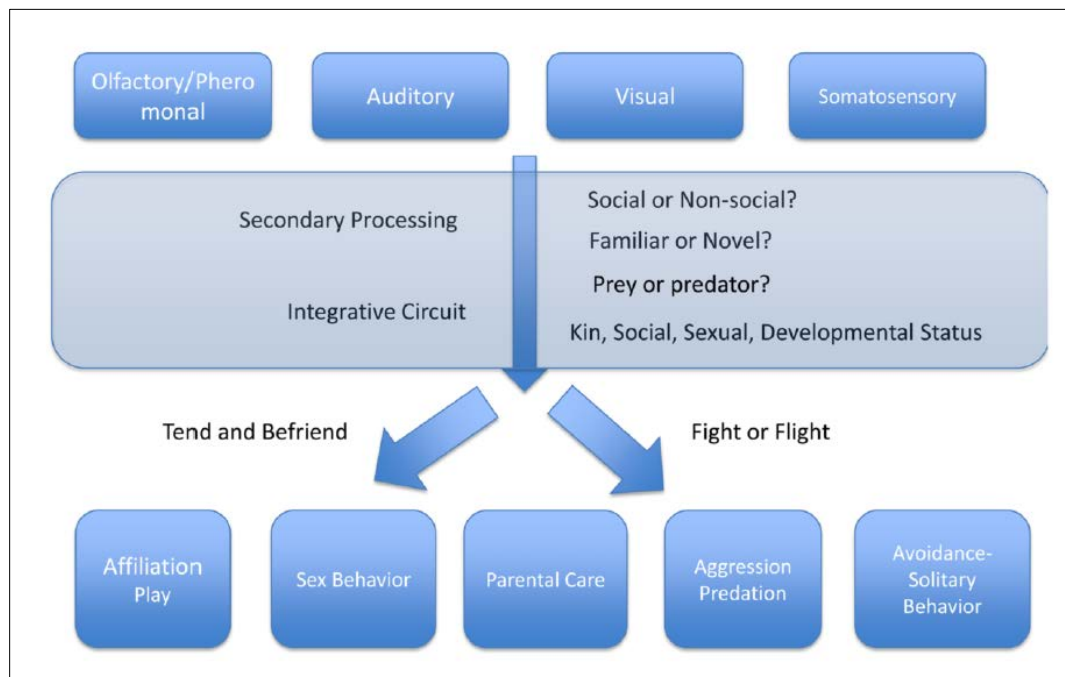


Abb. 8: The dark matter of Social Neuroscience (Quelle: Reprinted from *Neuron*, March 25, 65(6), Insel, R., The challenge of translation in social neuroscience: A review of Oxytocin, Vasopressin, and affiliative behavior, pp. 768–779, © 2010, with permission from Elsevier)

MacDonald und MacDonald sprechen in ihrem systematischen Review zu den sozialen Auswirkungen des Botenstoffes Oxytocin unter dem Titel »The peptid that binds« ebenfalls von prosozialen Regelkreisen im ZNS. Sie verweisen darauf, dass das Bedürfnis, Bindungen einzugehen, neurobiologisch angelegt ist: „Functionally, these circuits bias mammals to reflexively and actively orient themselves toward, seek, remember, protect, and maintain specific social bonds: these are the neural ties that bind“ (MacDonald & MacDonald 2010, 14).

Obgleich verschiedene Spezies unterschiedlich auf Reize reagieren, so gibt es nach MacDonald und MacDonald (2010, 14 f.) doch zwischen Säugetieren Übereinstimmungen in ihrem sozialen Verhaltensweisen: das Suchen nach Nähe, das Beschützen der Nachkommen und Partner, Aspekte des Paarungsverhaltens und der Pflege. Diese bindungsbezogenen Verhaltensweisen gehen auf neuronale Systeme zurück, die das Überleben sicherstellen, vergleichbar mit dem Stellenwert der Nahrungsaufnahme. Sie haben einen substantziellen Einfluss auf die soziale Wahrnehmung, das soziale Erinnerungsvermögen sowie das Sozialverhalten von Menschen, ungeachtet von im Laufe

des Lebens absolvierten Lernprozessen und kulturellen Einflüssen (vgl. MacDonald & MacDonald 2010, 14f.). Unabhängig von persönlichen Erfahrungen und dem spezifischen Kontext, in dem Menschen sich bewegen, sind Menschen somit prinzipiell auf Bindung ausgerichtet.

Evolutionsbiologisch stellen diese neuronalen Bindungsstrukturen ein Gegengewicht zum Fight-or-Flight-System – dem Stresssystem – her, einem im Vergleich eher simplen Überlebenssystem. Durch die sozialen Bindungen, die durch das Bindungssystem hergestellt werden, wird ein Gefühl der Sicherheit vermittelt (vgl. MacDonald & MacDonald 2010, 14). Soziales Verhalten hängt letztlich von beiden Systemen ab:

„[...] evolutionary models conceptualize prosocial behavior and social bonds as the result of two ‚safety‘ systems: (1) an older, „defensive“ threat-sensitive system that motivates fear, risk aversion, distrust and social distance; and (2) innately rewarding, but more recently evolved, attachment circuits that promote a felt of sense of safety via social closeness, trust, and care for others“ (MacDonald & MacDonald 2010, 14 f.).

Die Forscher unterstreichen damit, dass Menschen sich in Abhängigkeit von der Aktivierung des Stress- oder des Bindungssystems zwischen zwei Polen bewegen: der sozialen Annäherung und dem sozialen Rückzug.

Der Nobelpreisträger Eric Kandel differenziert ebenfalls zwischen einem neurobiologisch verankerten Annäherungssystem und einem Vermeidungssystem (vgl. Kandel 2014, 493). Treiber der sozialen Annäherung sind u.a. das Neuropeptid Oxytocin, das die soziale Annäherung forciert und andererseits zum Abbau von Misstrauen und Angst beiträgt sowie neuronale Strukturen und Prozesse, die Belohnungserfahrungen bewirken (vgl. Kandel 2014, 492–499; MacDonald & MacDonald, 2010, 15). Hieraus resultiert der Vorteil, dass bei Stress ein Gefühl der Ruhe und Sicherheit durch Bindung hergestellt werden kann (vgl. MacDonald & MacDonald 2010, 15). MacDonald und MacDonald sprechen in diesem Zusammenhang von einem „[...] push-pull vantage [...]“ (MacDonald & MacDonald 2010, 15). Das Bindungssystem besitzt somit den Stellenwert eines eigenständigen Systems. Gerade weil Lebewesen Stressoren ausgesetzt sind, ist Sicherheit durch Bindung an Andere herzustellen.

Dem Spannungsfeld von sozialer Annäherung und Rückzug liegen *emotionale* Bewertungsprozesse im Sinne von Belohnung oder Bestrafung zugrunde. Soziale Stimuli werden in mit sozialen Verhaltensweisen assoziierten Hirnstrukturen emotional entschlüsselt (vgl. Adolphs 2003, 166–176). Ein als Bedrohung empfundener sozialer Reiz aktiviert die neuronale Stressachse. Vermittelt die soziale Umwelt dagegen ein Gefühl

der Sicherheit und wird sie als positiv bewertet, dann spricht dies das Bindungs- und Belohnungssystem an (vgl. Olf et al. 2013, 1891; Rock 2009, 60 ff.).

Soziale Bindungen haben, neurobiologisch betrachtet, eine überlebenswichtige Funktion. Weil soziale Interaktionen neurobiologische Prozesse im ZNS auslösen, die Hirnmorphologie gestalten und das ZNS seinerseits soziale Verhaltensweisen steuert, wird das Gehirn auch als soziales Organ betrachtet (Social-Brain-These) (vgl. Dunbar & Shultz 2007, 1344 f.; Insel & Fernald 2007, 697 und 713 ff.; Mier & Kirsch 2014, 315; Rock 2009, 60; MacDonald & MacDonald 2010 und 14 ff.).

Mikrodynamisch werden in der Literatur vornehmlich Oxytocin und Dopamin als an der biologischen Regulierung sozialer Bindungs- und Belohnungserfahrungen beteiligte Transmitter hervorgehoben⁸. Im Folgenden werden diese Botenstoffe ihre Funktion und die Hirnareale, in denen diese eingreifen, näher beleuchtet.

DAS DOPAMINERGE SYSTEM DER BELOHNUNG

Dopamin ist ein Neurotransmitter, der gemeinsam mit seinen Rezeptoren innerhalb des Belohnungssystems von zentraler Relevanz ist (vgl. Johnson & Young 2015, 39). Dopaminerge Neurone befinden sich generell im Mittelhirn, im Hypothalamus sowie in peripheren Organen (vgl. Kirsch & Gruppe 2011, 285). Für das Belohnungssystem sind vornehmlich dopaminerge Neurone im Bereich der Area tegmentalis ventralis (VTA) des Mittelhirns bedeutsam, die a) auf den Nucleus accumbens (NAcc), den Hippocampus und darüber indirekt über das ventrale Pallidum sowie den Thalamus bzw. b) direkt auf den präfrontalen und cingulären Cortex sowie die Amygdala projizieren. Dieses dopaminerge Belohnungssystem wird auch als mesocorticolimbischer Pfad bezeichnet. Das System steuert Belohnungserleben, Motivation und soziale Affinität (vgl. Baskerville & Douglas 2010, 93 f.; Insel 2003, 352; Love 2014, 50 f.).

Das dopaminerge System reagiert auf primäre, also angeborene, Belohnungsanreize wie Nahrung, Sexualität oder Körperkontakt, aber auch sekundäre, das sind erlernte, Verstärker, dazu zählen auch Suchtmittel wie Kokain oder Alkohol. Bei seiner Freisetzung werden endogene Opiate, z.B. Endorphine, mobilisiert, die ihrerseits auf die Emotionszentren des Gehirns wirken und hier eine positive Stimmung erzeugen, Ängste dämpfen und Genuss hervorrufen. Dieser Vorgang wird durch lohnenswerte Ziele

⁸ Trotz des hohen Stellenwerts dieser Neurotransmitter in der Literatur ist zu berücksichtigen, dass auch andere Botenstoffe besonders Vasopressin sowie Serotonin, GABA (Gamma-Amino-Buttersäure), ACTH (Adrenocorticotropin), Prolaktin oder Sexualhormone eine Rolle bei der sozialen Bindungsformation spielen (vgl. Hrubý et al. 2011, 51 f.; Lieberwirth & Wang 2014, 2; Stoesz et al. 2013, 124).

ausgelöst, wobei bereits die Vorstellung des Belohnungserlebnisses die Ausschüttung von Dopamin bewirkt (Belohnungsantizipation) und dazu motiviert, den Stimulus zu erlangen. Der Botenstoff ist somit eher für das Begehren des Reizes (wanting), als für das Belohnungserleben selbst verantwortlich (vgl. Charlet & Heinz 2012, 44f.; Coria-Avila 2014, 179; Love 2014, 52).

Dass soziale Bindungen das Belohnungssystem im ZNS ansprechen, also zentrale Regelkreise, die auch bei der Entwicklung von Drogenabhängigkeit beteiligt sind, ist eine These des Wissenschaftlers Thomas Insel. Der Forscher ging in seinem wegweisenden Artikel »Is social attachment an addictive disorder?« (Insel 2003) der Frage nach, ob mesocorticolimbischen Pfade, die bei der Einnahme von Drogen involviert sind, in gleicher Weise auf soziale Bindungen ansprechen. Er zeigt auf der Grundlage von Studien zum Brutpflegeverhalten von Ratten oder der Paarbindung von Wühlmäusen, dass soziale Bindungen das Belohnungssystem tatsächlich genauso anregen, wie Drogenkonsum (vgl. Insel 2003; Insel & Fernald 2004). Ferris (2005) konnte in seiner Studie demonstrieren, dass Ratten das Säugen ihrer Jungtiere als stärkere Belohnung erleben als den Konsum von Kokain. Diese Befunde unterstreichen die übergeordnete Bedeutung sozialer Bindungen, deren Wirkmacht offenkundig weit über die von Drogen hinausreicht.

Inzwischen unterstreichen zahlreiche, auch jüngere Studien bei Nagetieren bzw. Präriewühlmäusen die Bedeutung von Dopamin bzw. des Belohnungssystems für die Bildung von sozialen Bindungen (vgl. Coria-Avila 2014; Johnson & Young 2015; Stoesz et al. 2013). Bislang liegen zur Wirkung von Dopamin fast ausschließlich Tierstudien bei Ratten vor (vgl. Stoesz et al. 2013, 128). Rilling et al. (2002), die hier als ein Beispiel für eine Studie bei Menschen angeführt werden sollen, zeigen im Rahmen eines Spielexperimentes, dass auch bei der zwischenmenschlichen Kooperation Hirnareale des Belohnungssystems aktiviert sind.

Das dopaminerge Belohnungssystem steht in einem engen Bezug zum Botenstoff Oxytocin (vgl. Love 2014, 49), dem Bindungspeptid, das maßgeblich der Entwicklung und Pflege sozialer Bindungen dient (vgl. MacDonald & MacDonald 2010, 1). Die Rolle von Oxytocin im Kontext von sozialer Bindung sowie sein Zusammenhang mit dem dopaminergen System werden im Folgenden näher beleuchtet.

OXYTOCIN ALS VERMITTLER INNERHALB DES BINDUNGSSYSTEMS

Oxytocin ist ein Botenstoff, der erstmals vom Nobelpreisträger Vincent du Vigneaud synthetisiert wurde (vgl. Love 2014, 50). Oxytocin weckt durch seine Rolle bei der sozialen Annäherung, der Stressregulation sowie im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit aktuell großes wissenschaftliches Interesse (vgl. Olf et al. 2013, 1884). Oxytocin zählt zur Gruppe der Neuropeptide. Seine Synthese erfolgt vornehmlich im Hypothalamus, genauer im dortigen paraventriculären (PVN) bzw. supraoptischen Kern (SON); es übernimmt Funktionen als Neurotransmitter bzw. Neuromodulator im zentralen Nervensystem sowie als Hormon in der Peripherie. Oxytocinrezeptoren des zentralen Nervensystems befinden sich in der Substantia nigra, der VTA, der Amygdala, dem Striatum, dem NAcc, im cingulären Cortex sowie dem präfrontalen Cortex (vgl. MacDonald & MacDonald 2010, 2 f.; McGregor et al. 2008, 359).

Ebenso wie Dopamin bildet Oxytocin einen wichtigen Transmitter innerhalb des Bindungs- bzw. Belohnungssystems. Das Peptid ist an der Steuerung verschiedentlich sozialer Verhaltensweisen, wie der Suche nach Nähe, der Pflege von Beziehungen, der Paarbindung, elterlicher Fürsorge oder dem Sexualverhalten, sowie am sozialen Gedächtnis und der Dämpfung von Stress und Angst beteiligt (vgl. dazu Love 2014; MacDonald & MacDonald 2010; McGregor 2008; Olf et al. 2013). Verschiedenste Formen sozialer Interaktionen, wie sexuelle Aktivität oder Fürsorge, fördern ihrerseits die Oxytocinausschüttung (vgl. Insel 2003, 356; Insel 2010, 769 ff.).

Oxytocin-Rezeptoren erstrecken sich über das mesocorticolimbische System. Einige der sozialen Eigenschaften des Oxytocins beruhen daher auf der Interaktion mit Dopamin innerhalb des mesocorticolimbischen Systems. Studien zeigen, dass die Ausschüttung von Oxytocin die Freisetzung von Dopamin zur Folge hat. Umgekehrt können Aktivitäten im Bereich dopaminerger Neurone, die oxytocinerge Neurone zum Feuern bringen. Oxytocin bewirkt eine Ausschüttung von Dopamin als Reaktion auf soziale Schlüsselreize. Dopamin fördert soziale Bindungen dadurch, dass sensorische Reize mit einer Belohnungserfahrung verknüpft werden (vgl. Gordon et al. 2011, 478 f.; Love 2014, 49 f. und 52 f.; Strathearn 2011, 1060). Bindung und Belohnung sind demzufolge aufs engste miteinander verknüpft: *Belohnung bindet – Bindung belohnt*.

Zahlreiche Studien verweisen auf die Bedeutung von Oxytocin als Bindungshormon. In Tierexperimenten konnte aufgezeigt werden, dass Oxytocin das soziale Wiedererkennen und prosoziales Verhalten im Allgemeinen sowie die Bindungsaffinität der Mutter bzw. der Eltern gegenüber ihrem Nachwuchs oder die Paarbindung im Speziellen för-

dert (vgl. dazu Stoesz et al. 2013; Johnson & Young 2015; Lieberwirth & Wang 2014). Daneben unterstreichen auch Studien am Menschen die Rolle von Oxytocin in Bezug auf die Förderung von Bindung. Oxytocin hängt zudem mit der Bildung von Vertrauen und der Reduktion von Stress zusammen (vgl. Lieberwirth & Wang 2014; Striepens et al. 2011).

BEZUG ZUM THEMA GESUNDHEIT/BURN-OUT

Soziale Prozesse bzw. Bindungsprobleme und Stressreaktionen gelten als zentrale Faktoren bei der Entwicklung von psychischen Störungen, wie Angststörungen, Depressionen oder Autismus, weshalb sich zunehmend Forschungsarbeiten mit den neurobiologischen Grundlagen dieser Störungen bzw. deren Behandlung durch die Gabe von Oxytocin befassen (vgl. Lieberwirth & Wang 2014, 1; Olf et al. 2013, 1885).

Wenngleich die Evidenz noch stark entwicklungsfähig und die Befundlage inkonsistent ist, so legen Resultate aus Studien an überwiegend kleinen, menschlichen Stichproben nahe, dass therapeutische Dosen von Oxytocin, Symptome von psychischen Störungen, wie Autismus, Schizophrenie oder sozialer Phobie, abmildern können bzw. dass derlei Erkrankungen mit einem veränderten Oxytocinspiegel assoziiert sind (vgl. MacDonald & Feifel 2013; Striepens et al. 2011). Im Umkehrschluss ist anzunehmen, dass positive soziale Bindungen, die die Oxytocinausschüttung fördern, der Entstehung von psychischen Erkrankungen entgegenwirken könnten – was noch zu überprüfen ist.

Dem Neuropeptid Oxytocin wird speziell eine Bedeutung bei der Regulation von Stressreaktionen zugeschrieben. In Studien mit Nagetieren und Menschen zeigt sich ein erhöhter Oxytocin-Spiegel als Antwort auf (soziale) Stressoren. Es findet sich in mehreren Studien ein negativer Zusammenhang zwischen dem Oxytocin- und dem Cortisolspiegel. Oxytocin puffert offenbar die physiologische Stressreaktion und dient im Speziellen der Reduktion von Ängsten. Insbesondere die dämpfende Wirkung von Oxytocin auf die Amygdala scheint hierbei von Relevanz zu sein. Allerdings ist die Studienlage heterogen und die genauen physiologischen Mechanismen sind noch unklar (vgl. Baskerville & Douglas 2010, 111; Kirsch & Gruppe 2011, 290f.; Olf et al. 2013, 1884f.; Striepens et al. 2011, 432f.). Soziale Annäherung erfordert nach Coria-Avila (2014, 176) demgegenüber die Abwesenheit von Angst. Überträgt man diese Gedanken auf die Arbeitswelt, dann lässt sich schlussfolgern, dass soziale Bindungen gerade bei negativer Stressexposition von Bedeutung sind, da sie diese abmildern können. Umgekehrt sollte eine bedrohliche Arbeitsumgebung vermieden werden, da sie Bindungen am Arbeitsplatz negativ beeinträchtigen kann.

Dass das dopaminerge System für das Wohlbefinden von Relevanz ist, zeigte sich bereits vor mehr als 50 Jahren in Experimenten des Psychiaters Heath, der durch Hirnstimulation in entsprechenden Arealen des Gehirns bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen vergnügliche Gefühle auslöste (vgl. Heath 1963). Populär sind zudem die durchgeführten Tierexperimente mit Ratten von Olds und Milner. Sie demonstrierten, dass die elektrische Stimulation spezifischer Hirnareale von den Tieren offensichtlich als höchst belohnend erlebt wurde und sie motivierte, die Stimulationen permanent zu replizieren (vgl. Olds & Milner 1954). Weitere Studien, die indirekt nahelegen, dass Dopamin, das Wohlbefinden fördert, werden bei Kirsch und Gruppe (2011, 287 ff.) berichtet. Sie kommen in ihrem Beitrag zu dem Schluss, dass sowohl Dopamin, als auch Oxytocin für das Wohlbefinden von zentraler Bedeutung sind. Dysfunktionen im Bereich des dopaminergen Systems sind dagegen mit psychischen Störungen wie Autismus und Depressionen assoziiert (vgl. Baskerville & Douglas 2010, 92).

Burn-out und seine neurobiologische Grundlage scheint in den sozialen Neurowissenschaften ein bislang nahezu unerforschtes Themenfeld zu sein. Studien liefern allerdings Hinweise dafür, dass eine erhöhte psychische und physische Müdigkeit mit Abweichungen im dopaminergen System assoziiert ist. Entsprechende Primärstudien werden von Dobryakova et al. (2015) in ihrem Review zusammengefasst. Die Studien beziehen sich allerdings fast ausschließlich auf Patienten mit manifesten Erkrankungen, vor allem Multipler Sklerose.

Es gibt bislang wohl nur eine Studie, die explizit Burn-out mit dem Bindungs- und Belohnungssystem in einen Zusammenhang gebracht hat: Tops et al. gehen von der Annahme aus, dass Burn-out (gemessen mit dem MBI) mit einem Mangel an Dopamin oder Serotonin assoziiert ist. In ihrer Studie fielen ein Teil der Burn-out-Fälle durch einen signifikant *höheren* Prolaktin-Spiegel im Vergleich zu den Kontrollen auf. Dies führen die Forscher auf einen reduzierten Dopaminspiegel zurück. Allerdings fand sich bei ihnen weder ein reduzierter Oxytocin-Spiegel noch ein reduzierter Wert im prosozialen Bindungsstil. Ein anderer Teil der Burn-out-Fälle zeigte ein im Vergleich zu den Kontrollen *niedrigeren* Prolaktin-Spiegel. Bei ihnen vermuten die Forscher ursächlich einen Mangel an Serotonin. Diese Fälle zeigten einen geringeren Oxytocin-Spiegel sowie geringer Werte im Bereich des Bindungsstils (vgl. Tops et al. 2007, 143–149). Die Ergebnisse sind insofern inkonsistent. Tops et al. gehen daher davon aus, dass Burn-out-Fälle sich zwei unterschiedlichen Syndromen zuordnen lassen: einem Syndrom mit verminderten Dopaminspiegel und einem anderen mit erniedrigtem Serotoninspiegel. Sie betonen zudem, dass ihre Befunde einen vorläufigen, explorativen Charakter ha-

ben. Limitiert werde die Studie zudem durch eine kleine Stichprobe von je 9 Fällen und Kontrollen (vgl. Tops et al. 2007, 148). Daher sollte dieser erste Versuch durch weitere neurobiologische Studien ergänzt werden. Es lassen sich noch keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen ziehen.

ZUSAMMENFASSUNG/FAZIT ZU DEN NEUROWISSENSCHAFTLICHEN BINDUNGSGRUNDLAGEN

Die Erkenntnisse aus den sozialen Neurowissenschaften liefern wertvolle Ansatzpunkte für ein bindungsbezogenes Verständnis von Burn-out. Der Mensch, so deuten die Ergebnisse an, ist biologisch darauf ausgerichtet, Bindungen einzugehen und aufrecht zu erhalten. Um es mit den Worten von Gordon et al. (2011, 486) zu sagen: „[...] we are programmed to bond“. Positive zwischenmenschliche Bindungen befriedigen ein elementares Bedürfnis nach Sicherheit und sozialer Verbundenheit und wirken belohnend. Sie können das Wohlbefinden bzw. die psychische Gesundheit von Menschen fördern. Positive Bindungserfahrungen dürften somit auch dem Auftreten von Burn-out entgegenwirken. Erste Studien legen nahe, dass Burn-out und Müdigkeit mit Diskrepanzen im dopaminergen System assoziiert sind. Mit Blick auf Burn-out ist nicht nur die über das Belohnungssystem transportierte motivierende Funktion besonders hervorzuheben, sondern auch die über Oxytocin vermittelte stressregulierende Wirkung von sozialen Bindungen. Die Erkenntnisse lassen sich in die These überführen, dass dem sozialen Kontext und der hiervon ausgehenden Bindewirkung eine Bedeutung bei der Vermeidung von Burnout beizumessen ist. Das Thema Burn-out hat bislang seitens der sozialen Neurowissenschaften allerdings kaum Aufmerksamkeit erlangt.

Die Ausführungen legen nahe, dass das menschliche Befinden und Verhalten nicht nur durch negative Stressoren, sondern durch positive Bindungserfahrungen determiniert wird. Für den betrieblichen Kontext bedeutet dies, dass sich Burnout im Spannungsfeld zwischen abstoßenden und anziehenden Wirkungen des sozialen Systems entfaltet.

Im Folgenden wird mit dem Konzept Commitment sowie anschließend mit dem Konzept des Sozialkapitals von Organisationen und der Bielefelder Bindungsthese das Thema Bindung im Kontext der Arbeitswelt beleuchtet.

4.2 Bindung und Sozialkapital in der Arbeitswelt

In den folgenden zwei Kapiteln werden theoretische und empirische Erkenntnisse zum Thema Bindung in der Arbeitswelt dargelegt. Mit dem Konzept des Commitments werden theoretische Ansätze und empirische Befunde zur individuellen Mitarbeiterperspektive aufgezeigt. Diese bilden einen geeigneten Anknüpfungspunkt für das im darauffolgenden dargelegte Konzept der Bindekräfte von Organisationen. Dort steht wiederum das Sozialkapital von Organisationen im Vordergrund – das Konzept, das die theoretische Grundlage der vorliegenden Dissertation im engeren Sinne bildet.

4.2.1 Mitarbeiterbindung: Erkenntnisse der Commitment-Forschung

Dass das Thema Bindung im Arbeitskontext von hoher Relevanz ist, lassen Befunde einer gesamten Forschungsrichtung erkennen: der organisationalen Commitment-Forschung. Das Konzept hat in den letzten Jahren verstärkt die Aufmerksamkeit von Wissenschaft und Praxis auf sich gezogen, da zunehmend deutlich wird, dass die Bindung von Mitarbeitern ein erfolgsentscheidendes Kriterium für Organisationen ist (vgl. Westphal 2011, V und 2 f.). „Nicht selten nehmen Menschen beachtliche Anstrengungen auf sich, um etwas für eine Organisation zu leisten, mit der sie sich emotional verbunden fühlen“ (Westphal 2011, 1).

Laut einer vom Gallup Institut durchgeführten repräsentativen Umfrage zur emotionalen Mitarbeiterbindung weisen 84 % aller Erwerbstätigen hierzulande lediglich eine geringe oder gar keine Bindung auf (vgl. Nink 2016, 15). Gallup berichtet, dass bei derlei Mitarbeitern Fehlzeiten und Fluktuationsbereitschaft erhöht seien. Sie seien zudem weniger kreativ und zeigten häufiger Anzeichen von Burn-out als stark gebundene Mitarbeiter (vgl. Nink 2014, 9 f. und 59).

Traditionell beschäftigt sich die Commitment-Forschung mit der Frage, was Mitarbeiter an eine Organisation bindet, welche individuellen Bindungsqualitäten existieren und welche Implikationen dies für organisationsrelevante Outcomes hat. Nach und nach wurde das Konzept der Mitarbeiterbindung auf andere Zielgrößen wie Arbeitsteams, Vorgesetzte, Kunden oder die Arbeitsaufgabe ausgeweitet (vgl. Cohen 2007, 336; Ghosh & Swamy 2014, 4; Klein et al. 2009, 3–17).

Die Forschungsströmung entwickelte sich weitestgehend unabhängig von Bowlbys Bindungstheorie (vgl. Bergmann et al. 2009, 229) und weist entsprechend eigenständige Konzeptualisierungen und Erklärungsansätze auf.

Allgemein wird unter dem Begriff Commitment „[...] das psychologische Band zwischen dem einzelnen Mitarbeiter und der Organisation [...]“, in der er tätig ist, gefasst (Felfe & Wombacher 2016, 130). Nach Westphal (2011, 39) bedeutet Commitment in seiner wörtlichen Übersetzung *Bindung* und lässt sich, mit Ursprung im Lateinischen, etymologisch wie folgt definieren: „Die transitive Form ‚committere‘ heißt, etwas ‚vereinigen‘, ‚zusammenführen‘, z. B. Standpunkte und Interessen. Die intransitive Form ‚se committere‘ bedeutet, ‚sich trauen‘, ‚wagen‘ und im weiteren Sinne auch: ‚sich auf etwas einlassen““ (Westphal 2011, 39). Westphal (2011, 39) leitet hieraus ab, dass Vertrauen und vereinbare Interessen zentrale Bedingungen der Mitarbeiterbindung sind.

Ungeachtet dieser etymologisch hergeleiteten Begriffserklärung findet sich in der arbeitsweltbezogenen Commitment-Forschung keine einheitliche konzeptionelle Definition. Die Commitment-Forschung blickt auf eine mehr als 50 Jahre umfassende Zeitspanne intensiver Forschungsarbeit zurück. Nach Klein et al. (2009, 3) hat sich im Laufe dieser Zeit das Verständnis immer weiter ausdifferenziert und es liegen entsprechend inzwischen zahlreiche Konzeptualisierungen von Commitment vor.

Gleichwohl wird ein spezielles Konzept als leitend angesehen: das *Three-Component Model* von Meyer und Allen (vgl. Allen & Meyer 1990; Meyer & Allen 1991). Seit mehr als zwanzig Jahren handelt es sich um das am stärksten verbreitete bzw. anerkannteste Konzept von Commitment (vgl. Cohen 2007, 337; Ghosh & Swamy 2014, 4; Klein et al. 2009, 7). Ihr Konzept gründen Meyer und Allen auf Vorarbeiten anderer prominenter Commitment-Forscher, von deren konzeptuellen Stärken und Schwächen sie sich inspirieren ließen (vgl. Cohen 2007, 337). Aufgrund der breiten Zustimmung wird ihr Konzept auch in diesem Kapitel und in der vorliegenden Dissertation als Ausgangspunkt gewählt und im Folgenden näher vorgestellt.

Meyer und Allen stellten eine dreidimensionale Definition von Commitment auf, die sie induktiv auf Grundlage von vorherrschenden Definitionen konzipierten und durch theoretische Vorarbeiten anderer Forscher sowie empirische Studien untermauerten (vgl. Meyer & Allen 1991; Meyer & Allen 1997; Meyer & Herscovitch 2001). Sie identifizierten drei verschiedene Kategorien, die ihrer Meinung nach die Komponenten von Commitment repräsentieren: affektives, kontinuierliches und normatives Commitment. Diese sind wiederum wie folgt definiert:

„Affective commitment refers to the employee’s emotional attachment to, identification with, and involvement in the organization [...]. Continuance commitment refers to an awareness of the costs associated with leaving the organization [...]. Finally, normative commitment reflects a feeling of obligation to continue employment [...]“ (Meyer & Allen 1991, 67).

Entsprechend gehen die Psychologen davon aus, dass sich Mitarbeiter an ihre Organisation binden, weil sie es wollen (want to: affektives Commitment), weil sie, denken, dass sie es sollten (ought to: normatives Commitment) und weil sie es müssen (need to: kontinuierlich). Wunsch, Pflichtgefühl und Notwendigkeit haben ein konsistentes Verhalten zur Folge, z. B. den Verbleib in der Organisation, der der Mitarbeiter angehört (vgl. Meyer & Allen 1991, 67).

Die von Meyer und Allen vorgeschlagene Operationalisierung des *affektiven* Commitments ist zur Veranschaulichung des Konzeptes, das neben Burn-out und Sozialkapital im Mittelpunkt der vorliegenden Dissertation steht, in Tabelle 9 abgebildet. Der emotionale Bezug dieser Commitment-Komponente spiegelt sich in jedem der Items wider.

Tab. 9: Skala affektives Commitment nach Meyer & Allen (Quelle: Republished with permission of Sage Publications Inc. from *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application*. Meyer, J.P., Allen, N.J. ©1997, p. 118); Auszug

Affective Commitment Scale Items

1. I would be very happy to spend the rest of my career in this organization.
 2. I enjoy discussing my organization with people outside it.
 3. I really feel as if the organization's problems are my own.
 4. I think I could become as attached to another organization as I am to this one. (R)^a
 5. I do not feel like „part of the family“ at my organization. (R)
 6. I do not feel „emotionally attached“ to this organization. (R)
 7. This organization has a great deal of personal meaning for me.
 8. I do not feel a strong sense of belonging to my organization. (R)
-

Note: Responses to each item are made on a 7-point scale with anchors labeled (1) strongly disagree and (7) strongly agree. R indicates a reverse-keyed item (scoring is reversed). The original scales comprise 8 items each (Allen & Meyer, 1990a); the revised scales each comprise 6 items (Meyer et al, 1993) [...].
a Item included in the original but not in the revised scales. [...].

Bei den drei Komponenten affektives, kontinuierliches und normatives Commitment handelt es sich weniger um unterschiedliche Commitment-Typen, als vielmehr um unterschiedliche Erscheinungen desselben Phänomens: die Bindung eines Mitarbeiters an seine Organisation. Die Komponenten existieren nebeneinander, je nach Person jedoch in unterschiedlicher Komposition (vgl. Meyer & Allen 1997, 13).

Die folgende Abbildung 9 illustriert das Three-Component-Model von Meyer und Allen. Sie beinhaltet die drei Definitionen der Commitment-Komponenten und deutet deren Wechselwirkungen an. Das kontinuierliche Commitment wird von Westphal als kalkuliertes Commitment bezeichnet. Die Abbildung zeigt zudem die drei Strömungen auf, die in der Commitment-Forschung vorherrschend sind und auf die Meyer und Allen ihre Konzeptualisierung von Commitment maßgeblich stützen: die ökonomische Schule, die psychologische Schule sowie die normative Schule. Diese werden im Folgenden näher

erläutert, wobei der Schwerpunkt auf die psychologische Schule gelegt wird, weil sie dem affektiven Commitment zugrunde liegt.

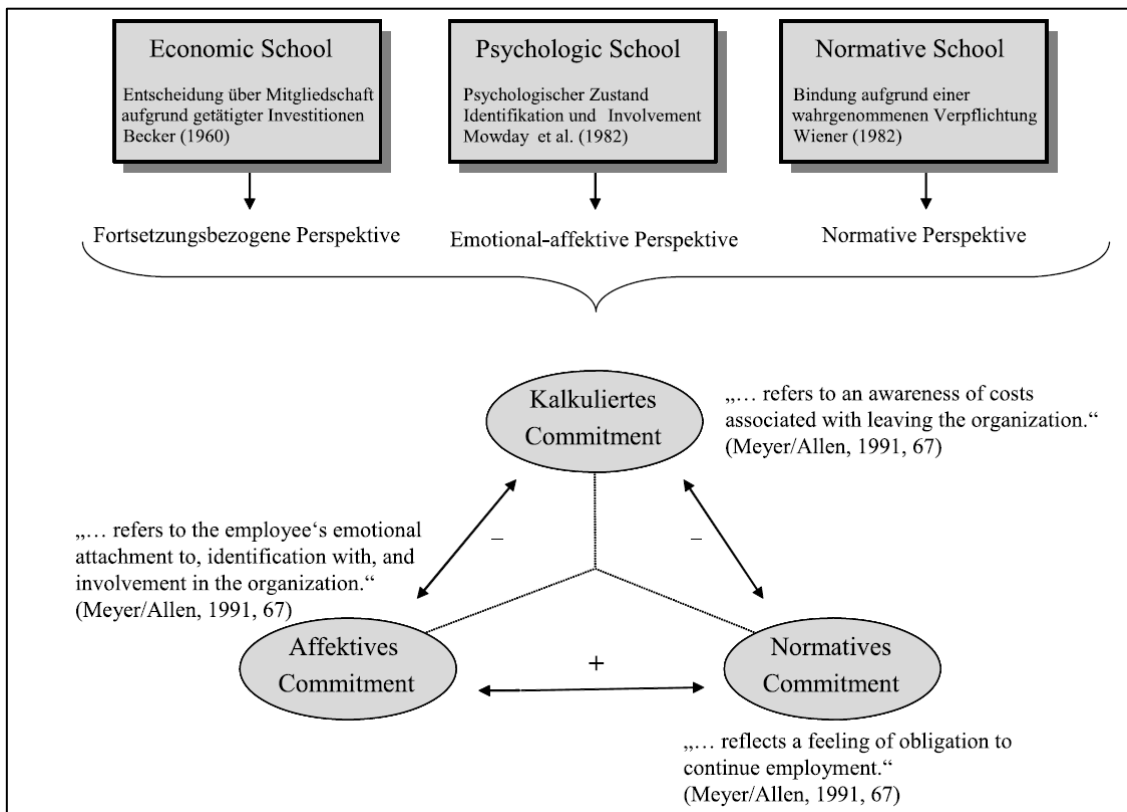


Abb. 9: Zusammenführung der bisherigen drei Forschungsrichtungen im Modell des dreidimensionalen Commitments nach Meyer & Allen (1991, 1997) (Quelle: Westphal 2011, 53)

ÖKONOMISCHE SCHULE (KALKULIERTE, KONTINUIERLICHE MITARBEITERBINDUNG)

Die Definition des kontinuierlichen bzw. kalkulierten Commitments fußt auf der Side-Bet-Theory, die auf Howard S. Becker (vgl. Becker 1960) zurückgeht. Becker gilt als einer der Wegbereiter der organisationalen Commitment-Forschung. Mit seiner Publikation führt er das Konzept der ‚side-bets‘, im Deutschen: Nebenwette, ein. Es sind unbewusste oder bewusste Nebenwetten, die Mitarbeiter während ihrer fortlaufenden Organisationszugehörigkeit tätigen. Sie kumulieren sich über die Zeit und gewinnen dadurch an Wert. Diese Wetten veranlassen sie dazu, sich an die Organisation oder den Beruf zu binden. Andernfalls würden sie die Wetten verlieren. Die Wetten erklären also ein kontinuierliches Verhalten des Mitarbeiters (vgl. Becker 1960, 33–38).

Side-bets dienen der Befriedigung von Eigeninteressen. Sie erfordern Aktivitäten bzw. Investitionen (z. B. Zeit), die nicht vordergründig auf den Verbleib in der Organisation ausgerichtet sind. Bei side-bets handelt es sich bspw. um einen finanziellen Gewinn aus einem an die Dauer der Betriebszugehörigkeit gebundenen Pensionsfond, um ei-

nen durch geknüpft Beziehungen erreichten beruflichen Aufstieg, einen bereits erlangten beruflichen Status oder eine durch intensive Einarbeitung optimierte Ausführung der Arbeitsaufgabe (vgl. Becker 1960, 35–38).

Becker begründet durch seine Theorie das konsistente Verhalten von Mitarbeitern, einer Organisation die Treue zu halten, um Kosten wie den Verlust des beruflichen Aufstiegs zu vermeiden. Nach Becker umfasst das Commitment-Konzept sowohl die *side-bets* selbst, als auch die Folge: das konsistente Verhalten der dauerhaften Mitgliedschaft in einer Organisation (vgl. Becker 1960, 36 ff.).

Die Side-Bet-Theorie stellte die zunächst vorherrschende organisationsbezogene Commitment-Theorie dar. Sie rückte zugleich das Thema Mitarbeiterfluktuation in den Vordergrund. So beinhalteten Operationalisierungen von Commitment mögliche Gründe für das Verlassen der Organisation (vgl. Cohen 2007, 338). Meyer und Kollegen subsumieren zudem einen Mangel an besseren Alternativen unter das kontinuierliche Commitment-Konzept (vgl. Meyer & Allen 1991, 72; Meyer & Herscovitch 2001, 316).

Der kontinuierliche Commitment-Ansatz beschränkt sich demzufolge auf rationale Nutzenüberlegungen des Mitarbeiters, der allein, um den Nutzen getätigter Investitionen nicht zu vergeuden oder mangels überzeugender Alternativen dem Unternehmen die Treue hält. Die folgenden Ausführungen werden zeigen, dass es noch andere Motive eines Mitarbeiters gibt, sich an seine Organisation zu binden.

PSYCHOLOGISCHE SCHULE (EMOTIONALE MITARBEITERBINDUNG)

Meyer und Allen (1984, 374) postulieren, dass Mitarbeiter trotz rational gerechtfertigter Motive, die Organisation zu verlassen, z. B. aufgrund zu geringer Bezahlung, an ihrer Organisationen haften, weil sie zugleich emotional an diese gebunden sind. Ihr Konzept stützen sie maßgeblich auf theoretische Vorarbeiten von Mowday et al. (1979) bzw. Mowday et al. (1982) sowie Porter et al. (1974) (vgl. z. B. Allen & Meyer 1990, 1–5; Meyer & Allen 1984, 373; Meyer & Allen 1991, 62 und 69f.). Porter und Kollegen bildeten mit ihrem Commitment-Konzept ein Gegengewicht zur Side-Bet-Theorie, da nicht Kosten-Nutzen-Abwägungen, sondern die *affektive* Bindung in Bezug auf die Organisation im Vordergrund steht (vgl. Cohen 2007, 338; Klein et al. 2009, 8).

Commitment wird von dieser Forschergruppe allgemein als ein Zustand der affektiven Bindung von Mitgliedern an ihre Organisation erachtet und ist im Speziellen definiert „[...] as the relative strength of an individual’s identification with and involvement in a particular organization“ (Porter et al. 1974, 604). Das heißt, dass ausschlaggebend ist,

ob sich ein Mitarbeiter mit der Organisation identifizieren kann und inwieweit er in die Organisation eingebettet ist. Ihr Commitment-Konzept konstituiert sich aus drei Komponenten: „(1) a strong belief in an acceptance of the organization’s goals and values; (2) a willingness to exert considerable effort on behalf of the organization; and (3) a strong desire to maintain membership in the organization“ (Mowday et al. 1979, 226).

Damit beinhaltet das affektive Commitment-Konzept eine aktive Beziehung zur Organisation, bei der die Mitglieder in das Wohlbefinden ihrer Organisation investieren wollen, weil sie sich mit den Werten und Zielen der Organisation identifizieren können und sich sozial eingebunden fühlen (vgl. Mowday et al. 1982, 237). Mowday et al. gehen davon aus, dass Commitment eine affektive Antwort darauf ist, dass die Organisation Grundbedürfnisse des Mitarbeiters, z. B. nach sinnhaften Tätigkeiten, befriedigt (vgl. Mowday et al. 1979, 225; Mowday et al. 1982, 27).

Daneben stützen Meyer und Allen sich besonders auf theoretische Begründungen von O’Reilly und Chatman (1986) (vgl. z. B. Meyer & Allen 1997, 14 ff.; Meyer & Herscovitch 2001, 305 f.). O’Reilly und Chatman heben zwei Prozesse der Einbindung – die Identifikation und die Internalisierung – als Grundlage der psychologischen Bindung von Mitarbeitern hervor, wobei sie sich ihrerseits auf ein Konzept von Kelman (1958) beziehen. Identifikation stelle auf den Umstand ab, dass Mitarbeiter die Ziele und Werte einer Organisation, z. B. aufgrund sozialer Motive, akzeptierten (wenngleich sie sich nicht zu ihren eigenen machten). Der Begriff Internalisierung bringe zum Ausdruck, dass die Werte der Organisation den Werten des Mitarbeiters entsprächen und er deshalb Verhaltensweisen und Einstellungen zeige, die im Interesse der Organisation liegen (vgl. Kelman 1958, 53; O’Reilly & Chatman 1986, 493). Nach Meyer und Allen (1997, 15) entspricht diese Konzeptualisierung von Commitment dem affektiven Commitment. Internalisierung und Identifikation wurden von ihnen jedoch aufgrund mangelnder diskriminanter Validität zu einem gemeinsamen Konzept zusammengeführt (vgl. Meyer & Allen 1997, 15).

Neben der Identifikation und der sozialen Einbindung ziehen Meyer et al. das hiermit eng verknüpfte Konzept der sozialen Identität heran, um affektives Commitment zu erklären. Meyer et al. definieren soziale Identität wie folgt: „[...] the essence of a social identity involves the definition of self in terms of association with a collective (e.g. group, organization)“ (Meyer et al. 2006, 667). Ihrer Auffassung nach stellt soziale Identität ein sogenanntes *mind-set*, also eine Art Denkweise dar, welche kognitive, evaluative und emotionale Komponenten umfasst. Menschen fänden Identität dadurch,

dass sie sich als Teil einer Gruppe erleben. Die kognitive Komponente bezieht sich auf die Wahrnehmung des Selbst als Gruppenmitglied, das evaluative Element beinhaltet die Bewertung des Kollektivs und der eigenen Mitgliedschaft bzw. der Gemeinsamkeiten und der damit assoziierte Affekt (z. B. Stolz) bildet das emotionale Element. Die soziale Identität kann besonders tiefgreifend sein, wenn Menschen Gruppeneigenschaften (z. B. Werte) zu ihren eigenen machen (vgl. Meyer et al. 2006, 667 und 670).

NORMATIVE SCHULE (MITARBEITERBINDUNG AUFGRUND VON SELBSTVERPFLICHTUNG)

Im Zusammenhang mit ihrer Definition des normativen Commitments greifen Meyer und Allen im Wesentlichen auf die theoretischen Vorarbeiten von Wiener (1982) zurück. Wiener (1982, 421) definiert Commitment als: „[...] the totality of internalized pressures to act in a way that meets the organizations interests“. Wiener grenzt sich mit seinem Konzept klar von einer instrumentell-nutzenorientierten Perspektive des Commitments ab und verweist auf subjektive Normen (z. B. internalisierte soziale Normen) als Erklärungsansatz für die Mitarbeiterbindung. Er geht davon aus, dass diese Normen ihre Wirksamkeit unabhängig von Belohnung oder Bestrafung entfalten – wenngleich diese bei der ursprünglichen Sozialisation von Bedeutung seien. Mitarbeiter verhielten sich stattdessen entsprechend normkonform, weil sie glauben, dass sie damit richtig bzw. moralisch korrekt handeln (vgl. Wiener 1982). Wiener und Vardi (1980, 86) operationalisieren das normative Commitment über drei Items: „[...] a person should be loyal to his organization, should make sacrifices to its [sic!] behalf, and should not criticize it“. Die Selbstverpflichtung beruhe auf Sozialisationsprozessen vor Eintritt in die Organisation, erfolge aber auch durch eine weitere Sozialisation durch die Organisation (vgl. Meyer & Allen 1991, 77; Wiener 1982, 422).

Meyer und Allen (1991, 78) gehen davon aus, dass außerdem Reziprozitätsnormen zur Selbstverpflichtung des Mitarbeiters beitragen können. Darüber hinaus postulieren Meyer und Herskovitch, dass das normative Commitment eine Verpflichtung darstellt, die aus dem sogenannten psychologischen Vertrag resultieren kann (vgl. Meyer & Herscovitch 2001, 316).

AUSDIFFERENZIERUNG/VERTIEFUNG DES KONZEPTE

Meyer und Herscovitch entwickelten schließlich ein übergreifendes Kernkonzept von Commitment. Dieses beansprucht für alle drei Commitment-Komponenten Geltung zu besitzen, ebenso wie für die Tatsache, dass sich das Commitment nur auf Organisationen, sondern z. B. auch auf Tätigkeiten beziehen kann. Sie konstruieren Commitment

demgemäß als eine von einem sogenannten mind-set ausgehende Kraft (binding force). Das mind-set bindet Mitarbeiter an eine Entität, ein sogenanntes target, und bewirkt ein für die Entität relevantes Verhalten (vgl. Meyer & Herskovitch 2001, 302f.). Commitment sei entsprechend eine Bindungskraft: „Commitment is a force that binds an individual to a target (social or non-social) and/or to a course of action of relevance to that target“ (Meyer et al. 2006, 27).

Abbildung 10 zeigt das *General Model of Workplace Commitment*. Im Zentrum des Modells steht die Bindungskraft, die durch die mind-sets vermittelt wird. Diese repräsentieren ihrerseits einen Wunsch, eine Verpflichtung oder eine Notwendigkeit und beruhen auf unterschiedlichen Prozessen, die die Grundlagen (bases) für das Commitment bilden (vgl. Meyer & Herscovitch 2001, 318f.). Die bases spiegeln folglich den Bezug zu den unterschiedlichen Commitment-Schulen wider, wie sie im vorherigen Abschnitt erläutert wurden.

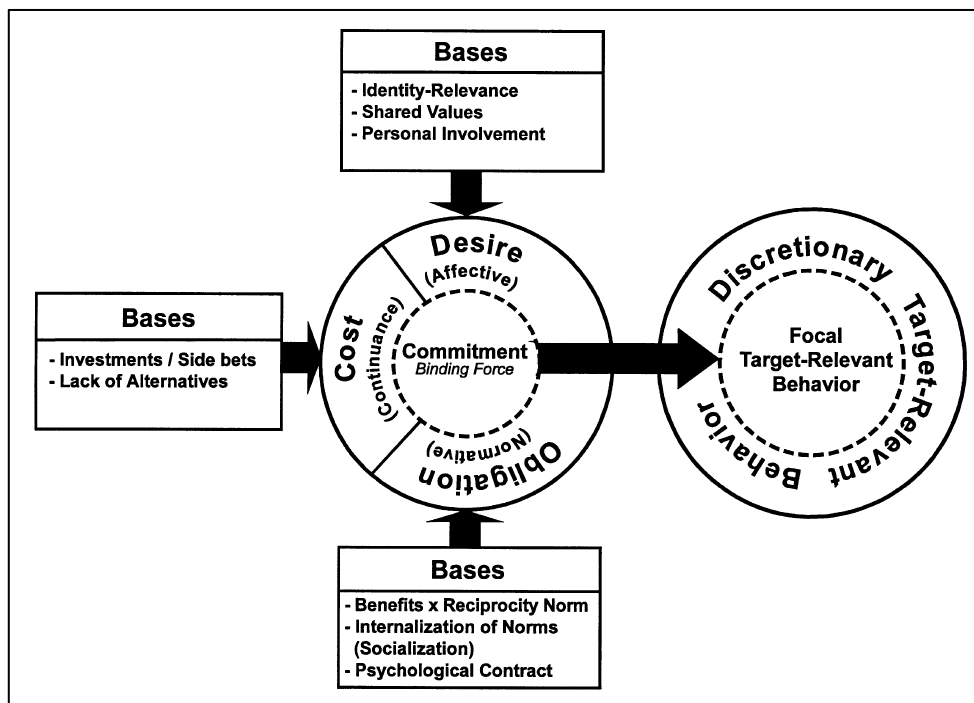


Abb. 10: A general model of workplace commitment (Quelle: Reprinted from *Human Resource Management Review*, 11, Meyer, J.P., Herscovitch, L., Commitment in the workplace: toward a general model, pp. 299–326, © 2001, with permission from Elsevier)

Die Bindungskräfte, die im Menschen lokalisiert sind, gehen von den mind-sets aus. Was die verschiedenen Bindungsqualitäten unterscheidet, sind die unterschiedlichen mind-sets: Das mind-set des affektiven Commitments zeichnet sich durch einen Wunsch bzw. ein Wollen (desire), das kontinuierliche Commitment-mind-set durch eine Notwendigkeit (need) bzw. wahrgenommene Kosten und das normative Commitment

mind-set durch eine Verpflichtung aus (obligation). Es handelt sich um Kognitionen (z. B. über die Absicht des Verbleibs in der Organisation und über die Ursachen dafür), die an Emotionen gekoppelt sind (z. B. Sicherheit beim kalkulierten Commitment) oder Freude (beim affektiven Commitment) (vgl. Meyer & Allen 1991, 61; Meyer & Herscovitch 2001, 303 ff.; Meyer et al. 2006, 667).

Beim durch das Commitment ausgelösten Verhalten wird zwischen fokal oder diskret differenziert. Damit ist lediglich gemeint, dass es sich entweder um ein definiertes Verhalten handelt, auf das sich die bindende Kraft ganz spezifisch richtet oder aber, ein breit angelegtes, eher generalisiertes Verhalten bzw. ein Spektrum an assoziierten Verhaltensweisen (vgl. Meyer & Herscovitch 2001, 311 und 318).

Meyer (2009, 39) geht davon aus, dass die Bindungsqualität bei einer affektiven, und damit gewollten, Bindung um einiges höher ist, als wenn Mitarbeiter sich verpflichtet fühlen (pressure) oder z. B. aus Angst vor potenziellen Kosten bzw. Verlusten (trapped). Nach Cohen (2007, 344) repräsentieren das affektive und normative Commitment im Vergleich zum kalkulatorischen Commitment Bindungslevel höheren Ranges. Das heißt, dass sie eine stärkere Bedeutung für Mitarbeiter haben.

Die Gültigkeit des Commitment-Konzeptes wurde inzwischen anhand einer Vielzahl an Meta-Analysen überprüft. Diese zeigen Zusammenhänge zwischen den drei Commitment-Komponenten und diversen Vorläufern und Outcomes. Zu den populärsten Meta-Analysen zählt die Studie von Meyer et al. (2002), in die eine hohe Anzahl an Stichproben Eingang fand. Ein wichtiger Befund dieser Analyse ist, dass das affektive und normative Commitment stark miteinander korrelieren ($p=0,63$), während das kalkulative Commitment mit dem affektiven Commitment ($p=0,05$) sowie dem normativen Commitment ($p=0,18$) schwach korreliert (vgl. Meyer et al. 2002, 28).

Diverse Meta-Analysen belegen darüber hinaus negative Zusammenhänge zwischen Commitment und betriebsrelevanten Parametern wie der Fluktuationsquote oder der Fluktuationsbereitschaft, Rückzugsgedanken des Mitarbeiters und Absentismus sowie positive Zusammenhänge mit einem freiwilligen zusätzlichen Engagement, Arbeitsproduktivität, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation (vgl. Cohen 1992; Cooper-Hakim & Viswesvaran 2005; Mathieu & Zajac 1990; Meyer et al. 2002; Riketta 2002; Westphal 2011). Derlei Meta-Analysen legen nahe, dass das affektive Commitment stärkere Implikationen für den Organisationserfolg hat als das normative und kalkulatorische Commitment (vgl. Meyer & Maltin 2010, 323).

Während diese Auswirkungen auf Organisationen intensiv untersucht wurden, fanden die Folgen für Mitarbeiter weitaus weniger Beachtung (vgl. Meyer & Maltin 2010, 323). In narrativen Reviews haben Forscher den aktuellen Stand der Forschung zu Commitment und speziell Gesundheitsindikatoren zusammengefasst: Ihr zentrales Ergebnis ist, dass in erster Linie das affektive Commitment mit Merkmalen der Gesundheit wie dem Wohlbefinden assoziiert ist (vgl. Felfe & Wombacher 2016, 133; Meyer & Maltin 2010, 323). *Burn-out* ist ein gesundheitsrelevantes Merkmal, welches in der Commitment-Forschung noch wenig Beachtung findet: Studien zu *Burn-out* führen Meyer und Maltin (2010) sowie Felfe und Wombacher (2016) in ihren Reviews an. Diese legen einen negativen Zusammenhang zwischen *Burn-out* und (affektivem) Commitment nahe (vgl. Grawitch et al. 2007; Hakonen et al. 2006; Schmidt 2007; Schmidt & Diestel 2012; Lee et al. 2000; Miller et al. 1990), untersuchen (affektives) Commitment in seiner Funktion als Moderator zwischen Stress und *Burn-out* (vgl. King & Sethi 1997; Reilly 1994; Schmidt 2007; Schmidt & Diestel 2012), finden keinen Zusammenhang zwischen affektivem Commitment und *Burn-out* (vgl. Tan & Akthar 1998) oder einen positiven Zusammenhang, der über den Stressbewältigungsstil vermittelt wird (vgl. Armstrong-Stassen 2004). Insgesamt sind die Ergebnisse der Studien inkonsistent, was weiteren Forschungsbedarf rechtfertigt.

Commitment-Forscher befassen sich darüber hinaus mit Commitment-Prädiktoren. Wie sich entsprechenden Meta-Analysen entnehmen lässt, zählen hierzu vornehmlich personenbezogenen Merkmale, wie das Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und die Dauer der Organisationszugehörigkeit. Diese Merkmale korrelieren allenfalls schwach mit Commitment. Es werden weniger häufig klassische Merkmale der Tätigkeit berücksichtigt, wie Rollenambiguität oder Rollenkonflikte sowie Merkmale, die die Organisation betreffen (Unterstützung, Gerechtigkeit, Führungsstil, Human-Resource-Management). Diese korrelieren moderat bis stark vor allem mit dem affektiven Commitment (vgl. z. B. Cohen 1992; Mathieu & Zajac 1990; Meyer et al. 2002; Westphal 2011).

Wenngleich es also einige Studien gibt, die nahe legen, dass Merkmale des sozialen Systems einer Organisation die Bindung von Mitarbeitern stärken, so akzentuiert die Commitment-Forschung dennoch die individuelle Perspektive:

„Because of the nature of commitment, it is largely an individually based construct. Individuals through their beliefs, emotions and/or behavior can come to some degree of commitment strength [...]. Because of the inherently individualistic nature of the construct, obviously, the vast majority of commitment research has focused on the individual level of analysis“ (Wright & Kehoe 2009, 287).

Erheblicher Forschungsbedarf besteht noch mit Blick auf organisationale Prädiktoren, speziell der Kultur von Organisationen. Becker et al. (2009, 437–446) geben zu bedenken, dass in diesem Bereich bislang nur wenige Studien vorliegen. Die Commitment-Forschung solle prinzipiell ihren Horizont vom Individuum hin zur Organisation erweitern. Der Stand der Forschung zu Prädiktoren von Commitment (vgl. z. B. Cohen 1992; Mathieu & Zajac 1990; Meyer et al. 2002; Westphal 2011) gibt ebenfalls zu erkennen, dass die Bindekräfte des Beziehungsklimas und der Sinnhaftigkeit einer Arbeit noch verstärkt zu untersuchen sind.

ZUSAMMENFASSUNG/FAZIT ZUM COMMITMENT-KONZEPT

Menschen binden sich nicht nur an Lebenspartner oder Eltern, sie binden sich auch an Organisationen bzw. Vorgesetzte und Kollegen oder ihre Arbeitsaufgabe. Was der Psychologe Bowlby schon vor vielen Jahren angedacht hat, hat die Commitment-Forschung somit empirisch untermauert. Die Mitarbeiterbindung beruht auf einem psychologischen Zustand, der zweckrationale oder normengeleitete Überlegungen sowie Emotionen einschließt. Die Commitment-Forschung deckt dabei auf, dass das affektive Commitment ein besonders relevanter Indikator für die Leistungsfähigkeit, die Motivation und auch für die Gesundheit von Mitarbeitern ist. Dies impliziert, dass materielle Anreize oder Verpflichtungen weniger zur Entfesselung von Mitarbeiterpotenzialen beitragen können, als Treiber, die die Emotionen der Mitarbeiter ansprechen. Die emotionale Bindung an eine Organisation sollte deshalb besonders ins Zentrum der Aufmerksamkeit von Betriebs- und Gesundheitswissenschaftlern rücken.

Wenngleich sich die Commitment-Forschung vornehmlich mit dem Commitment zugrunde liegenden Kognitionen und Emotionen sowie dem Verhalten von Individuen befasst, liefern die Theorien zum Commitment doch auch konkrete Hinweise für organisationale Ansatzpunkte zur Förderung der emotionalen Bindung. Dazu zählt die Befriedigung von Mitarbeiterbedürfnissen nach Identitätsstiftung, sozialer Einbindung und Wertekongruenz. Erstaunlicherweise hat die Commitment-Forschung zur Überprüfung dieser Annahmen jedoch bislang wenig beigetragen.

Dabei hat als einer der ersten Forscher zum Thema Unternehmenskultur der Organisationssoziologe und Anthropologe Pettigrew in seinem Aufsatz »On Studying Organizational Cultures« (vgl. Pettigrew 1979) schon in den 70er Jahren derlei Zusammenhänge aufgezeigt. Pettigrew befasst sich in seiner Publikation speziell mit der Bedeutung der Führungskultur für die Bindung der Mitarbeiter an ihrer Organisation. Er geht der Frage nach, wie Führungskräfte in Organisationen durch ihr (Kommunikations-) Verhal-

ten und ihre Gestaltungseinflüsse auf die Kultur, Sinnhaftigkeit (Zweck, Identität, Ordnung, Bedeutsamkeit) und Mitarbeitercommitment erzeugen können. Unter Kultur versteht er gemeinsame Überzeugungen, eine gemeinsame Ideologie und eine gemeinsame Sprache sowie Rituale und Mythen, die Mitarbeiter emotional an die (Ziele und Werte der) Organisation binden (vgl. Pettigrew 1979, 572–580).

4.2.2 Sozialkapital und die Bindewirkung von Organisationen

Mit den vorherigen Ausführungen wurde zum Ausdruck gebracht, dass Menschen ein fundamentales Bedürfnis nach Bindung besitzen und dass diese emotionale Bindung gesundheitsrelevant ist. Dies gilt auch für Mitarbeiter in Unternehmen der Arbeitswelt. So verweist das Konzept des affektiven Commitments darauf, dass Mitarbeiter sich emotional an ihre Organisation binden wollen, weil ihnen dies ein Gefühl der Zugehörigkeit und sozialen Identität verleiht, und weil sie sich mit den Werten einer Organisation identifizieren können. Hier steht die Perspektive des Mitarbeiters, genauer sein individuelles Bindungsbedürfnis, im Forschungsmittelpunkt.

Das im Folgenden näher erläuterte Konzept der organisationalen Bindungskräfte knüpft an diese grundlegenden Erkenntnisse an. Es nimmt jedoch eine organisationale Perspektive ein, bei der nicht Individuen, sondern Organisationen und die hiervon ausgehenden Bindewirkungen in den Vordergrund rücken. Es sind, mit anderen Worten, die potenziellen Determinanten der emotionalen Mitarbeiterbindung seitens des sozialen Systems, die in den Blick genommen werden. Dieses an der Universität Bielefeld entwickelte Konzept der organisationalen Bindekräfte bildet das zentrale Fundament der Doktorarbeit, um das Phänomen Burn-out zu erklären. Es ist eingebettet in den übergeordneten Bezugsrahmen der Sozialkapitalforschung. Im Folgenden soll daher zunächst das Konzept des Sozialkapitals näher beleuchtet werden, anschließend wird speziell auf das Bielefelder Bindungskonzept eingegangen.

4.2.2.1 Grundlagen der (betrieblichen) Sozialkapitalforschung

Mit dem Thema Sozialkapital beschäftigten sich schon Klassiker der Soziologie wie Émile Durkheim (1973 [1960]) oder Max Weber (1965), wenngleich implizit, indem sie aufzeigten, dass Kultur gesundheitsrelevante oder ökonomische Konsequenzen hat (vgl. Bhandari & Yasunobu 2009, 486 f.; Badura 2013a, 8; Badura 2013b, 31).

Als ein für die Gesundheitswissenschaften besonders relevantes Beispiel sei die Publikation von Émile Durkheim mit dem Titel »Le Suicide« (Der Selbstmord) herausgegriffen: In seiner Publikation stellt der Soziologe u.a. den Zusammenhang zwischen ge-

sellschaftlichen Normen, Werten und Überzeugungen und Suizidraten heraus. Er erklärt bspw. eine geringere Selbstmordrate von Katholiken dadurch, dass bei diesen ein höheres Ausmaß an sozialer Integration bzw. sozialer Kontrolle als bei Protestanten besteht. Nicht also die Religion per se, sondern die Stärke der Glaubensgemeinschaft, die Verbindlichkeit der Normen und der damit verbundene soziale Zusammenhalt seien Erklärungsfaktoren hierfür (vgl. Durkheim 1973 [1960], 162–184 und 231 ff.). Höhere sogenannte anomische Selbstmordraten in Zeiten tiefgreifender gesellschaftlicher Umbrüche seien hingegen einem Mangel an sozialer Ordnung geschuldet; hier fehlten soziale Normen und Werte, die dem Menschen Orientierung und Sinnhaftigkeit vermitteln könnten (vgl. Durkheim 1973 [1960], 273–296).

Der Begriff Sozialkapital wurde vermutlich erstmals explizit im Jahre 1916 vom amerikanischen Politologen L.J. Hanifan verwendet. Als Aufseher öffentlicher Schulen in einem amerikanischen Bundestaat, verwies Hanifan auf den Einfluss des kommunalen Engagements von Schulen für das Gemeinwohl und benutzte in diesem Kontext den Begriff Sozialkapital (vgl. Franzen & Freitag 2007, 9; Hanifan 1916, 130–138; Iseke 2007, 32). Sozialkapital sei, was das menschliche Leben ausmache: „[...] goodwill, fellowship, mutual sympathy and social intercourse among a group of individuals and families who make up a social unit“ (Hanifan 1916, 130).

Letztlich ist es gleichwohl den namhaften Soziologen Pierre Bourdieu und James Coleman sowie insbesondere dem Soziologen und Politikwissenschaftler Robert Putnam zu verdanken, dass sich der Sozialkapitalansatz in den 90er Jahren etablierte und Eingang in wissenschaftliche Diskurse fand. Diese Pioniere wählten erstmals eine systematische Herangehensweise an das Thema Sozialkapital (vgl. Franzen & Freitag 2007, 10; Tzanakis 2013, 2).

Der französische Soziologe Pierre Bourdieu entwickelt mit seiner Kapitaltheorie ein Konzept der sozialen Welt, für das kennzeichnend ist, dass die Position im sozialen Raum einer Gesellschaft durch das Kapital eines Menschen bestimmt werde (vgl. Bourdieu 1983, 183f.). Bourdieu unterscheidet drei Kapitalformen: das »ökonomische Kapital«, womit er all das bezeichnet, was direkt zu Geld werden kann; das »kulturelle Kapital«, welches akademische Titel, spezifische, durch Bildung erworbene, Kompetenzen sowie Kulturgüter, z. B. Kunstwerke, umfasst sowie das »Sozialkapital«, das sich aus dem Umfang eines individuellen Netzwerkes sowie dem Kapital, das den sozialen Beziehungen anhaftet, konstituiert (vgl. Bourdieu 1983, 185 ff.). Er definiert Sozialkapital entsprechend wie folgt:

„Sozialkapital ist die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten *Beziehungen* gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; oder, anders ausgedrückt, es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der *Zugehörigkeit zu einer Gruppe* beruhen“ (Bourdieu 1983, 191).

Bourdieu verwendet den Begriff Sozialkapital, um zu verdeutlichen, dass soziale Beziehungen für Individuen nützlich sind und dass Sozialkapital Unterschiede der sozialen Positionen innerhalb einer Gesellschaft erklärt. Er merkt an, dass Sozialkapital auf dem Reziprozitätsprinzip beruhe, Investitionen erfordere und Verpflichtungen mit sich führe (vgl. Bourdieu 1983, 191 ff.). Die drei Kapitalformen seien interdependent. Beziehungsarbeit binde z. B. zeitliche und finanzielle Ressourcen und verausgabe ökonomisches Kapital. Kulturelles Kapital und Sozialkapital könnten z. B. finanzielle Ressourcen mobilisieren (vgl. Bourdieu 1983, 185 und 194 ff.).

Der amerikanische Soziologe James Samuel Coleman bettete das Prinzip des Rational-Choice in seine Sozialkapitaltheorie ein, indem er die funktionelle Bedeutung sozialer Strukturen betont. Sozialkapital stellt seiner Auffassung nach eine Handlungsressource dar, die es Akteuren ermöglicht, ihre Ziele zu erreichen. Ausgangspunkt seiner Theorie bildet das Konzept des »homo oeconomicus«; Coleman setzt also voraus, dass der Mensch von Eigeninteressen geleitet ist, die auf Nutzenmaximierung abzielen. Die Handlungen von Akteuren vollzögen sich im sozialen Kontext und würden hierdurch erleichtert (vgl. Coleman 1988, 95–108). Diese Konzeption spiegelt sich auch in seiner Sozialkapitaldefinition wider: „The function identified by the concept ‚social capital‘ is the value of those aspects of social structure to actors, as resources can be used by actors to realize their interests“ (Coleman 1990, 305).

Coleman betrachtet Sozialkapital als intangible Ressource, die sozialen Beziehungen anhaftet: „Unlike other forms of capital, social capital inheres in the structure of relations between actors and among actors [...]“ (Coleman 1990, 302). Er hebt die Geschlossenheit eines sozialen Systems als besonders Sozialkapital förderlich hervor. In diesem stünden alle Individuen bzw. Akteure miteinander in Beziehung, wodurch Normen bspw. in Form von Sanktionen erst ihre volle Wirkung entfalten könnten – eine Voraussetzung für die auf gegenseitigen Verpflichtungen basierenden Austauschbeziehungen des Sozialkapitals (vgl. Coleman 1988, 105 ff.; Coleman 1990, 318 f.).

Es ist maßgeblich den Arbeiten des Politikwissenschaftlers und Soziologen Robert David Putnam zu verdanken, dass das Konzept in den 90er Jahren populär wurde und seither den Untersuchungsgegenstand intensiver Forschung bildet (vgl. Badura 2013a, 7; Iseke 2007, 41). In einer seiner populärsten Studien, die hier beispielhaft erwähnt

wird, nahm Putnam 20 regionale Verwaltungen in Italien in Augenschein. Er stellte konsistente Unterschiede im institutionellen Erfolg zwischen Regierungen sowie ein Nord-Süd-Gefälle fest, obgleich vergleichbare formale Strukturen, rechtliche und finanzielle Mittel gegeben waren. Daher lenkt er das Augenmerk auf die Rolle von zivilen Gemeinschaften und unterstreicht dabei deren Bedeutung für eine erfolgreiche Verwaltungsarbeit (vgl. Putnam 1993, 81–87). Die zivilen Gemeinschaften zeichnen sich durch ein Netzwerk reziproker, solidarischer sozialer Beziehungen sowie ein ausgeprägtes gemeinsames Interesse und Engagement in öffentlichen Angelegenheiten aus und kennzeichneten die erfolgreichen Verwaltungsbezirke (vgl. Putnam 1993, 86–116, 182). Sie verfügen gemäß Putnam über ein hohes Sozialkapital: „Social capital here refers to features of social organization, such as networks, norms, and trusts, that facilitate coordinations and cooperation for mutual benefit“ (Putnam 1993, 167). In einer weiteren populären Publikation »Bowling Alone« (Putnam 2000) befasst Putnam sich mit der Erosion des Sozialkapitals in den USA.

Durch die Auszeichnung mit dem Nobelpreis für Ökonomie im Jahre 2009 erlangte die Politikwissenschaftlerin Elinor Ostrom schließlich eine herausragende Position innerhalb der Sozialkapitalforschung (vgl. Badura 2013a, 7). Ostrom betrachtet Sozialkapital als ein Kernkonzept zur Erklärung ökonomischer Leistungsfähigkeit durch koordiniertes, selbstorganisiertes Handeln von lokalen Gruppen. Ihre Sozialkapitaltheorie verweist auf die Vorteile von Selbstorganisation gegenüber staatlichen und marktwirtschaftlichen Steuerungsformen (vgl. Ostrom 2000; Ostrom 2010; Ostrom 2011). Sie fasst unter das Konzept des Sozialkapitals einen Vorrat an Regeln, Erwartungen und Wissensbeständen, der das kollektive Handeln ermöglicht: „Social capital is the shared knowledge, understandings, norms, rules, and expectations about patterns of interactions that groups of individuals bring to recurrent activity“ (Ostrom 2000, 176).

Ostrom veranschaulicht am Beispiel der Konstruktion und Aufrechterhaltung von Bewässerungssystemen in Entwicklungsländern durch einheimische Bauern, dass selbstorganisiertes, kollektives Handeln durch die Mobilisierung von Sozialkapital – zum Beispiel in Form von Abmachungen, denen sich alle Beteiligten verpflichtet fühlen – zu nachhaltigem Erfolg führt. Die schlichten Bewässerungssysteme der Nutznießer – der Bauern – seien hochwertiger als Bewässerungssysteme, die durch staatliche Regierungen oder Investoren errichtet wurden. Die Handlungsmotivation der Beteiligten, mehr noch aktiv Handelnden, sei ungleich höher als bei wirtschaftlichen oder staatlichen Mechanismen und gewährleiste neben gemeinsamen, verbindlichen Regeln die Langlebigkeit des Bewässerungssystems (vgl. Ostrom 2010, 657; Ostrom 2011, 31ff.).

Was dieser einleitende Abschnitt zum Sozialkapital bereits veranschaulicht, ist die Vielfaltigkeit des Konzeptes. Sozialkapital wird auf unterschiedlichste Art und Weise definiert, es werden verschiedentliche Wirkungen von Sozialkapital betont und der Nutzen für Individuen, wie bei Bourdieu, und für Kollektive, wie bei Ostrom, beleuchtet. Das Konzept wird auf diverse Anwendungskontexte übertragen, auf Regierungen, wie bei Putnam, oder auf Entwicklungsländer und lokale Gemeinschaften, wie bei Ostrom. Im Folgenden soll das Konzept Sozialkapital noch näher eingegrenzt werden.

Seit Beginn der ersten systematischen Beiträge zur Sozialkapitalforschung von Bourdieu, Coleman und Putnam erlangte das Konzept Sozialkapital eine zunehmende Aufmerksamkeit. Aufgrund seiner Übertragbarkeit auf verschiedenste Untersuchungsgegenstände, wie Familien, Gesellschaften oder Regierungen, ist es z. B. in den Politik- und Wirtschaftswissenschaften, in der Psychologie, der Soziologie, der Raumplanung und nicht zuletzt auch in den Gesundheitswissenschaften von Bedeutung (vgl. Iseke 2007, 29; Itzenplitz & Seifferth-Schmidt 2011, 146 f.; Kroll & Lampert 2007, 120).

Dadurch dass sich verschiedenste wissenschaftliche Disziplinen und auch Praktiker mit der Thematik auseinandersetzen, liegt heute eine Vielfalt an unterschiedlichen Zugangswegen, Definitionen und Operationalisierungen vor (vgl. Iseke 2007, 29; Rouxel et al. 2015, 1). Sozialkapital ist daher als ein Querschnittsthema zu betrachten, das sich durch Beiträge diverser Fachdisziplinen stetig fortentwickelt.

Die durch die Perspektiven der verschiedenen Disziplinen bedingte, starke Ausdifferenzierung des Konzeptes Sozialkapital ist nicht unumstritten. Hieraus resultiere eine fehlende Einheitlichkeit hinsichtlich der Definition und daher auch in Bezug auf die Operationalisierung (vgl. Kawachi et al. 2013, 3; Scrivens & Smith 2013, 11). Allerdings sollte dies nicht als Ausdruck eines mangelnden Verständnisses von Sozialkapital, sondern als ein Hinweis auf die Komplexität des Phänomens gewertet werden: „Given its complex nature, it is not surprising to see many definitions and also it is not reasonable to expect a universal definition“ (Bhandari & Yasunobu 2009, 490). In der vorliegenden Dissertation findet, um an ein gemeinsames Grundverständnis anknüpfen zu können, eine spezifische Sozialkapital-Definition Verwendung (vgl. Kapitel 4.2.2.2).

Ein gemeinsamer Konsens besteht gleichwohl dahingehend, dass unter den Begriff Sozialkapital die von sozialen Beziehungen ausgehende Wirkung bzw. der Nutzen gefasst wird, was die folgenden Zitate exemplarisch widerspiegeln (vgl. Tab. 10).

Tab. 10: Sozialkapital als ein von sozialen Beziehungen ausgehender Nutzen

„The breadth of social capital concept reflects a primordial feature of social life – namely that social ties of one kind (e.g. friendship) [...] can be used for different purposes [...].“	Adler & Kwon (2002, 17)
„These everyday networks, including many of the social customs and bonds that define them and keep them together, are what we mean, when we talk about social capital. The existence of the social fabric has many benefits for the individual and communities within it.“	Halpern (2005, 2).
„Mit dem Begriff Sozialkapital werden im Allgemeinen Vor- und Nachteile beschrieben, die in sozialen Beziehungen vermittelt werden.“	Kroll & Lampert (2007, 120)
„Eine [...] Gemeinsamkeit besteht darin, dass soziale Netzwerke und die von ihren Mitgliedern geteilten Überzeugungen, Werte und Regeln Nutzen stiftende Ressourcen bilden.“	Badura (2008, 8)
„Die gemeinsame Basis der Arbeiten besteht in der Annahme über die Funktion sozialen Kapitals, nämlich, dass soziales Kapital die Zusammenarbeit und das Erreichen individueller und kollektiver Ziele fördert.“	Kunz et al. (2008, 41)
„The set of definitions [...] broadly agree with the view that the basic foundation of social capital is the social relations that engender individual and collective benefits.“	Bhandari & Yasunobu (2009, 491)
„In the broadest sense, social capital refers to the <i>productive</i> value of social connections, where productive is here understood not only in the narrow sense of the production of market goods and services [...] but in terms of the production of a broad range of <i>well-being</i> outcomes.“	Scrivens & Smith (2013, 9)
„The concept of social capital draws attention to the effects and consequences of human sociability and connectedness [...].“	Tzanakis (2013, 2)

Die mit Sozialkapital verbundenen Wirkungen können dabei ganz unterschiedlicher Art sein: z. B. politischer Erfolg von Institutionen wie bei Putnam (1993) oder wirtschaftlicher Erfolg von lokalen Gruppen wie bei Ostrom (2011). Spezifische Vorteile können bspw. auch in einem frühzeitigen Zugang zu Informationen liegen, wie bei Burt (2000). Nach Badura (2013b, 27) kann Sozialkapital auch die Kooperation in einer Organisation verbessern. Die Wirkungen von Sozialkapital im Hinblick auf die Gesundheit von Individuen oder Gruppen stehen ebenfalls im Blickfeld der Sozialkapitalforschung (vgl. Badura et al. 2013; Eriksson 2011; Kroll & Lampert 2007). Dabei hat das Sozialkapital-Konzept innerhalb der Gesundheitswissenschaften rasant an Bedeutung gewonnen: „[...] within a short span of a decade, social capital has entered the mainstream of public health discourse“ (Kawachi et al. 2008, 1).

Der Begriff Kapital bringt zum Ausdruck, dass soziale Beziehungen als ein Vermögenswert zu betrachten sind. In soziale Beziehungen können Akteure, z.B. Individuen, Unternehmen oder Gesellschaften, investieren, um hieraus Vorteile zu ziehen (vgl. Adler & Kwon 2002, 21; Hasle et al. 2007, 6). Dies erfordere allerdings eine kontinuierliche Pflege und Nutzung des Sozialvermögens: „[...] Social bonds have to be periodically renewed and reconfirmed or else they lose efficacy. [...] it [social capital Anm. d. Verf.] normally grows and develops with use“ (Adler & Kwon 2002, 22).

Mit dem Sozialkapital-Konzept sind vornehmlich positive Effekte assoziiert, obgleich Sozialkapital auch unerwünschte Folgen haben kann. Als gesundheitsrelevante negative Implikationen seien exemplarisch die Ausgrenzung von anders denkenden oder handelnden Menschen (outsider) bzw. Minderheiten genannt oder der negative Einfluss von Peers auf das Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen oder Alkoholkonsum) (vgl. Islam et al. 2006, o. S.).

Sozialkapital-Konzepte lassen sich unterdessen grob zwei verschiedenen Perspektiven zuordnen: Einerseits wird Sozialkapital als *individuelles* Vermögen begriffen, andererseits als ein *kollektives* Gut. Dem Individuum als Untersuchungsgegenstand ist folglich der soziale Kontext als Betrachtungsebene gegenübergestellt. Die erstgenannte Variante betont das Handlungspotenzial und die Verantwortung des Einzelnen, der in der Lage sei, soziale Beziehungen einzugehen und Ressourcen aus seinem persönlichen Netzwerk zu mobilisieren, die der persönlichen Zielverwirklichung dienen (vgl. Bhandari & Yasunobu 2009, 500). „The basic premise behind the individual level capital is that it is an individual who creates, maintains, and subsequently gains advantage from social capital“ (Bhandari & Yasunobu 2009, 500).

Befürworter des *kollektiven* Ansatzes betrachten Sozialkapital hingegen als gemeinsames Vermögen: „Collective social capital emphasises social capital as a collectively-produced and -owned good [...]“ (Bhandari & Yasunobu 2009, 501). Dieser Ansatz rückt die Befähigung zur Kooperation und zum koordinierten Handeln sowie kollektive Effekte und Ziele ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Er stellt damit zugleich die kollektive Identität, mit anderen Worten, die Bedeutung eines Wir-Gefühls in den Vordergrund (vgl. Bhandari & Yasunobu 2009, 501; Eriksson 2011, o. S.; Badura 2013a, 1–4; Badura 2013b, 27). Das heißt jedoch nicht, dass bei der kollektiven Perspektive individuelle Vorteile außer Acht bleiben. Nach Eriksson (2011, o. S.) und Ludwig (2013, 28 und 30) kann sich der soziale Kontext auf die individuelle Gesundheit auswirken. Selbst Menschen, die ihrerseits über wenig Kontakte verfügen, könnten in Lebensräu-

men, in denen ein hohes kollektives Sozialkapital vorherrsche, von den positiven Eigenschaften profitieren.

Kawachi et al. (2013, 3) betonen, dass die individuelle Sozialkapitalperspektive dem Konzept der sozialen Unterstützung (das den Zugang zu z.B. emotionalen oder instrumentellen Ressourcen persönlicher Beziehungen beschreibt) gleichkomme und hieraus somit kein konzeptioneller Mehrwert erwachse. Für die Public Health-Forschung sei vielmehr der kollektive Ansatz von Bedeutung, weil sich hiermit Unterschiede zwischen Kontexten und Gruppen erklären ließen.

Allerdings schließen sich die Ebenen nicht aus und die individuelle Betrachtungsebene wird selbst von den Fürsprechern des kollektiven Ansatzes nicht negiert (vgl. Bhandari & Yasunobu 2009, 501). Beide Konzepte müssen messtechnisch zudem nicht auf verschiedenen Ebenen ansetzen. So kann kollektives Sozialkapital individuell gemessen und bei Bedarf aggregiert werden (vgl. Ludwig 2013, 20). Wissenschaftler sollten sich beide Perspektiven vergegenwärtigen und je nach wissenschaftlicher Zielsetzung die eine oder andere Betrachtungsebene – oder gar beide – gleichermaßen in den Blick nehmen. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf dem Sozialkapital von Organisationen und damit auf der kollektiven Sozialkapitalperspektive.

Gegenüberstellen lassen sich zudem Ansätze, die in erster Linie auf soziale *Netzwerke* abstellen und andererseits Ansätze, die *kulturelle* Aspekte von Sozialkapital in den Blick nehmen (vgl. Badura 2013a, 8; Badura 2013b, 27f.; Westle & Roßteutscher 2008, 168). Das erstgenannte Konzept, auch als strukturelles Sozialkapital bezeichnet, richtet das Augenmerk auf die Struktur von sozialen Beziehungen, also den Umfang und die Intensität von Netzwerken. Strukturelles Sozialkapital lässt sich anhand von Indikatoren, z.B. über die Zahl der Mitgliedschaften in Vereinen oder Organisationen, messen. Eingeschlossen sind Muster gemeinschaftlicher Verhaltensweisen (vgl. Islam et al. 2006, o. S.; Ludwig 2013, 19). Beispielhafte Vertreter der strukturellen Sozialkapitalkonstruktion sind Granovetter (1973) oder Burt (2000). Davon abzugrenzen ist eine kulturelle Variante des Sozialkapitals, der bspw. die Konzepte von Elinor Ostrom (2000), Francis Fukuyama (1999) oder Bernhard Badura (2013a, 2013b) zuzuordnen sind. Dieser Ansatz richtet das Augenmerk nicht auf bloße Netzwerke, sondern akzentuiert gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln eines Kollektivs (vgl. Badura 2013a, 8; Badura 2013b, 27f.).

Nachdem nun ein grober Überblick auf das Konzept Sozialkapital gegeben wurde, wird im Folgenden ein kurzer Überblick über die betriebliche Sozialkapitalforschung gegeben, um das Bezugsfeld der vorliegenden Arbeit näher zu spezifizieren.

ARBEITSWELTBEZOGENE SOZIALKAPITAL-KONZEPTE UND FORSCHUNGSBEFUNDE

Der betrieblichen Sozialkapitalforschung liegt – wie der Sozialkapitalforschung insgesamt – ein breites Spektrum an theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden zugrunde. Wie oben dargelegt, wird zwischen strukturellem und kulturellem Sozialkapital differenziert. Zudem lassen sich nach Gauggel (2011, 5) grob zwei Anwendungsfelder unterscheiden: 1. der Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital von Organisationen und unternehmerischen Vorteilen und 2. der Zusammenhang zwischen organisationalem Sozialkapital und Gesundheit. Abbildung 11 illustriert die theoretischen Perspektiven bzw. Anwendungsfelder der organisationalen Sozialkapitalforschung.

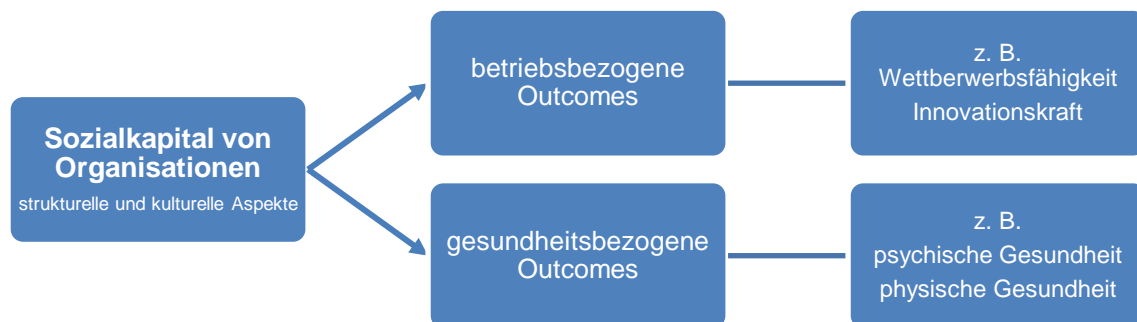


Abb. 11: Anwendungs- und Forschungsfelder von Sozialkapital in Organisationen
(Quelle: Gauggel 2011, 5; Farben, Formen, Inhalt modifiziert)

Beispielhaft seien einige prominente Vertreter mit ihren Konzepten angeführt: Nahapiet und Ghoshal (1998) subsumieren unter organisationales Sozialkapital sowohl strukturelles Sozialkapital als auch Facetten von kulturellem Sozialkapital (z.B. eine gemeinsame Sprache). Sie beschäftigen sich in ihrer Theorie des »Organizational Advantage« mit der Bildung von Wissen durch Sozialkapital in Unternehmen als Voraussetzung unternehmerischen Erfolgs. Burt (2000) erklärt dagegen in seiner »Theorie der strukturellen Löcher«, dass sich Sozialkapital aus spezifischen Netzwerkstrukturen konstituiert. Hiermit ließen sich Unterschiede in der Leistungsfähigkeit von Organisationen und individuelle, arbeitsbezogene Vorteile erklären. „Better connected people enjoy higher returns“ (Burt 2000, 348), so seine Annahme, die er auch empirisch untermauert. Adler und Kwon (2002) legen ein theoretisch und empirisch fundiertes Rahmenkonzept zum

Einfluss des Sozialkapitals auf organisationale und individuelle Outcomes dar. Den Schwerpunkt legen sie auf Netzwerkstrukturen, betonen aber, dass erst Austauschgelegenheiten, Kompetenzen, von denen Mitglieder profitieren können, und die rational- oder sozialisationsbedingte Motivation, sich einzubringen, Sozialkapital entfesseln.

In der vorliegenden Dissertation wird als Leitkonzept der, auf eine Bielefelder Forschergruppe zurückgehende, Bielefelder Sozialkapitalansatz zugrunde gelegt. Das Augenmerk wird bei diesem Sozialkapitalansatz auf die Organisationskultur und die Qualität von horizontalen und vertikalen Beziehungen in Organisationen gelegt. Zudem wird die Bindewirkung, die hiervon ausgeht, betont. Neben betriebsseitigen werden gesundheitswissenschaftlich relevante Indikatoren integriert; die Zusammenhänge werden durch empirische Studien untermauert (vgl. Badura et al. 2013; Badura 2016). Der Ansatz wird im folgenden Kapitel noch ausführlich erläutert.

Das steigende Forschungsaufkommen zum Thema organisationales Sozialkapital (und Gesundheit) im internationalen Raum lässt sich anhand der folgenden von Gauggel (2011) erstellten Abbildung 12 demonstrieren, die die Publikationen zum Thema in der Datenbank »Web of Science Social Citation Index« darlegt.

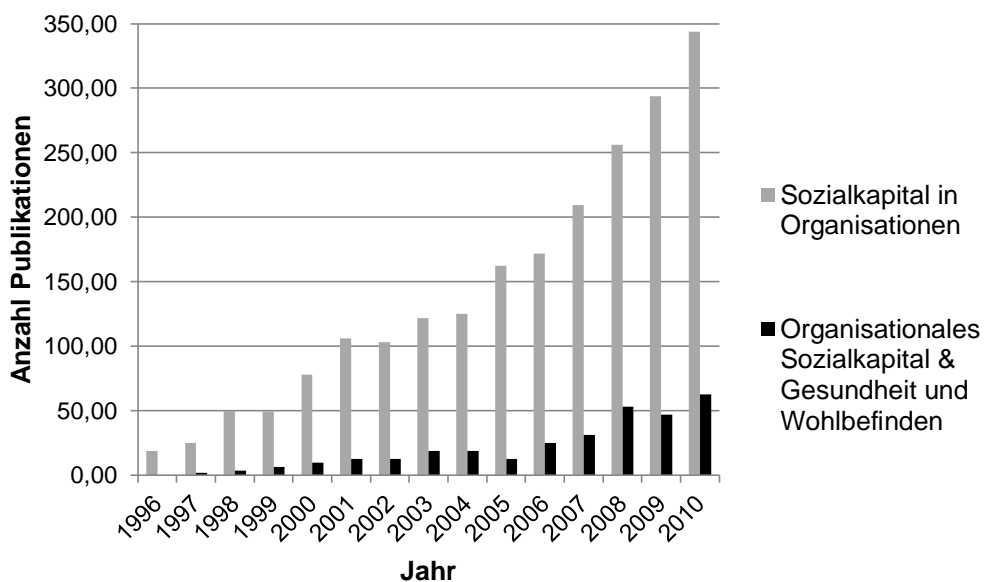


Abb. 12: Popularität (und steigendes Forschungsinteresse) von Sozialkapital in Organisationen sowie die Verknüpfung mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen (Quelle: Gauggel 2011, 3)

Waren es im Jahre 1996 noch 17 Publikationen, so umfassten diese in 2010 bereits 340. Allerdings stellt nach Gauggel (2011, 3) die Anwendung des Sozialkapital-Konzeptes im organisationalen Kontext im Vergleich zu den allgemeinen Forschungs-

aktivitäten im Bereich von Sozialkapital durch sozialwissenschaftliche Disziplinen noch eine Minderheit dar. Dies gelte insbesondere im Zusammenhang mit gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen – was sich in der Graphik auch widerspiegelt.

Die Public Health-Forschung befindet sich mit Blick auf das Konzept des betrieblichen Sozialkapitals in einem noch frühen Stadium (vgl. Gauggel 2011, 4 und 7 und 59; Hasle et al. 2007, 1; Oksanen 2009, 11; Oksanen et al. 2013, 23 und 25). Die Aufmerksamkeit richtete sich lange Zeit auf die Kontexte Schule, Nachbarschaft, Kommune, auf ganze Gesellschaften oder Nationen. Erst allmählich hat sie die Arbeitswelt als Forschungsfeld entdeckt. Gerade der Arbeitsplatz eignet sich durch das charakteristisch hohe Ausmaß an zwischenmenschlichen Interaktionen und dem dichten Geflecht an sozialen Beziehungen jedoch besonders zur Anwendung des Konzeptes. Er ist auch deshalb von hoher Relevanz, weil Menschen am Arbeitsplatz einen substantziellen Teil ihres Lebensalltags verbringen und zunehmend hier ihre sozialen Kontakte finden und knüpfen (vgl. Kouvonen 2006, o. S.; Oksanen 2009, 11; Oksanen et al. 2013, 23).

Betriebliche Sozialkapitalforscher im Bereich von Public Health verstehen Sozialkapital als ein kollektives Merkmal, und sie gehen der Frage nach, welchen Einfluss das Sozialkapital von Organisation auf die Mitarbeitergesundheit hat. Dabei wird nicht ausgeschlossen, dass das soziale System von Organisationen sogar negative Facetten aufweisen kann, z. B. eine Kultur der Angst oder Interessenskonflikte zwischen Gruppen. Die Forscher sprechen sich jedoch für eine Abkehr von einer einseitigen Fokussierung auf individuelle, stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale in der Arbeitswelt aus, wie sie durch das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 1979; Karasek & Theorell 1990) oder das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) repräsentiert werden (vgl. Badura & Walter 2014, 151; Hasle et al. 2007, 1 f.; Oksanen et al. 2013, 24 f.).

Hierzulande werden Studien zum Zusammenhang von betrieblichem Sozialkapital und Gesundheit vor allem an der Universität Bielefeld durchgeführt. Sie belegen durchweg signifikante Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital von Organisationen und gesundheitsbezogenen Indikatoren, wie dem Ausmaß an Depressivität, psychosomatischen Beschwerden, dem allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand, dem Wohlbefinden und dem Selbstwertgefühl. Es wird das kollektive Sozialkapital gemessen (vgl. Badura et al. 2013; Badura 2016). Einige von Holger Pfaff geleitete Studien zum Zusammenhang von Sozialkapitalmerkmalen und emotionaler Erschöpfung entstanden zudem an der Universität Köln (vgl. z. B. Driller et al. 2011; Kowalski et al. 2010a; 2010b; Ommen et al. 2008).

Den internationalen Forschungsstand fasst Oksanen et al. (2013) bzw. Oksanen (2009) zusammen. Mehrere empirische Arbeiten entstanden demnach insbesondere in Finnland im Rahmen der hier durchgeführten »Finnish Public Sector Study«, einer kontinuierlichen Befragung von etwa 35.000–50.000 Erwerbstätigen aus dem öffentlichen Dienst. Zusammenhänge fanden sich zwischen Sozialkapital und der subjektiven Gesundheit sowie Depressionen, nicht aber zwischen Sozialkapital und Mortalität oder Bluthochdruck (vgl. Oksanen 2009, 30–44 und 62–67; Oksanen et al. 2013, 30–53).

4.2.2.2 Bindekräfte von Organisationen: das Bielefelder Sozialkapital-Konzept

Die konzeptionellen Grundlagen der vorliegenden Arbeit bilden im engeren Sinne der an der Universität Bielefeld entwickelte *Bielefelder Sozialkapital-Ansatz* (vgl. Badura et al. 2008) und die damit verbundene *Bindungsthese* (vgl. Badura & Walter 2014; Badura 2016).

Im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz wird generell das soziale System von Organisationen in der Arbeitswelt in den Blick genommen sowie seine Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitglieder und die Betriebsergebnisse von Organisationen (vgl. Badura 2016; Badura et al. 2013). Dabei sind die folgenden, mittlerweile empirisch gestützten, Annahmen für das Bielefelder Sozialkapital-Konzept konstituierend:

- „1. Organisationen haben – unabhängig von Branche, Größe und den persönlichen Merkmalen ihrer Mitglieder – durch ihr spezifisches soziales System einen spezifischen Einfluss auf Gesundheit und Betriebserfolg.
2. Eine zentrale Rolle spielen dabei Kultur, Führung und Beziehungsklima – durch ihren Einfluss auf die Bindewirkung, die Qualität der Zusammenarbeit und das individuelle Wohlbefinden.
3. Dieser Zusammenhang kann zugleich gesundheitsförderlich und produktiv genutzt werden, wo es gelingt, intrinsische Motivation, Eigeninitiative und selbstorganisiertes Handeln und die dafür notwendigen sozialen Kompetenzen zu kultivieren.
4. Voraussetzung ist ein Vorrat an Gemeinsamkeiten: an gemeinsamen Werten und Verhaltensregeln sowie an sinnstiftenden Zielen und Aufgaben als Grundlagen von Gemeinsinn, Vertrauen und gelingender Kooperation“ (Badura 2017, 38).

Der Ansatz unterstreicht die Bedeutung einer gelingenden Kooperation für die Gesundheit und den Organisationserfolg. Betont wird, dass die Gesundheit der Organisationsmitglieder von der Beschaffenheit des sozialen Systems einer Organisation, den dort vorherrschenden Werten und dem Ausmaß der Sinnhaftigkeit einer Arbeit abhängen. Hervorgehoben wird ferner der Umstand, dass Organisationen durch ihr Potenzi-

al, Mitarbeiter binden zu können, die Motivation und das Wohlbefinden beeinflussen. Und schließlich wird die Bedeutung der Sozialkapitalfaktoren – Führung, Beziehungsklima und Unternehmenskultur – für den Erfolg einer Organisation herausgestellt (vgl. Badura 2017, 38).

Grob lassen sich die verschiedenen Annahmen zu drei zentralen Wirkbeziehungen, die in Organisationen zu beobachten sind, verknüpfen und vereinfacht wie folgt formulieren: 1. Je höher das Sozialkapital von Organisationen, desto höher ist das Humankapital; 2. Je höher das Humankapital, desto besser sind die Betriebsergebnisse und 3. Je höher das Sozialkapital, desto besser sind die Betriebsergebnisse (vgl. Badura 2017, 39). Abbildung 13 illustriert diese Wirkketten.

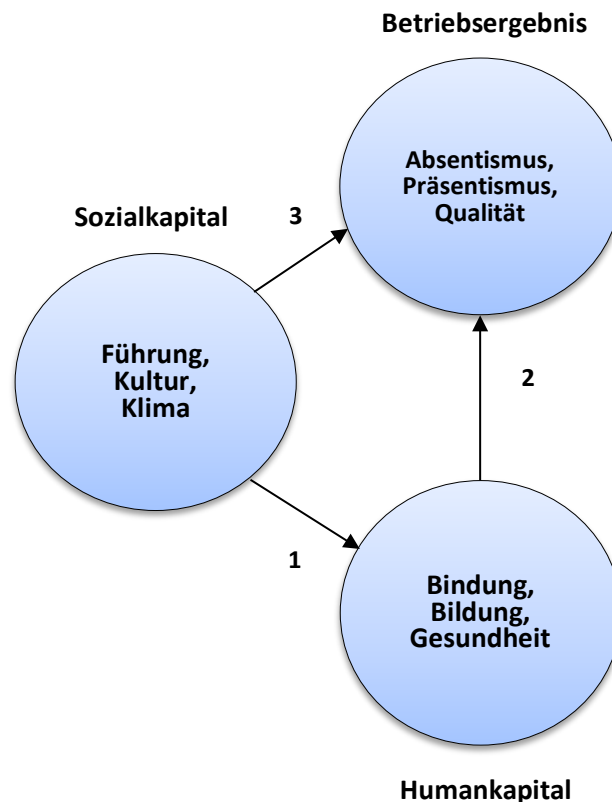


Abb. 13: Bielefelder Unternehmensmodell (Basismodell)

(Quelle: *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert: Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung*, Kapitel 3: Sozialkapital und Gesundheit, 2017, S. 39, Badura, B.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017, mit Genehmigung von Springer)

Mit Blick auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und die Leistungsfähigkeit von Organisationen resultiere hieraus die Notwendigkeit, verstärkt immaterielle bzw. sogenannte weiche Faktoren und ihre Folgen für die psychische Gesundheit zu untersuchen. Dabei sollten die informellen Beziehungen zwischen Vorgesetzten und geführten Mitarbeitern, zwischen Kollegen sowie die geteilten Werte, Überzeugungen

und Regeln in einer Organisation in den Blick genommen werden – ihr Sozialkapital. Eine reibungsarme Kooperation sowie eine hohe psychische Leistungsfähigkeit bilden Grundbedingungen für den Organisationserfolg (vgl. Badura 2013a, 2; Badura 2013b, 32ff. und 38; Badura 2017, 8–11; Rixgens & Badura 2012, 197f.).

Mit dem Begriff der Organisation ist im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz „[...] eine Institution [...] zielorientierter Kooperation“ (Badura et al. 2012, 548) gemeint. Damit folgt das Konzept dem *institutionellen* Organisationsbegriff, wonach eine Organisation eine Institution ist, in der durch arbeitsteilige, aber koordinierte Handlungen der Organisationsmitglieder definierte Ziele angestrebt werden. Abzugrenzen ist dieses Verständnis vom *instrumentellen* Organisationsbegriff, der das gesamte zur Realisierung des Organisationsziels geschaffene Regelwerk umfasst. Abzugrenzen ist es ferner vom *funktionalen* Organisationsbegriff, der eine Organisation als eine Managementfunktion betrachtet, die auf die kontinuierliche (Neu-)Gestaltung der Organisationsstruktur ausgerichtet ist (vgl. Schreyögg 2008, 4–11; Schulte-Zurhausen 2014, 1–5).

Dem Bielefelder Sozialkapital-Konzept liegt daneben eine eigene Sozialkapital-Definition zugrunde, die aufgrund ihrer Präzision und ihres gesundheitswissenschaftlichen Bezugs in der vorliegenden Arbeit Anwendung findet:

„Der Begriff Sozialkapital wird [...] zur Identifizierung von Merkmalen sozialer Systeme verwendet, die ihre Leistungsfähigkeit ebenso wie die Gesundheit ihrer Mitglieder vorherzusagen erlauben. Im engeren Sinne wird darunter das soziale Vermögen einer Organisation verstanden, d. h. Umfang und Qualität der internen Vernetzung, der Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln sowie die Qualität der Menschenführung“ (Badura 2013a, 9f.).

Deutlich wird eine dreidimensionale Konstruktion von Sozialkapital als ein Konzept, welches sich aus den Komponenten »Qualität und Umfang der internen Vernetzung«, »gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln« sowie der »Qualität der Menschenführung« konstituiert. Diese auch als Netzwerkkapital bzw. Beziehungsklima, Werte- und Überzeugungskapital (Organisationskultur) sowie Führungskapital (Qualität der Führung) bezeichneten Elemente von Sozialkapital verweisen darauf, dass der Nutzen eines sozialen Systems von verschiedenen Faktoren ausgeht.

Im Bielefelder Sozialkapital-Konzept bildet die Organisationskultur ein Kernelement. Der Ansatz grenzt sich ab von einem ausschließlich netzwerkorientierten Sozialkapital-Ansatz, der auf die Struktur von sozialen Beziehungen abstellt und bspw. von Granovetter (1973) oder Burt (2000) in den Vordergrund gestellt wird. Der kulturelle Ansatz

betont dagegen den Stellenwert gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln eines Kollektivs (vgl. Badura 2013a, 7; Badura 2013b, 27 f.).

DAS BIELEFELDER BINDUNGSKONZEPT

Dem Bielefelder Sozialkapital-Konzept liegt eine zentrale Annahme zugrunde, mit der der Zusammenhang zwischen organisationalem Sozialkapital, Gesundheit und Betriebserfolg erklärt wird: *die Bindungsthese* bzw. das Konzept der *Bindungskräfte von Organisationen*. Damit grenzt sich das Konzept von anderen Sozialkapitaltheorien ab. Als ein kollektiver Bindungsansatz bildet das Bielefelder Bindungskonzept zudem ein zu individuellen Bindungsansätzen, wie dem Commitment, komplementäres Konzept.

BINDUNGSTHESE

Die Grundthese im Bielefelder Sozialkapital-Konzept besagt, dass Organisationen Eigenschaften besitzen, mit denen sie ihre Mitglieder emotional binden oder abstoßen können. Diese sogenannten *Bindungskräfte* sind für die Gesundheit der Mitarbeiter und für den Erfolg einer Organisation gleichermaßen relevant. Die Organisationsbindung entsteht prinzipiell aus dem Zusammenwirken von a) dem Bindungsbedürfnis eines Mitarbeiters und b) der Bindekraft der Organisation, wobei im Bielefelder Konzept – und somit in der vorliegenden Dissertation – das Augenmerk auf den letztgenannten, kollektiven Wirkfaktor gerichtet ist. Im Mittelpunkt steht das Potenzial einer Organisation, Mitarbeiter emotional binden zu können (vgl. Badura 2017, 13 ff. und 30 ff.; Badura & Ehresmann, 2016, 85 f.; Badura & Walter 2014, 152).

Organisationen besitzen Bindekräfte, von denen sich Mitarbeiter emotional angezogen fühlen und durch die sie schließlich – in Abhängigkeit von ihrem persönlichen Bindungsbedürfnis – auch emotional gebunden werden. Bindungskräfte werden von anziehenden, das heißt attraktiven, Mitgliedern einer Organisation sowie von gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln sowie der Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit ausgeübt. Dieses Sozialkapital-Modell umfasst positive Beziehungen zu Kollegen und mitarbeiterorientierte Vorgesetzte sowie eine Organisationskultur, mit dessen Werten sich die Mitglieder einer Organisation identifizieren können, die folglich neben einer sinnstiftenden Tätigkeit eine anziehende Wirkung auf Mitglieder einer Organisation ausüben. Diese sogenannten Pull-Faktoren erzeugen ein Grundvertrauen der Mitglieder in die Organisation und fördern die Kooperation der Organisationsmitglieder, was wiederum zu verbesserten Betriebsergebnissen führt. Emotional gebundene Organisationsmitglieder sind Arbeitsbelastungen gegenüber weniger anfällig; sie können ihre psychi-

schen Energien bewahren bzw. mobilisieren (vgl. Badura 2017, 13 ff. und 30 ff.; Badura & Ehresmann 2016 85 f. und 90; Badura & Walter 2014, 152).

Die emotionale Bindung an Menschen und Werte und die Sinnhaftigkeit der Arbeit sind Treiber von selbstorganisierter Arbeit in Organisationen: „Die Suche nach Sinn, Zuwendung und Anerkennung und das damit angestrebte Gefühl, gebraucht zu werden, bilden die primäre Triebkraft menschlichen Handelns – nicht Angst vor Sanktionen oder finanzielle Anreize“ (Badura 2017, 7).

Menschen organisieren sich selbst, um von anderen Menschen Zuwendung und Anerkennung zu erhalten, und weil sie sich an gemeinsame Ziele, Standards, Werte, Regeln und Überzeugungen binden. Führungskräfte sollten Mitarbeiter zur Selbstorganisation befähigen, indem sie ein Klima des Vertrauens herstellen und die Kulturentwicklung fördern (vgl. Badura 2013a, 1; Badura 2017, 7–11 und 41 und 55 und 103f.).

Fühlen sich Mitarbeiter von einer Organisation dagegen eher abgestoßen, dann werden sie keine oder wenig emotionale Bindung an diese Organisation entwickeln. Dies hat zur Folge, dass sie sich durch Belastungen stärker beeinträchtigt fühlen und eher dazu neigen, erschöpft und resigniert zu sein. Faktoren der Organisation, die Mitarbeiter abstoßen, werden hier als Push-Faktoren bezeichnet. Hierzu zählen bspw. eine Misstrauens- oder Angstkultur, ein Mangel an Wertschätzung durch Andere oder eine Tätigkeit, die keine oder wenig Sinnhaftigkeit vermittelt (vgl. Badura & Walter 2014, 152). Herrschen Angst und Misstrauen in einer Organisation vor, dann führt dies zu Reibungen an den Mensch-Mensch-Schnittstellen, zu verstärktem Aufwand bei der Gefühlsregulierung, die die Energien der Mitglieder von der erfolgreichen Bewältigung der Kernprozesse ablenken (vgl. Badura & Walter 2014, 152).

Postuliert wird, dass Mitglieder einer Organisation ungeachtet unterschiedlicher soziodemographischer Merkmale und unabhängig von der Position, die sie innerhalb einer Organisation beziehen, eine hohe Übereinstimmung bezüglich ihrer Wertvorstellungen, ihres Bedürfnisses nach Zugehörigkeit, Wertschätzung und nach Sinnhaftigkeit in der Arbeit aufweisen. Es wird folglich davon ausgegangen, dass spezifische Merkmale der Organisationskultur, eine mitarbeiterorientierte Führung, ein positives, vertrauensvolles Beziehungsklima und die Sinnhaftigkeit der Arbeit für einen Großteil an Mitarbeitern gleichermaßen anziehend sind (vgl. Badura & Ehresmann 2016, 85).

Die emotionale Einbindung in das soziale System ist dabei nicht nur Selbstzweck, sie hat eine fundamental salutogene Bedeutung: „Psychische Gesundheit bedarf der Ver-

wurzelung in einem Geflecht vertrauensvoller Beziehungen sowie erlernter Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen“ (Badura 2015, 12). Das Streben nach Bindung ist daher von grundlegender gesundheitlicher Bedeutung. Gleiches gilt umgekehrt für die Bindekräfte von sozialen Systemen, weil sie Gedanken, Gefühle und Verhalten beeinflussen und somit als Gesundheitspotenziale fungieren können (vgl. Badura et al. 1999, 25 und 28). Die Bedeutung der Bindung an andere Menschen für die Gesundheit kommt auch im folgenden Zitat stark zum Ausdruck: „Menschen brauchen Menschen: zu ihrer kognitiven und moralischen Entwicklung, bei der Bewältigung ihres Alltags und zur Stabilisierung ihres emotionalen Gleichgewichts“ (Badura 2015, 10).

Das Bindungskonzept legt nahe, die pathogene Perspektive des Stresskonzeptes um die positiven Eigenschaften von Arbeit zu erweitern und sich nicht nur auf Arbeitsbelastungen zu beschränken, sondern sich daneben Potenzialen von sozialen Systemen und ihren Bindekräften zuzuwenden. Mit dem Bielefelder-Sozialkapitalansatz können beide Perspektiven beleuchtet werden: die Schatten- und Lichtseiten von Organisationen. Jedoch werden mit dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz bevorzugt die Lichtseiten von Organisationen und damit ihre Bindungskräfte in den Blick genommen (vgl. Badura & Walter 2014, 151 f.; Badura 2017, 13 ff. und 30 ff. und 38 f.). „Wir schlagen vor, sich der positiven Seite zuzuwenden, d.h. den Quellen psychischer Energie mehr Aufmerksamkeit zu schenken“ (Badura & Walter 2014, 152). Damit folgt der Ansatz der dem salutogenetischen Paradigma der Gesundheitswissenschaften.

MENSCHENBILD UND ÜBERBLICK ÜBER DIE THEORETISCHE VERANKERUNG

Dem Bielefelder Bindungskonzept liegt ein spezifisches Menschenbild zugrunde, basierend auf drei ineinandergreifenden Bezugsebenen, die den Menschen als ein Naturwesen, als ein Sozialwesen und Kulturwesen kennzeichnen (vgl. Abb. 14).

Naturwesen: Die erste, neurobiologisch verankerte, Bezugsebene stellt auf den Menschen als einem Naturwesen ab. Menschen würden durch das biologisch angelegte Abwehr- und Vermeidungssystem einerseits Bedrohungen vermeiden oder diese bekämpfen und strebten andererseits durch das Bindungs- und Belohnungssystem nach emotionalen Bindungen, um damit ihr Wohlbefinden zu steigern (vgl. Badura 2015, 5; Badura & Ehresmann 2016, 83). Diese Grundannahme basiert auf Erkenntnissen der Neurobiologie, wie sie in Kapitel 4.1.2 bereits vorgestellt wurden und aus diesem Grund an dieser Stelle nicht eingehender zu beschreiben sind. Bezug genommen wird in den Publikationen um das Bielefelder Sozialkapital-Konzept z. B. auf Insel (2003),

auf Kandel (2014) oder MacDonald und MacDonald (2010) (vgl. z.B. Badura 2017, 30 ff.; Badura & Ehresmann 2016, 83; Badura 2013a, 4).

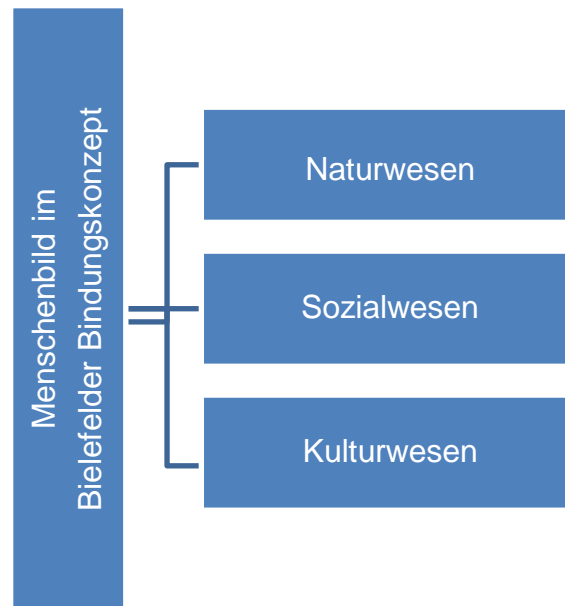


Abb. 14: Dreidimensionales Menschenbild im Bielefelder Bindungskonzept
(Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Badura 2017, 22)

Sozialwesen: Eine weitere Perspektive ist eine evolutionsbiologische bzw. sozialepidemiologische. Demnach bedürfen Menschen als Sozialwesen der Zuwendung und Wertschätzung durch Ihresgleichen, um gesund und leistungsfähig zu bleiben. Dieser Umstand sei dadurch zu erklären, dass Menschen auf die Kooperation mit anderen Menschen ausgerichtet seien (vgl. Badura 2015, 12). Um dies eingehender zu erläutern stützt sich das Bielefelder Sozialkapital-Konzept einerseits auf eigene empirische Befunde (vgl. den Abschnitt »Empirische Modellfundierung« am Ende dieses Kapitels), andererseits auf Erkenntnisse aus der Evolutionsbiologie (vgl. z.B. Badura 2015, 11 f.; Badura 2017, 4 und 30 f. und 59). Seitens der Evolutionsbiologie wird bspw. auf die Publikation von Tomasello und Vaish (2013) sowie Dunbar und Shultz (2007) Bezug genommen, auf die an dieser Stelle zur Veranschaulichung kurz einzugehen ist.

Tomasello und Vaish ziehen einen Vergleich zwischen dem Kooperationsverhalten von Menschen und Menschenaffen und zeigen auf dieser Basis auf, dass prosoziale und kooperative Verhaltensweisen evolutionsbiologisch erklärbar sind. Bei der menschlichen Spezies habe sich im Laufe der Evolution ein besonders ausgeprägtes, auch moralisch gesteuertes, Kooperationsverhalten ausgebildet, welches zudem viel stärker als bei Menschenaffen kollektiv organisiert sei. Nicht nur individuelle Interessen, sondern

auch das Gemeinwohl und kollektive Anstrengungen sowie kollektive Vereinbarungen kennzeichnen demnach menschliches Kooperationsverhalten. Die beiden Forscher erklären am Beispiel der Spezies Mensch, dass Kooperation im Laufe des Lebens durch mit Kultur und Sozialisation verbundenen Lernprozessen gefördert werde (vgl. Tomasello & Vaish 2013, 249 ff.).

Dunbar und Shultz (2007, 1344–1347) bekräftigen mit ihrem Artikel »Evolution in the social brain«, dass Menschen soziale Wesen sind, die sich in Gruppen organisieren, weil hieraus kollektive Vorteile, insbesondere eine hohe kollektive Leistungsfähigkeit („Fitness“), entstehen. Dies erklärt ihrer Ansicht nach die evolutionär bedingte, mit der Größe eines sozialen Kollektivs korrelierende, ausgeprägte Hirngröße der Primaten. Dabei stellen die Forscher fest, dass Primaten „[...] intensely social species [...]“ (Dunbar & Shultz 2007, 1346) sind, die feste, emotionale und nicht von Eigennutz geleitete, Bindungen eingehen (vgl. Dunbar & Shultz 2007, 1345f.). In diesem Artikel wird folglich betont, dass sich Menschen nicht allein aus rationalen Gründen binden wollen.

Die These vom Menschen als einem sozialen Wesen, lässt sich überdies durch Befunde aus der Sozialepidemiologie unterstreichen. Richtungsweisend sind epidemiologische Kohortenstudien, die den Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit aufzeigen (vgl. z. B. Badura et al. 1987; Berkman & Syme 1979). Es liegen darüber hinaus diverse empirische Übersichtsarbeiten zum Thema vor, aktuell von Ehsan und De Silva (2015) sowie Hu et al. (2014), denen allerdings zu entnehmen ist, dass das Konzept vornehmlich auf der gesellschaftlichen Makroebene oder der Mikroebene und häufig in Bezug auf pathogene Outcomes Anwendung findet. In Erinnerung gerufen seien daher die im vorherigen Kapitel skizzierten Befunde aus der betrieblichen Sozialkapitalforschung. Empirische Ergebnisse zum Bielefelder Konzept werden zudem im nachfolgenden Abschnitt erneut aufgegriffen.

Kulturwesen: Die dritte ist eine soziologisch-anthropologische Ebene, wonach Menschen als Kulturwesen geleitet von internalisierten durch Sozialisation und Bildung erworbenen Werten und Überzeugungen handeln (vgl. Badura 2015, 5; Badura 2017, 41–46). Das Bielefelder Bindungskonzept stützt sich zur Untermauerung dieses Ansatzes auf die Befunde u.a. von Durkheim, Weber oder auf Dahrendorf sowie Freud und Elias. Angeknüpft wird daneben an Beiträge von Ostrom, Fukuyama und Schein sowie Pettigrew und Cohen und Prusak (vgl. Badura 2013a; Badura 2013b; Badura 2017, 42; Badura & Ehresmann 2016, 81–86).

Kultur ist ein vielschichtiges Konzept, dessen konzeptionelle Grundlagen in erster Linie in der Anthropologie zu suchen sind. Wissenschaftlern wird angesichts der starken Heterogenität in Bezug auf Definition und Konzeptualisierung von Kultur nahegelegt, das ihrer Analyse zugrunde liegende spezifische Konzept von Kultur einzugrenzen bzw. zu definieren (vgl. Minkov 2013, 10 ff.; Schneider et al. 2013, 369).

Im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz wird ein Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln bei den Mitgliedern einer Organisation als Kernmerkmal von Kultur betrachtet (vgl. Badura 2015, 29). Kultur wird hier definiert als durch Sozialisation erlernte gemeinsame Denk-, Verhaltens- und Emotionsmuster, die Menschen verbinden und die gemeinschaftliches Zusammenleben bzw. kollektives Handeln ermöglichen. Kultur sei ein emotional vermitteltes Phänomen. Kultur reguliere Emotionen; sie besetze Kognitionen mit positiven oder negativen Emotionen. Kultur leite den Menschen, indem sie vorgebe, was korrekt oder falsch, bedeutsam oder unwichtig und gut oder schlecht sei (vgl. Badura 2008, 16; Badura 2015, 23 ff.; Badura & Ehresmann 2016, 82 ff.). „Menschen sind bedingt durch ihre Sozialisation wertergetriebene Wesen“ (Badura 2015, 20); sie binden sich an Werte; sie orientieren sich an gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln, sie verinnerlichen diese, sie handeln ihren Grundwerten entsprechend und ihre Emotionen hängen davon ab. Durch ihre beziehungsstiftende und sinnstiftende Funktion, durch den Beitrag zur Selbstorganisation eines Kollektivs und durch ihren Einfluss auf Emotionen ist Kultur ein zentraler Gesundheits- und Erfolgstreiber (vgl. Badura 2008, 16; Badura 2015, 23 ff.; Badura & Ehresmann 2016, 82–86; Badura 2017, 41–54 und 92–95).

Die Bielefelder Bindungsthese knüpft besonders an das Konzept der Organisationsexperten Cohen und Prusak an (vgl. Badura 2013a, 9). Mitarbeiter, so Cohen und Prusak (2001, x [sic!]), streben auch am Arbeitsplatz nach Bindung. Sie wollen kooperieren, suchen Unterstützung, Vertrauen und Gerechtigkeit; sie möchten anerkannt werden und sich zugehörig fühlen. Sie sind als soziale Wesen geradezu angewiesen auf dauerhafte Bindungen, die von Vertrauen und Verständnis geprägt sind. Demgegenüber seien Managementstrategien insofern rückständig, als dass sie an einem maschinellen Menschen- und Organisationsverständnis festhielten, das die soziale Natur von Organisationen verkenne (vgl. Cohen & Prusak 2001, 6 ff. und 17 und 20 und 184). Cohen und Prusak stellen auf den Zusammenhang zwischen Kultur und Organisationserfolg ab, den sie in ihren praktischen Erfahrungen beobachtet haben. Das Bielefelder Sozialkapital-Konzept bezieht darüber hinaus den Zusammenhang mit Gesundheit ein und stützt sich u.a. auf eigene quantitativ-empirische Befunde.

DAS BIELEFELDER BINDUNGSMODELL

Das Bielefelder Bindungsmodell ist ein Teil des Bielefelder Unternehmensmodells, einem komplexen Wirkmodell welches die Zusammenhänge zwischen Organisationsmerkmalen und Arbeitsbedingungen einerseits und gesundheitsbezogenen sowie betriebsrelevanten Outcomes andererseits beschreibt (vgl. Behr et al. 2013, 49). Für die vorliegende Arbeit ist der in Abbildung 15 dargestellte Ausschnitt aus dem Modell – im Folgenden als Bindungsmodell bezeichnet – von übergeordneter Bedeutung.

Das Modell identifiziert Determinanten (Treiber) von gesundheitswissenschaftlich und betriebswirtschaftlich relevanten Ergebnissen (Früh- und Spätindikatoren). Es unterstellt, dass die Treiber je nach Organisation unterschiedlich profiliert sind und kausale Zusammenhänge zwischen den Treibern und den Ergebnisvariablen bestehen (vgl. Behr et al. 2013, 49). Das Modell findet auf Wirtschafts- und Dienstleistungsorganisationen sowie öffentliche Verwaltungen Anwendung.

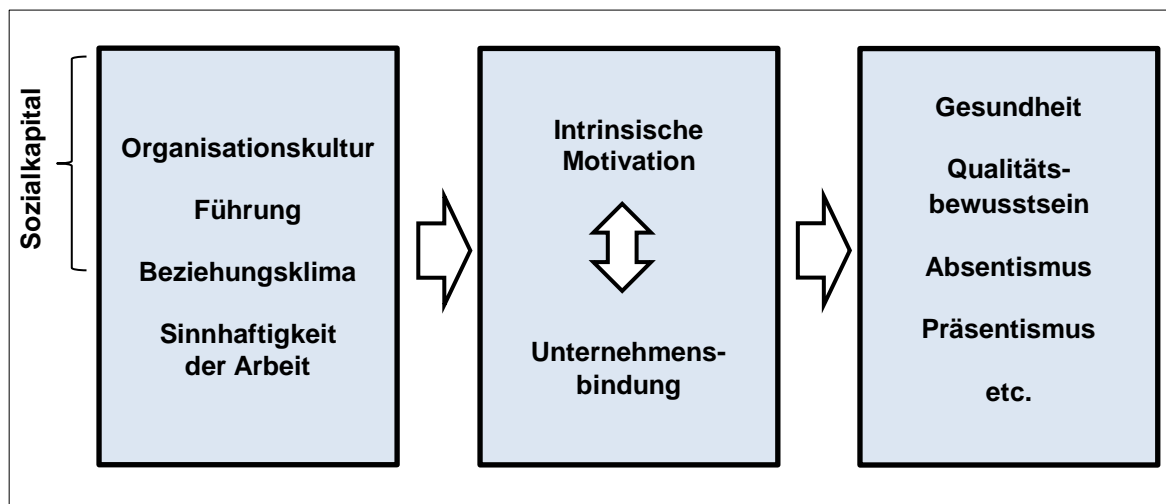


Abb. 15: Das Bielefelder Bindungsmodell

(Quelle: *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert: Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung*, Kapitel 5: Auf dem Weg zur nachhaltigen Unternehmensführung, 2017, S. 101, Badura, B. © Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017, mit Genehmigung von Springer)

Das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit sind die zentralen Treiber von Gesundheit und Betriebsergebnissen. Sie beeinflussen die emotionale Bindung an die Organisationsmitglieder. Diese ist ihrerseits ein zentraler Prädiktor für die Gesundheit sowie für betriebswirtschaftlich relevante Indikatoren. Es sind nicht nur konkrete Bindungen an Menschen – also an Kollegen oder Vorgesetzte – am Arbeitsplatz oder sinnhafte Tätigkeiten relevant, sondern auch die in der Organisationskultur verankerten kollektiven Werte, Überzeugungen und Regeln, an die sich Menschen binden oder von

denen sie sich abgestoßen fühlen können (vgl. Badura 2017, 13f. und 27–32); Badura & Ehresmann 2016, 82–86 und 90; Badura & Walter 2014, 152).

Als Frühindikatoren eines Unternehmens fungieren die psychische und physische Gesundheit, die Work-Life-Balance, das emotionale Commitment sowie die Organisationspathologien *innere Kündigung*, *Mobbing* und *Burn-out* (Behr et al. 2013, 49). Dem Konzept der Organisationspathologie liegt die Annahme zugrunde, dass auch Organisationen krank oder gesund sein können. „Ausgebrannte Individuen sind [...] nur Symptomträger einer ausgebrannten Organisation“ (Badura et al. 2010, 48). Wenn sich Burn-out-Fälle in einer Organisation oder in einer Abteilung häufen, dann ist das in erster Linie ein Hinweis auf einen Verlust bzw. eine Erosion des organisationalen Sozialkapitals (vgl. Badura et al. 2010, 49). Frühindikatoren kündigen als Signalgeber an, dass Prozesse im Unternehmen eine unerwünschte Richtung annehmen; sie verweisen auf Handlungsbedarf. Spätindikatoren wie Absentismus sind mit Blick auf die verursachenden Kosten relevant. Indikatoren wie das Qualitätsbewusstsein oder die Produktivität sind Indikatoren für den Organisationserfolg (vgl. Behr et al. 2013, 56 ff.).



Abb. 16: Sozialkapital von Organisationen: Elemente & Indikatoren (Quelle: *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*, Kapitel 4: Das Unternehmensmodell – Elemente und Zusammenhänge, 2. Aufl. 2013, S. 51, Behr, M., Rixgens, P., Badura, B. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008 2013, mit Genehmigung von Springer)

Abbildung 16 gibt eine nähere Beschreibung des Sozialkapital-Konzeptes mit seinen verschiedenen Subdimensionen. Das Konstrukt konstituiert sich demnach aus Führung

(Führungskapital), Beziehungsklima (Netzwerkkapital) und Organisationskultur (Überzeugungs- und Wertekapital), mit eigenen Subdimensionen. Die Abbildung spiegelt zugleich die Operationalisierung von Sozialkapital wider, wie sie von der Bielefelder Forschergruppe vorgenommen wird.

FÜHRUNG (FÜHRUNGSKAPITAL)

Mit der Komponente des Führungskapitals zielt das Bielefelder Sozialkapitalmodell auf die vertikalen Beziehungen zwischen Untergebenen einer Organisation und ihren direkten Vorgesetzten ab. Qualitätsmerkmale sind die Vertrauenswürdigkeit und Akzeptanz des direkten Vorgesetzten, die Vorbildfunktion, die Mitarbeiterorientierung, das Ausmaß an Fairness und Gerechtigkeit sowie sein Kommunikationsverhalten (vgl. Behr et al. 2013, 50f.). Das Konzept des Führungskapitals richtet das Augenmerk mit den direkten Vorgesetzten auf das operative (mittlere und untere) Management einer Organisation (vgl. Badura 2015, 40). Führungskräfte können durch ihr Verhalten die Gesundheit ihrer Untergebenen positiv oder negativ beeinflussen, dadurch dass sie ein Gefühl der Wertschätzung oder aber Ablehnung vermitteln und damit die emotionale Befindlichkeit des Mitarbeiters beeinflussen (vgl. Behr et al. 2013, 52). Führungskräfte, die auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter Rücksicht nehmen, die sich für die Anliegen ihrer Mitarbeiter interessieren, die die Weiterbildung ihrer Untergebenen fördern und dem Mitarbeiter Anerkennung entgegenbringen, die sich fair und gerecht verhalten und Transparenz herstellen, die vertrauenswürdig erscheinen und die sich konsistent verhalten, kennzeichnen ein ausgeprägtes Führungskapital (vgl. Badura 2015, 77; Behr et al. 2013, 52f.). Mit der Verlagerung zur Selbstorganisation verlieren hierarchische Führungsstile ihre Wirkmacht. Vielmehr sind Vorgesetzte gefordert, durch fachliche und emotionale Hilfestellung und mit Empathie und Begeisterung sowie Wertschätzung, also mitarbeiterorientiert, zu führen (vgl. Badura 2008, 18; Badura 2015, 77). Führungskräfte sind Träger der Unternehmenskultur. Von ihnen hängt ab, wie die von der obersten Führung einer Organisation vermittelte Kultur in einer Organisation ausgestaltet wird (vgl. Badura 2015, 40f.). Führungskräfte können zusätzlich Einfluss auf die Mitarbeiterbindung nehmen, indem sie die Sinnhaftigkeit einer Arbeit betonen (vgl. Badura & Walter 2014, 154).

BEZIEHUNGSKLIMA (NETZWERKKAPITAL)

Im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz ist das Beziehungsklima – auch als Netzwerkkapital bezeichnet – definiert als die Qualität der horizontalen, kollegialen, sozialen Beziehungen zwischen Mitgliedern eines Teams bzw. einer Abteilung (vgl. Behr et al. 2013,

50 ff.; Rixgens 2010a, 89 f.). Hierunter subsumieren sich Qualitätsmerkmale wie die Kohäsion im Team, die Kommunikation, die soziale Passung der Abteilungsmitglieder und das Ausmaß des gegenseitigen Vertrauens aus Sicht der Mitarbeiter (vgl. Behr et al. 2013, 51). Damit grenzt sich das zugrunde gelegte Verständnis des Netzwerkkapitals von der in der Sozialkapitalforschung üblichen Form ab: es werden nicht nur objektiv messbare Strukturmerkmale wie die Dichte der Bindungen, sondern darüber hinaus Qualitätsmerkmale sozialer Systeme erfasst, die unter dem Gesichtspunkt der emotionalen Bindungsbedürfnisse eines Menschen relevant sind. Die Kohäsion im Team ist ein zentraler Indikator für die Qualität des Beziehungsklimas. Die Qualität der Kommunikation manifestiert sich bspw. im Umgangston zwischen den Mitgliedern. Der soziale Fit beschreibt die zwischenmenschliche Passung; er ist für reibungslose Abläufe innerhalb eines Teams unerlässlich. Soziale Unterstützung zeigt sich dadurch, dass Menschen sich füreinander einsetzen und Hilfestellung leisten. Verlässlichkeit und das Zutrauen, private Probleme anzusprechen sind Vertrauensmerkmale (vgl. Behr et al. 2013, 50 f.). Erleben Mitglieder einer Abteilung das Beziehungsklima als positiv, weil sie Unterstützung und Zuwendung erfahren, weil sie sich wertgeschätzt fühlen, und das Gefühl haben, ihren Kollegen vertrauen zu können, dann fördert dies die emotionale Bindung an ihre Teammitglieder und zugleich ihre Gesundheit und Leistungsbereitschaft und damit auch ihr Arbeitsverhalten. Dagegen beeinflussen Beziehungen, die negative Emotionen wie Angst und Misstrauen auslösen, z. B. durch Rücksichtslosigkeit und Mobbing, die emotionale Bindung, die Gesundheit und die Motivation der Abteilungsmitglieder negativ (vgl. Behr et al. 2013, 49 f.; Badura et al. 2010, 37; Badura 2015, 47).

ORGANISATIONSKULTUR (ÜBERZEUGUNGS- UND WERTEKAPITAL)

Die Organisationskultur, verstanden als gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln eines Kollektivs, bildet die zentrale Säule des Bielefelder Sozialkapital-Konzeptes. Kultur fördert durch innere Überzeugung die intrinsische Motivation von Mitarbeitern. Sie bildet eine wesentliche Bedingung für selbstorganisierte, kollektive Aktivitäten, wenn Gedanken, Gefühle, Ziele und Verhaltensweisen gebündelt und harmonisiert werden. Kultur gibt dabei durch verbindliche Regeln und vorhersehbares Verhalten Orientierung (vgl. Badura 2015, 19–38; Badura 2017, 41–46). Kultur ist „[...] ‚Bindemittel‘ und ‚Treibstoff‘ einer Gruppe“ (Badura 2015, 24). Sie fördert das Grundvertrauen und damit die emotionale Bindung der Mitglieder an ihre Organisation. Kultur bindet Mitglieder einer Organisation auch durch eine gemeinsame Identität aneinander. Kultur trägt zudem durch ihre sinnstiftende Funktion zur Mitarbeiterbindung bei (vgl. Badura

2013b, 33; Badura 2015, 3 und 25–33 und 76; Badura & Walter 2014, 154; Badura et al. 2010, 65). Kultur prägt durch Sozialisation und durch eine entsprechende neurobiologische Bahnung im Gehirn das Annäherungs- und Vermeidungsverhalten von Menschen (vgl. Badura 2015, 11; Badura & Ehresmann 2016, 81–86). Je nachdem, ob die Mitglieder einer Organisation das Gefühl haben, dass die organisationalen Werte mit ihren eigenen Werten und Überzeugungen im Einklang stehen, ob die Kultur ihnen ein Gefühl der Sinnhaftigkeit vermittelt, ob sie menschlichen Grundwerten nach Anerkennung und Zugehörigkeit und Vertrauen entspricht, fühlen sich Mitglieder einer Organisation von deren Kultur angezogen oder abgestoßen (vgl. Badura 2015, 23 ff.; Badura & Ehresmann 2016, 82–86 und 90). Beispiele für Kulturmerkmale sind das Vertrauen innerhalb einer Organisation, die Gerechtigkeit, der Teamgeist, die Verlässlichkeit der Unternehmensleitung, angemessene Formen der Konfliktlösung die Orientierung an gemeinsamen Regeln und Zielen und Visionen, das gemeinsame Engagement, das Ausmaß der Wertschätzung sowie der Zusammenhalt zwischen den Organisationsmitgliedern (vgl. Badura 2015, 29).

SINNHAFTHKEIT DER ARBEIT

Die Sinnhaftigkeit der Arbeit bildet im Bielefelder Bindungsmodell ebenso wie das Sozialkapital von Organisation einen zentralen Treiber der Mitarbeiterbindung. Postuliert wird, dass Mitarbeiter sich an ihre Arbeitsaufgabe binden, weil sie ihnen Sinn vermittelt. Daher sei es eine zentrale Aufgabe der Führung in Organisationen, die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit zu betonen und das Ziel der Arbeitsaufgabe kontinuierlich hervorzuheben (vgl. Badura & Walter 2014, 152 ff.). Definiert ist die Sinnhaftigkeit der Arbeit im Bielefelder Sozialkapital-Konzept als das Ausmaß a), in dem die eigene Arbeit als bedeutsam empfunden wird b), in dem das eigene Handeln zum Organisationserfolg beiträgt und c), in dem die Tätigkeit als persönliche Bereicherung erlebt wird (vgl. Kap. 7.4, Abschnitt »Skala Sinnhaftigkeit der Arbeit«). Sinnhaftigkeit resultiere indes nicht nur aus der Arbeitsaufgabe selbst, sondern auch aus der Bindung an andere Menschen, mehr noch aus der Einbettung in ein soziales System einer Organisation. Sinn werde zudem durch gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln gestiftet (vgl. Badura & Walter 2014, 152 ff.).

Mit dem Konzept der Sinnhaftigkeit der Arbeit beschäftigen sich Vertreter unterschiedlichster Disziplinen: z. B. Ökonomen, Psychologen, Soziologen, Organisationsforscher, Theologen und Philosophen. Da die Forschungsaktivitäten weitestgehend unabhängig voneinander erfolgen, mangelt es dem Konzept an Einheitlichkeit (vgl. Rosso et al.

2010, 91). Rosso et al. (2010, 94f.) haben in ihrem Literaturreview eine Integration verschiedener Konzepte von Sinnhaftigkeit vorgenommen. Demnach lässt sich das Konzept der Sinnhaftigkeit der Arbeit wie folgt beschreiben: „Meaningful work‘ is [...] work experienced as particularly significant and holding more positive meaning for individuals“ (Rosso et al. 2010, 95). Nach Rosso et al. (2010, 114) entsteht Sinnhaftigkeit auf Basis zweier grundlegender Motiven des Menschen: 1. dem Wunsch bzw. Streben nach einer zielgerichteten Handlung sowie 2. dem Wunsch nach Gemeinschaft.

Das Ausmaß der erlebten Sinnhaftigkeit der Arbeit hängt nach Sicht von Rosso et al. zudem nicht nur von individuellen Faktoren, sondern auch von der Umwelt ab. Kollegen, Führungskräfte, die Einbindung in eine Gemeinschaft und die verinnerlichte Mission einer Organisation (z. B. Werte und Ziele) könnten neben Merkmalen der Tätigkeit wichtige Sinnstifter sein. Die Autoren dokumentieren den Stand der empirischen Forschung, wobei sie in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass gerade in Bezug auf Teambeziehungen und kulturelle Aspekte mit Blick auf die Sinnhaftigkeit der Arbeit noch erhebliche Forschungsbedarf bestehe (vgl. Rosso et al. 2010, 100–106).

Eine ähnliche Konzeptualisierung der Sinnhaftigkeit von Arbeit findet sich bei Pratt und Ashforth (2003). Ihrem Konzept zufolge entstehe die Sinnhaftigkeit von Arbeit durch sinnhaftes Handeln („what am I doing?“) sowie durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe („where do I belong to?“) (vgl. Pratt & Ashforth 2003, 313). Als Quellen der Sinnhaftigkeit heben sie die Arbeitstätigkeit sowie die soziale Arbeitsumgebung, einschließlich kultureller Dimensionen, hervor (vgl. Pratt & Ashforth 2003, 311–327).

Die Sinnhaftigkeit der Arbeit ist folglich ein vielschichtiges Konzept, welches eng mit der eigentlichen Bedeutsamkeit einer Tätigkeit und dem Sozialkapital einer Organisation assoziiert ist. Im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz wird, wie eingangs erwähnt, postuliert, dass Arbeit, die sinnhaft ist, ihrerseits zur emotionalen Bindung der Mitarbeiter beiträgt. Angenommen wird zudem, dass über die durch Sinnhaftigkeit vermittelte Bindung ein Beitrag zur psychischen Gesundheit geleistet wird (vgl. Badura & Walter 2014, 152ff.).

EMPIRISCHE MODELLFUNDIERUNG

Verschiedene Ausschnitte des Bielefelder Unternehmensmodells wurden durch empirische Studien von Bielefelder Forschern bereits wissenschaftlich fundiert. Dies betrifft insbesondere den Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Gesundheit sowie Betriebsergebnissen. Die Sinnhaftigkeit der Arbeit hängt mit Gesundheitsmerkmalen

ebenfalls signifikant zusammen. Die Ergebnisse der Studien belegen durchweg signifikante Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital und gesundheitsrelevanten Parametern: Depressivität, Wohlbefinden, psychosomatischen Beschwerden, dem allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand, dem Selbstwertgefühl sowie Betriebsergebnissen wie Präsentismus und Fehlzeiten (vgl. Badura et al. 2013; Badura 2016). Die Organisationskultur ist ein im Vergleich der Sozialkapitalfaktoren besonders starker Treiber von Gesundheit (vgl. Rixgens et al. 2013, 124; Steinke et al. 2013, 208). Krüger (2013, 243) hat gezeigt, dass die Komponenten des Sozialkapitals mit emotionaler Erschöpfung korrelieren.

Speziell das Bindungsmodell wurde hierzulande empirisch bisher lediglich partiell von Lükermann (2013) untersucht. Er zeigte, dass vor allem Merkmale der Organisationskultur sowie die Sinnhaftigkeit der Arbeit mit der Bindung der Mitarbeiter in einem signifikanten Zusammenhang stehen. Badura und Ehresmann (2016, 90) haben in einem Strukturgleichungsmodell das Bindungsmodell mit Blick auf die Unternehmenskultur untersucht. Hierbei zeigten sie auf, dass die Kultur einer Organisation, die Mitarbeiterbindung und Gesundheit sowie das Qualitätsbewusstsein zusammenhängen. Bislang wurde das Bindungsmodell jedoch noch nicht auf Burn-out übertragen.

Eine spezifische Literaturrecherche zum Bindungsmodell in den Datenbanken PubMed, Cochrane, PsycINFO, SocINDEX und ECONIS nach Publikationen im internationalen Raum in englischer und deutscher Sprache in den Jahren 2000 bis 2016 (Stand 30. Juni 2016) unter Berücksichtigung der Suchbegriffe: »(commitment or attachment) and (burnout or exhaustion) and (culture or values or leadership or social capital or cohesion or climate or meaning or meaningful or justice or networks or trust or reciprocity or supervisor or social support) and (workplace or work or job or occupation or organization)« erbrachte abzüglich doppelter Veröffentlichungen 286 Einträge. Nach Sichtung der Titel und Abstracts (bei Bedarf Einsicht der Volltexte), verblieben mit Blick auf definierte Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Anhang 1) in Bezug auf das Bindungsmodell 54 Publikationen, deren Inhalt auf Relevanz anhand der Volltexte näher geprüft wurde. Letztlich konnten 7 relevante, empirische Forschungsarbeiten identifiziert werden.

Zwei der extrahierten Studien belegten einen Zusammenhang zwischen der affektiven Bindung eines Mitarbeiters an seinen direkten Vorgesetzten und dem Ausmaß an emotionaler Erschöpfung (vgl. Landry et al. 2010; Landry et al. 2014). Lapointe et al. (2013) fanden zwar keinen direkten Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen, stellten

jedoch einen moderierenden Effekt der affektiven Bindung an den Vorgesetzten mit Blick auf den Zusammenhang von Organisationsbindung und emotionaler Erschöpfung fest. In einer Studie von Morin et al. (2012) erwies sich die emotionale Bindung an Kollegen als relevant mit Blick auf emotionale Erschöpfung und Zynismus, die Organisationsbindung war mit Zynismus und der Leistungsfähigkeit assoziiert. Die Bindung an den Vorgesetzten korrelierte nicht mit den Dimensionen. Thomas-Shaw (2004) fand keinen Zusammenhang zwischen der Bindung an Kollegen und Burn-out. In der Studie von Tanner et al. (2010) wird ein Zusammenhang zwischen einer ethischen Mitarbeiterführung von Vorgesetzten einer Arbeitsabteilung, dem affektiven Commitment (als Mediator) und emotionaler Erschöpfung aufgezeigt. Hier fand sich eine positive Beziehung zwischen Commitment und Erschöpfung. In der Studie von Manzoni und Eisner (2006) waren organisationale Stressoren (u.a. schlechtes Management, Gefühl von Isolation und mangelnde Wertschätzung), mit einer Verringerung des Merkmals »Arbeitszufriedenheit/Commitment« und erhöhtem Burn-out-Ausmaß assoziiert.

Die verwendeten Messinstrumente, Studienpopulationen, Rücklaufquoten und statistischen Verfahren divergieren, sodass eine unmittelbare Vergleichbarkeit der Studien nicht gegeben ist und die abweichenden Resultate nachvollziehbar werden. Keine der Studien wurde zudem in deutschen Organisationen durchgeführt (sie stammen aus der Schweiz, den USA oder Kanada). Lediglich in den Studien von Manzoni und Eisner (2006) sowie bei Thomas-Shaw (2004) finden klassische Burn-out-Prädiktoren (Zeitdruck oder Autonomie) Berücksichtigung. Bemerkenswert ist neben der geringen Zahl an Studien das Resultat, dass sich keine Untersuchung findet, in der alle drei Sozialkapitalmerkmale Führung, Beziehungsklima und die Organisationskultur Berücksichtigung finden. Die Organisationskultur sowie die Sinnhaftigkeit der Arbeit und ihre Bindewirkungen bleiben durchweg unberücksichtigt. Führung und Beziehungsklima bzw. dessen Bindewirkungen werden als individuelle Merkmale operationalisiert bzw. gemessen – also nicht als Organisationsmerkmale betrachtet. Lediglich in der Studie von Tanner et al. (2010) wird Führung als kollektives Merkmal gemessen. Mit Blick auf die Anwendung des Bindungsmodells auf Burn-out bzw. die Bindewirkung des Sozialkapitals von Organisationen und der Sinnhaftigkeit der Arbeit und ihren Zusammenhang mit Burn-out besteht folglich noch erheblicher Forschungsbedarf.

ZUSAMMENFASSUNG/FAZIT ZUM BIELEFELDER SOZIALKAPITAL-KONZEPT

Der Tradition der Sozialkapitalforschung folgend, beleuchtet der Bielefelder Sozialkapitalansatz den Nutzen von sozialen Beziehungen. Speziell wird die Bedeutung von Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur für die Gesundheit der Mitglieder einer Organisation und den Erfolg von Organisationen hervorgehoben. Das Alleinstellungsmerkmal dieser Theorie besteht nicht nur in der Verknüpfung von Sozialkapital mit gesundheitsbezogenen und betriebsrelevanten Ergebnissen, sondern in der Einbettung in das theoretische Konzept der organisationalen Bindungskräfte. So resultiere der Nutzen von Sozialkapital in erster Linie aus den hiervon ausgehenden Bindungskräften, die das Potenzial besitzen, Mitarbeiter zu binden und hierüber ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit fördern. Der Bielefelder-Bindungsansatz ist dabei im Gegensatz zur Bindungstheorie von Bowlby, dem Commitment-Konzept und den sozialen Neurowissenschaften nicht auf Individuen bezogen. Er fokussiert stattdessen auf Merkmale von Kollektiven, von denen Bindungskräfte ausgehen. Gleichwohl fügt er sich an die individuellen Grundlagenkonzepte an, die aufzeigen, dass Menschen, sich zur Förderung ihres Wohlbefindens binden wollen. Anders als diese stellt er zusätzlich Werte, Überzeugungen und Regeln, also die kulturelle Bindung, in den Vordergrund. Welche Bedeutung haben die Bindekräfte sozialer Systeme von Organisationen mit Blick auf das Burn-out-Ausmaß der Mitarbeiter? Das ist das zentrale Thema der Dissertation.

5 Untersuchungsmodell und Forschungshypothesen

Dieses abschließende Kapitel des Theorieteils zum Thema Burn-out, Bindung und dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz dient der Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse, der Konstruktion eines Untersuchungsmodells für die empirische Analyse sowie der Darlegung der Forschungshypothesen. Die vorliegende Dissertation intendiert, einen Beitrag zur Grundlagenforschung mit Blick auf die Erklärung von Burn-out zu leisten. Es soll der Frage nachgegangen werden, *welche Bedeutung das Sozialkapital von Organisationen für die emotionale Bindung von Mitarbeitern hat, und welche Konsequenz sich daraus für das Burn-out-Ausmaß in Organisationen ergibt*. Die zugrunde liegende Perspektive stellt eine Erweiterung bisheriger Forschungserkenntnisse dar, wonach Arbeitsbelastungen die Ursachen von Burn-out seien.

Mit der vorliegenden Arbeit wird eine konzeptionelle und empirische Erweiterung in Bezug auf die Erklärung von Burn-out vorgenommen. Das Augenmerk richtet sich von Stressoren zu Bindungsfaktoren und von der Tätigkeit zur Organisation und damit vom Individuum zum Kollektiv – dem sozialen System einer Organisation.

5.1 Sozialkapital und Burn-out: Untersuchungsmodell und Hypothesen zum Bindungskonzept

Ausgangspunkt der empirischen Analyse und konzeptionelles Fundament der vorliegenden Dissertation bildet das Bielefelder Bindungsmodell, das in Kapitel 4.2.2.2 bereits vorgestellt wurde. In der vorliegenden Arbeit wird das Modell auf Burn-out transferiert. Dabei werden zugleich die Erkenntnisse aus der Burn-out-Forschung integriert, dass stressassoziierte Merkmale der Arbeitsaufgabe zur Erklärung von Burn-out beitragen können. Abbildung 17 zeigt das entsprechende Untersuchungsmodell der vorliegenden Dissertation – einer Synthese des Bielefelder Bindungskonzeptes sowie der konventionellen stressbezogenen Grundannahme der Burn-out-Forschung.

Demnach sind das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit mit der emotionalen Mitarbeiterbindung assoziiert. Diese steht ihrerseits in einem Zusammenhang mit Burn-out. Sozialkapital stiftet zudem Sinn, und die Sinnhaftigkeit der Arbeit fördert ihrerseits die emotionale Bindung, weshalb sie wiederum mit Burn-out in einem negativen Zusammenhang steht. Gemeinsam repräsentieren diese Pfade das *Bindungskonzept* – das Kernkonzept der Dissertation. Daneben findet in dem Modell Berücksichtigung, dass Burn-out mit Stressoren der Arbeitstätigkeit assoziiert ist (*konventionelles Burn-out-Konzept*). Im Rahmen der empirischen Analyse der vorliegenden Arbeit werden dabei die Prädiktoren Zeitdruck und Autonomie berücksichtigt. Diese Merkmale werden

in der Burn-out-Forschung besonders häufig untersucht. Wie in Kapitel 3.3.4 zum empirischen Forschungsstand aufgezeigt wurde, ist das Anforderungs-Kontroll-Modell, das sich ganz wesentlich aus diesen Elementen konstituiert, in der empirischen Burn-out-Forschung dominant. In Erweiterung dieser traditionellen Konzeptualisierung wird eine Verknüpfung zwischen dem Sozialkapital und diesen stressassoziierten Merkmalen hergestellt. Die dem Modell zugrundeliegenden, an dieser Stelle bereits implizit angesprochenen, Hypothesen (im Folgenden mit H abgekürzt) werden nachfolgend im Detail erläutert.

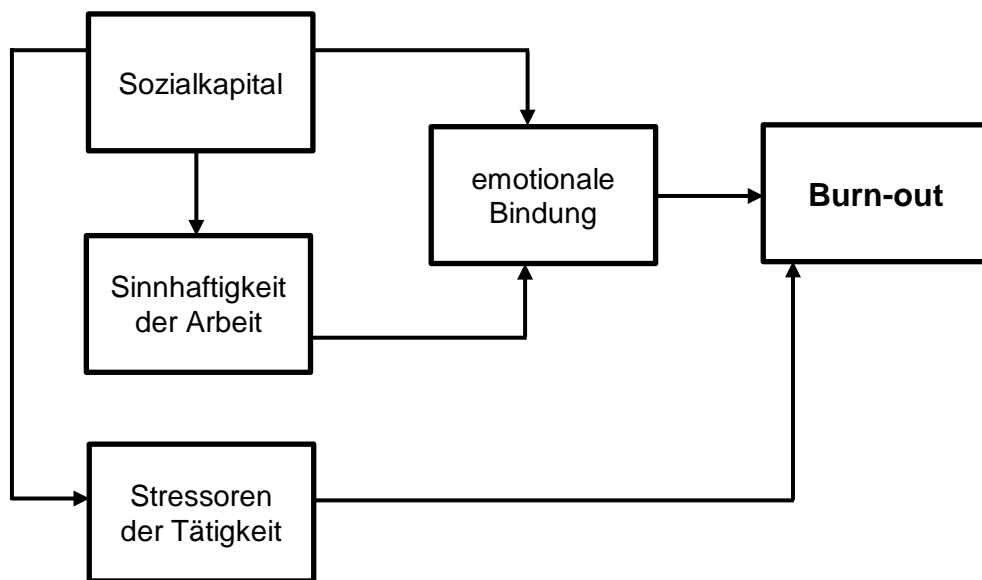


Abb. 17: Das Untersuchungsmodell der Dissertation

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das in der Dissertation zugrunde gelegte Bindungskonzept anhand zentraler Hypothesen zu überprüfen. Die verschiedenen Annahmen dieses Kernkonzeptes, werden im Folgenden der Reihe nach erläutert. Bei Hypothese 2 handelt es sich dabei um die *Kernthese* der Dissertation. Die übrigen Hypothesen stellen sich im Zusammenhang mit dieser Kernthese. Wenn in den Hypothesen Wirkrichtungen bzw. kausale Zusammenhänge unterstellt werden, so handelt es sich hierbei um die *theoretisch* angenommenen Wirkbeziehungen.

H1: *Das Ausmaß der emotionalen Bindung eines Mitarbeiters an seine Organisation (affektives Commitment) leistet einen Beitrag zur Erklärung von Burn-out – nicht nur Stressoren der Tätigkeit.*

Den Ausgangspunkt dieser Hypothesen bildeten Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung zum Thema Bindung. So lässt sich aus der psychologischen Bindungstheorie

und -forschung, besonders aber aus den Befunden der sozialen Neurowissenschaften, ableiten, dass Menschen nicht nur stressgeleitete Wesen sind, sondern dass sie ein grundlegendes Motiv haben, sich emotional an andere Menschen zu binden. Die psychologische Bindungstheorie besagt, dass auch Erwachsene dieses Ziel anstreben und zeitlebens nach Bindungsfiguren Ausschau halten. Diese These wird seitens der sozialen Neurowissenschaften und insbesondere durch die Commitment-Forschung empirisch gestützt. Alle drei Forschungsdisziplinen zeigen auf, dass es ein elementares Bedürfnis des Menschen ist, sich zu binden und legen nahe, dass die emotionale Bindung für die psychische Gesundheit von Bedeutung ist (vgl. dazu im Speziellen die Zusammenfassungen der Kapitel 4.1.1, 4.1.2 und 4.2.1). Es ist daher anzunehmen, dass Burn-out und die emotionale Bindung (affektives Commitment) negativ zusammenhängen: Je höher die emotionale Bindung, desto geringer das Burn-out-Ausmaß. Die Hypothese ergänzt die in der Burn-out-Forschung vorgenommene Fokussierung auf stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale, um den Aspekt der Mitarbeiterbindung. Aufgegriffen werden zentralen Prädiktoren aus der Burn-out-Forschung als Kontrollvariablen: Zeitdruck und Kontrolle bzw. Autonomie. Geprüft wird außerdem, ob die Bindung ein stärkerer Prädiktor ist als diese Merkmale.

H2 (Kernthese): *Je höher das Sozialkapital, desto stärker sind Mitarbeiter emotional an ihre Organisation gebunden – und desto geringer ist ihr Burn-out-Ausmaß.*

Bei der zweiten Hypothese handelt es sich um die eigentliche Kernthese der vorliegenden Dissertation, die an die erste Hypothese anknüpft, sich jedoch im Wesentlichen auf den zweiten Abschnitt des Bindungskapitels (Kapitel 4.2.2.2) zu den kollektiven Bindungskräften stützt. Es geht im Vergleich zur ersten Hypothese um den Perspektivenwechsel vom Individuum hin zu Organisationsmerkmalen. Im Mittelpunkt steht das Sozialkapital mit seinem Bindungsvermögen – nicht das Individuum mit seinem Bindungsbedürfnis. Ausgangspunkt dieses Perspektivenwechsels bildet generell das Konzept des Sozialkapitals sowie speziell der Bielefelder Sozialkapitalansatz und die ihm zugrunde liegende Bindungstheorie. Der Ansatz verweist darauf, dass Organisationen durch die Eigenschaften ihres sozialen Systems einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit und Motivation ihrer Mitglieder nehmen. Von übergeordneter Bedeutung ist dabei die Bindewirkung des sozialen Systems. Es geht dabei um die Frage, welche Relevanz das Kollektiv bei der Mobilisierung von Motivation und Gesundheit hat. Mit der Kernhypothese wird dieses Konzept auf das Thema Burn-out transferiert, indem

postuliert wird, dass das Sozialkapital positiv mit der Mitarbeiterbindung und darüber negativ mit Burn-out assoziiert ist.

***H3:** Die Unternehmenskultur ist im Vergleich der Sozialkapitalfaktoren der stärkste Treiber der emotionalen Mitarbeiterbindung; die Unternehmenskultur besitzt zugleich das stärkste Potenzial, vor Burn-out zu schützen.*

Aus dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz geht hervor, dass Kultur, Führung und Beziehungsklima einer Organisation allesamt Bindungskräfte und dadurch Gesundheits-treiber sind. Die Organisationskultur hat sich in bisherigen empirischen Studien im Vergleich der Sozialkapitalfaktoren als stärkster Treiber von Gesundheitsmerkmalen wie dem Ausmaß an Depressivität oder Wohlbefinden erwiesen. Mit Blick auf die Mitarbeiterbindung sind Kulturmerkmale ebenfalls von herausragender Bedeutung (vgl. den Abschnitt »empirische Modellfundierung« in Kap. 4.2.2.2). Anzunehmen ist, dass der übergeordnete Stellenwert der Organisationskultur dem Umstand geschuldet ist, dass menschliche Beziehungen ihrerseits durch Werte, Überzeugungen und Regeln geprägt werden, es letztlich also auf diese Faktoren im Rahmen zwischenmenschlicher Interaktionen ankommt. Die dritte Hypothese stellt damit eine vertiefende Analyse im Rahmen des Bindungskonzeptes dar, mit spezifischem Fokus auf der Organisationskultur.

***H4:** Je höher die Sinnhaftigkeit einer Arbeit, desto höher ist die emotionale Bindung der Mitarbeiter – und desto geringer ist ihr Burn-out-Ausmaß.*

Auch diese Hypothese leitet sich aus dem Bielefelder Bindungs-Konzept und ersten empirischen Befunden unmittelbar ab. So sei nicht nur das Sozialkapital, sondern auch die Sinnhaftigkeit der Arbeit ein Bindungsfaktor, der die Gesundheit beeinflusse (vgl. Kap. 4.2.2.2). Dass Sinnhaftigkeit und Gesundheit zusammenhängen, lässt sich theoretisch ferner durch die auf Victor Frankl sowie Aaron Antonovsky zurückgehenden Konzepte stützen. Antonovsky zeigt auf, dass die Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit von Ereignissen gesundheitsrelevant ist. Während Verstehbarkeit als die kognitive Komponente von Sinnhaftigkeit im Sinne der Erklärung und Einordnung von Lebensanforderungen definiert ist, bezieht sich Bedeutsamkeit auf das emotionale Erleben von Sinnhaftigkeit (vgl. Antonovsky 1987, 16 ff.). Frankl, auf den Antonovsky Bezug nimmt, betrachtet die Suche nach Sinnhaftigkeit als grundlegendes Bedürfnis des Menschen. Er bekräftigt, dass ein Mangel an Sinnhaftigkeit im Leben das psychische Befinden bzw. die Gesundheit eines Menschen beeinträchtigen kann (vgl. Frankl 1992, 15 ff., 36–56). Die Rolle der emotionalen Bindung, als Bindeglied zwischen Sinnhaftigkeit und Burn-out, ist ein noch unterentwickeltes Forschungsthema und wird daher mit Hypo-

these 4 aufgegriffen. Geprüft wird in diesem Zusammenhang auch die Annahme, dass das Sozialkapital in einem positiven Zusammenhang mit der Sinnhaftigkeit steht. So wurde im Theorieteil (vgl. Kap. 4.2.2.2) aufgezeigt, dass die Sinnhaftigkeit der Arbeit ihrerseits vom Sozialkapital einer Organisation geprägt wird, bspw. die Kultur eine zentrale sinnstiftende Funktion innehat. Es ist also von einem Zusammenhang zwischen Sozialkapital und der Sinnhaftigkeit der Arbeit auszugehen. In Fortführung von Hypothese 2 bedeutet dies, dass das Sozialkapital auch über die Sinnhaftigkeit der Arbeit und deren Bindewirkung mit Burn-out verknüpft ist. Es gibt einen indirekten Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out, der also über die bindende Funktion der Sinnhaftigkeit vermittelt wird.

***H5: Burn-out hängt mit stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen zusammen**
– auf die das Sozialkapital wiederum einen Einfluss nimmt.*

Mit der fünften Hypothese wird an Befunde aus der klassischen Burn-out-Forschung (vgl. Kap. 3.3.4) angeknüpft, die nahelegen, dass stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale (Zeitdruck und ein Mangel an Autonomie) mit Burn-out zusammenhängen. Der Fokus wird mit dieser Hypothese allerdings erweitert, indem die Relevanz des Sozialkapitals eingebracht wird. Abzuleiten ist aus dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz, dass Mitarbeiter, bedingt durch hohes Sozialkapital, eine hohe Leistungsfähigkeit und intrinsische Motivation aufweisen. Hierdurch, so wird hier vermutet, kommen sie mit gegebenen zeitlichen Ressourcen besser aus. Zudem ist vorstellbar, dass durch eine verbesserte Kooperation innerhalb einer Organisation bei bestehenden zeitlichen Ressourcen bessere Ergebnisse durch effizientere Arbeit und höhere Leistung erzielt werden können. Im Bielefelder Sozialkapital-Ansatz wird davon ausgegangen, dass bei hohem Sozialkapital die Energien der Mitarbeiter weniger durch Konflikte an der Mensch-Mensch-Schnittstelle abgelenkt, sondern dafür umso mehr in die Kernprozesse investiert werden (vgl. Badura & Walter 2014, 152). Theoretisch gibt der Bielefelder Sozialkapital-Ansatz vor, dass die Bindung an gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln ein hohes Ausmaß selbstorganisierten Arbeitens ermöglicht (vgl. Badura 2017, 7–11 und 41 und 55 und 103f., vgl. auch Kap. 4.2.2.2, speziell die Passage »Kulturwesen«). Daraus folgt, dass bei hohem Sozialkapital ein höheres, auch individuelles, Ausmaß an Autonomie gewährt werden kann – eben weil es verbindliche Standards und gemeinsame Wertvorstellungen gibt. Ein hohes Ausmaß an Autonomie dürfte zudem bei einem vertrauensvollen Klima zwischen Kollegen sowie zwischen Kollegen und Führungskräften und durch eine Führung, die Mitarbeiter durch Informationen zu selbstständigem Arbeiten befähigt, verstärkt realisierbar sein. Über diese positiven Implikati-

onen, so die Hypothese, nimmt das Sozialkapital einen positiven, indirekten Einfluss auf Burn-out.

ANWENDUNG AUF ORGANISATIONEN (ORGANISATIONS DIAGNOSTIK)

Bestandteil der Analyse ist zudem die Anwendung des Untersuchungskonzepts auf die verschiedenen Organisationen bzw. die Rehabilitationskliniken. Folgende Hypothese ist dabei für die Untersuchung leitend:

Das Burn-out-Ausmaß variiert zwischen den Rehabilitationskliniken; es hängt vom Ausmaß des Sozialkapitals der Organisationen ab (Organisationshypothese).

Aus dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz geht hervor, dass das soziale System von Organisationen von maßgeblicher Bedeutung für den Gesundheitszustand und die Motivation der Mitarbeiter ist, weil sich Organisationen in ihrer Ausstattung mit Sozialkapital unterscheiden (vgl. Kap. 4.2.2.2). Aufgrund dieser Grundthese wird in der vorliegenden Dissertation postuliert, dass das Burn-out-Ausmaß über die Kliniken hinweg variiert. „Jedes Unternehmen ist ein Fall für sich“ (Badura 2015, 81) – so eine zentrale Annahme des Bielefelder Sozialkapital-Konzeptes. Organisationen würden sich nicht nur in ihrer Größe, der Branche, der sie angehören oder hinsichtlich der Belegschaften unterscheiden. Wie auch empirische Ergebnisse aufzeigen, lassen sie sich durch Unterschiede in ihrem Sozialvermögen voneinander abgrenzen (vgl. Badura 2017, 38 und 47; Rixgens et al. 2013, 91 ff.; vgl. auch Kap. 4.2.2.2). Es ist daher anzunehmen, dass sich Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen auf das Sozialkapital zurückführen lassen: Je höher das Sozialkapital einer Klinik, desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Neben der Untersuchung dieser Hypothese wird im Rahmen der Analyse zusätzlich die Annahme überprüft, dass auch die Sinnhaftigkeit der Arbeit als ein Organisationsmerkmal mit Burn-out assoziiert ist.

BERUFSGRUPPENSPEZIFISCHE ANALYSE

Die zentralen Merkmale des Untersuchungsmodells sollen darüber hinaus differenziert nach Berufsgruppen untersucht werden, um mögliche Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zu identifizieren bzw. um Risiken und Potenziale mit Blick auf das Untersuchungskonzept herauszukristallisieren. Über das Burn-out-Ausmaß und die emotionale Bindung bei den verschiedenen Berufsgruppen sowie die spezifischen Arbeits- und Organisationsbedingungen ist gerade in der medizinischen Rehabilitation kaum etwas

bekannt. Neben grundlegenden Erkenntnissen zu Unterschieden zwischen Berufsgruppen soll diesem spezifischen Forschungsbedarf Rechnung getragen werden.

Dabei orientiert sich die Analyse an der folgenden Leithypothese:

Das Burn-out-Ausmaß ist zwischen den Berufsgruppen ungleich verteilt (Berufsgruppenhypothese).

Da die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der medizinischen Rehabilitation unterschiedliche Arbeitsaufgaben übernehmen (vgl. Kap. 6.2.3), ist anzunehmen, dass sich die Arbeitsbedingungen zwischen den Gruppen unterscheiden. Die Berufsgruppen können ungeachtet dessen als soziale Subsysteme einer Organisation begriffen werden. Ergebnisse aus empirischen Studien aus Akutkrankenhäusern (vgl. z.B. Münch 2013) legen nahe, dass das Sozialkapital dieser Subsysteme voneinander abweicht. Erste vergleichbare Befunde an einer Teilstichprobe finden sich zudem bei Kockert (2014, 158). Auf diese Annahmen und Befunde stützt sich wiederum die Hypothese, dass das Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Berufsgruppen abweicht.

5.2 Ergänzende Hypothesen: Burn-out, Patientenorientierung und Depressivität

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation werden neben der Hauptuntersuchung, in der das Bindungskonzept getestet wird, zwei weiterführende Analysen durchgeführt, die darauf abstellen, die Relevanz des Themas Burn-out (im Setting medizinische Rehabilitation) zu überprüfen bzw. zu unterstreichen. Dabei werden konkret die folgenden ergänzenden Hypothesen – abgekürzt mit E für ergänzend – untersucht:

***HE1:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Burn-out-Ausmaß der mit der Versorgung des Patienten betrauten Kernprofessionen und ihrer Patientenorientierung.*

Die Orientierung am Patienten stellt durch dessen Beteiligung am Behandlungsprozess ein zentrales, ergebnisrelevantes Qualitätsmerkmal in der medizinischen Rehabilitation dar (vgl. Körner 2009, 161; Zimmermann et al. 2014, 219ff.; vgl. Kap. 6.2.2 und 7.4 Abschnitt »Patientenorientierung«). Daher ist zu überprüfen, ob Burn-out sich möglicherweise nachteilig auf die Patientenorientierung auswirkt. Aus Studien im Bereich des stationären Akutsektors geht hervor, dass Burn-out mit einer verminderten Patientenorientierung assoziiert ist (vgl. z.B. Bowers et al. 2011). In der vorliegenden Arbeit wird ein möglicher Zusammenhang zwischen Burn-out und der Patientenorientierung

bei den Kernprofessionen der Rehabilitationskliniken mit Hypothese HE1 überprüft. Damit werden in der vorliegenden Arbeit rehaspezifische Belange mit berücksichtigt.

HE2: *Es besteht ein Zusammenhang zwischen Burn-out und Depressivität.*

Mit einer Depressionshypothese (HE2) wird außerdem Bezug genommen auf die aktuelle Debatte, dass Burn-out und eine Depression nur schwer voneinander abgrenzbar bzw. stark miteinander verwoben sind (vgl. Kap. 2.4). Das Verhältnis der Merkmale zueinander soll an der vorliegenden Stichprobe untersucht werden. Es wird damit speziell bei den Berufsgruppen im Setting medizinische Rehabilitation in Augenschein genommen. Die Relevanz des Themas Burn-out soll, durch den zu vermutenden engen Zusammenhang zwischen Burn-out und Depressivität, unterstrichen werden.

Bevor in Kapitel 7 das methodische Vorgehen dargestellt wird, nimmt das folgende Kapitel das Untersuchungssetting – Kliniken der Rehabilitation – in Augenschein.

6 Untersuchungsgegenstand: medizinische Rehabilitationskliniken

Wie im einführenden Kapitel erwähnt wurde, bilden Kliniken der medizinischen Rehabilitation das Untersuchungssetting der vorliegenden Dissertation. Dabei stehen das soziale System und die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter im Mittelpunkt. In diesem Kapitel werden der Sektor medizinische Rehabilitation sowie speziell stationäre Rehabilitationseinrichtungen definiert. Eckdaten zur Personalstruktur sowie dem Leistungsgeschehen⁹ in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden skizziert; zudem wird auf die Arbeits- und Organisationsbedingungen eingegangen.

6.1 Grundlagen zum Sektor medizinische Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation hat seinen Ursprung im Lateinischen *rehabilitare*, wobei „[...] »re« (wieder) und »habilitare« (fähig machen) [...]“ meint (Grote & Thiele 2014, 17). Die Wurzeln des Rehabilitationsverständnisses hierzulande reichen mit dem von Bismarck im Zuge der Sozialreform im Jahre 1889 verankerten »Reichsgesetz zur Invaliditäts- und Altersversicherung« bis ins 19. Jahrhundert zurück (vgl. Brüggemann et al. 2011, 403). Das heute geläufige Konzept von Rehabilitation wurde hingegen im Jahre 2001 im Sozialgesetzbuch (SGB) IX – »Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen« – festgeschrieben. Übergeordnetes Ziel ist es demnach, bei Menschen mit (drohender) Behinderung¹⁰ die „[...] Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken [...]“ (§ 1 Abs. 1 SGB IX). Die Rehabilitationsträger sind nach § 3 SGB IX verpflichtet, die Entwicklung von chronischen Krankheiten sowie Behinderung aufzuhalten. Handlungsleitend sind die Grundsätze »Reha vor Pflege« (§ 11 Abs. 2 SGB V; § 8 Abs. 1, 3 SGB IX) sowie »Reha vor Rente« (§ 8 Abs. 2 SGB IX). Dem Sektor kommt damit eine gesellschaftlich und volkswirtschaftlich bedeutsame Aufgabe zu.

Die medizinische Rehabilitation stellt ein Glied der medizinischen Versorgungskette dar, die sich von der Prävention über die Kuration bis zur Reha-Nachsorge und der Pflege erstreckt (vgl. Augurzky et al. 2011, 13; Rosenbrock & Gerlinger 2014, 294). Die gesundheitswissenschaftliche und gesellschaftliche Tragweite dieses Segments wird

⁹ Bei der Darstellung der statistischen Eckdaten zum Leistungsgeschehen in der medizinischen Rehabilitation ist zu berücksichtigen, dass die Datenlage aufgrund einer fehlenden Abstimmung der Träger bzw. Standardisierung gegenwärtig heterogen und damit lediglich als eine Annäherung an das tatsächliche Geschehen zu verstehen ist (vgl. Augurzky et al. 2011, 38 f.; Rosenbrock & Gerlinger 2014, 292 f.; SVR 2014, 333).

¹⁰ „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

deutlich, wenn man sich vor Augen hält, dass ungefähr 40% der Bevölkerung hierzu-lande chronisch erkrankt ist (vgl. Robert-Koch-Institut 2014, 41), also etwa 32 Millionen Menschen. Allein 10,2 Millionen Menschen, das sind 12,7%, sind von Behinderung betroffen (vgl. StBa 2015a, 1). Aufgrund der Alterung der Bevölkerung im Zuge des demografischen Wandels dürfte zukünftig mit einem Anstieg derlei Phänomene zu rechnen sein. Das Institut PROGNOSE berechnete auf Basis einer Abschätzung von Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Leistungen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung und unter Einbezug von fünf Indikationsbereichen ein volkswirtschaftliches Investitions-Nutzenverhältnis von 1:5 durch gesparte Arbeitsunfähigkeitstage und zusätzlich gewonnene Erwerbsjahre. Der volkswirtschaftliche Nettonutzen der medizinischen Rehabilitation lässt sich für das Jahr 2005 auf 5,8 Milliarden Euro beziffern. Im Jahr 2025 würde er bei 23,2 Milliarden Euro liegen – ein realistisches Szenario vorausgesetzt, wonach Inanspruchnahme und Wirksamkeit der medizinischen Reha ansteigen (vgl. PROGNOSE 2009). 24 Monate nach einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme – so Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung [DRV] – beträgt der Anteil der Erwerbsfähigen 85% und bereits nach 4 Monaten Erwerbstätigkeit haben sich die Ausgaben amortisiert (vgl. DRV 2015, 47 und 72). Auch hieran zeigt sich die gesellschaftliche Relevanz der medizinischen Rehabilitation.

Der Sektor Rehabilitation ist in hohem Maße zergliedert. Neben der medizinischen Rehabilitation existieren noch andere Leistungsgruppen; die Verantwortung verteilt sich dabei auf unterschiedliche Rehabilitationsträger (vgl. Tab. 11).

Hauptakteure im Leistungssegment medizinische Rehabilitation sind die DRV sowie die Gesetzliche Krankenversicherung [GKV], sie schultern entsprechend den Großteil der finanziellen Kosten (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR] 2014, 271). Die Träger haben dabei je eigene Ziele zu verfolgen. So ist die DRV konkret für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vermeidung von Frühberentung zuständig; die GKV versucht (subsidiär) Behinderung und Pflegebedürftigkeit von nicht (mehr) erwerbstätigen Menschen abzuwenden (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014, 292).

Studien demonstrieren eine Verbesserung gesundheits- und damit erwerbsrelevanter Indikatoren nach Abschluss der (stationären) medizinischen Rehabilitation (vgl. Haaf 2005; Hüppe & Raspe 2005). Die Evidenzlage zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation sei gegenwärtig jedoch verbesserungsfähig, da Kontrollgruppen und eine Randomisierung in den meisten Studien fehlten (vgl. SVR 2014, 304f.).

Tab. 11: Rehabilitationsträger und ihre Zuständigkeiten für die Leistungsgruppen der Rehabilitation (Quelle: Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung* (3. Aufl), Bern: Huber, S. 291, mit Genehmigung von Hogrefe)

Rehabilitationsträger	medizinische Rehabilitation	berufliche Rehabilitation	soziale Rehabilitation	unterhaltssichernde ¹
Gesetzliche Krankenversicherung	X			X
Gesetzliche Rentenversicherung	X	X		X
Alterssicherung der Landwirte	X	X		X
Bundesagentur für Arbeit		X		X
Gesetzliche Unfallversicherung	X	X	X	X
Kriegsopferversorgung, -fürsorge	X	X	X	X
Öffentliche Jugendhilfe	X	X	X	
Sozialhilfe	X	X	X	

¹ unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von §§5 u. 6 SGB IX.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden stationär oder ambulant durchgeführt. Im erstgenannten Fall ist der Rehabilitand kontinuierlich auch nachts und an den Wochenenden in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung untergebracht; die ambulante Rehabilitation findet dagegen in wohnortnahen Einrichtungen an festgelegten Therapieterminen statt ¹¹ (vgl. Augurzky et al. 2011, 15).

Bis in die 90er Jahre hinein war die stationäre Rehabilitation nach Augurzky et al. (2011, 16) das ausschließliche medizinische Rehabilitationsverfahren. Erst mit dem § 19 Abs. 2 des SGB IX wurde gesetzlich verankert, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt werden, wenn hiermit vergleichbare Effekte erzielt werden. Zwar nimmt der Stellenwert der ambulanten medizinischen Rehabilitation mehr und mehr zu, nach wie vor überwiegt jedoch die Leistungserbringung in stationären Einrichtungen deutlich (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014, 295). Die GKV verzeichnet im Jahr 2014 rund 648.388 stationäre Rehabilitationsfälle, aber nur 86.495

¹¹ Eine Sonderform stellt das *mobile* Rehabilitationsangebot dar, bei dem Rehabilitationsleistungen aufgrund starker Funktionseinschränkungen des (meist geriatrischen) Rehabilitanden bei komplexem Unterstützungsbedarf als Ergänzung zu wohnortnahe Versorgungsstrukturen ins häuslichen Umfeld verlagert werden (Augurzky et al. 2011, 16).

ambulante (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015, 4 und 8). Bei der DRV waren es 840.639 stationäre, 141.174 ambulante sowie 1.593 kombinierte Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene (vgl. DRV 2015, 25).

6.2 Kliniken der medizinischen Rehabilitation

6.2.1 Eckdaten zum Leistungsgeschehen und Personal

Die Erbringung der stationären medizinischen Rehabilitation ist Aufgabe von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014, 296). Die Ausgaben für Leistungen reichen dabei in die Milliardenhöhe. Im Jahr 2014 betrug der Anteil der für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgewendeten Gesundheitsausgaben 8,732 Milliarden Euro. Den Großteil der Ausgaben schultern die DRV mit 3,43 Milliarden Euro sowie die GKV mit 2,71 Milliarden Euro (gemeinsam 70,3%) (vgl. StBa 2015b, 14). Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lassen sich auf Basis des SGB V näher charakterisieren. Demnach handelt es sich um:

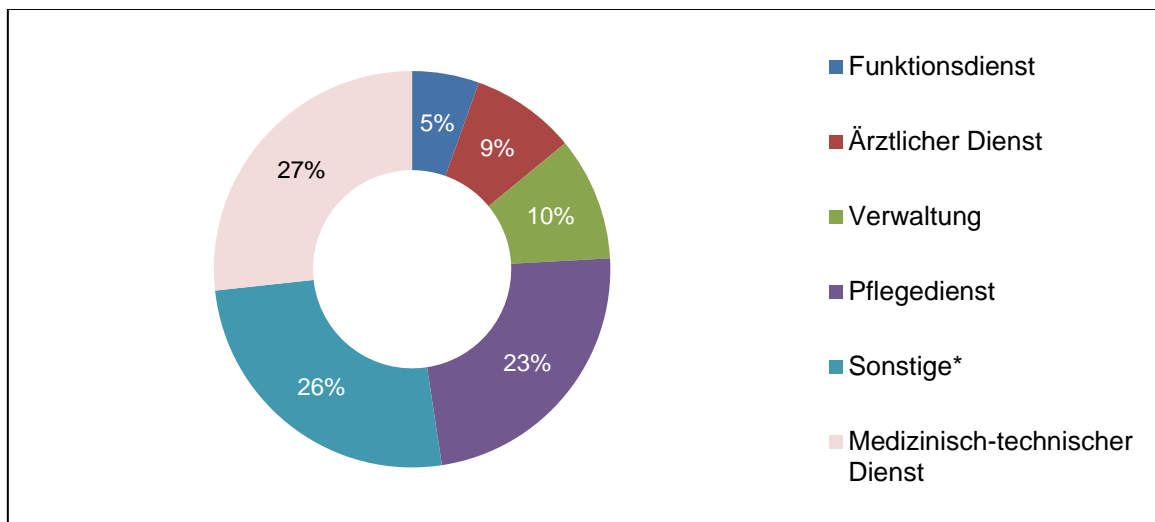
„[...] Einrichtungen, die der stationären Behandlung des Patienten dienen, um a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern [...] eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation)“ (§ 107 Abs. 2 Nr. 1 SGB V).

Per Definition umfasst der Begriff der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung darüber hinaus die dortige Unterbringung und Verpflegung (§ 107 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) sowie die Leistungserbringung selbst, die insbesondere durch Heilberufe unter ärztlicher Anordnung in Form von Physiotherapie, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie realisiert wird und durch „[...] geistige und seelische Einwirkungen [...]“ sowie die Unterstützung bei der „[...] Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte [...]“ zu ergänzen ist (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Die reguläre Dauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme beträgt drei Wochen (§ 40 Abs. 3 SGB V).

Die Zahl hierzulande angesiedelter Vorsorge- und Rehabilitationskliniken ist beachtlich. 1.158 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verzeichnete das Statistische Bundesamt im Jahr 2014 (vgl. StBa 2015c, 7 und 10), 54% befanden sich in privater, 26 Prozent in freigemeinnütziger sowie 19,8% in öffentlicher Trägerschaft (vgl. StBa 2015c, 7 und 10f.). Prinzipiell ist in den vergangenen Jahren eine Abnahme öffentlicher Trägerschaften sowie ein Trend hin zu privater Rechtsform bei der Führung der Einrichtungen zu beobachten (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014, 298).

In den Einrichtungen waren am 31.12.2014 insgesamt 116.786 Mitarbeiter beschäftigt (10.011 Ärzte, 106.775 Mitarbeiter im nicht-ärztlichen Dienst)¹². Die Beschäftigtenzahl umfasst insgesamt 89.521 Vollkräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis. Zusätzlich zählte das Statistische Bundesamt 1.302 Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis – also bspw. im Personalleasing (vgl. StBa 2015c, 7 und 12). Es sind deutlich mehr Frauen als Männer (77,12 % vs. 22,8 %) und mit 47,84 % etwas weniger als die Hälfte in Teilzeit beschäftigt (vgl. StBa 2015c, 24 und 27).

Abbildung 18 zeigt die prozentuale Verteilung der Mitarbeiter auf die Berufsgruppen. Neben der Gruppe der Sonstigen sind es vor allem Mitarbeiter im medizinisch-technischen Dienst (darunter subsumieren sich z. B. Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter oder medizinisch-technische Assistenten) und Pflegekräfte, die den Großteil der Belegschaften bilden. Anders als im akutstationären Bereich ist die Zahl der Ärzte gering, mit einem Anteil von 9 %.



*Klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Technischer Dienst, Sonderdienste, sonstiges nicht näher definiertes Personal

Abb. 18: Berufsgruppen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
(Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Daten des StBa 2015c, 24f. und 27)

Die Zahl der zu versorgenden Fälle¹³ in den Vorsorge- und Rehabilitationskliniken stieg im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr um mehr als 19.000 auf 1,972 Millionen (+1 %) (vgl. StBa 2015c, 7). Die häufigsten Anlässe für die Behandlung in den Vorsorge- und

¹² Zusätzlich waren rund 1.710 Schüler und Auszubildende beschäftigt (StBa 2015c, 12).

¹³ Die Daten des StBa erlauben keine Differenzierung zwischen Reha- und Vorsorgefällen. Auf einen Richtwert aus dem Jahre 2006 verweisen Augurzky et al. (2011, 42), hier lag der Anteil der Rehabilitationsfälle bei etwa 90 % (vgl. Augurzky et al. 2011, 42).

Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten¹⁴ sind Muskel-Skelett- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen sowie Neubildungen (vgl. StBa 2015d, 7). Die Zahl der Pfl egetage erhöhte sich gegenüber 2013 um 382.000, also 0,8 %, auf 49,8 Millionen, ebenso erhöhte sich die Auslastungsquote um 1,2 Prozentpunkte auf 82,4 %. Unverändert gegenüber dem Vorjahr blieb hingegen die Verweildauer mit durchschnittlich 25,3 Tagen (vgl. StBa 2015c, 7). Die Zahl der aufgestellten Betten betrug in den Vorsorge- und Rehabilitationskliniken im Jahre 2014 insgesamt 165.657, dies entspricht 205 Betten je 100.000 Einwohnern (vgl. StBa 2015c, 10f.).

6.2.2 Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Für die Arbeitsbedingungen in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist eine zunehmende Arbeitsverdichtung charakteristisch, die von Effizienz- und Qualitätsdruck begleitet ist. Da sich in diesen Rahmenbedingungen der Arbeitsalltag der Beschäftigten vollzieht, werden diese im Folgenden etwas näher beleuchtet.

Tabelle 12 fasst Daten des Statistischen Bundesamtes zum Personal und den Fallzahlen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zusammen. Die Tabelle dokumentiert, dass gerade in den letzten Jahren, seit 2010, eine kontinuierliche Verminderung der direkt beschäftigten Vollkräfte in den Einrichtungen zu beobachten ist. Waren 2009 noch 92.404 Vollkräfte zu verzeichnen, so waren es im Jahr 2014 nur noch 89.521, was einer Abnahme von 2.883 Vollkräften gegenüber 2009 entspricht. Die Reduktion hat sich im nicht-ärztlichen Dienst bei den direkt beschäftigten Vollkräften vollzogen; diese haben sich um mehr als 3.100 gegenüber 2009 reduziert, Stellen im ärztlichen Dienst nahmen gegenüber 2009 geringfügig zu um 231 Stellen; ebenso wie Stellen im nicht direkten Beschäftigungsverhältnis (255 Stellen, davon 62 im ärztlichen Bereich und 193 im nicht ärztlichen Bereich 193).

Die Fallzahlen stiegen dagegen zwischen den Jahren 2011 und 2014 deutlich an: von 1,93 Millionen im Jahre 2011 auf 1,97 Millionen im Jahr 2014, also um 40.000 Fälle. Im selben Zeitraum verminderte sich das Personal in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen um 1.230 direkte Vollkräfte (die Anzahl indirekter Vollkräfte stieg gerade einmal um 114 an) (vgl. StBa 2015c, 7–12; vgl. Tab. 12). Die Zahl der in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelten Fälle ist insgesamt seit Beginn der 90er Jahre – mit allerdings zeitweisen Schwankungen – deutlich angestiegen, von 1.473 zu Beginn der 90er Jahre auf 1.972 Millionen im Jahr 2014 (vgl. StBa 2015c, 10). Dies entspricht einem Anstieg von 33,9 %.

¹⁴ Ab >100 Betten besteht eine gesetzliche Auskunftspflicht (vgl. StBa 2015d, 6).

Tab. 12: Fälle und Personal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Quelle: StBa (2015c, 10 (Fallzahl) und 12); Überschriften leicht modifiziert, Auszüge)

Bezugsjahr	Vollzeitäquivalente	Ärztlicher Dienst	Nicht-ärztlicher Dienst	nachrichtlich nicht direkt Beschäftigte	Fallzahl Anzahl
2009	92.404	8.252	84.152	1.047	2.005491
2010	92.355	8.214	84.142	1.167	1.974731
2011	90.751	8.237	82.514	1.188	1.926055
2012	90.582	8.334	82.248	1.344	1.964711
2013	90.609	8.443	82.166	1.066	1.953636
2014	89.521	8.483	81.039	1.302	1.972853

Die skizzierte Entwicklung deutet eine zunehmende Arbeitslast bei Personal in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken an. Die häufig zitierte »REDIA-Studie« legt in diesem Zusammenhang dar, dass sich der Arbeitsaufwand (z.B. Versorgung von Wunden, Gabe von Medikamenten, Entfernung von Fäden) in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation¹⁵ in den vergangenen Jahren stark erhöht hat. Die Wissenschaftler stellen fest, dass sich die Verweildauer im Akutbereich seit Einführung der Diagnosis Related Groups [DRG] im Jahre 2003 verringert hat und seither ein verschlechterter gesundheitlicher Status der Rehabilitanden bei Aufnahme in die Rehabilitation gegeben ist. Dies müsse in der Rehabilitation durch verstärkte medizinische, therapeutische und pflegerische Interventionen aufgefangen werden (vgl. Eiff et al. 2011a, 214–220; Eiff & Schüring 2014, 158–172). Auskunft über die Arbeitsbedingungen geben darüber hinaus lediglich Ergebnisse aus Experteninterviews sowie Meinungen von Fachexperten. In einer qualitativen Erhebung berichteten Experten in Rehabilitationseinrichtungen über ein verstärktes Ausmaß an Multimorbidität und Arbeitsverdichtung in der Pflege (vgl. Eiff et al. 2011b, 29). In einer anderen, qualitativen Studie bei Führungskräften diverser Disziplinen in Rehabilitationskliniken werden Zeitdruck, eine zunehmende Fallschwere sowie eine hohe Behandlungsfrequenz als Belastungsfaktoren identifiziert (vgl. Müller et al. 2014, 393). Nach Einschätzung von Rehabilitationsexperten sind die Arbeitsbedingungen in Rehabilitationskliniken durch Zeitdruck, eine steigende Arbeitsdichte, steigende Arbeitsanforderungen, Kostendruck und Arbeitsplatzunsicherheit ge-

¹⁵ Die Stichprobe umfasste vor allem stationäre Einrichtungen sowie kardiologische und orthopädische Rehabilitanden (Eiff et al. 2011b, 23f.).

prägt (vgl. Körner 2011, 2; Jäckel 2010, 349). Die empirische Evidenz ist ungeachtet dieser Befunde noch stark entwicklungsfähig.

Experten sind der Meinung, dass sich die Nachfrage nach Leistungen der medizinischen Rehabilitation verstärkt hat und auch zukünftig weiter ansteigen wird. Nach Augurzky et al. (2011, 58f.) ist allein durch die steigende Zahl älterer Menschen im Zuge des demografischen Wandels eine Zunahme der Rehabilitationsfälle bis zum Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2009 um mehr als 5% zu erwarten. Multimorbidität und chronische Erkrankungen sowie das veränderte Morbiditätsgeschehen hin zu psychischen Erkrankungen würden die Fallzahl und -schwere in der medizinischen Rehabilitation verstärken. Aufgrund von fehlenden qualifizierten Nachwuchskräften intensiviere sich zudem die Erfordernis, das Erwerbspotenzial im Sinne von »Reha vor Rente« zu erhalten. Gleiches gelte im Hinblick auf die verlängerte Lebensarbeitszeit im Zuge der Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre (vgl. SVR 2014, 287; Brüggemann et al. 2011, 414; Augurzky et al. 2011, 58 und 63).

Die zunehmende Verschränkung des Akut- und Rehabilitationssektors werde die Zahl und Schwere der Fälle in den Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls erhöhen. Ausgegangen wird von einer weiteren Zunahme der Anschlussrehabilitation, dem direkten Anschluss der Rehabilitationsmaßnahme an den akutstationären Aufenthalt (vgl. Augurzky et al. 2011, 42 und 59). Diese Entwicklung wird mit der kürzeren Verweildauer im akutstationären Bereich durch die Einführung der DRG (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014, 302; Augurzky et al. 2011, 59f.), mit einem Anstieg von Operationen im Bereich der Akutmedizin, dem medizinisch-technischen Fortschritt und mit der Forderung der Direktüberweisung in Leitlinien in Verbindung gebracht (vgl. Augurzky et al. 2011, 63; SVR 2014, 287). Ob die DRG im stationären Akutbereich eine Intensivierung des Behandlungsaufwands in der Rehabilitation verursachen, ist allerdings tatsächlich ein kontrovers diskutiertes Thema (vgl. SVR 2014, 300f.; Fürstenberg et al. 2013, 464).

Eine Zunahme der Nachfrage nach vollstationären Rehabilitationsleistungen ist angesichts der wirtschaftlichen Situation von Rehabilitationskliniken kritisch zu sehen. So besteht nach Borges und Zimolong (2015, 20–23) schon jetzt ein Finanzierungsdefizit, da die Leistungsvergütung die Betriebs- und Investitionskosten nicht abdecken.

Die Höhe der Leistungsvergütung erfolgt in der Rehabilitation auf Basis von tagesgleichen Pflegesätzen oder Fallpauschalen, die allerdings lediglich grob an Indikationen der Abteilung oder der Fallschwere orientiert sind und mit den Kostenträgern verhan-

delt werden müssen. Die Kostenträger schließen ohne bestehenden Kontrahierungszwang selektiv, je nach Präferenz, Verträge mit Einrichtungen (vgl. SVR 2014, 291).

Das Verhältnis zwischen den Parteien ist mit Blick auf die Vergütungsverhandlungen konfliktbehaftet: Die Rehabilitationseinrichtungen verweisen auf einen erhöhten Kostendruck, der Handlungsspielraum der Kostenträger ist demgegenüber, durch Budgetierung bei der DRV sowie das Prinzip der Beitragssatzstabilität bei der GKV, begrenzt (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014, 303 und 306).

Dass diese Bedingungen nicht folgenlos bleiben, zeigen Befunde, die die Insolvenzgefährdung und den Rückgang von Rehabilitationskliniken beziffern: bei 28 % der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ließ sich im Jahr 2008 eine erhöhte Insolvenzgefährdung feststellen (vgl. Augurzky et al. 2011, 50). Die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist seit dem Höchststand im Jahre 1996 mit einer Zahl von 1.404 um 245 geschrumpft (vgl. StBa 2015c, 10). Die Überlebenschance der Rehabilitationskliniken ist, trotz einer Aufstockung des Reha-Budgets in der DRV im Zuge einer gesetzlichen Novelle und des Auslassens erforderlicher Investitionen, durch eine mangelnde Finanzierung bedroht (vgl. Borges & Zimolong 2014, 17 ff.; Borges & Zimolong 2015, 20). Tarifsteigerungen, die Einführung des Mindestlohnes sowie Preiserhöhungen für Energie und Therapiemittel treiben indes die Kosten in den Rehabilitationskliniken (vgl. Borges & Zimolong 2014, 6–9; SVR 2014, 288).

Angesichts dieser Situation dürften Rehabilitationskliniken vor großen Herausforderungen stehen. Dass diese schwierige wirtschaftliche Situation negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität durch Personaleinsparungen hat, ist nach Augurzky (2011, 34) nicht auszuschließen. Das Personal zählt zu den intensivsten Kostenpositionen in Rehabilitationskliniken (vgl. Borges & Zimolong 2014, 13). Experten äußern daher die Befürchtung, dass es aufgrund des zunehmenden Kostendrucks zu einem Abbau von Personal kommen könnte (vgl. Eiff & Schüring 2014, 171; Hibbeler 2006, 3309).

Aufgrund des wirtschaftlichen Drucks dürfte es schwierig sein, personelle Kapazitäten auszubauen, was mit Blick auf die steigende Nachfrage von medizinischen Rehabilitationsleistungen zur Gewährleistung der Versorgungsqualität wiederum notwendig erscheint. Gerade Rehabilitationskliniken haben indes nur bedingt die Möglichkeit, Personal zu rekrutieren. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben es nach Rosenbrock und Gerlinger (2014, 296) besonders schwer als attraktive Arbeitsgeber zu gelten, weil sie zumeist abseits der Ballungszentren lokalisiert sind. Bereits heute befinden sie sich im Wettbewerb um Nachwuchskräfte (vgl. Borges & Zimolong 2014, 6 f.).

Experten berichten von Stellenbesetzungsproblemen bei Ärzten und in der Pflege (vgl. Jäckel 2010, 346; Eiff et al. 2011b, 29). Abzuwarten bleibt allerdings, welche Potenziale die gegenwärtigen Flüchtlingszuströme für die Personalgewinnung bergen.

Eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, ist demgegenüber eine zentrale Aufgabe von Rehabilitationseinrichtungen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement zu etablieren, sich zertifizieren zu lassen und externe Qualitätssicherungsaufgaben der Kostenträger zu erfüllen (vgl. Augurzky et al. 2011, 34). Nur zertifizierte Kliniken können zudem mit den Kostenträgern Versorgungsverträge abschließen (vgl. SVR 2014, 291). Es ist naheliegend, dass Einrichtungen, die den Qualitätsansprüchen der Kostenträger nicht oder nur ungenügend entsprechen, bei zukünftigen Vertragsverhandlungen hinsichtlich der Belegung und Vergütung das Nachsehen haben (Kockert 2014, 24 und 31). Das Qualitätsurteil bzw. die Weiterempfehlung einer Einrichtung durch die Rehabilitanden ist ebenfalls nicht unerheblich, weil ihnen mit der Einführung des §9 des SGB IX zumindest potenziell ein Wunschrecht z. B. hinsichtlich der Wahl einer Rehabilitationsklinik eingeräumt wird (vgl. Kockert 2014, 24).

Die Zufriedenheit des Rehabilitanden und sein aktives Mitwirken bzw. seine Partizipation am Behandlungsprozess bilden zentrale Indikatoren für die Qualität der Behandlung in Rehabilitationskliniken und für das Behandlungsergebnis. Die Zufriedenheit kann zudem erfolgsentscheidend sein, weil hiervon auch die Weiterempfehlung einer Klinik durch den Rehabilitanden abhängt (vgl. Körner 2009, 160 ff.; Zimmermann et al. 2014, 220). Vor diesem Hintergrund ist die Patientenorientierung in einer Rehabilitationsklinik als ein bedeutsames Qualitätsmerkmal zu betrachten. Eine kooperative Beziehung zwischen Behandler und Rehabilitanden ist für eine hohe Patientenorientierung kennzeichnend. Sie ist zugleich eine wichtige Voraussetzung für die Patientenzufriedenheit. Hiermit ist gemeint, dass die Behandlung am Patienten orientiert ist, indem der Behandler auf dessen Bedürfnisse und Präferenzen eingeht. Diese Prämisse wird erreicht durch eine gleichberechtigte Einbindung des Rehabilitanden in den Behandlungsprozess, mit anderen Worten durch eine partizipativen Form der Entscheidungsfindung. Bei dieser Form der Behandler-Patienten-Interaktion wird der Rehabilitand auch informiert und ihm werden alternative Behandlungsoptionen aufgezeigt (vgl. Zimmermann et al. 2014, 219 f.; Körner 2009, 160–165; Körner et al. 2011, 21).

Eine Zuspitzung der Belastungssituation des Personals in Rehabilitationskliniken ist folglich absehbar – wenn die Nachfrage nach Leistungen weiter zunehmen wird, zugleich eine hohe Qualität aufrechterhalten werden soll und die personellen Kapazitäten

nicht entsprechend angepasst werden. Es ist daher erforderlich, die Arbeitsbedingungen und die gesundheitliche Situation des Personals sowie mögliche Auswirkungen für die Patientenorientierung schon jetzt verstärkt in den Blick zu nehmen. Hierüber ist noch viel zu wenig bekannt.

Zentrale Annahme der vorliegenden Arbeit ist, dem Bielefelder Sozialkapital-Ansatz (vgl. Kap. 4.2.2.2) folgend, dass die Gesundheit der Mitglieder in Organisationen nicht nur durch die unmittelbaren Arbeitsbedingungen, sondern vielmehr vom sozialen Miteinander und gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln geprägt wird. Emotionen werden an den verschiedenen Mensch-Mensch-Schnittstellen in Organisation wechselseitig vermittelt: „Die Beschäftigten *bearbeiten* und *haben* Gefühle. Die bei ihnen durch Vorgesetzte, Mitarbeiter, Kollegen und Patienten ausgelösten Gefühle wirken auf diese zurück“ (Badura 1994, 58).

Insofern ist es geboten, neben den Arbeitsbedingungen die Qualität des sozialen Systems näher zu beleuchten. Im nachfolgenden Kapitel werden Erkenntnisse zusammengetragen, die einen Einblick, in die sozialen Strukturen und Prozesse medizinischer Rehabilitationseinrichtungen geben.

6.2.3 Rehabilitationskliniken als Institutionen zielgerichteter Kooperation

Im diesem Kapitel werden, zunächst formal betrachtet, die sozialen Beziehungen im Innenverhältnis von Rehabilitationskliniken näher beleuchtet. Ergänzt werden diese Ausführungen durch einzelne Befunde aus empirischen Studien zu den faktischen Organisationsbedingungen. Damit soll a priori eine Einschätzung des Settings Rehabilitationsklinik hinsichtlich des Sozialvermögens erfolgen.

Rehabilitationskliniken können als personenbezogene Dienstleistungsorganisationen begriffen werden. Das heißt, dass die Handlungen der Organisationsmitglieder auf Individuen gerichtet sind, die ihrerseits Ko-Produzenten der Leistungserbringung sind (vgl. Badura 1996, 14 f.; Klatetzki 2010, 8; Kockert 2014, 10 ff.). Der Begriff Dienstleistung ist nicht einheitlich definiert. Nach einer aktuellen Klassifikation ist die Dienstleistung jedoch grob durch folgende Eigenschaften charakterisierbar: sie ist immateriell, nicht transportierbar und nicht speicherbar, Erstellung und Nutzung der Leistung fallen zeitlich zusammen, die Leistungserbringung erfolgt unter Einbezug des Nutzers (Ko-Produzent) und sie kann nicht standardisiert werden (vgl. Bruhn 2013, 22 f.). In der Rehabilitation umfasst der Dienstleistungsbegriff z. B. die Verbesserung des Wohlbefindens des Rehabilitanden (vgl. Klatetzki 2010, 8).

Der Dienstleistungssektor ist generell durch eine Dematerialisierung von Arbeit gekennzeichnet, bei der sich eine Verlagerung von der Hand zum Kopf sowie von der Mensch-Maschine- zur Mensch-Mensch-Schnittstelle vollzieht. In den Vordergrund rücken zwischenmenschliche Kooperationserfordernisse, geistige Fähigkeiten und die psychische Gesundheit. Dienstleistungstätigkeit zeichnet sich durch Interaktionsarbeit aus, es muss eine Abstimmung zwischen verschiedenen Bedürfnissen und Vorstellungen vorgenommen werden. Beschäftigte des tertiären Sektors müssen fachlich qualifiziert und zugleich zur Arbeit im Team fähig sein (vgl. Badura 2017, 4–9 und 38; Badura et al. 2010, 16ff.; Badura et al. 2012, 543f.).

Dem Behandlungskonzept in der medizinischen Rehabilitation liegt ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis zugrunde, welches sich an die »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« [ICF] der WHO anlehnt (vgl. Grote & Thiele 2014, 18f.; Morfeld et al. 2016, 91f.). Das Konzept umfasst die Folgen eines Gesundheitsproblems auf den Ebenen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten, Teilhabe. Es berücksichtigt dabei Wechselwirkungen sowie personenbezogene und umweltbedingte Einflüsse (vgl. WHO 2005, vii und 11–23). Dem ICF-Konzept und dem übergeordneten Rehabilitationsziel entsprechend, folgt die medizinische Rehabilitation einem komplexen, bio-psycho-sozialen und multidimensionalen Behandlungsansatz, der auf die Abwendung chronischer Erkrankung oder Behinderung abzielt. Aus diesem Grund ist der Behandlungsprozess in der Rehabilitation durch das Mitwirken diverser Berufsgruppen arbeitsteilig, aber kooperativ organisiert. Die Professionen können und müssen ihre je eigene Expertise, Rolle, Funktion sowie Spezialisierung in den Rehabilitationsprozess einbringen (vgl. Körner 2011, 2; Müller et al. 2014, 391; Müller et al. 2015, 37).

Ein Rehabilitationsteam ist definiert als „[...] eine Gruppe von verschiedenen Vertretern der Disziplinen in der Gesundheitsversorgung, die zur Bewältigung der gemeinsamen Aufgabe arbeitsteilig zusammenarbeiten“ (Körner et al. 2005, 159). Ein solches Team besteht in der Regel aus Medizinern, Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Pädagogen. Die spezifische Komposition variiert dabei je nach Indikation und es können auch andere Professionen beteiligt sein (vgl. Körner et al. 2005, 159; Müller et al. 2015; 37; Morfeld et al. 2016, 924; Vogel 1998, 118).

Die verschiedenen Professionen übernehmen spezifische Aufgabenstellungen. Die folgenden Aufgaben sind dabei lediglich als ein grober Überblick des Aufgabenspektrums einzelner Professionen zu verstehen: Ärzte sind vor allem für die Diagnostik, das

Erstellen und Überwachen des Therapieplans und die Leitung des Rehabilitationsteams sowie die medikamentöse Therapie verantwortlich. Pflegekräfte sind in erster Linie dafür zuständig, den Rehabilitanden bei der Selbstständigkeit in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen; sie haben die Aufgabe, die Motivation des Rehabilitanden zu fördern und neben medizinischen Hilfstätigkeiten den Behandlungsprozess mit zu koordinieren und zu dokumentieren. Die Physiotherapie hat als primäres Ziel, die beeinträchtigten Körperstrukturen- und Funktionen wiederherzustellen und den Rehabilitanden zu Eigenübungen anzuleiten. Ergotherapeuten fördern u.a. die Belastbarkeit bzw. die motorische, sensorische und kognitive Funktionsfähigkeit in Bezug auf Aktivitäten des täglichen Lebens. Logopäden sind bei neurologischen Erkrankungen von Bedeutung, weil sie Sprach- und Sprechtraining durchführen. Psychologen unterstützen den Patienten bei der Bewältigung der Erkrankung und sie stehen dem Rehabilitationsteam in Form von Supervision beratend zur Seite. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen unterstützen bspw. in rechtlichen und finanziellen Fragestellungen, und sie sind generell dem Rehabilitanden bei der Reintegration in das häusliche Umfeld oder den Beruf behilflich. Pädagogen übernehmen z. B. die Gesundheitsbildung (vgl. DRV 2009, 33 ff.; Morfeld et al. 2016, 921–925; Vogel 1998, 118–124).

Erst das Zusammenwirken der Disziplinen trägt einem ganzheitlichen Behandlungsansatz Rechnung (vgl. Badura 1996, 17; Körner et al. 2005, 158). Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gilt als ein zentraler Indikator für die Qualität und den Erfolg der medizinischen Rehabilitation (vgl. Badura et al. 1995, 64; Müller et al. 2014, 390 f.; Müller et al. 2015; 37; Zimmermann et al. 2014, 220). Die Ausführungen unterstreichen, dass in Rehabilitationseinrichtungen hohe Kooperationserfordernisse gefordert sind.

In Einrichtungen der Rehabilitation bestehen generell sowohl multi- als auch interdisziplinäre Kooperationsformen (vgl. Körner et al. 2005, 160; Körner 2006, 159). Bei der multidisziplinären Arbeit koordiniert der Arzt als übergeordnete Instanz hierarchisch den Behandlungsprozess, die Berufsgruppen arbeiten unter seiner Anweisung und dennoch weitestgehend eigenständig und eher parallel, Interaktion findet verstärkt innerhalb von Berufsgruppen oder bilateral (z. B. zwischen Arzt und Pflegekraft) statt. Bei der interdisziplinären Kooperation wird das Behandlungskonzept und -ziel partizipativ unter Beteiligung aller Disziplinen bestimmt; die Durchführung der Behandlung erfolgt kollektiv, die multiplen Professionen stehen in einem stetigen Austausch (vgl. Körner 2006, 29 f.; Körner et al. 2005, 159 f.).

Gesetzlich betrachtet ist eine übergeordnete, verantwortliche Position des Arztes innerhalb des medizinischen Rehabilitationsteams vorgesehen (§ 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX; Körner et al. 2005, 160; Morfeld et al. 2016, 925). Ärzte lernen ferner bereits während ihres Studiums, dass ihnen die volle Verantwortung für die Behandlung zukommt (vgl. Jäckel 2010, 346). Diese hierarchische Organisationsform kann, gepaart mit der berufsspezifischen Sozialisation, die berufsgruppenübergreifende Kooperation in Rehabilitationskliniken beeinträchtigen (vgl. Körner et al. 2005, 160).

Mensch-Mensch-Schnittstellen bestehen in der medizinischen Rehabilitation auf verschiedenen Ebenen und zwischen unterschiedlichen Akteuren. So verweist Körner (2006, 15) darauf, dass zwischen und innerhalb von Berufsgruppen bzw. Abteilungen, auf interpersonaler Ebene, zwischen unterschiedlichen hierarchischen Positionen bzw. zwischen den Mitgliedern einer Klinik insgesamt Kooperation vorkommen kann (vgl. Körner 2006, 15). Insofern können zwischenmenschliche Probleme – oder aber Potenziale – nicht nur zwischen Berufsgruppen, sondern auch innerhalb von Berufsgruppen bzw. zwischen den verschiedenen Mitgliedern der Organisation auftreten.

Weitere Kooperationserfordernisse – die in der vorliegenden Forschungsarbeit jedoch eine untergeordnete Rolle spielen – sind an der Schnittstelle Behandler-Rehabilitand gegeben. So steht der Rehabilitand im Zentrum des Rehabilitationsprozesses. Er ist erwähnenswertenmaßen als aktiv handelndes, selbstständiges Wesen unbedingt in die Behandlung einzubeziehen, um seine Gesundheitspotenziale zu mobilisieren (vgl. Badura 1994, 78; Badura 1996, 14 ff.; Grote & Thiele 2014, 39; Vogel 1998, 127). Die Zufriedenheit des Rehabilitanden – ihrerseits eine wichtige Determinante für das Behandlungsergebnis und die Weiterempfehlung einer Klinik – steht in einem Zusammenhang mit dem Ausmaß seiner Einbindung durch den Behandler (vgl. Zimmermann et al. 2014, 220). Arbeit am Menschen erfordert ein hohes Ausmaß an Gefühlsregulierung. Hieraus ergeben sich Belastungsmomente für behandelnde Fachkräfte in Krankenhäusern (vgl. Badura 1994, 25 und 79).

Die in diesem Abschnitt skizzierten Kooperationsbedarfe geben einen Hinweis darauf, dass für den Arbeitsalltag in Rehabilitationseinrichtungen eine hohe Zusammenarbeit an unterschiedlichen zwischenmenschlichen Schnittstellen kennzeichnend ist. Was aber ist über die tatsächlich vorherrschenden sozialen Bedingungen in Einrichtungen der Rehabilitation bekannt? Es gibt bislang kaum Studien, die Auskunft über das Beziehungsklima, das Führungsverhalten oder die Organisationskultur in Rehabilitationskliniken geben. Im Folgenden seien diese zusammengefasst.

Hervorzuheben ist die Studie von Kockert, an die die vorliegende Dissertation anknüpft. In dieser Studie wurde auf Basis von 18 der 21 teilnehmenden Rehabilitationskliniken festgestellt, dass der Vorrat an Sozialkapital zwischen den Einrichtungen signifikant variiert. Verbesserungspotenzial besteht durchweg, da das volle Ausmaß in keiner Klinik erreicht wird (vgl. Kockert 2014, 155). Es gibt demnach Kliniken, in denen das Sozialkapital qualitativ besser und Kliniken, in denen es qualitativ schlechter beschaffen ist. Vergleichbar sind die Ergebnisse einer etwas älteren Studie von Farin, der gute und weniger gute Rehabilitationskliniken anhand der Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Betriebsklima und der Mitarbeiterführung der direkten Vorgesetzten unterscheidet (vgl. Farin et al. 2002, 263). Demzufolge sind Mitarbeiter, je nach dem, in welcher Rehabilitationsklinik sie tätig sind, mit unterschiedlichen sozialen Systemdeterminanten konfrontiert.

Eine andere Befragung von 3.130 Mitarbeitern in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation verweist auf den Umstand, dass etwa die Hälfte der Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte erheblichen Verbesserungsbedarf mit Blick auf die Kooperation bekunden. Defizite im Führungsverhalten direkter Vorgesetzter sind zudem ein Hauptmotiv der Kündigungsabsicht bei Ärzten in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Jäckel 2010, 346f.). Psychologen in Rehabilitationseinrichtungen sind mit dem Führungsverhalten ihrer Vorgesetzten im Mittel nur mäßig zufrieden (vgl. Reese et al. 2014, 449). Qualitativ befragte Führungskräfte in Rehabilitationskliniken stellen fest, dass Zeitdruck und hohe Arbeitsanforderungen die Kooperation der Berufsgruppen behindern, weil Absprachen unterbunden werden oder Mitarbeiter unzufrieden sind. Kooperations- und Kommunikationsbarrieren seien zwischen Abteilungen feststellbar. Zudem werden in Leitbildern verankerte Wertvorstellungen nicht in den Arbeitsalltag transportiert, und die Mitarbeiter weisen eine mangelnde Identifikation mit ihrer Organisation auf – beides seien jedoch wesentliche Voraussetzungen gelingender Zusammenarbeit (vgl. Müller et al. 2014, 394).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass in Kliniken der Rehabilitation formal betrachtet eine qualitativ hochwertige, insbesondere interdisziplinäre, Kooperation an den Mensch-Mensch-Schnittstellen erforderlich ist, um die medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu einem gewünschten Ergebnis zu führen. Empirische Befunde deuten demgegenüber an, dass das faktische Sozialkapital in einigen Einrichtungen der Rehabilitation verbesserungsfähig ist. Umgekehrt gibt es offenkundig Einrichtungen, in denen das Sozialkapital hoch ausgeprägt ist, insofern dürfte dort mit einem guten Gesundheitszustand der Mitarbeiter zu rechnen sein.

6.2.4 Burn-out bei Mitarbeitern in medizinischen Rehabilitationskliniken

Bislang wurden hierzulande nach Kenntnisstand der Verfasserin erst zwei Studien zu Burn-out bzw. emotionaler Erschöpfung in Rehabilitationskliniken vorgelegt. Diese im Folgenden skizzierten Studien gehen auf die deutschen Rehabilitationswissenschaftlerinnen Miriam Körner und Linda Zimmermann zurück. Die gesundheitliche Situation in Rehabilitationskliniken erlangt nach Körner (2011, 3) generell bislang wenig Aufmerksamkeit seitens der Forschung.

Körner (2011) untersuchte zunächst in ihrer explorativen Studie zur mentalen Gesundheit bei Mitarbeitern in Rehabilitationskliniken das Ausmaß an emotionaler Erschöpfung in 12 somatischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken auf Basis von 251 Fällen. Die Rücklaufquote lag im Mittel bei 45 %. Differenziert wurde zwischen Ärzten, Pflegekräften, somatischen und psychosomatischen Therapeuten sowie sonstigen, nicht näher bezeichneten, Berufen. Im Mittel lag der Anteil der emotional Erschöpften bei rund 25 %. 22,2% der Befragten gaben zudem an, den Rehabilitanden gegenüber abgeneigt zu sein. Sie untersuchte ferner den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen sowie zwischen der Kommunikation, der Führung, der Arbeitsatmosphäre und emotionaler Erschöpfung sowie der Abneigung gegenüber Rehabilitanden auf Ebene der Stichprobe. Während die Organisationsmerkmale und das Item zu den Arbeitsbedingungen in der Korrelationsanalyse mit den Merkmalen von Burn-out negativ korrelierten, bestätigte sich in der multiplen Regression der Zusammenhang lediglich mit den Arbeitsbedingungen (vgl. Körner 2011). Die Abfrage der Arbeitsbedingungen erfolgte in der Studie allerdings durch ein Globalitem: »Wie bewerten Sie ihre Arbeitssituation/Arbeitsbedingungen im Ganzen«¹⁶ (vgl. Körner 2011, 4). Diese verhältnismäßig unpräzise Abfrage könnte dazu geführt haben, dass andere spezifische Einflüsse der Organisation überlagert wurden. Zudem fand keine organisationsbezogene Analyse statt. In einer zweiten Studie untersuchte Körner gemeinsam mit Zimmermann das Ausmaß an emotionaler Erschöpfung in 9 Rehabilitationskliniken (n=306 Fälle). Der Rücklauf lag bei 35,6%. Eingeschlossen waren Physiotherapeuten, Pflegekräfte, Psychologen und Sozialarbeiter, übrige Gesundheitsfachberufe (wie Logopäden) sowie Ärzte. 26,4% der Teilnehmenden berichteten oft oder immer emotional erschöpft zu sein. Signifikante Unterschiede fanden sich nicht zwischen Berufsgruppen – gleichwohl zwischen Kliniken (vgl. Zimmermann & Körner 2014). Die Studie zeigt damit auf, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klinik mit einem höheren oder geringeren Ausmaß an emotionaler Erschöpfung behaftet ist.

¹⁶ Eigene Übersetzung ins Deutsche.

Aus Sicht der Rehabilitationswissenschaftlerinnen sind weitere Studien erforderlich „[...] um zu untersuchen, welche Einflussfaktoren im Einzelnen für Erschöpfung verantwortlich gemacht werden können“ (Zimmermann & Körner 2014, 32). So geht tatsächlich aus der Studie von Zimmermann und Körner (2014) *nicht* hervor, welche Merkmale der Organisationen die Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen den Kliniken bewirken. Fallzahl und Rücklaufquoten sind in beiden, hier skizzierten, Studien verhältnismäßig gering; es wurden z.T. ausgewählte Berufsgruppen betrachtet. Zudem bleibt die Organisationskultur in den Studien unberücksichtigt – so dass noch Forschungsbedarf besteht. Dies betrifft außerdem den Zusammenhang von Burn-out und der Qualität der Versorgung in Rehabilitationskliniken, der noch gänzlich unerforscht ist.

6.3 Zusammenfassung/Fazit zum Untersuchungsgegenstand

Die Rehabilitation ist ein bedeutender Sektor des gesundheitlichen Versorgungssystems: durch ihren gesetzlich intendierten Beitrag zur Vermeidung von Krankheit bzw. Behinderung und die Förderung der Teilhabe. Noch immer wird medizinische Rehabilitation vorwiegend in stationären Einrichtungen erbracht. Daher sind das Leistungspotenzial und mit ihm die Gesundheit von Mitarbeitern in Rehabilitationskliniken von besonderer Relevanz im Hinblick auf die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der Rehabilitation. Dieser wird durch Sozialversicherungsbeiträge in Milliardenhöhe finanziert.

Gerade das Auftreten von Burn-out bei Mitarbeitern in Rehabilitationskliniken kann mit den Symptomen Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit zu einem gravierenden Problem werden. Studien aus dem Gesundheitsbereich zeigen auf, dass Burn-out mit einer verminderten subjektiven Gesundheit (vgl. z. B. Bao et al. 2013), erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeiten (z. B. Peterson et al. 2011), erhöhter Kündigungsabsicht (vgl. z. B. Chan et al. 2013) und einer reduzierten Behandlungsqualität (vgl. z. B. Van Bogaert et al. 2014) assoziiert ist. Vor dem Hintergrund des Kosten- und Qualitätsdrucks, mit dem Rehabilitationskliniken konfrontiert sind, und mit Blick auf den Umstand, dass die Leistungserbringer im Auftrag der Solidargemeinschaft handeln, sind ausgebrannte Mitarbeiter kritisch zu bewerten.

Die Situation des Personals in Einrichtungen der Rehabilitation erscheint unter dem Gesichtspunkt von Arbeitsverdichtung und Personalabbau geradezu prädestiniert für die Entwicklung von Burn-out. Allerdings ist wenig Konkretes bekannt über die Arbeitsbedingungen und den Gesundheitszustand bei Mitarbeitern in Einrichtungen der Rehabilitation. In Bezug auf das Sozialkapital der Kliniken und seinen Zusammenhang mit

Burn-out besteht ebenfalls noch erheblicher Forschungsbedarf. Dass die Organisation eine Rolle spielen kann, legt die Studie von Zimmermann und Körner (2014) bereits nahe. Aber *welche* Merkmale der Organisation sind von Bedeutung? Was ist die Rolle des sozialen Systems? Der Arbeitsalltag und das emotionale Befinden dürften gerade aufgrund des Dienstleistungscharakters und des interdisziplinären Konzeptes in Rehabilitationskliniken von der Qualität des Sozialkapitals maßgeblich geprägt sein. Forschungsbedarf besteht insbesondere, was den Stellenwert einzelner Sozialkapitalmerkmale, besonders der Kultur, von Rehabilitationskliniken sowie die Bindewirkung dieser Merkmale und Burn-out betrifft.

Die vorliegende Arbeit wird zu diesen Forschungsbedarfen einen Beitrag leisten. Sie wird darüber hinaus der Frage nachgehen, welche Bedeutung Burn-out für die Behandlungsqualität in medizinischen Rehabilitationskliniken hat.

7 Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel vermittelt das zur Beantwortung der Forschungsfragen bzw. Testung der Hypothesen zugrunde gelegte methodische Vorgehen. In diesem Zusammenhang wird das gewählte Studiendesign näher beleuchtet. Es wird auf die Bedeutung von Mitarbeiterbefragungen und Organisationsdiagnostik eingegangen. Der Zugang zum Datenmaterial, die Beschreibung von Studienpopulation, Studienablauf und Messinstrumenten bildet einen wesentlichen Bestandteil dieses Kapitels. Daneben werden die zentralen, verwendeten statistischen Verfahren dargelegt.

7.1 Gewähltes Studiendesign

Mit der Analyse von empirischen Daten intendiert die vorliegende Arbeit, Aussagen über Zusammenhänge von Merkmalen bzw. über Unterschiede in der Ausprägung von Merkmalen zu überprüfen. Die in der vorliegenden Arbeit theoretisch und empirisch hergeleiteten Hypothesen sollen folglich auf Gültigkeit getestet werden. Es ist also zu untersuchen, ob sich Annahmen über ein Bedingungsgefüge bestätigen oder verwerfen lassen. Dabei sollen generalisierbare, quantitative Aussagen über eine Population getroffen werden.

Mit dieser Zielsetzung ordnet sich die Dissertation methodisch einem *quantitativen* Forschungsdesign zu. Für die quantitative Forschung ist charakteristisch, dass allgemeingültige Aussagen aus erhobenen Daten abgeleitet werden, um a priori definierte Hypothesen zu beantworten. Hierbei werden größere Fallzahlen bzw. Stichproben herangezogen, um Phänomene numerisch zu erfassen, die Schlussfolgerungen über eine Grundgesamtheit ermöglichen (vgl. Bortz 2005, 1, 85; Häder 2015, 64). Die Summe der Messungen von Merkmalen wird als quantitatives Datenmaterial bezeichnet. Die vorliegende Arbeit verortet sich grundsätzlich in der empirischen Sozialforschung, welche darauf abzielt, soziale Verhaltensweisen und Phänomene systematisch auf Basis von Erfahrungen zu ergründen (vgl. Bortz & Döring 2006, 2 und 138; Häder 2015, 12 und 15). Bei der quantitativen Forschung werden standardisierte Verfahren zur Datenerhebung und -auswertung eingesetzt. Tatbestände sollen somit möglichst normiert, objektiv und reliabel quantifiziert, erklärt und geordnet werden. Die qualitative Forschung, als Gegenstück, versucht demgegenüber die subjektive Wirklichkeit zu erfassen, indem das Datenmaterial, das in verbalisierter Form vorliegt, interpretiert wird (vgl. Bortz 2005, 1 und 8 ff.; Bortz & Döring 2006, 296–301; Häder 2015, 62–68). In der vorliegenden Arbeit werden Daten ausgewertet, die zu *einem* Zeitpunkt bzw. über eine kurze Zeitdauer hinweg einmalig erfasst wurden. Damit handelt es sich um eine *Quer-*

schnittsstudie. Querschnittsdesigns sind zur Erhebung des gesundheitlichen Status einer Zielpopulation zu einem fixen Zeitpunkt geeignet. Die potenzielle Exposition und der Outcome werden zeitgleich erfasst. Das Design erlaubt lediglich Ist-Stand-Aussagen (vgl. Häder 2015, 120; Kreienbrock et al. 2012, 83 f.).

Die Daten, die der Analyse zugrunde liegen, stammen aus einer schriftlichen *Mitarbeiterbefragung* in Rehabilitationskliniken, die im Rahmen des LORE-Projektes (Lore steht für Leistungssteigerung durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen) in Form eines *Organisationssurveys* erhoben (vgl. Kockert 2014; Schott & Kockert 2014) und der Verfasserin zu dessen Auswertung zur Verfügung gestellt wurden. Näheres zum LORE-Projekt, dem Datenmaterial und der Durchführung der Erhebung der Primärdaten ist in Kapitel 7.3 beschrieben.

7.2 Der Zweck von Organisationsdiagnose und Mitarbeiterbefragung

In der vorliegenden Dissertation werden Sekundärdaten aus einem Organisationsurvey, bei dem Mitarbeiter mehrerer Rehabilitationskliniken befragt wurden, analysiert. Das Ziel ist es, die Organisationen mit Blick auf den Gesundheitszustand der Mitarbeiter, speziell Burn-out, sowie dessen Bedingungen und möglichen Folgen näher zu beleuchten. Im Folgenden seien daher die Methode der Organisationsdiagnose und das Instrument der Mitarbeiterbefragung näher skizziert.

Die Organisationsdiagnose bildet einen integralen Bestandteil eines systematischen und auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sie stellt, als Ausgangspunkt von vier standardisierten, sequenziellen Kernprozessen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Abb. 19), eine Ist-Stand-Analyse zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten sowie ihrer Bedingungen dar und bildet die Grundlage für die Identifikation von aussagekräftigen Kennzahlen sowie Handlungsprämissen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Walter, U. 2010, 147 und 156). Eine Organisationsdiagnose soll einen Prozess der Organisationsentwicklung einleiten. Sie liefert Management und Mitarbeitern wichtige Informationen zu Stärken und Schwächen der Organisation, der sie angehören (vgl. Nerdinger et al. 2014, 134).

Gegenstand von Organisationsdiagnosen sind die reziproken Zusammenhänge zwischen Strukturen und Prozessen einer Organisation und dem Erleben und Verhalten ihrer Mitglieder. Dabei sollen Unterschiede innerhalb und zwischen Organisationen herauskristallisiert werden. Eine wissenschaftlich motivierte Organisationsdiagnose verfolgt das Ziel, Organisationstheorien zu überprüfen. Für Mitglieder einer Organisation könne dies jedoch kein hinreichendes Argument zur Bewilligung einer Organisati-

onsdiagnose sein (vgl. Nerding et al. 2014, 134 ff.). Daraus folgt, dass bei einer Arbeit zur Grundlagenforschung immer auch der Nutzen der Diagnose für die Organisation zu betonen ist. Für die befragten Rehabilitationskliniken ergibt sich der Nutzen, dass das Ausmaß an Burn-out und mögliche Zusammenhänge erfasst werden und hieraus potenzielle Risiken mit Blick auf Präsentismus oder eine verminderte Versorgungsqualität identifiziert werden können.

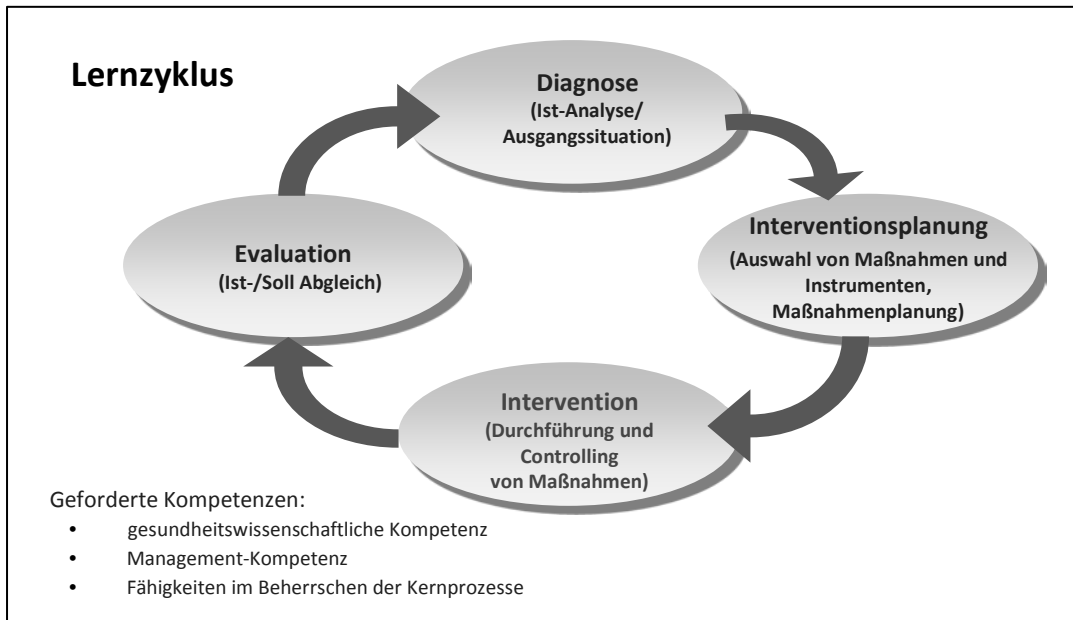


Abb. 19: Lernzyklus (Quelle: *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, Kapitel 5: Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, 2. Aufl. 2010, S. 155, Walter, U. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010, mit Genehmigung von Springer)

Eine Organisationsdiagnose kann auf verschiedensten Datenquellen wie z. B. Routinedaten aus dem Personalmanagement (z. B. Fehlzeiten, Fluktuationsquote), Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Krankenkassen, Daten aus Gefährdungsbeurteilungen oder eben aus Mitarbeiterbefragungen bestehen (vgl. Walter, U. 2010, 156). Zumeist wird auf Fehlzeitenstatistiken zurückgegriffen, die zwar als Signalgeber für auffällige Organisationseinheiten fungieren, jedoch zur Bewertung der gesundheitlichen Situation der Organisationsmitglieder oder ihrer Ursachen vergleichsweise unzulänglich sind (vgl. Badura 2013a, 12 f.; Walter, U. 2010, 157).

Mitarbeiterbefragungen nehmen hingegen innerhalb des Diagnoseportfolios eine gesonderte Rolle ein, denn sie ermöglichen „[...] durch die Einbeziehung des Wissens und der Einschätzungen der Mitarbeiter einen tiefen Einblick in die Organisation“ (Walter, U. 2010, 157). Die Mitglieder einer Organisation sind Experten in eigener Sache: Sie kennen die Stärken und Probleme ihrer Organisation wie sonst niemand und sie

liefern somit Informationen aus erster Hand. Damit lassen sich Probleme in einer Organisation offen legen und frühzeitig behandeln. Mitarbeiterbefragungen stellen eine wirksame Methode zur Förderung der Partizipation und emotionalen Bindung der Mitarbeiter dar (vgl. Rixgens 2010b, 206; Domsch & Ladwig 2013, 11f.; Walter, U. 2010, 157). Sie „[...] gehören heute unbestritten zu den Standardtools eines modernen und erfolgreichen Personalmanagements“ (Domsch & Ladwig 2013, 11).

Im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen werden der Gesundheitszustand der Mitarbeiter sowie mögliche Ursachen aus Perspektive der Mitglieder einer Organisation ermittelt. Der routinierte Einsatz von standardisierten Fragebögen gewährleistet dabei ein systematisches Vorgehen (vgl. Rixgens 2010b, 206).

Organisationsdiagnosen, die auf Mitarbeiterbefragungen beruhen, geben somit einen aktuellen Einblick in das Geschehen einer Organisation, wie es aus Perspektive der Mitarbeiter wahrgenommen wird.

7.3 Sekundärdatenmaterial und Ablauf der Primärdatenerhebung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen wurde, wie eingangs erwähnt, auf Daten aus dem Forschungsprojekt LORE (Kockert 2014; Schott & Kockert 2014) zurückgegriffen. Dieses Projekt war an der Universität Bielefeld, an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften im Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften angesiedelt und hatte eine Projektlaufzeit von Mai 2012 bis April 2014. Auftraggeber des Projekts waren die DRV Rheinland sowie die DRV Westfalen. Primäres Ziel des Projektes war die Untersuchung des Zusammenhangs von Organisationsqualität und Rehabilitationserfolg in Rehabilitationskliniken auf Basis von empirischen und Routine-Daten im Rahmen eines organisationsvergleichenden Surveys.

Der Datensatz wurde der Verfasserin der vorliegenden Dissertation im Rahmen einer Forschungskoooperation von der Projektleitung, Dr. Thomas Schott, sowie der Projektdurchführung, Dr. Svenja Kockert, für eine spezifische Analyse überlassen. Da es nicht das primäre Ziel der Studie war, die Beziehung zwischen Sozialkapital und Burn-out näher zu beleuchten, ist das Material im engeren Sinne als Sekundärdatensatz einzustufen. Für Sekundärdaten ist charakteristisch, dass die erhobenen Daten nicht explizit auf die Forschungsfrage abgestimmt sind (vgl. Kreienbrock et al. 2012, 66). Die Auswertung von bereits vorhandenen Daten im Rahmen einer Forschungskoooperation ist unter ökonomischen Gesichtspunkten gleichwohl zu begrüßen, da die Erhebung von neuen Daten kosten- und zeitintensiv ist und ein Datensatz in der Regel mehrere Forschungsfragen gleichzeitig beantworten kann (vgl. Bortz & Döring 2006, 369; Kreien-

brock et al. 2012, 66). „Eine Argumentation etwa, dass es sich grundsätzlich um Makel handelt, keine selbst erhobenen Umfragen für eine Auswertung zu nutzen, ist damit völlig verfehlt“ (Häder 2015, 127). Da die Erhebung der Primärdaten erst im August 2013 vollendet war, ist die Datenaktualität keiner Einschränkung unterworfen.

Die Daten der LORE-Studie wurden explizit zu Forschungszwecken erhoben, wobei im Rahmen des Organisationssurveys neben den Organisationsbedingungen auch Tätigkeitsmerkmale sowie die gesundheitliche Situation der Organisationsmitglieder erfasst wurden. In die Befragung wurden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern einbezogen, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllten. Konkret zählten hierzu Einrichtungen, in denen stationäre medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (auf Basis des allgemeinen Antragsverfahrens oder im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung) durchgeführt und etwa 70 bis 100 Rehabilitanden jährlich aufgrund von Indikationen der Bereiche Orthopädie und oder Kardiologie behandelt werden¹⁷ (vgl. Kockert 2014, 106; Schott & Kockert 2014, 58).

43 Einrichtungen konnten auf Basis dieser Kriterien als Grundgesamtheit definiert und unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien durch das LORE-Team angeschrieben sowie um die Teilnahme an der Befragung geworben werden (vgl. Kockert 2014, 106). Adressiert wurden die ärztliche Leitung sowie die Verwaltungsleitung bzw. die Geschäftsführung, also Machtpromotoren. Nach zunächst schriftlicher Kontaktaufnahme erfolgte in einem Abstand von 14 Tagen ein telefonischer Anruf seitens des LORE-Projektteams. Allerdings konnte ein persönliches Telefongespräch mit Verantwortlichen seitens der Kliniken nicht immer zeitnah realisiert werden, so dass in einigen Fällen erst nach 13 Wochen ein Gespräch aufgenommen werden konnte. An das Gespräch knüpften in den Kliniken, in denen die Anfrage auf Resonanz getroffen war, Informationsveranstaltungen an. Dabei kamen das LORE-Team sowie in der Regel die Verwaltung/Geschäftsführung, die ärztliche Leitung sowie die Personalvertretung zusammen. Die Informationsveranstaltungen lieferten Hintergrundinformationen zur Studie.¹⁸

¹⁷ Die Fokussierung auf orthopädische und kardiologische Diagnosen beruht auf der Relevanz dieser Indikationen innerhalb des Spektrums erforderlicher medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen; die Mindestmenge von 70–100 behandelten Fällen ist zudem methodisch-statistischen Gesichtspunkte geschuldet (vgl. Kockert 2014, 106; Schott & Kockert 2014, 58).

¹⁸ Diese Hintergrundinformationen hat die Verfasserin der vorliegenden Dissertation direkt von der LORE-Projektleitung (Dr. Svenja Kockert) erhalten.

Insgesamt beteiligten sich 21 Kliniken aus den Bundesländern Niedersachsen Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz an der Studie. In die Studie wurden alle beständigen Mitarbeiter, also solche, die aus Sicht der Geschäftsführung maßgeblich zum Organisationserfolg beitragen, einbezogen (keine 400 Euro-Kräfte). Es wurde prinzipiell auf eine Vollerhebung abgezielt. Die Stichprobe umfasst entsprechend Mitarbeiter aus dem medizinischen, therapeutischen, pflegerischen, psychologischen sowie dem sozialen Dienst (inkl. medizinischer Hilfsberufe), daneben Beschäftigte aus den Bereichen Verwaltung/Management sowie Service/Technik (z. B. Patientenservice/Rezeption, Küche/Cafeteria). Insgesamt wurden im Rahmen der Studie somit 3.621 Personen als Grundgesamtheit auf Mitarbeitererebene definiert und im Rahmen der schriftlichen Befragung adressiert. Diesen wurde auf dem Postwege ein standardisierter Fragebogen an ihre Dienstanschrift zugestellt (vgl. Kockert 2014, 106–110 und 114 ff.; Schott & Kockert 2014, 54).

Zur Förderung der Beteiligung an der Befragung entwickelte das LORE-Team z. B. Flyer und Plakate, die nicht nur auf die Studie selbst aufmerksam machten, sondern auch die Befürwortung der Einrichtungsleitung hervorhoben. Die Einrichtung versendete ihrerseits bspw. interne Informations-E-Mails, die Informationen zur Studie durch die jeweiligen Abteilungsleiter vermittelten, oder sie verwiesen im Rahmen von Personalversammlungen auf die LORE-Studie. Die Befragung wurde außerdem über ein Incentive angereizt, wobei durch die Teilnahme an einer Verlosung von Gutscheinen mit diversen Geldbeträgen nicht prinzipiell eine monetäre Belohnung in Aussicht gestellt wurde. Die Teilnehmer erhielten außerdem die Möglichkeit, das LORE-Team bei Bedarf zu kontaktieren, um eventuellen Bedenken oder Unklarheiten zu begegnen (vgl. Kockert 2014, 110 f.; Schott & Kockert 2014, 56 f.). Der Zeitraum der Befragung erstreckte sich von Januar bis August 2013, wobei der Erhebungszeitraum pro Reha-Klinik im Allgemeinen lediglich 5 Wochen betrug. Bei der Auswahl des Befragungszeitpunktes war die Präferenz der Einrichtung maßgebend, um eine hohe Rücklaufquote zu fördern. Der vergleichsweise lange Erhebungszeitraum ist der von September 2012 bis Mai 2013 fortdauernden Vorlaufphase geschuldet, bei der mehrere Termine mit diversen Vertretern bei einer hohen Anzahl an Kliniken koordiniert werden mussten (vgl. Kockert 2014, 11). Allen Studienteilnehmern wurde die Möglichkeit der freiwilligen, informierten Einwilligung eingeräumt und die ausgefüllten Fragebögen wurden, um Vertrauen bei den Studienteilnehmern herzustellen, direkt an das LORE-Team übermittelt (vgl. Kockert 2014, 110 f.). Im Rahmen der LORE-Studie wurden keine personenidentifizierenden Daten erhoben wurden. Der Zugriff auf die Daten ist nur ausgewähl-

ten Personen gewährt. Die Verfasserin der vorliegenden Dissertation versichert zudem, durch ihre Unabhängigkeit von den Auftraggebern der Studie und den untersuchten Kliniken, in keinem Interessenskonflikt zu stehen.

Die folgende Abbildung 20 fasst noch einmal den Ablauf der Primärdatenerhebung im Rahmen des LORE-Projektes zusammen (vgl. Abb. 20).

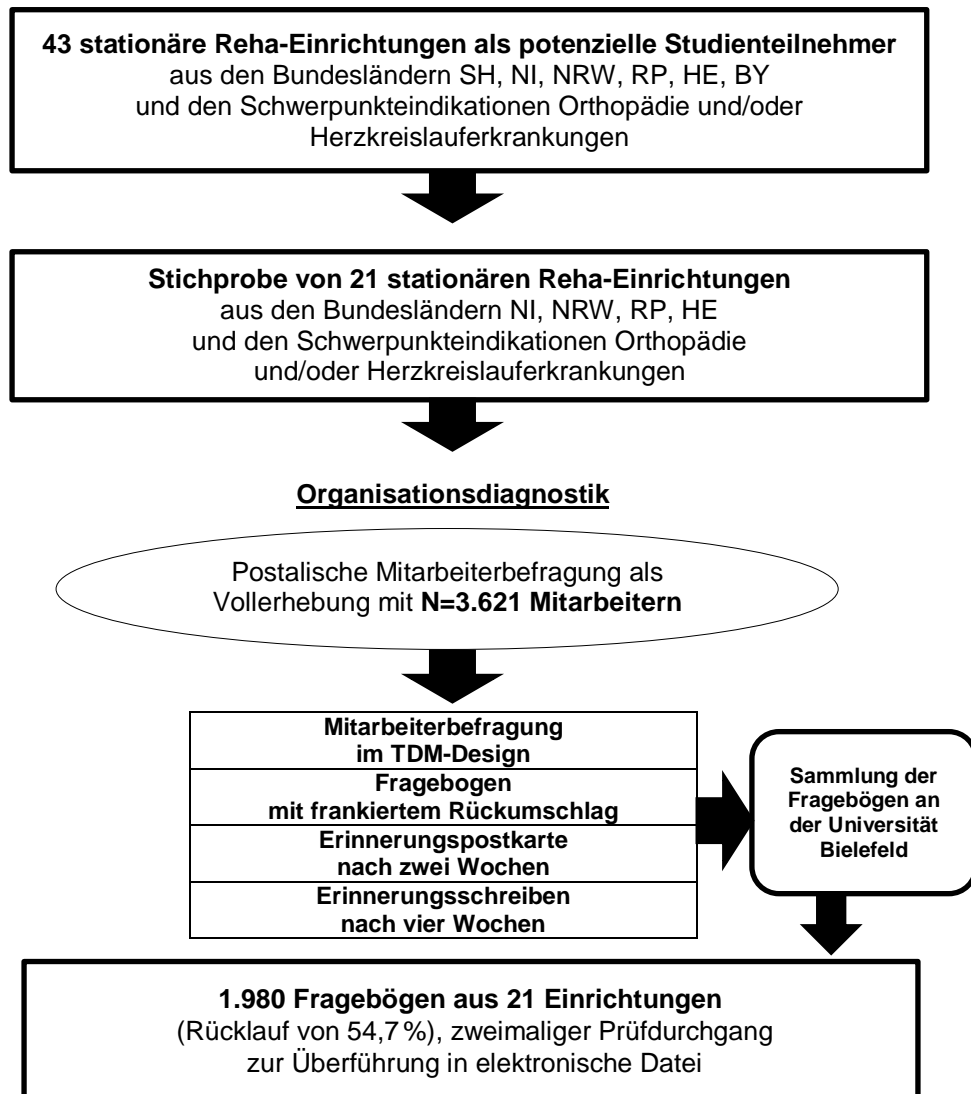


Abb. 20: Umsetzung des Organisationssurveys
(Quelle: Kockert 2014, 114; Farben und Formen modifiziert; Auszug)

7.4 Instrumente der Datenerhebung/verwendete Skalen und Items

Zur Erhebung der Primärdaten wurden seitens des LORE-Teams zwei Fragebögen eingesetzt: ein Mitarbeiterfragebogen sowie ein Klinikfragebogen. Der Mitarbeiterfragebogen konstituiert sich aus etablierten sowie eigens entwickelten Items bzw. Skalen, die, neben soziodemographischen und berufsbezogenen Merkmalen, Organisationsmerkmale sowie Arbeitsbedingungen und Gesundheitsindikatoren auf Ebene der Mitarbeiter messen. Grundlage dieses Mitarbeiterfragebogens stellt der Fragebogen »ProSoB« (ProSoB steht für Produktivität von Sozialkapital in Betrieben) (Badura et al. 2008) dar. Der Klinikfragebogen enthält Fragen u.a. zu Strukturmerkmalen der Kliniken, wie der Bettenzahl, der Trägerschaft oder der Beschäftigtenzahl.

Im Folgenden werden die Operationalisierungen der interessierenden Merkmale der Dissertation bzw. die zu ihrer Messung eingesetzten Skalen und Items näher charakterisiert. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Burn-out Skala gelegt.

Tab. 13: Überblick über die im Rahmen der Dissertation verwendeten Skalen

Merkmal	Items	Range	Bezugsquelle	α
Burn-out	5	0–100	Nübling et al. 2005	0,923
affektives Commitment	5	0–15	Brücker et al. 2004*	0,743
Sozialkapital	30	0–90	Rixgens 2010a /	0,963
Führung	10	0–30	Badura et al. 2008	0,953
Beziehungsklima	10	0–30		0,951
Organisationskultur	10	0–30		0,929
Sinnhaftigkeit der Arbeit	3	0–9	Badura et al. 2008	0,759
Zeitdruck	1	0–3	Schott & Kockert 2014	-
Autonomie	1	0–3	Schott & Kockert 2014	-
Depressivität (Wohlbefinden)	5	0–100	Psychiatric Research Unit WHO 1998/Bech 2012	0,904
Patientenorientierung	4	0–8	Schott & Kockert 2014	0,753

Range=Wertebereich Skala, α =Cronbachs alpha (bezogen auf die vorliegende Stichprobe), *modifiziert

Tabelle 13 gibt zunächst einen Überblick über die verwendeten Skalen bzw. Globalitems. Sie zeigt insbesondere die hohe Reliabilität der eingesetzten Skalen gemäß Cronbachs alpha (α). Der Koeffizient ist ein Maß für die interne Konsistenz, der Aussagen über die Messgenauigkeit einer Skala erlaubt (vgl. Bühner 2011, 166). Der Alpha-

koeffizient sollte bei Skalen aus mehr als 4 Items einen Wert von wenigstens $\geq 0,70$ annehmen (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 137).

BURN-OUT-SKALA

Das Merkmal Burn-out wurde mit der Skala »Personal Burnout« aus dem »Copenhagen Burnout Inventory« [CBI] (Kristensen et al. 2005) in der deutschen Fassung nach Nübling et al. (2005) erhoben. Das CBI wurde ursprünglich im Rahmen der sogenannten PUMA Studie (Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction) konstruiert. Diese prospektive Studie bei 1.914 Erwerbstätigen aus dem Bereich personenbezogenen Dienstleistungen in Dänemark, zielte auf die Ermittlung der Prävalenz von Burn-out, auf Prädiktoren und mögliche Folgen von Burn-out sowie Interventionen zur Verminderung von Burn-out ab. Sie war am »National Institute of Occupational Health« in Kopenhagen angesiedelt (vgl. Kristensen et al. 2005, 192; Borritz et al. 2006a, 49).

Das CBI entstand dabei aus einer konzeptionellen Kritik am Maslach Burnout Inventory heraus. Das CBI überwinde nach Ansicht von Kristensen et al. aus ihrer Sicht bestehenden Mängel des MBI, wie 1. Inkonsistenzen zwischen der Definition von Burn-out (als *ein* Konzept aus drei Dimensionen) und der Operationalisierung von Burn-out (über *drei* unabhängige Skalen) 2. der Konzeptualisierung selbst (Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit seien eigenständige Konzepte, die nicht im engeren Sinne unter das Konstrukt Burn-out subsumiert werden sollten), 3. die im MBI-GS erfolgte Neudeklarierung der Skalen, ohne dass eine spezifische Neudefinition des Burn-out-Konzeptes erfolgt sei, 4. die teils stark amerikanisch akzentuierte Formulierung der Items, die in europäischen Stichproben negative Reaktionen bewirke sowie 5. der Umstand, dass die Vollversion des MBI der wissenschaftlichen Gemeinschaft nicht frei zugänglich sei (vgl. Kristensen et al. 2005, 193–196).

Die wesentlichen Kritikpunkte wurden von den Entwicklern des MBI-GS größtenteils dementiert und relativiert. So verweisen Schaufeli und Taris in ihrem Kommentar darauf, dass es mittlerweile zumindest in den Niederlanden Cut-Off-Werte für das MBI gäbe, anhand derer drei Subskalenwerte zu einem Burn-out-Score kumuliert werden könnten. Sie sehen zudem kein Hindernis darin, eine Bewältigungsstrategie und eine Konsequenz neben der Erschöpfung unter das Konzept Burn-out zu subsumieren und sie erläutern ihre weitere, dem MBI-GS zugrunde liegende, Konzeption von Burn-out. In den übrigen Punkten stimmen sie mit den Einwänden von Kristensen et al. (2005) dagegen weitestgehend überein (vgl. Schaufeli & Taris 2005, 256–261).

Das CBI füge sich in den wissenschaftlichen Bezugsrahmen des Burn-out Konzeptes ein, gleiche jedoch mutmaßliche Schwächen des MBI aus. Die Operationalisierung von Burn-out erfolgt eindimensional über das Ausmaß an psychischer und physischer Erschöpfung und Müdigkeit. Burn-out ist dabei auf ein bestimmtes Attribut wie die Arbeit zu beziehen und dadurch von bloßer Ermüdung abzugrenzen (vgl. Kristensen et al. 2005, 195). Das CBI umfasst drei unabhängige Burn-out-Instrumente, die in verschiedenen Domänen anzuwenden sind: 1. »Personal Burnout«, 2. »Workplace Burnout« und 3. »Client Burnout«. Erstgenannte generische Skala ist für alle Personengruppen gültig – unabhängig vom Ausüben einer beruflichen Tätigkeit. Die Skala »Workplace Burnout« wurde speziell für Erwerbstätige konzipiert. Die letztgenannte Skala bezieht sich auf die Arbeit mit Klienten (vgl. Kristensen et al. 2005, 196).

In Deutschland existieren bislang lediglich Übersetzungen der ersten und letzten Burn-out-Skala (Personal und Client Burn-out) (Lincke & Nübling 2013). Bei der Erhebung der Daten im Rahmen des LORE-Projektes wurde die deutsche Fassung der Skala »Personal Burnout« (vgl. Nübling et al. 2005) verwendet. Sie ermöglicht es, Burn-out ungeachtet einer spezifischen Professionszugehörigkeit zu erfassen (vgl. Heinke et al. 2011, 1113). Die Zuweisung von Burn-out zum Attribut Arbeit wird in der vorliegenden Arbeit über statistische Zusammenhangsanalysen realisiert.

Die Items der Personal Burn-out Skala orientieren sich am »Burnout Measure«, einem ebenfalls populären Burn-out-Instrument, welches auf Pines et al. zurückgeht (vgl. Pines & Aronson 1988; Pines et al. 1981). Diese definieren Burn-out als „[...] state of physical, emotional and mental exhaustion [...]“ (Pines & Aronson 1988, 9). Die Formulierung der Items wurde leicht angepasst und die Antwortmöglichkeiten erfuhren eine Modifikation (vgl. Kristensen et al. 2005, 199). In der Personal Burnout-Skala des CBI finden sich sechs (abgewandelte) Items aus dem 21 Item umfassenden Burnout Measure. Die Items sind allesamt positiv formuliert und sie umfassen jeweils 5 Antwortoptionen. Bei der Validierung des Instruments an einer dänischen Stichprobe (n=1.914) lag die Non-Item-Response Rate bei <2 % (vgl. Kristensen et al. 2005, 200 f.), was auf eine stimmige Itemformulierung hindeutet.

Tabelle 14 zeigt die Items, aus denen sich die deutsche Fassung der »Personal Burnout Skala« konstituiert. Die Skala wurde im Rahmen der deutschen Validierung des COPSOQ aus dem CBI extrahiert, ins Deutsche übersetzt und in die deutsche Fassung des COPSOQ2 eingefügt (vgl. Lincke & Nübling 2013, 20).

Tab. 14: Burn-out-Skala (Quelle: Nübling et al. 2005, 130)

	immer	oft	manch -mal	selten	nie/ fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Skala konstituiert sich aus fünfstufigen Likert-Skalen (0=nie/fast, 25=selten, 50=manchmal, 75=oft, 100=immer). Der Wertebereich der Skalen reicht folglich von 0–100 Punkten, wobei Burn-out aus dem arithmetischen Mittel der Skalen berechnet wird (vgl. Borritz & Kristensen 2004, 2). Die Ergebnisse lassen sich anhand einer Normstichprobe abgleichen. Der Mittelwert liegt in der deutschen Normstichprobe bei 42 Punkten (vgl. Nübling et al. 2005, 36). Neben dem Burn-out-Ausmaß kann auf Basis eines Cut-Off-Wertes die Häufigkeit von Burn-out ermittelt werden. In der vorliegenden Dissertation wird ein Cut-Off-Wert von ≥ 50 zugrunde gelegt. Dieser Richtwert wird von den Entwicklern der Skala vorgegeben. Werte ≥ 50 kennzeichnen demnach ein hohes, Werte < 50 ein geringes Burn-out-Ausmaß (vgl. Borritz & Kristensen 2004, 8; Borritz et al. 2006b, 101 und 104). In deutschen Studien wurden diese Cut-Off-Werte ebenfalls angewendet (vgl. Heinke et al. 2011, 1113; Schnee & Vogt 2013, 104).

An der deutschen Stichprobe bei Erwerbstätigen ($n=2.500$) zeigt die Personal Burn-out Skala eine ausgezeichnete Reliabilität ($\alpha=0,91$). Die Skala korreliert allerdings stark mit verhaltensbezogenen Stresssymptomen ($r=0,74$), was seine diskriminative Validität einschränkt. Die Konstruktvalidität der Skala wird demgegenüber durch seine negative Korrelation mit der Arbeitszufriedenheit ($r=-0,45$), der Arbeitsfähigkeit (Workability-Index) ($r=-0,63$) und dem allgemeinen Gesundheitszustand ($r=-0,48$) gestützt (vgl. Nübling et al. 2005, 47 und 56; Lincke & Nübling 2013, 20). In einer Studie bei Zahnärzten korrelierte die Skala zudem stark mit der Skala »emotionale Erschöpfung« des

MBI ($r=0,73$) (vgl. Winewood & Winefield 2004, 16). Insgesamt zeichnet sich das CBI als valides Messinstrument aus (vgl. Kristensen et al. 2005, 192).

An der vorliegenden Stichprobe zeigt sie zudem gemäß Cronbachs Alpha von 0,923 eine sehr hohe Skalenreliabilität. Die Personal-Burnout-Skala lässt sich durch ihren geringen Umfang mühelos in Mitarbeiterbefragungen einfügen. Sie ist für wissenschaftliche Zwecke frei verfügbar und die eindimensionale Skala ermöglicht es, Aussagen zum Burn-out-Ausmaß in verschiedenen Berufsgruppen zu treffen. Da sie das Augenmerk mit dem Schwerpunkt der Erschöpfung auf das Kernmerkmal von Burn-out legt, ist sie als geeignete Skala zur Früherkennung von Burn-out zu betrachten.

SOZIALKAPITAL-SKALA

Die Qualität des Sozialkapitals wurde mit dem Bielefelder Sozialkapital-Index [BISI] (Rixgens 2010a) gemessen. Das Instrument misst das organisationale Sozialkapital über die drei Komponenten Kultur (Werte- und Überzeugungskapital), Führung (Führungskapital) und Beziehungsklima (Netzwerkkapital). Dabei besteht die Möglichkeit, einen Sozialkapital-Index aus den drei Elementen zu bilden oder diese einzeln zu quantifizieren. Die drei Faktoren werden jeweils über 10 Items operationalisiert, so dass der Sozialkapital-Index insgesamt 30 Items umfasst (vgl. Rixgens 2010a, 89 f.).

Der BISI stellt eine Kurzform eines von Badura et al. (2008) entwickelten umfangreichen Instrumentes zur Erfassung von Sozialkapital dar, das Teil des ProSoB-Fragebogens zur Erhebung der Zusammenhänge zwischen Organisationsbedingungen, Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter« (Badura et al. 2008) ist.

Der ProSoB-Fragebogen wurde im Rahmen des Projektes zur »Kennzahlenentwicklung und Nutzenbewertung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement« auf Basis des Bielefelder Unternehmensmodells an der Universität Bielefeld konzipiert. Die Operationalisierung von Sozialkapital erfolgte dabei auf Basis etablierter, teilweise modifizierter oder eigens entwickelter Skalen und Items (vgl. Badura et al. 2008, VII; Rixgens et al. 2013, 44–48). Insgesamt enthielt der Prototyp der dreidimensionalen Sozialkapitalskala im ProSoB 64 Items (vgl. Rixgens 2010a, 90).

Die drei Dimensionen des Sozialkapitals, die durch den BISI repräsentiert werden, wurden ausführlich bereits in Kapitel 4.2.2.2 beschrieben, weshalb sie lediglich kurz in Erinnerung gerufen werden: Das Führungskapital bezeichnet die Qualität von Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Weisungsgebundenen, also die vertikalen sozialen Beziehungen in Organisationen. Das Netzwerkkapital kennzeichnet die Güte von Ver-

netzungen unter Organisationsmitgliedern auf der gleichen Hierarchieebene, also die horizontalen sozialen Beziehungen. Das Überzeugungs- und Wertekapital (Organisationskultur) repräsentiert das Ausmaß gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln (vgl. Behr et al. 2013, 51 ff.; Rixgens 2010a, 89 f.). Die Tabellen 15 bis 17 zeigen exemplarische Items der entsprechenden Subskalen.

Bei der Entwicklung des BISI gelang es, die Skalen und 64 Items der ursprünglichen Sozialkapitalskala faktoranalytisch auf drei Skalen (Führungskapital, Netzwerkkapital, Werte- und Überzeugungskapital) mit jeweils 10 Items zu reduzieren (vgl. Rixgens 2010a, 89). Es handelt sich um Likert-Skalen mit ursprünglich fünf Ausprägungen, die in der LORE-Studie auf vier Stufen transferiert wurden: 0=trifft überhaupt nicht zu, 1=trifft eher nicht zu, 2=trifft eher zu, 3=trifft voll und ganz zu.

Tab. 15: Beispielitems zum Führungskapital aus dem BISI (Rixgens 2010a, 92 f.); die Skala ist Teil des ProSoB-Fragebogens (Badura et al. 2008), Ausprägungen modifiziert durch Schott und Kockert (2014, 184)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu
01	Mein direkter Vorgesetzter erkennt die Leistung seiner Mitarbeiter an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Mein direkter Vorgesetzter versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Mein direkter Vorgesetzter steht zu dem, was er sagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Mein direkter Vorgesetzter behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tab. 16: Beispielitems zum Beziehungsklima aus dem BISI (Rixgens 2010a, 92); die Skala ist Teil des ProSoB-Fragebogens (Badura et al. 2008), Ausprägungen modifiziert durch Schott und Kockert (2014, 183)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Der Umgangston zwischen den Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung ist meistens gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	In unserer Abteilung sind die Kolleginnen und Kollegen in hohem Maße bereit, sich füreinander einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bei uns in der Abteilung ist es üblich, dass man sich gegenseitig unterstützt und hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Wenn es nötig ist, kann man sich auf die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	In unserer Abteilung ist das gegenseitige Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tab. 17: Beispielitems zur Organisationskultur aus dem BISI (Rixgens 2010a, 92); die Skala ist Teil des ProSoB-Fragebogens (Badura et al. 2008), Ausprägungen modifiziert durch Schott und Kockert (2014, 184)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Führungskräfte und Mitarbeiter orientieren sich bei ihrer täglichen Arbeit sehr stark an gemeinsamen Regeln und Werten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	In unserem Unternehmen gibt es gemeinsam Visionen bzw. Vorstellungen darüber, wie sich der Betrieb weiterentwickeln soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bei uns gibt es in allen Bereichen einen sehr großen Teamgeist unter den Beschäftigten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Insgesamt habe ich den Eindruck, dass es bei uns im Umgang mit Beschäftigten fair und gerecht zugeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die Wertschätzung eines jeden einzelnen Mitarbeiters ist in unserem Unternehmen sehr hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die drei Skalen wurden an einer großen deutschen Stichprobe (n=3.208) psychometrisch validiert (vgl. Rixgens 2010a). Die Cronbach alpha Werte der Skalen beliefen sich auf 0,941 (Beziehungsklima), 0,939 (Führung) sowie 0,914 (Organisationskultur). Die Ergebnisse zeigten sich weitestgehend unabhängig von räumlichen, zeitlichen und sozialen Gegebenheiten. Qualitative Interviews mit Experten und Laien bestätigen die Inhaltsvalidität der Konstrukte. Anhand von starken Korrelationen mit Merkmalen, wie dem Wohlbefinden oder dem Commitment, ließ sich die Kriteriumsvalidität der Konstrukte als hinreichend einstufen. Die Konstruktvalidität kann gemäß der Ergebnisse eines Strukturgleichungsmodells als hoch bewertet werden (vgl. Rixgens 2010a, 94 ff.). Mit Blick auf die vorliegende Stichprobe ist die Reliabilität der Skalen gemäß Cronbach Alpha mit Werten von 0,929 bis 0,963 als hervorragend zu bewerten.

SKALA ZUM AFFEKTIVEN COMMITMENT (EMOTIONALE MITARBEITERBINDUNG)

Zur Messung der emotionalen Mitarbeiterbindung wurde in der vorliegenden Arbeit eine modifizierte Form einer auf Brücker et al. (2004) zurückgehenden Commitment-Skala genutzt. Diese, dem ProSoB-Fragebogen, entnommene Skala wurde bereits in zahlreichen Studien verwendet (vgl. Badura et al. 2013).

Die Skala wurde durch das Hinzufügen von weiteren Commitment-Items, die im Rahmen der LORE-Studie Berücksichtigung fanden, inhaltlich aufgewertet. So fanden ergänzend zwei Items Verwendung, die eine hohe inhaltliche Passung zu Items aus der etablierten Skala »affektives Commitment« von Allen und Meyer (1990) aufweisen: »Meine Einrichtung ist etwas Besonderes« sowie »Ich rede gern privat über meine Einrichtung«. Bei Allen und Meyer (1990, 6) lauten die Items wie folgt: »This organization has a great deal of personal meaning to me« sowie »I enjoy discussing my organization with people outside it«. Damit wird der emotionale Aspekt des Konstrukts und mit ihm die Inhaltsvalidität gefördert.

Die Items der erweiterten Commitment-Skala sind in Tabelle 18 aufgeführt. Die Ausprägungen reichen von 0 bis 3 (0=trifft überhaupt nicht zu, 1=trifft eher nicht zu, 2=trifft eher zu, 3=trifft voll und ganz zu), wobei Item 1 rekodiert wurde. Die Skala wurde im Rahmen einer quasi-explorativen Faktorenanalyse auf den Prüfstand gestellt, zudem einer konfirmatorischen Faktorenanalyse unterzogen sowie an einer Zufallsstichprobe

kreuzvalidiert¹⁹. Die Skala zeigt eine zufriedenstellende Reliabilität sowie eine hohe Passung mit den empirischen Daten (vgl. Anhang 3 und 4; Tab. 25).

Tab. 18: Commitment-Skala: Items 1–3 (Brücker et al. 2004²⁰), diese Items sind Teil des Pro-SoB-Fragebogens (Badura et al. 2008), Ausprägungen modifiziert durch Schott und Kockert (2014, 187 f.); Items 4–5 (Schott & Kockert 2014, 188)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft über- haupt nicht zu
01	Mir ist eigentlich egal, ob ich mein Geld hier oder in einem anderen Unternehmen verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Beschäftigten identifizieren sich in starkem Maße mit dieser Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich bin stolz darauf, für diese Einrichtung arbeiten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich rede gern mit Freunden oder meiner Familie über meine Arbeit und die Reha-Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Unsere Einrichtung ist im Vergleich zu anderen Einrichtungen etwas Besonderes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Begriffe (affektives) Commitment und emotionale Bindung werden im Weiteren entsprechend synonym verwendet.

SKALA SINNHAFTHIGKEIT DER ARBEIT

In der vorliegenden Dissertation wird die Sinnhaftigkeit der Aufgabe durch eine Skala aus 3 Items repräsentiert, die dem ProSoB-Fragebogen (Badura et al. 2008) entnommen ist. Die Sinnhaftigkeit der Arbeit konstituiert sich aus der Bedeutsamkeit der Arbeit sowie dem Stellenwert der Arbeitsaufgabe mit Blick auf den Organisationserfolg. Die persönliche Erfüllung, die aus der Ausführung der Arbeitsaufgabe resultiert, ist ebenfalls Bestandteil der Skala (vgl. Behr et al. 2013, 54). Die Entwickler stellen dabei einen inhaltlichen Bezug zum Konstrukt »Sense of Coherence« (zu Deutsch: Kohärenzsinn) her, genauer einem Teilkonstrukt: der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (»Meaningfulness«), das vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky geprägt wurde (vgl. Behr et

¹⁹ Hierfür wurde in SPSS eine Zufallsstichprobe gezogen (ca. 40% der Fälle) und eine erneute konfirmatorische Faktorenanalyse gerechnet mit folgenden Ergebnissen: $n=814$, $\chi^2/df:1,1662$ RMSEA: 0,014 ($p=0,934$); CFI: 0,999, TLI: 0,997, SRMR: 0,015. Faktorreliabilität: 0,730, DEV: 0,369.

²⁰ Es ist hier lediglich die Bezugsquelle genannt, jedoch keine Seitenangabe, da der ProSoB-Fragebogen, der diese Skala enthält, nicht veröffentlicht ist.

al. 2013, 55). Antonovsky betont, dass die erlebte Bedeutsamkeit ein emotionales Konstrukt ist, das Menschen dazu veranlasst, sich zu engagieren und Anforderungen nicht als Belastung, sondern als Herausforderung zu begreifen (vgl. Antonovsky 1987, 18) (vgl. auch Kapitel 2.5). Tabelle 19 zeigt die Items der Skala.

Tab. 19: Skala Sinnhaftigkeit der Arbeit (Quelle: Badura et al. 2008²¹), Ausprägungen modifiziert durch Schott & Kockert (2014, 188)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Ich habe fast immer das Gefühl, dass meine Arbeit wirklich wichtig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich erlebe meine Arbeit in der Regel als persönliche Bereicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit maßgeblich zum Betriebserfolg beitrage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Skala demonstriert in der ProSoB-Validierungsstudie gemäß Cronbachs alpha von 0,659 eine zufriedenstellende Reliabilität (Rixgens et al. 2013, 64). Bei der vorliegenden Stichprobe liegt sie bei 0,76. Es handelt sich bei den Items um 4-stufige (ursprünglich 5-stufige) Ratingskalen mit positiv gepolten Items und den Ausprägungen 0=trifft überhaupt nicht zu, 1= trifft eher nicht zu, 2=trifft eher zu und 3=trifft voll und ganz zu. Der Summenscore bildet sich aus dem Mittelwert der aufsummierten Rohwerte.

SKALEN ZU ARBEITSBELASTUNGEN (STRESSASSOZIIERTEN TÄTIGKEITSMERKMALEN)

Im Rahmen der Analyse sollen neben den Bindungsfaktoren auch zentrale konventionelle Prädiktoren von Burn-out Berücksichtigung finden. Wie im Theorieteil (Kap. 3.3.4) ausgearbeitet wurde, ist eine zu hohe Arbeitslast (Workload bzw. Workoverload) der in der Burn-out-Forschung am häufigsten untersuchte Arbeitsstresser. Workoverload ist tatsächlich mit Burn-out, bzw. mit dem Ausmaß an emotionaler Erschöpfung von Mitarbeitern, signifikant assoziiert (vgl. z. B. Alarcon 2011, 552). Daher wird dieses Merkmal als eine Kontrollvariable in die Analyse der vorliegenden Dissertation integriert. Das Merkmal wurde nicht explizit im Rahmen der LORE-Studie untersucht, jedoch wurde durch ein Globalitem die Angemessenheit der vorhanden zeitlichen Ressourcen abge-

²¹ Es ist hier lediglich die Bezugsquelle genannt, jedoch keine Seitenangabe, da der ProSoB-Fragebogen, der diese Skala enthält, nicht veröffentlicht ist.

fragt (vgl. Tab. 20). Das Item wird in der vorliegenden Arbeit, genutzt, um das Ausmaß an Zeitdruck bei den Mitarbeitern in den Rehabilitationskliniken zu erfassen. Eine zu hohe Arbeitslast wird somit über einen Mangel an zeitlichen Ressourcen abgebildet. Da das Item positiv formuliert ist, wurde es zu diesem Zweck allerdings rekodiert, so dass hohe Werte ein hohes Ausmaß an Zeitdruck und niedrige Werte ein geringes Ausmaß an Zeitdruck repräsentieren.

Tab. 20: Globalitem Zeitdruck (Quelle: Schott & Kockert 2014, 182)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
01	Um meine Arbeit ordentlich ausführen zu können, habe ich ausreichend Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





trifft voll und ganz zu=0, trifft eher zu=1, trifft eher nicht zu=2, trifft überhaupt nicht zu=3 (rekodiert)

Neben Zeitdruck bildet das Ausmaß an Kontrolle bzw. Autonomie eines Mitarbeiters einen wichtigen Prädiktor innerhalb der Burn-out-Forschung – wie im Theorieteil ebenfalls aufgezeigt wurde (vgl. Kap. 3.3.4). Daher sollte dieses Merkmal ebenfalls als stressassoziierte Kontrollvariable in die Analyse der Dissertation Eingang finden. Der Begriff Kontrolle bezieht sich in den meisten Burn-out-Studien auf das Konzept im Anforderungs-Kontroll-Modell. Kontrolle – dort auch als Entscheidungsspielraum (decision latitude) bezeichnet – ist demgemäß ein mehrdimensionales Konstrukt, bestehend aus dem Ausmaß an Autonomie eines Mitarbeiters bei der Arbeit (skill authority) und der Möglichkeit, eigene Fähigkeiten bei einer kreativen Arbeit einzubringen und weiterzuentwickeln (skill descretion) (vgl. Karasek & Theorell 1990, 31 und 58). Im LORE-Fragebogen ist das Merkmal *Kontrolle* nicht enthalten. Jedoch konnte auf ein Globalitem zur Messung von *Entscheidungsspielraum/Autonomie* zurückgegriffen werden. Das Item umfasst die Zufriedenheit mit der Entscheidungsfreiheit und dem Ausmaß an Selbstständigkeit bei der Arbeit (vgl. Tab. 21) – es wird im Weiteren vereinfachend als *Autonomie* bezeichnet.

Es handelt sich bei den Instrumenten zur Erfassung der beiden Merkmale Zeitdruck und Autonomie folglich um Single-Item-Scales bzw. Globalitems. Das heißt, dass die Merkmale über jeweils einen einzelnen Generalindikator operationalisiert werden, wobei idealerweise ein Item verwendet wird, welches das Merkmal gut repräsentiert. Oftmals – so auch im Falle der vorliegenden Arbeit bei Zeitdruck und fachlicher Überforderung – werde direkt nach dem zu untersuchenden Konstrukt gefragt (vgl. Weiber &

Mühlhaus 2014, 111). Die Operationalisierung der Merkmale über die Einzelitems der vorliegenden Arbeit verdeutlicht die relativ hohe Augenscheinvalidität der zur Operationalisierung von Zeitdruck und Autonomie verwendeten Items (vgl. Tab. 20 und 21).

Tab. 21: Globalitem Autonomie/Handlungsspielraum (Quelle: Schott & Kockert 2014, 186)

Wie zufrieden sind Sie...		zufrieden 			unzufrieden 
01	mit Ihrer Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

unzufrieden=0, eher unzufrieden=1, eher zufrieden=2, zufrieden=3

SKALA DEPRESSIVITÄT

Zur Beantwortung der auf den Zusammenhang von Burn-out und Depressivität abstellenden Hypothese war es notwendig, das Merkmal Depressivität zu operationalisieren. Im LORE-Projekt war dieses Merkmal ebenfalls nicht explizit Bestandteil der Erhebung, es wurde allerdings das Wohlbefinden der Mitarbeiter über den »WHO-Five Well-Being Questionnaire« (WHO-5) (vgl. Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre for Mental Health 1998; Bech 2012; Bech et al. 2003; vgl. Tab. 22) gemessen. Dabei handelt es sich um ein Instrument zur Erfassung des mentalen Wohlbefindens der zurückliegenden 14 Tage. Der WHO-5 besteht aus fünf Items mit sechsstufigen Likert-Skalen. Die Rohwerte werden zu einem Score summiert, wobei 25 Punkte das höchste Ausmaß abbilden und 0 das niedrigste. Die Rohwerte werden auf eine Skala von 0–100 transformiert. Es gibt einen Cut-Off-Wert von ≥ 50 Punkten, der ein hohes mentales Wohlbefinden kennzeichnet (vgl. Bech 2012, 78 ff. und 167f.).

Das Besondere an dieser Skala ist ihr Nutzen nicht nur zur Messung des Wohlbefindens, sondern auch als ein Screener für eine Depression. Skalenrohwerte von < 13 deuten dabei auf das Vorliegen einer Depression hin (vgl. Bech 2012, 78 und 81 und 168), dies wird selbst empirisch untermauert (vgl. Bonsignore et al. 2001; De Wit et al. 2007; Krieger et al. 2014). Tatsächlich finden die drei Kardinalsymptome einer Depression – gedrückte Stimmung, Interessenslosigkeit und ein Mangel an Energie bzw. Antrieb – eine Entsprechung in den positiv formulierten Items der WHO-5-Skala (vgl. Bech et al. 2003, 81 und 86; vgl. Tab. 22). Daher wird sie in der vorliegenden Arbeit als eine Skala zur Erfassung von Depressivität herangezogen. Hierfür wurde die positiv

formulierte Skala rekodiert und das Vorliegen von Depressivität wurde ab einem Rohwert von 13 Punkten unterstellt.

Tab. 22: WHO (Fünf) – Fragebogen zum Wohlbefinden (Version 1998) (Quelle: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre for Mental Health 1998, o. S.)

<i>In den letzten zwei Wochen...</i>	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
...war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Das Instrument weist in einer Normstichprobe (n=9.542) eine hohe Reliabilität ($\alpha=0,84$) auf und es korreliert mit der Subskala »Mentale Gesundheit« des »Short Form 36 Health Survey Questionnaire« ($r_s=0,840$) (vgl. Bech et al. 2003, 89). An der vorliegenden Stichprobe erwies sich die Skala mit $\alpha=0,904$ ebenfalls als hoch reliabel.

SKALA PATIENTENORIENTIERUNG

Im Kapitel 6 »Untersuchungsgegenstand: medizinische Rehabilitationsklinik« wurde im Teilkapitel 6.2.2 aufgezeigt, dass das Ausmaß an partizipativer Entscheidungsfindung im Rahmen der Behandler-Patienten-Interaktion ein Indikator für die Patientenorientierung in der Rehabilitation ist und dass diese ihrerseits für die Qualität der Behandlung und das Ergebnis der medizinischen Rehabilitation von Bedeutung ist (vgl. Kap. 6.2.2; vgl. Körner et al. 2011, 21; Zimmermann et al. 2014, 219f.). Um einen Beitrag auch zur Versorgungsforschung zu leisten, wurde das Merkmal als ein potenzielles Outcome von Burn-out in die statistischen Analysen einbezogenen.

Im LORE-Projekt wurden Items zur Messung der partizipativen Entscheidungsfindung eingesetzt, die geeignet sind, das Konzept der Rehabilitandenorientierung aus Sicht der Professionellen zu reflektieren. Die folgende Tabelle 23 zeigt die hierfür verwendete Skala aus dem LORE-Fragebogen.

Die Skala besteht aus 4 Items mit ursprünglich 5 Ausprägungen, die auf 3 Ausprägungen umcodiert wurden, um eine klarere Abgrenzung der Antwortmöglichkeiten und im quasi-metrischen Sinne nach Größe sortierbar und als äquivalent interpretierbare Abstände zu erzielen. Die Items lauten 0=selten/so gut wie nie, 1=manchmal, 2=häufig bis/so gut wie immer. Die Skala wurde psychometrisch an der vorliegenden Stichprobe getestet (vgl. Anhang 3 und 4 und vgl. Abb. 24).

Tab. 23: Skala Patientenorientierung (Quelle: Schott & Kockert 2014, 185), Ausprägungen modifiziert

		so gut wie immer/häufig	manchmal	selten/so gut wie nie
01	Ich helfe den Patienten, alle wichtigen Informationen zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich bespreche mit meinen Patienten, welche Behandlung sie bevorzugen, wenn es mehrere Alternativen gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich erläutere meinen Patienten die Vor- und Nachteile von unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich vereinbare gemeinsam mit den Patienten realistische und überprüfbare Ziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bis auf das Item »Hilfe beim Verstehen von Informationen«, das eine etwas niedrigere Faktorladung aufweist mit 0,306 (explorative Faktorenanalyse) bzw. 0,299 (konfirmatorische Faktorenanalyse) waren die psychometrischen Testwerte hoch. Das Item wurde zugunsten der Inhaltsvalidität beibehalten. Dass der Behandler den Patienten dabei unterstützt, Informationen zu verstehen, ist ein zentrales Element der Patientenorientierung bzw. Partizipation (vgl. Körner 2009, 160–163; Körner et al. 2011, 22; Zimmermann et al. 2014, 222).

PERSONENBEZOGENE UND KLINIKBEZOGENE KONTROLLVARIABLEN

Als potenzielle Kontrollvariablen fungieren, neben den stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen, klassische Störvariablen: Alter, Geschlecht sowie Bildungsgrad. Letzterer wurde im Rahmen der LORE-Studie nicht direkt abgefragt, weshalb in der vorliegenden Arbeit eine Annäherung an das Merkmal über die Berufsgruppenzugehörigkeit vorgenommen wurde. Ärzte sowie Psychologen und Sozialarbeiter wurden als akademisierte Berufe einem hohen Bildungsgrad zugeordnet, die übrigen Berufsgruppen einem konventionellen Bildungsniveau – wohlwissend, dass es sich hierbei lediglich um eine Annäherung handelt, da sich bspw. auch die Pflege zunehmend professionalisiert. Berücksichtigung fand außerdem die Position innerhalb der Organisation – also ob ein Mitarbeiter Führungsverantwortung im oberen oder mittleren Management oder aber keine Führungsverantwortung innehat.

Tabelle 24 gibt einen Überblick über die Codierung der personenbezogenen Kontrollmerkmale. Darüber hinaus fanden im Rahmen der organisationsvergleichenden Analyse (vgl. Kap. 8.1.3) klinikbezogene Kontrollmerkmale – die Trägerschaft (privat oder öffentlich), die Zahl der Betten, die Auslastungsquote in Prozent sowie die Personalanzahl insgesamt – Eingang in statistische Analysen. Diese Merkmale wurden im Rahmen des LORE-Projektes mit dem Klinikfragebogen erhoben. Zur Zahl der behandelten Fälle lagen der Verfasserin hingegen keine Angaben vor.

Tab. 24: Überblick über die personenbezogenen Kontrollvariablen

Merkmal	Ausprägungen	Werte
Alter in Jahren	<30 Jahren	0
	30–50 Jahre	1
	>50 Jahre	2
Geschlecht	weiblich	0
	männlich	1
Bildungsgrad	konventionelles Bildungsniveau	0
	hohes Bildungsniveau	1
Position	keine Führungsverantwortung	0
	mittlere Führungsebene	1
	obere Führungsebene	2

7.5 Vorgehen im Rahmen der statistischen Analysen

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte auf der Grundlage zweier statistischer Softwareprogramme: SPSS, Version 22 sowie Mplus, Version 7.2. Im Rahmen der Datenauswertung kamen verschiedenste statistische Verfahren zur Anwendung, deren Auswahl sich an den Hypothesen orientierte. In diesem Kapitel werden vorbereitende Maßnahmen, die zentralen statistischen Verfahren sowie der Ablauf der statistischen Datenanalyse vorgestellt.

7.5.1 Vorbereitung des Datensatzes

Als Ausgangspunkt für die eigentliche Analyse der Daten erfolgte zunächst eine Überprüfung und Vorbereitung des Datensatzes. Die Daten wurden in einem ersten Schritt anhand der Häufigkeiten sowie auf- und absteigender Sortierung auf Plausibilität hin überprüft. In einem zweiten Schritt wurde der Anteil fehlender Werte im Datensatz begutachtet. Gerade in den Gesundheitswissenschaften stellt das Auftreten fehlender Werte keine Besonderheit dar (vgl. Graham 2012, 5). Allgemeinhin ist ein Anteil fehlender Werte von weniger als 5% als vernachlässigbare Größe anzusehen (vgl. Jekauc et al. 2012, 128; Lüdtke et al. 2007, 106). Einige Wissenschaftler betrachten einen Anteil von bis zu 10% fehlender Werte als akzeptabel (vgl. Göthlich 2009, 132).

Im vorliegenden Datensatz belief sich der Anteil fehlender Werte auf Ebene der Items auf weit weniger als 5%. Lediglich durch die Summation von Items bei der Skalenbildung kumulieren sich fehlende Werte, wodurch bei einigen Skalen etwas höhere, wenngleich akzeptable, Anteile fehlender Werte auftraten: Beim Commitment ist der Anteil mit 6,3% vernachlässigbar, beim Sozialkapital war er etwas höher (15,3%), bedingt durch die Kumulation fehlender Werte auf den jeweils aus 10 Items bestehenden Skalen Führung (8,4%), Organisationskultur (8,5%) und Beziehungsklima (4,3%). Bei der Skala Patientenorientierung war der Ausfall etwas ebenfalls höher mit 11,5%.

Daher wurden fehlende Werte der Sozialkapitalsubskalen sowie bei der Patientenorientierung statistisch ersetzt. Da die Subskalen des Sozialkapitals jeweils eine hohe Homogenität und Reliabilität aufweisen, kam das Verfahren der fallweisen Mittelwertersetzung zum Tragen. Bei dieser Anwendung werden die fehlenden Werte eines Falls auf einer Skala durch den Mittelwert der übrigen, vorhandenen Werte des Falls auf der Skala substituiert; ein Verfahren, was bei hoher Homogenität und Reliabilität empfehlenswert ist (vgl. Baltes-Götz 2013, 22; Graham 2012, 214–220). Daher wurden bei den Merkmalen Führung und Organisationskultur je 2 fehlende Items von 10 Items pro Skala ersetzt, beim Beziehungsklima 1 Item, da hier deutlich weniger Werte fehlten.

Durch dieses Vorgehen erfolgte einer Verminderung der fehlenden Werte: bei der Führung auf 2,5%, beim Beziehungsklima auf 1,8%, bei der Organisationskultur auf 2,9% und somit beim Sozialkapital auf 5,4%.

Bei der Skala Patientenorientierung kam das Verfahren der multiplen Imputation zur Anwendung, da der Anteil fehlender Werte höher war, Reliabilität und Homogenität sowie die Anzahl der Items dagegen insgesamt niedriger waren. Bei der multiplen Imputation erfolgt unter Berücksichtigung von Zufallsfehlern ein plausibler Ersatz der vermissten Daten auf Basis aller Informationen, die Eingang in das Imputationsmodell finden. Im Rahmen der Imputation werden mehrere Imputationsschleifen durchlaufen, so dass eine zuverlässige Berechnung der Standardfehler stattfindet. Es handelt sich um ein mehrstufiges Verfahren, bei dem zunächst ein Imputationsmodell aufzustellen (vgl. Anhang 2), eine Analyse durchzuführen und schließlich ein Pooling der geschätzten Parameter vorzunehmen ist (vgl. Baltes-Götz 2013, 53; Jekauc et al. 2012, 130f.). Die Imputation wurde in SPSS mit dem FCS-Algorithmus bei 20 Imputationsschleifen und 10 Iterationen durchgeführt. Durch die Imputation wurde eine Reduktion der fehlenden Werte auf 0% erzielt.²²

Strukturgleichungsprogramme besitzen ungeachtet dessen den Vorteil, dass fehlende Werte direkt in einem Schritt per Full Information Maximum Likelihood (FIML)-Algorithmus adäquat geschätzt und ersetzt werden (vgl. Baltes-Götz 2013, 47f.; Graham 2012, 53; Jekauc et al. 2012, 130).

Zur Vorbereitung auf die psychometrische Testung und die weiterführenden statistischen Analysen wurden die Items mit dem Ziel der Gleichgerichtetheit umcodiert. Das heißt, dass prinzipiell hohe Werte eine hohe Merkmalsausprägung, niedrige Werte dagegen eine niedrige Merkmalsausprägung kennzeichnen. Zudem wurden die Items so codiert, dass die Ziffer 0 das jeweils niedrigste Ausmaß repräsentiert. Im Anschluss wurde eine psychometrische Testung durchgeführt, die die Untersuchung von Dimensionalität, Trennschärfe sowie der Analyse der internen Konsistenz umfasste. Die (Ein-)Dimensionalität wurde auf Basis von (quasi-)explorativen²³ Faktorenanalysen

²² Voraussetzungen der multiplen Imputation sind die Multinormalverteilung der Daten sowie die Annahme, dass der Ausfall der Daten zufällig bedingt ist (MAR=Missing-at-Random-Annahme). Die Verfahren gelten (gerade bei großen Stichproben) jedoch als robust gegenüber einer moderaten Verletzung dieser Annahmen (vgl. Jekauc et al. 2012, 131; Ratitch 2014, 235; Wirtz 2004, 115). Die Plausibilität der MAR-Annahme wird durch das Einbeziehen der relevanten Merkmale eines Untersuchungsmodells, von Hilfsvariablen und Prädiktoren fehlender Werte gestützt (vgl. dazu Graham 2012, 213). Dieses Vorgehen ist in der vorliegenden Dissertation erfolgt (vgl. Imputationsprotokoll Anhang 2).

²³ Damit ist gemeint, dass hier zwar eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt wird, jedoch Grundannahmen über die Zahl der Faktoren zugrunde liegen, weil es sich um etablierte Skalen handelt.

unter Verwendung des Extraktionsverfahrens Hauptkomponentenanalyse geprüft. Die Ergebnisse der psychometrischen Testung finden sich im Detail in Anhang 3.

Unter Legitimation diese Befunde wurden spezifische Item-Konstellationen zu Skalen transformiert. Dabei summieren sich die Merkmalsausprägungen der einzelnen Items zu Summenscores. Die Merkmalsausprägungen lassen sich hierarchisch ordnen und die Abstände können dabei als äquivalent aufgefasst werden, da die Ausprägungsbezeichnungen gleiche Abstände nahelegen; es wird somit eine intervallskaliertes (quasimetrischen) Messniveau unterstellt. Im Strukturgleichungsmodell werden keine Summenscores, sondern sogenannte latente Konstrukte einbezogen, die durch Indikatoren (Items) operationalisiert werden (vgl. 7.5.2 »Was ist ein Strukturgleichungsmodell?«). Die Messmodelle orientierten sich dabei an der in Kapitel 7.4 jeweils dargestellten Operationalisierung. Für Sozialkapital ergibt sich bspw. ein Konstrukt zweiter Ordnung mit Führung, Beziehungsklima und der Organisationskultur als latente Faktoren erster Ordnung, die ihrerseits jeweils aus zehn Items bestehen.

Bei den Skalen Depressivität (Wohlbefinden) sowie Burn-out wurden anhand der in Kapitel 7.4 angegebenen Cut-Off-Werte zudem dichotome Skalen gebildet, die zusätzlich eine Aussage über die Häufigkeit (Prävalenz) der Merkmale erlauben.

Als Vorbereitung auf die statistischen Analysen wurde bei den Untersuchungsmerkmalen jeweils die Verteilung der Daten überprüft. Die Normalverteilung stellt für zahlreiche inferenzstatistische Standardverfahren eine grundlegende Voraussetzung dar (vgl. Rasch et al. 2014, 21). Dabei ist eine Verletzung dieser Bedingung vertretbar, wenn die Abweichung von der Normalverteilung nicht allzu ausgeprägt und die Stichprobengröße umfangreich ist (vgl. Janssen & Laatz 2010, 258). Der Kolmogorov-Smirnov-Test, der die Nullhypothese einer Normalverteilung für metrische Merkmale empirisch überprüft, war in allen Fällen nicht signifikant. Das heißt, dass eine Normalverteilung streng genommen nicht unterstellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu bedenken, dass der Test mit zunehmender Stichprobengröße verstärkt zu einer Ablehnung der Nullhypothese tendiert und die Anwendung nicht unhinterfragt zu empfehlen ist (vgl. Janssen & Laatz 2010, 259).

Am Beispiel von Burn-out (vgl. Abb. 21) und Sozialkapital (vgl. Abb. 22) sei vielmehr demonstriert, dass die Abweichung der Merkmale von der Normalverteilung gering ist, so dass die Annahme als annähernd erfüllt betrachtet werden kann. Die Werte für die Schiefe und Kurtosis der zentralen Merkmale finden sich in Anhang 5. Einige Verfahren, wie die der T-Test oder die Varianzanalyse, sind robust gegenüber einer modera-

ten Verletzung der Voraussetzung (vgl. Rasch et al. 2014, 31). Gerade ein Strukturgleichungsmodell setzt zwar die Multinormalverteilung aller Merkmale voraus (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 180), hier kann jedoch bei der Modellierung mit dem ML-R Schätzer problemlos auf ein robustes Verfahren zurückgegriffen werden.

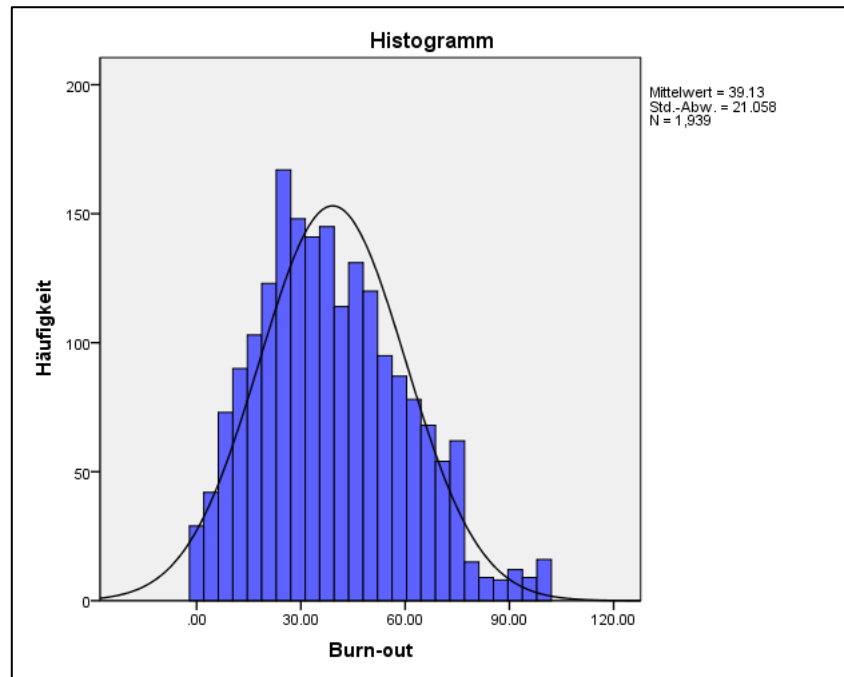


Abb. 21: Burn-out, Verteilung

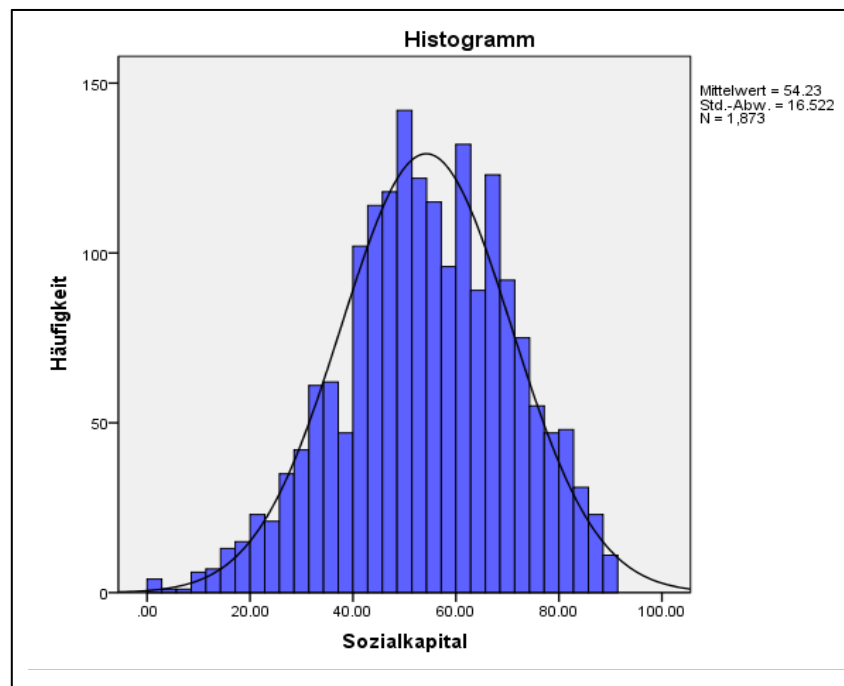


Abb. 22: Sozialkapital, Verteilung

7.5.2 Eingesetzte statistische Verfahren

Bevor der konkrete Ablauf bei der eigentlichen Datenauswertung vorgestellt wird, sollen im Folgenden zentrale, eingesetzte statistische Verfahren näher erläutert werden. Bei der Beschreibung der verwendeten Auswertungsverfahren wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Vielmehr geht es darum, ein gemeinsames Grundverständnis für die wichtigsten Verfahren zu legen. Der Schwerpunkt wird auf die im Rahmen der Analyse eingesetzten fortgeschrittenen Verfahren – die Strukturgleichungsanalyse sowie die Mehrebenenanalyse – gelegt. Die Varianzanalyse wird, obgleich es sich um ein Standardverfahren handelt, ebenfalls etwas ausführlicher beleuchtet, da sie einen integralen Bestandteil der Berufsgruppenvergleiche im Rahmen der Analyse bildet. Weitere Standardverfahren, wie T-Tests oder Korrelationsanalysen, werden dagegen als bekannt vorausgesetzt (zur vertiefenden Lektüre seien die Standardwerke z. B. Bortz 2005, Bortz & Döring 2006 oder Rasch et al. 2014 empfohlen).

WAS IST EIN STRUKTURGLEICHUNGSMODELL?

Ein Strukturgleichungsmodell bzw. eine Strukturgleichungsanalyse dient der Überprüfung eines sachlogisch aufgestellten und theoriegeleiteten Hypothesensystems anhand von empirischem Material. Sie zählt damit zu den hypothesenprüfenden, konfirmatorischen Verfahren, mit dem sich Wechselwirkungen zwischen mehreren Variablen untersuchen lassen. Dabei werden in der Regel latente, das heißt nicht direkt beobachtbare, Merkmale herangezogen. Manifeste, also direkt messbare, Merkmale sind ebenfalls integrierbar (vgl. Backhaus et al. 2013, 65). Die Analyse auf Basis latenter Merkmale wird auch als *Kausalanalyse* bezeichnet, da unterstellt wird, dass die Veränderung einer abhängigen Variablen durch die zeitlich vorangestellte Veränderung einer unabhängigen Variablen bewirkt wird (Kausalinterpretation) (vgl. Backhaus et al. 2013, 69 und 71; Weiber & Mühlhaus 2014, 9f.). Es handelt sich bei einem Strukturgleichungsmodell im Prinzip um eine Verknüpfung multipler linearer Regressionsmodelle, in denen gerichtete Beziehungen mehrerer latenter Merkmale simultan analysiert werden, wobei Kovarianzanalysen das eigentliche statistische Fundament des Modells bilden. Dabei werden in der Regel mehrere unabhängige (exogene) und abhängige (endogene) sowie intervenierende Variablen (Mediatoren) als Komponenten einbezogen (vgl. Backhaus et al. 2013, 65; Christ & Schlüter 2012, 48; Geiser 2010, 41f.). Somit handelt es sich hierbei um ein multivariates Analyseverfahren mit mehreren abhängigen bzw. endogenen Variablen.

Anders als konventionelle Regressionsanalysen konstituieren sich Strukturgleichungsmodelle aus latenten Merkmalen. Somit finden Messungenauigkeiten Berücksichtigung und es werden präzisere Schätzungen erzielt (vgl. Geiser 2010, 42 und 55; Christ & Schlüter 2012, 49). Latente Merkmale stellen nach Backhaus et al. (2013, 65f.) hypothetische Konstrukte dar, die sich durch abstrakte Inhalte auszeichnen und deren Existenz sich nicht unmittelbar beobachten lässt. Sie müssen zunächst operationalisiert, d.h. definiert und über Indikatoren messbar gemacht werden. Bei Indikatoren handelt es sich, anders als bei den latenten Merkmalen, um manifeste, direkt beobachtbare bzw. messbare Merkmale, die auf das Vorliegen der latenten Sachverhalte hinweisen. „Die Indikatoren stellen die empirische Repräsentation der nicht beobachtbaren, latenten Variablen dar“ (Backhaus et al. 2013, 66). Die Güte dieser hypothetischen Konstrukte, die als Messmodelle eines Strukturgleichungsmodells bezeichnet werden, entscheidet maßgeblich über die Gesamtqualität des Modells. Ausgangspunkt und Bestandteil jedes Strukturgleichungsmodells bilden deshalb konfirmatorische Faktorenanalysen, durch die die Güte der hypothetischen Konstrukte, also die Messmodelle der latenten Variablen, a priori zu beurteilen ist (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 128 und 146).

Im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse werden die Messmodelle latenter Merkmale statistisch analysiert. Anders als bei einer explorativen Faktorenanalyse ist die Faktorstruktur bereits a priori festgelegt – auf Basis theoretischer oder sachlogischer Grundannahmen. Die Messmodelle definieren, mit welchen Indikatoren die latenten Faktoren zu messen sind und wie die Beziehung zwischen Faktor und Indikatoren beschaffen ist. Auszugehen ist von einem reflektiven Messmodell, das die Kovarianz zwischen den Indikatoren ursächlich dem Faktor zuschreibt. Die Indikatoren werden als abhängige, die Faktoren hingegen als unabhängige Variablen betrachtet (vgl. Backhaus et al. 2013, 13; Christ & Schlüter 2012, 48; Geiser 2010, 41). Die Indikatoren sind mit einem Fehlerterm zu deklarieren, da latente Merkmal den Indikator meist nicht gänzlich erklären. Ein Teil der Varianz wird bspw. durch Messfehler verursacht (vgl. Backhaus et al. 2013, 131; Christ & Schlüter 2012, 33f.).

Strukturgleichungsmodelle konstituieren sich, wie die Bezeichnung bereits impliziert, nicht nur aus einem Mess-, sondern auch aus einem Strukturmodell. Das Strukturmodell umfasst die Beziehungen *zwischen* den latenten Faktoren. Diese Beziehungen sind vor der Modellrechnung theoriebasiert zu spezifizieren (vgl. Christ & Schlüter 2012, 48; Geiser 2010, 41).

Schlussendlich werden anhand der empirischen Daten auf Basis einer Varianz-Kovarianzmatrix entlang des Modells die Modellparameter geschätzt. Die Parameterschätzung wird standardmäßig durch den Maximum-Likelihood [ML]-Algorithmus realisiert (vgl. Christ & Schlüter 2012, 347). Mplus bietet zusätzlich einen ML-Schätzer an, der robust gegenüber einer Abweichung von Multinormalverteilung und Varianzgleichheit ist: den ML-R-Schätzer (vgl. Christ & Schlüter 2012, 1; vgl. dazu auch White 1980).

Auf Grundlage des *Modell-Fit* ist die Güte des Modells zu bewerten. Sie resultiert aus der Gegenüberstellung von tatsächlich empirischer und modellspezifischer Varianz-Kovarianzmatrix (vgl. Christ & Schlüter 2012, 33). Anhand der Gesamtmodellgüte ist zu überprüfen, ob und wie gut sich das Modell mit den empirischen Daten vereinbaren lässt. Hierfür stehen verschiedene inferenzstatistische und deskriptive Gütemaße zur Verfügung (vgl. dazu Backhaus et al. 2013, 145; Weiber & Mühlhaus 2014, 222). In der Literatur wird empfohlen, den Root-Mean-Square-Error of Approximation [RMSEA]-Wert, den Standardized-Root-Mean-Residual [SRMR]-Wert sowie den Comparative-Fit-Index [CFI] und die Chi-Quadrat [χ^2]-Teststatistik auszuweisen. Gerade durch den Einbezug dieser Werte fände eine Fülle an verschiedenartigen Informationen Eingang in die Bewertung (vgl. Bühner 2011, 425). In Mplus wird zusätzlich noch der Tucker-Lewis-Index [TLI] ausgegeben (vgl. Geiser 2010, 61).

Der χ^2 -Test spricht allerdings äußerst sensitiv auf Veränderungen der Stichprobengröße an. Das heißt, dass der Test bei einer großen Stichprobe bereits bei marginalen Abweichungen von einem optimalen Modell signifikant wird. Bei großen Stichproben ist ein signifikantes Testergebnis, welches die Ablehnung des Modells nahelegt, geradezu vorgezeichnet. Zudem ist der Test bei Abweichungen von der Normalverteilungsannahme nicht zuverlässig. Der χ^2 -Test ist im Übrigen ein globales Gütemaß, welches bereits bei nicht-passenden Teilstrukturen eine Ablehnung des Modells anzeigt (vgl. Bühner 2011, 419f. und 423f.; Weiber & Mühlhaus 2014, 204).

Da in der vorliegenden Dissertation eine große Stichprobe vorliegt und einige Merkmale von der Normalverteilung abweichen, wird den Empfehlungen von Weiber und Mühlhaus (2014, 204ff. und 222) gefolgt, den χ^2 -Test nicht anzuwenden, sondern den RMSEA-Wert heranzuziehen und das Verhältnis zwischen χ^2 -Wert und Freiheitsgraden lediglich deskriptiv anzugeben. Je kleiner das Verhältnis ist, desto besser passe das Modell zu den Daten. Auf eine *Bewertung* anhand des Verhältnisses wird hier verzichtet. So weisen Hoelter (1983, 330) und Taylor (2008, 9f.) darauf hin, dass die Aussagekraft des Quotienten bei hohen Fallzahlen ebenfalls problembehaftet ist. Die vorlie-

gende Arbeit orientiert sich zur Bewertung der Modellgüte daher am RMSEA, CLI, TLI sowie SRMR. Bei der Interpretation der Werte werden die gängigen Schwellenwerte herangezogen. Dabei sollte der RMSEA-Wert $\leq 0,05$ (gut) bis $0,08$ (akzeptabel), CFI und TLI sollten bei $\geq 0,90$ und der SRMR bei $\leq 0,10$ liegen. Bei der Bewertung des Modells sollten nicht einzelne Werte ausschlaggebend sein, sondern die Fit-Werte sollten in ihrer Gesamtheit betrachtet werden (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 221 f.). Zum deskriptiven Modellvergleich könne zudem die informationstheoretischen Maße AIC=Akaike Information Criterion sowie BIC=Bayes Information Criterion²⁴ verwendet werden, wobei das Modell mit den niedrigeren Werten das zu bevorzugende Modell darstellt (vgl. Geiser 2010, 61). Es wird außerdem der durch die unabhängigen Merkmale erklärte Anteil der Varianz der endogenen Faktoren berechnet. Diese »Squared Multiple Correlations« werden als R^2 -Bestimmtheitsmaß bezeichnet und interpretiert (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 230).

WAS IST EINE MEHREBENENANALYSE?

Bei der Mehrebenen-Analyse (auch als Multilevelmodel, Hierarchisches lineares Modell, Random Coefficient Model oder Mixed Model bezeichnet) handelt es sich um ein statistisches Regressionsverfahren, bei dem, anders als bei der konventionellen Regressionsanalyse, die hierarchischen Eigenschaften von Daten Berücksichtigung finden. Damit sind geschachtelte Daten gemeint, z. B. Schüler in Schulklassen (vgl. Geiser 2010, 199 f.) oder, wie in der vorliegenden Dissertation, Mitarbeiter in Organisationen. Für die Public Health-Forschung ist diese Betrachtungsweise relevant, da nicht nur der Einfluss von Individuen, sondern zugleich der ihres Lebenskontextes mit Blick auf einen spezifischen Outcome berücksichtigt werden kann (vgl. Leyland u. Groenewegen 2003, 31). Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement kann demzufolge simultan die Relevanz von Einflüssen auf den Ebenen Individuum und Organisation im Hinblick auf einen definierten Outcome bestimmt werden.

In geschachtelten Daten besteht meist eine Abhängigkeit der Beobachtungseinheiten untereinander. Befragte eines Clusters sind sich dann in ihren Eigenschaften ähnlicher als Befragte eines anderen Clusters (z. B. einer anderen Organisation), da sie jeweils gleichen spezifischen Kontextfaktoren ausgesetzt sind. Sind diese Abhängigkeiten stark ausgeprägt, dann können bei einer konventionellen multiplen Regressionsanalyse abweichende Standardfehler und p-Werte auftreten, die einer Überschätzung der effektiven Stichprobengröße geschuldet sind (vgl. Christ & Schlüter 2012, 116; Geiser

²⁴ In der vorliegenden Arbeit wird durchweg ein für die Stichprobengröße adjustierter BIC ausgewiesen.

2010, 199f.). Mehrebenenanalysen reagieren dagegen auf diese Clusterabhängigkeit adäquat, da sie die Gesamtvarianz den unterschiedlichen hierarchischen Ebenen zuweisen und diese somit spezifisch, aber gleichzeitig analysiert (vgl. Christ & Schlüter 2012, 116). Der Grad der Abhängigkeit der Beobachtungseinheiten vom Cluster ist mittels Intraklassen-Korrelationskoeffizient (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) quantifizierbar. Dieser berechnet sich aus der Varianz auf Ebene der Cluster im Verhältnis zur Gesamtvarianz. Je größer der Koeffizient, desto größer ist die Abhängigkeit der Beobachtungseinheiten vom Cluster (vgl. Geiser 2010, 204).

Im einschlägigen Werk von Hox (2010, 244) »Multilevel Analysis«, ist dokumentiert, dass ein ICC von 0,05 als schwach anzusehen ist. Bei einem sehr niedrigen ICC ist von einer geringen Abhängigkeit der Beobachtungseinheiten vom Kontext auszugehen, so dass von einer Mehrebenenmodellierung abgesehen werden kann (Braun et al. 2010, 24). Christ und Schlüter (2012, 117) sind der Meinung, dass erst ab einem „[...] substantiell von 0 verschiedenen ICC [...]“ eine Mehrebenenanalyse angezeigt ist. Kline (2011, 352), ebenfalls ein anerkannter Experte auf dem Gebiet, der sich u.a. auf die Anwendung von Mehrebenenanalysen bei Strukturgleichungsmodellen bezieht, ist der Ansicht, dass diese bei einem $ICC > 0,1$ verzichtbar ist. In der vorliegenden Arbeit besteht, anders als bei Organisationsvergleichen anzunehmen wäre (vgl. Hox 2010, 244), eine geringe Abhängigkeit der Beobachtungen vom Cluster; der ICC liegt bei Burn-out bei gerade 0,017; für die Anwendung des Verfahren sind daher vielmehr inhaltliche als statistische Gründe ausschlaggebend (vgl. auch Kap. 7.5.3).

Eine Mehrebenenanalyse wird schrittweise entwickelt, beginnend mit einem Referenzmodell, dem sogenannten Nullmodell (auch als Random Intercept-Only Model bezeichnet), bei dem noch kein Prädiktor in das Modell integriert wurde. Stattdessen wird die Varianz einer zu untersuchenden Variable den unterschiedlichen Modellebenen (Levels) zugeordnet und damit auch der ICC berechnet. Ein Random Intercept-Model beinhaltet demgegenüber Prädiktoren auf der individuellen Ebene (Level 1) und/oder der Ebene der Cluster (Level 2) bzw. des Kontextes. Dabei wird der Zusammenhang zwischen dem Prädiktor und dem Outcome auf Ebene der Kontexte als fix, das heißt nicht über die Kontexte hinweg variierend, betrachtet²⁵. Demgegenüber wird davon ausgegangen, dass das Outcome (das Burn-out-Ausmaß) durchaus über die Kontexte variiert. Diesem Umstand wird in der konventionellen Regressionsanalyse keine Rechnung getragen (vgl. Braun et al. 2010, 23–26; Geiser 2010, 217 ff.).

²⁵ Im Gegensatz dazu würde bei einem Random Slope-Model auch der Regressionskoeffizient als Zufallseffekt modelliert (vgl. Braun et al. 2010, 25).

Mplus gibt das R^2 für beide Levels aus, welches den Anteil der erklärten Varianz am Outcome durch die unabhängigen Merkmale definiert. Die Güte eines Mehrebenenmodells kann ferner deskriptiv durch einen Vergleich mit dem Nullmodell bzw. den jeweils vorherigen Modellschritten anhand der Varianzen sowie des bereits im vorherigen Abschnitt erläuterten Maße AIC und BIC beurteilt werden (vgl. Christ & Schlüter 2012, 129; Geiser 2010, 61 und 216 und 221; Weiber & Mühlhaus 2014, 219).

WAS IST EINE VARIANZANALYSE?

Eine Varianzanalyse ist eine statistische Methode, die im Hinblick auf einen metrisch skalierten Outcome prüft, welchen Einfluss eine oder mehrere unabhängige Variablen haben, die wenigstens nominalskaliert sein müssen. Wie hier bereits impliziert wird, bilden Annahmen über Kausalzusammenhänge zwischen den Merkmalen die Grundlage für die Varianzanalyse. Bei den unabhängigen Merkmalen handelt es sich um sogenannte Faktoren deren Ausprägungen als Stufen deklariert sind (vgl. Backhaus et al. 2016, 174 f.). Es wird die Nullhypothese getestet, dass das Outcome in allen Gruppen (Stufen) des Faktors gleichstark ausgeprägt ist (vgl. Bender et al. 2007b, 58). Damit geht die Varianzanalyse der Frage nach, ob Mittelwerte zwischen den Stufen gleich sind oder nicht (vgl. Rasch et al. 2014, 1). So ist bspw. im vorliegenden Fall zu prüfen, ob die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Profession (Arzt, Pflege, Therapeuten etc.) mit einem unterschiedlichen Burn-out-Ausmaß assoziiert ist.

Ob sich die Mittelwerte signifikant unterscheiden, ist auf Basis der ermittelten F-Teststatistik bzw. des zugehörigen p-Wertes zu beurteilen (vgl. Bender et al. 2007b, 58). Ist der F-Test signifikant, dann ist die Varianz zwischen den Faktorstufen größer als innerhalb dieser, und es ist auszuschließen, dass die Unterschiede in den Mittelwerten der Faktorstufen dem Zufall geschuldet sind (vgl. Rasch et al. 2014, 8 und 17).

Die Varianzanalyse setzt eine Normalverteilung des Outcomes in der Population sowie die Homogenität der Varianzen zwischen den Gruppen voraus, allerdings ist sie zugleich robust gegenüber einer Verletzung dieser Annahmen – im Speziellen bei größeren Stichproben ($n \geq 10$) und balancierten Designs²⁶ (vgl. Bender et al. 2007b, 60; Bortz 2005, 286 f.; Rasch et al. 2014, 31). Unbalancierte Designs mit heterogenen Varianzen stellen speziell bei kleinen Stichproben ein Problem dar und prinzipiell sind die Annahmen mit zunehmender Stichprobengröße weniger relevant (vgl. Bortz 2005, 286 f.). Gerade bei metrischen Merkmalen und größeren Stichproben stellt die Varianzanalyse

²⁶ Ein balanciertes Design ist durch gleiche Fallzahlen in den Zellen (bzw. den Faktorstufen) gekennzeichnet (vgl. Bender et al. 2007b, e58).

gegenüber nicht-parametrischen Verfahren die zu bevorzugende Form dar, da Teststärke und Informationsgehalt bei diesem Verfahren eindeutig überwiegen (vgl. Janssen & Laatz 2010, 347; Rasch et al. 2014, 31 und 94). Ob die Varianzen gleich sind, ist mit dem sogenannten Levene-Test zu überprüfen: ist das Ergebnis signifikant, dann ist *keine* Varianzgleichheit gegeben. Bei der einfaktoriellen²⁷ Varianzanalyse kann dann (sowie bei fehlender Normalverteilung) auf ein nichtparametrisches Verfahren, den Kruskal-Wallis-Test, zurückgegriffen werden (vgl. Rasch et al. 2014, 106).

Es gilt zu beachten, dass die Varianzanalyse ausschließlich ungerichtete Hypothesen testet, weil Varianzen immer ein positives Vorzeichen tragen. Interpretationsmöglichkeiten ergeben sich aus der deskriptiven Statistik. Zu bedenken ist, dass die Varianzanalyse lediglich ein globales Testverfahren ist, das überprüft, ob zwischen Stufen eines Faktors Unterschiede bestehen. Sie erlaubt keine weiterführende Aussage dahingehend, welche Stufen (Gruppen) sich im Einzelnen signifikant unterscheiden oder ob gar mehr als zwei Gruppen in ihren Mittelwerten divergieren. Diese weitere Spezifikation lässt sich allerdings anhand von sogenannten Post-hoc-Tests ermitteln, wobei verschiedenste Testverfahren zur Verfügung stehen (vgl. Rasch et al. 2014, 18 und 29). Post-hoc-Tests korrigieren in der Regel das Signifikanzniveau für multiples Testen. Bei einer hohen Anzahl an Vergleichen, wie bei den Organisations- und Berufsgruppenvergleichen im Rahmen der vorliegenden Dissertation, kann durch die hohe Anzahl an Tests allerdings dann ein tatsächlich vorhandener Zusammenhang fälschlicherweise abgelehnt werden (vgl. Bender et al. 2007a, 27–29). Daher wurden die Post-hoc-Vergleiche in der vorliegenden Arbeit auf Basis von T-Tests oder LSD-Tests (bei Varianzgleichheit) vorgenommen (hier wird nicht für multiples Testen korrigiert).

7.5.3 Ablauf im Rahmen der statistischen Datenauswertung

Die statistische Analyse der empirischen Daten erfolgte entlang der Hypothesen (vgl. Kap. 5). Die Analyse der Daten gliederte sich entsprechend in zwei Abschnitte mit unterschiedlichen Akzenten: Der Schwerpunkt lag auf der Testung des Bindungskonzeptes, daneben wurden die ergänzenden Hypothesen beleuchtet. Die einzelnen Analyseabschnitte und dort eingesetzten statistischen Verfahren werden im Folgenden näher beschrieben und begründet.

Im Rahmen der Analysen wurden jeweils zunächst deskriptive Statistiken zu den interessierenden Merkmalen erstellt. In einem zweiten Abschnitt erfolgte dann die eigentli-

²⁷ Ein Design, bei dem nur ein Faktor in das Modell integriert wird, wird als einfaktorielle Varianzanalyse bezeichnet. Werden noch weitere Faktoren einbezogen, spricht man von einer zweifaktoriellen bzw. mehrfaktoriellen Varianzanalyse (vgl. Backhaus et al. 2016, 175).

che Hypothesentestung. Das Vorgehen erfolgte jeweils schrittweise: es wurden univariate, dann bivariate und schließlich multivariate oder multivariable Verfahren eingesetzt. Dann Signifikanzniveau wurde für alle Analysen auf 5 % ($p < 0,05$) festgelegt.

ANALYSEN ZUM BINDUNGSKONZEPT

Die Analysen zum Bindungskonzept, dem Kernteil der Dissertation, umfassen insgesamt drei Teilanalysen. Zunächst wurde das Bindungsmodell bzw. das Untersuchungsmodell der Dissertation (vgl. Abb. 17 in Kap. 5) an der Gesamtstichprobe überprüft. Dabei wurden die entsprechenden Hypothesen 1 bis 5 getestet. In einer zweiten Teilanalyse erfolgte eine auf den Zusammenhang von Sozialkapital und Burn-out bezogene, organisationsvergleichende Analyse. In einer dritten Teilanalyse wurde ein berufsgruppenbezogener Vergleich vorgenommen.

Im ersten Analyseteilschritt waren die Hypothesen zu testen, die das Untersuchungsmodell der vorliegenden Arbeit konstituieren. Es ging darum, Wirkketten zu überprüfen und das Kernkonzept an der Gesamtstichprobe zu testen. Die Analyse erfolgte klinikübergreifend auf Ebene der Mitarbeiter, um die Zusammenhänge des Untersuchungsmodells zu überprüfen. Als Verfahren, welches auf die Prüfung komplexer, ineinandergreifender Hypothesen ausgerichtet ist, weil es sich speziell zur Modellierung indirekter Beziehungen eignet, stellte die Strukturgleichungsanalyse in diesem Abschnitt die Methode der Wahl dar. Beim Hauptmodell der Dissertation konnte dadurch zudem eine hohe Messgenauigkeit verfolgt werden, was durch das Einbeziehen der latenten Merkmale im Rahmen eines Strukturgleichungsmodells gewährleistet wird (vgl. den Abschnitt »Was ist ein Strukturgleichungsmodell?« in Kapitel 7.5.2).

Da Strukturgleichungsmodelle die Zusammenhangsstruktur latenter Merkmale, also über Indikatoren gemessene, sogenannte hypothetische Konstrukte, schätzen und im Abgleich mit den empirischen Daten überprüfen, entscheidet die Güte der Messmodelle maßgeblich über die Gesamtqualität des Modells (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 128 und 169 und 200). In diesem Kapitel wird daher ein Überblick über die Güte der Messmodelle des Strukturgleichungsmodells gegeben. Für die latenten Merkmale war jeweils eine Metrik festzulegen, was in der vorliegenden Dissertation durch die Fixierung der Varianz auf 1 realisiert wurde. Hiermit verbindet sich der Vorteil, dass für alle Faktorladungen freie Schätzwerte realisiert werden (vgl. Backhaus et al. 2013, 134).

Im Folgenden werden anhand einer Übersichtstabelle die zentralen Gütewerte aller Messmodelle dokumentiert und kommentiert (vgl. Tab. 25). Hierbei ist zu berücksichti-

gen, dass die Werte gemäß den Empfehlungen von Weiber und Mühlhaus als Richtwerte zu verstehen sind, die nicht unhinterfragt anzuwenden sind. Sprechen bei Unter- bzw. Überschreitung eines Schwellenwertes statistische Gründe für, aber inhaltliche Gründe explizit gegen das Entfernen von Indikatoren des Messmodells, so sollten diese beibehalten und weitere Indikatoren zur Erklärung des Konstrukts herangezogen werden (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 155). Backhaus et al. (2013, 162) verweisen explizit darauf, dass bei der Bewertung der Messmodelle zwar statistische Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, inhaltliche Gesichtspunkte indes nicht außer Acht gelassen werden dürfen: „Die in der Literatur häufig zu findende ‚mechanistische‘ Handhabung der Prüfung von Messmodellen anhand der Orientierung an statistischen Kriterien [...] darf nicht zu Lasten der Inhaltsvalidität gehen!“ (Backhaus et al. 2013, 166).

Tab. 25: Güte der Messmodelle des Strukturgleichungsmodells

latente Merkmale	Messmodell-Fit					Konstruktreliabilität	
	RMSEA	CFI	TLI	SRMR	χ^2/df	FR	DEV
Schwellenwert ²⁸	≤0,80	≥0,90	≥0,090	≤0,10	–	≥0,60	≥0,50
Burn-out	0,108	0,969	0,949	0,028	23,94	0,923	0,669
Commitment	0,023	0,997	0,993	0,011	02,08	0,753	0,394
Führung	0,066	0,975	0,968	0,020	09,47	0,952	0,667
Beziehungsklima	0,068	0,975	0,967	0,019	10,06	0,953	0,668
Organisationskultur	0,091	0,940	0,923	0,035	17,42	0,928	0,565
Sozialkapital	0,048	0,954	0,951	0,033	05,50	0,825	0,615
Sinnhaftigkeit	0,078	0,975	0,961	0,041	12,88	0,759	0,512

FR=Faktorreliabilität, DEV: durchschnittlich extrahierte Varianz

Im Allgemeinen präsentierten die Messmodelle einen hohen bis sehr hohen Fit mit den empirischen Daten. Darauf weisen die Werte in Tabelle 25 hin. CFI, TLI und SRMR liegen im Bereich einer hohen bis sehr hohen Modellpassung. Bis auf bei dem Messmodell von Burn-out verorten sich zudem alle RMSEA-Werte unter 0,8 bzw. mit Kultur nahe 0,8. Diese Messmodelle wurden unverändert beibehalten, weil alle anderen Gütewerte hoch bis sehr hoch waren, und es sich um etablierte Skalen handelt. Daneben

²⁸ Die Schwellenwerte orientieren sich an Weiber & Mühlhaus (2014, 150 f. und 222) sowie Backhaus et al. (2013, 162); das Verhältnis aus χ^2/df wird gemäß den Erläuterungen in Abschnitt »Was ist ein Strukturgleichungsmodell?« keiner Bewertung unterzogen.

ist bei allen Konstrukten eine hohe bis sehr hohe Faktorreliabilität [FR] gegeben. Die Werte befinden sich weit oberhalb der Schwelle. Bei der durchschnittlich extrahierten Varianz [DEV] liegen alle Werte voll oder annähernd im gewünschten Bereich. Eine Ausnahme bildet die Commitment-Skala. Bei dieser Skala ist die durchschnittlich extrahierte Varianz (DEV) etwas niedriger, was mit einem geringeren R-Square-Wert des Indikators »Identifikation mit der Einrichtung« erklärbar ist. An diesem Item wurde jedoch festgehalten, da es sich um eine inhaltlich relevante Facette von Commitment handelt: affektives Commitment zeichnet sich durch eine starke Identifikation mit der Organisation aus (vgl. Abschnitt 4.2.1; vgl. z. B. Allen & Meyer 1990, 2). Somit trägt das Konstrukt zur Inhaltsvalidität der Skala bei. Alle Faktorladungen sind zudem durchweg signifikant ($p < 0,001$). Dezierte Angaben zu den Messmodellen finden sich zusätzlich in Anhang 4. Abbildung 23 zeigt exemplarisch das vollständige Messmodell von Burn-out.

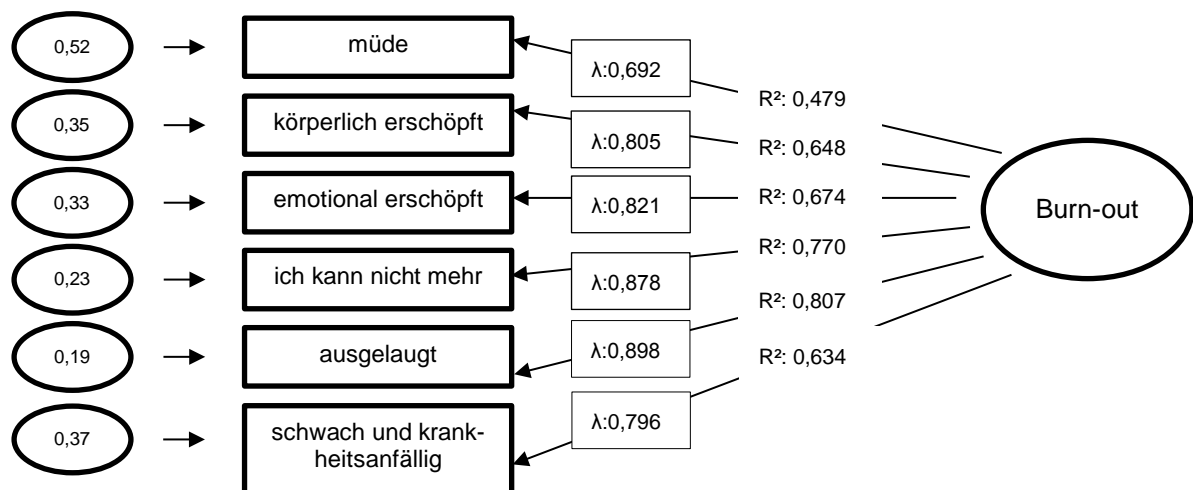


Abb. 23: Messmodell Burn-out

Die übrigen Merkmale des Strukturgleichungsmodells, Zeitdruck, Autonomie sowie die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, hierarchische Position und Bildungsgrad, wurden auf manifester Ebene modelliert, da es sich hierbei um direkt messbare Konstrukte bzw. um Single-Item-Skalen handelt. Berechnet wurde daher ein Strukturgleichungsmodell unter Einschluss manifester Merkmale.

Nach Aufstellung der Messmodelle wurde das Strukturmodell definiert. Das bedeutet, dass die Beziehungen zwischen den Merkmalen gemäß des der Dissertation zugrunde liegenden Untersuchungsmodells (vgl. Abb. 17, Kap. 5) statistisch festgelegt wurden.

Zur Schätzung der Parameter wurde auf den ML-R Algorithmus zurückgegriffen. Dieser ist, wie bereits erwähnt, robust gegenüber einer Abweichung von Multinormalverteilung und Homoskedastizität (vgl. Christ & Schlüter 2012, 13; vgl. dazu auch White 1980).

Der zweite Analyseteilschritt befasste sich mit der *Ebene der Organisationen* bzw. der medizinischen Rehabilitationskliniken. Es sollte überprüft werden, ob Unterschiede zwischen den 21 Organisationen im Burn-out-Ausmaß sowie im Sozialkapital der Organisationen feststellbar sind. Hauptziel war es, den Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out auf Ebene der Organisation sowie den auf das Sozialkapital der Kliniken zurückgehenden Anteil der erklärten Varianz im Burn-out-Ausmaß zu ermitteln. Berücksichtigt wurde zusätzlich der Zusammenhang zwischen der Sinnhaftigkeit und Burn-out auf Ebene der Organisationen. Die Zusammenhänge wurden unter Kontrolle von Mitarbeitermerkmalen sowie der Tätigkeitsmerkmale durchgeführt. Da es sich hier um eine simultane Betrachtung von individuellen und organisationalen Merkmalen handelt, und der Anteil der erklärten Varianz auf Ebene der Organisationen zu berechnen war, stellt ein Mehrebenenmodell das ideale, und daher verwendete, zentrale Analyseverfahren dar (vgl. zum Mehrebenenmodell den Abschnitt »Was ist eine Mehrebenenanalyse?«, Kap. 7.5.2).

Das Mehrebenenmodell konstituiert sich im vorliegenden Fall aus zwei Ebenen:

1. Level 1: individuelle Arbeiterebene
2. Level 2: Organisationsebene (Klinikebene)

Es wurden in dem Abschnitt zunächst mit SPSS deskriptive Statistiken generiert. Zudem wurden mit SPSS univariate Mittelwertvergleiche zwischen den Kliniken vorgenommen. Die Signifikanzprüfung mit Blick auf die Varianz zwischen den Organisationen erfolgte dann auf Basis von Nullmodellen, bei denen die Varianz zwischen und innerhalb der Cluster berechnet wird (vgl. Braun et al. 2010, 23). Ergänzend wurden zur Veranschaulichung Post-hoc-Tests in SPSS durchgeführt, um Mittelwertunterschiede näher zu spezifizieren. Diese wurden auf Basis von T-Tests oder LSD-Tests (bei Varianzgleichheit), also ohne Korrektur für multiples Testen, vorgenommen. Ausschlaggebend war der Umstand, dass die Tendenz, die Alternativhypothese fälschlicherweise abzulehnen, bei der hohen Anzahl zu vergleichender Organisationen wahrscheinlich ist (vgl. Bender et al. 2007a, 27–29). Vielmehr ist das Vorgehen explorativ zu verstehen. Es wurden keine spezifischen Hypothesen getestet, weshalb das Signifikanzniveau nicht korrigiert wurde (vgl. dazu auch Bender et al. 2007a, 28).

Um die Organisationshypothese eines Zusammenhangs zwischen Sozialkapital und Burn-out zu untersuchen, wurde ein Mehrebenenmodell mit mehreren Prädiktoren berechnet. Das Vorgehen im Rahmen der Analyse folgte dem in Kap. 7.5.2, Abschnitt »Was ist eine Mehrebenenanalyse?« erläuterten, schrittweisen Aufbau einer Mehrebenenanalyse und ist in Tabelle 26 skizziert.

Tab. 26: Ablauf im Rahmen der Mehrebenenanalyse

	Mitarbeiterbene (Level 1)	Organisationsebene (Level 2)	Verfahren
Schritt 1	-	-	Nullmodell Burn-out
Schritt 2	Alter, Geschlecht, Position, Bildungs- grad	-	Random Intercept-Model mit Prädiktoren auf der Mitarbeiterebene
Schritt 3	Alter, Geschlecht, Position, Bildungs- grad, Zeitdruck, Autonomie		Random Intercept-Model mit Prädiktoren auf der Mitarbeiterebene
Schritt 4	Alter, Geschlecht, Position, Bildungs- grad, Zeitdruck, Autonomie	Sozialkapital	Random Intercept-Model mit Prädiktoren auf der Mitarbeiterebene und der Organisationsebene
Schritt 5	Alter, Geschlecht, Position, Bildungs- grad, Zeitdruck, Autonomie	Sozialkapital und Sinnhaftigkeit	Random Intercept-Model mit Prädiktoren auf der Mitarbeiterebene und der Organisationsebene

Ausgangspunkt bildete das Nullmodell von Burn-out, bei dem die Varianz auf Ebene der Kliniken (und innerhalb der Kliniken) bestimmt wird, jedoch noch keine Prädiktoren integriert wurden. Im ersten Schritt wurden dann die personenbezogenen Kontrollvariablen aufgenommen. Damit wird die Varianz für diese Merkmale adjustiert. Im zweiten Schritt erfolgte die Integration der stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale in das Modell auf Ebene der Mitarbeiter. In den Schritten 4 und 5 wurden schließlich das Sozialkapital und zusätzlich die Sinnhaftigkeit der Arbeit eingefügt. Die Schätzung der Modellparameter erfolgte auf Basis des ML-R Algorithmus.

Die unabhängigen Merkmale wurden vor der Modellrechnung am Gesamtmittelwert (Grand Mean) zentriert. Damit entspricht die Konstante (Intercept) dem Wert des Outcomes bei einer dem Mittelwert gleichgestellten Ausprägung des Prädiktors (vgl. Geiser 2010, 53). Die Konstante zeigt, wie hoch das Burn-out-Ausmaß bei einem durchschnittlichen Ausmaß an Sozialkapital ist. Dieses Vorgehen ist bei Prädiktoren zwin-

gend, die keinen natürlichen, bedeutsamen Nullpunkt aufweisen (vgl. Christ & Schlüter 2012, 124; Geiser 2010, 53). Die zentralen Variablen der Untersuchung der vorliegenden Dissertation sind hiervon nicht betroffen, allerdings sollte die Zentrierung angewendet werden, wenn Kontexteffekte unter Kontrolle individueller Effekte berechnet werden (vgl. Enders & Tofighi 2007, 128f. und 136), was in der vorliegenden Dissertation der Fall ist. Die Zentrierung bietet prinzipiell den Vorteil, dass Multikollinearitätsprobleme zwischen Individual- und Kontextfaktoren verhindert werden und die Interpretation der Regressionskonstanten vereinfacht wird (vgl. Pötschke 2014, 228f.).

Die Auswahl des Verfahrens der Mehrebenenanalyse erfolgte unter inhaltlichen Gesichtspunkten, da der ICC von Burn-out mit 0,017 als gering einzustufen ist. Gegenüber einer konventionellen Regressionsanalyse bietet ein Mehrebenenmodell bei der Berücksichtigung von Merkmalen unterschiedlicher Analyseebenen allerdings vielfache Vorteile: Bspw. können nach Braun et al. (2010, 17) sowie Nezlek et al. (2006, 216) Kontext- und individuelle Merkmale verschiedener Analyseebenen simultan und adäquat Berücksichtigung finden. Dadurch, dass keine Aggregation individueller Merkmale erfolgt, kann der Informationsgehalt dieser Daten voll ausgeschöpft werden. Bei einer Aggregation würde zudem dann die effektive Stichprobengröße unterschätzt werden, ein ökologischer Fehlschluss könnte nicht ausgeschlossen werden und die Reliabilität der Daten wäre problembehaftet. Dadurch dass der Anteil der erklärten Varianz eines Outcomes auf Organisationsebene unter Berücksichtigung von individuellen Kontrollvariablen berechnet werden kann (vgl. Enders & Tofighi 2007, 128f. und 136; Hox 2010, 71), ergibt sich für die vorliegende Arbeit ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn.

Im dritten Analyseschritt ging es um Vergleiche von Mitarbeitern mit unterschiedlicher *Berufsgruppenzugehörigkeit* hinsichtlich ihres Burn-out-Ausmaßes. Daneben wurden der Vorrat an Sozialkapital sowie der Qualität der Arbeitsbedingungen und das Commitment der Berufsgruppen beleuchtet.

Es stehen Mittelwertvergleiche mehrerer Professionen an relativ kleinen Stichproben im Vordergrund, womit die Varianzanalyse als die zu bevorzugende Methode der Wahl zu betrachten ist. Sie ist in der Lage, Unterschiede in den Mittelwerten mehrerer Gruppen zu vergleichen. Dabei können im Rahmen von mehrfaktoriellen (Kovarianz)-Analysen²⁹ adjustierte Mittelwerte betrachtet werden (vgl. Bender et al. 2007b 59). Mit

²⁹ Die sogenannte Kovarianzanalyse stellt eine Erweiterung der einfaktoriellen oder mehrfaktoriellen Varianzanalyse um unabhängige metrische Variablen dar, denen theoretisch ein Einfluss auf die abhängige Variable zugeschrieben wird (vgl. Backhaus et al. 2016, 198).

dem Verfahren kann geprüft werden, ob das Burn-out-Ausmaß unter Kontrolle von Drittvariablen zwischen Berufsgruppen variiert.

Die Analysen wurden mit SPSS vorgenommen. Mittelwertunterschiede wurden mit univariaten Varianzanalysen bzw. Kruskal-Wallis-Tests (bei fehlender Varianzgleichheit) untersucht. Es wurden Post-hoc-Tests durchgeführt, um Gruppenunterschiede näher zu spezifizieren. Diese wurden durch T-Tests oder LSD-Tests (bei Varianzgleichheit) realisiert. Das heißt es wurde nicht für multiples Testen korrigiert. Das Vorgehen ist dementsprechend auch hier explorativ. Mittelwertvergleiche wurden im Rahmen von mehrfaktoriellen Varianzanalysen unter Adjustierung von Alter, Geschlecht und Position vorgenommen. Die Annahme der Varianzgleichheit war nicht durchweg erfüllt – die Levene-Teststatistiken sind aus Transparenzgründen daher durchweg im Ergebnisteil angegeben. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Robustheit der Varianzanalyse (vgl. den Abschnitt »Was ist eine Varianzanalyse« in Kap. 7.5.2).

ERGÄNZENDE ANALYSEN ZU BURN-OUT, PATIENTENORIENTIERUNG UND DEPRESSIVITÄT

In Analyseabschnitt 2 wurde zum einen der Zusammenhang zwischen Burn-out und der Qualität der Arbeit (operationalisiert über die Patientenorientierung), zum anderen der Zusammenhang zwischen Burn-out und Depressivität untersucht.

Die Qualitätshypothese eines Zusammenhangs zwischen Burn-out und der Patientenorientierung wurde auf Basis eines Strukturgleichungsmodells getestet, da es sich um eine Variante des Untersuchungsmodells handelt und mit den vorhandenen Fällen der Kernprofessionen (Ärzte, Therapeuten, Pflegedienst sowie Psychologen / Sozialarbeiter) eine ausreichend große Stichprobe für dieses Verfahren vorlag (n=1.031). Bei der Untersuchung wurde das Bindungsmodell um die Komponente der Patientenorientierung erweitert. Das Sozialkapital, die Sinnhaftigkeit der Arbeit und das Commitment fanden somit als Kontrollvariablen Berücksichtigung. Der Outcome Patientenorientierung wurde zudem für die Merkmale Alter, Geschlecht und Position kontrolliert (der Bildungsgrad entfällt, weil diese Variable selbst aus der Berufsgruppenzugehörigkeit abgeleitet wurde, vgl. Kap. 7.4).

Es wurden zunächst in SPSS deskriptive Statistiken erstellt. Anschließend wurde ein Messmodell für das latente Konstrukt Patientenorientierung in Mplus spezifiziert und getestet (vgl. Abb. 24).

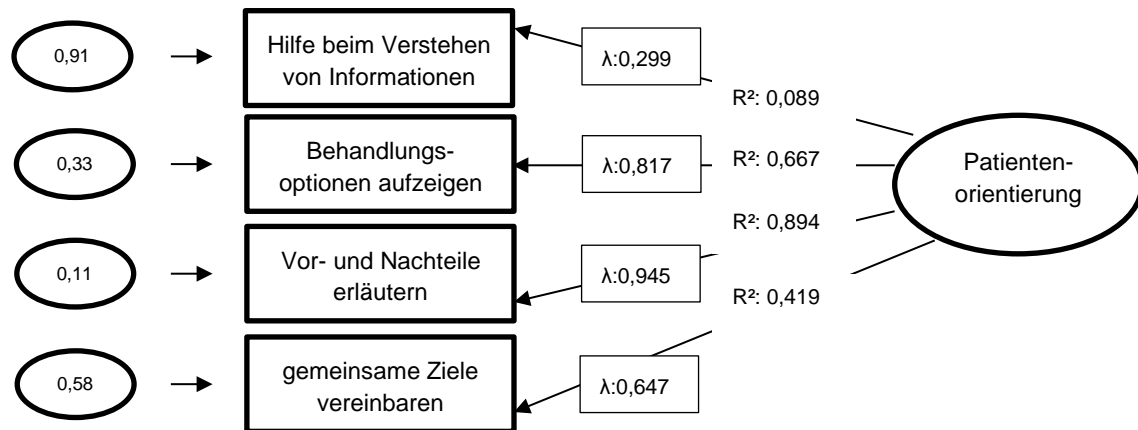


Abb. 24: Messmodell Patientenorientierung

Bis auf einen Indikator, »Hilfe beim Verstehen von Informationen«, werden sehr hohe Ladungen und R-Quadrate erzeugt. Die Ladungen sind durchweg signifikant ($p < 0,001$). Der Indikator wurde beibehalten, da er für die Teilhabe des Patienten am Behandlungsprozess und somit für das Konstrukt Patientenorientierung als elementar zu erachten ist (vgl. dazu Körner 2009, 160–163; Körner et al. 2011, 22; Zimmermann et al. 2014, 222). Die Konstruktreliabilität ist mit einer Faktorreliabilität von 0,792 und einer durchschnittlich extrahierten Varianz von 0,517 sehr hoch. Das Modell weist eine nahezu exakte Passung mit den Daten auf (RMSEA: 0,045 ($p = 0,504$), CFI: 0,995, TLI: 0,986, SRMR: 0,011, χ^2/df : 2,993).

Zusammenhänge mit der Patientenorientierung wurden zunächst in bivariaten Analysen auf latenter Ebene und anschließend in einem multivariaten Modell betrachtet. Die Analysen wurden in Mplus unter Verwendung des robusten ML-Schätzers durchgeführt.

In einem weiteren Abschnitt dieser ergänzenden Analysen wurde die Depressionshypothese eines negativen Zusammenhangs zwischen Burn-out und dem Ausmaß an Depressivität überprüft.

Da hier dichotome Merkmale (Burn-out: ja/nein) (Depressivität ja/nein) in den Blick genommen wurden, handelt es sich um einen Vergleich zweier kategorialer Merkmale. Dafür stellt der χ^2 -Unabhängigkeitstest – und weiterführend eine logistische Regressionsanalyse – das Mittel der Wahl dar. Der χ^2 -Unabhängigkeitstest testet, ob die erwartete Verteilung der Häufigkeiten in den Kategorien der beobachteten Verteilung entspricht. Ist dies nicht der Fall, dann sind die Merkmale unabhängig voneinander (vgl. Rasch et al. 2014, 111 ff.). Bei der logistischen Regression wird aus dem Regressions-

koeffizienten »ß« das Odds Ratio [OR] berechnet. Dieses Effektmaß gibt die Chance an, mit der ein dichotomes Ereignis auftritt, wenn sich die unabhängige Variable um eine Einheit erhöht, bzw. wenn statt des Ereignisses (z. B. Burn-out) kein Ereignis vorliegt (vgl. Backhaus et al. 2016, 311 ff.). Es können im Rahmen der multiplen Regressionsanalyse Kontrollvariablen einbezogen werden.

Im Rahmen der Analyse wurden zudem vorab eine explorative sowie eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Hiermit wurde untersucht, ob die Konstrukte statistisch voneinander abgrenzbar sind. Nähere Hintergründe zu den Verfahren finden sich bei Backhaus et al. (2016) oder Weiber und Mühlhaus (2014).

Die explorative Faktorenanalyse wurde mit SPSS realisiert. Im vorliegenden Fall war hiermit zu überprüfen, ob sich unter Einbeziehung aller Items der Burn-out- und Depressivitäts-Skalen ein Faktor oder zwei Faktoren extrahieren lassen. Als Extraktionsverfahren wurde die Hauptachsen-Faktorenanalyse eingesetzt. Dieses Verfahren berücksichtigt, dass bei der Messung der Indikatoren Fehler auftreten können und der Faktor somit nicht 100% der Varianz des Indikators erklärt. Sie unterstellt, dass die Korrelation zwischen den Indikatoren durch den Faktor bedingt ist. Als Rotationstechnik wurde die Promax-Rotation verwendet, da diese von einer Korrelation der Faktoren ausgeht (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 133). Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren erfolgte auf Basis des Kaiser-Kriteriums (vgl. dazu Weiber & Mühlhaus 2014, 133).

Die konfirmatorische Faktorenanalyse wurde mittels der Software Mplus mit dem ML-R-Schätzverfahren durchgeführt. Konkret war anhand von zwei Modellen zu überprüfen, ob die Konstrukte Burn-out und Depressivität eigenständig sind. Dafür wurde ein Modell mit einem Generalfaktor (Depressivität bestehend aus alle Items der Depressivitäts- und Burn-out-Skala) einem Modell aus zwei Faktoren (Burn-out und Depressivität jeweils als einzelne latente Merkmale mit ihren spezifischen Indikatoren) gegenübergestellt. Der deskriptive Vergleich erfolgte anhand der Modellgütewerte: RMSEA, CFI, TLI, SRMR, die statistische Überprüfung war auf Basis eines χ^2 -Differenztests vorzunehmen. Wird das Testergebnis signifikant, dann unterscheiden sich die Modelle voneinander. Dieses Vorgehen folgt dem bei Christ und Schlüter (2012, 45–48) vorgestellten Ablauf. Beim χ^2 -Differenztest werden die χ^2 -Werte und die Freiheitsgrade von zwei hierarchisch angeordneten Modellen verglichen. Anhand eines p-Wertes wird geprüft, ob ein restriktiveres Modell eine schlechtere Datenpassung aufweist (vgl. Christ & Schlüter 2012, 46 ff.). Beim ML-R Schätzer muss eine Korrektur nach Satorra und

Bentler (2001) vorgenommen werden (vgl. Christ & Schlüter 2012, 47), was in der vorliegenden Dissertation so umgesetzt wurde.

7.6 Stichprobenbeschreibung

43 Rehabilitationskliniken erfüllten die Einschlusskriterien der LORE-Studie. 21 Einrichtungen erklärten ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie. Als Argumente gegen eine Teilnahme an der Befragung nannten die Kliniken insbesondere personelle Restrukturierungen, Baumaßnahmen, die den Arbeitsalltag irritieren sowie das Vorhandensein eigener Routinebefragungen im Rahmen des Qualitätsmanagement-Systems (vgl. Schott & Kockert 2014, 39).

Wie aus der Tabelle 27 hervorgeht, variiert die Rücklaufquote bezogen auf die verschiedenen Kliniken stark. Die Spanne reicht von 30,9% in Klinik 1 bis 69,6% in Klinik 10. Im Mittel beträgt der Rücklauf auf Klinikebene 55,0%. Der Tabelle sind ebenfalls die harten Strukturmerkmale der Kliniken: die Bettenzahl, die Auslastungsquote in 2012 sowie die Zugehörigkeit zum Träger (privat/öffentlich) zu entnehmen. Die Tabelle demonstriert darüber hinaus, dass sich von den 3.621 im Rahmen des Organisations-surveys adressierten Personen, insgesamt 1.980 Beschäftigte am Survey beteiligten. Dies entspricht einer Rücklaufquote auf Mitarbeiterebene von 54,7%.

Die Kliniken decken die in Abbildung 25 dargestellten somatischen Indikationen ab. Die Abbildung zeigt, wie viel Prozent der befragten Mitarbeiter in welchen Abteilungen tätig sind (Mehrfachantworten waren möglich). Die meisten Mitarbeiter sind, den Einschlusskriterien der Studie gemäß, in den Abteilungen Orthopädie/Kardiologie tätig. Eingeschlossen sind zudem die Bereiche Neurologie, Gastroenterologie, Dermatologie, Rheumatologie, Stoffwechselerkrankungen und Atemwegserkrankungen. Die Stichprobe ist somit nicht repräsentativ für Mitarbeiter in medizinischen Rehabilitationskliniken, in denen primär psychische Diagnosen behandelt werden.

Tab. 27: Überblick über die untersuchten Kliniken

Klinik	N	n	Rücklauf (%)	Träger	Betten	Auslastungsquote (%)
1	139	43	30,9	privat	268	90,0
2	240	140	58,3	privat	308	93,2
3	149	72	48,3	privat	269	93,0
4	168	89	52,9	öffentlich	196	100,0
5	122	71	58,2	öffentlich	200	99,9
6	400	180	45,0	privat	455	95,0
7	149	90	60,4	öffentlich	189	98,0
8	134	84	62,7	privat	360	87,2
9	160	106	66,2	öffentlich	256	99,7
10	135	94	69,6	öffentlich	206	101,4
11	147	87	59,2	öffentlich	200	98,8
12	83	47	56,7	privat	140	85,0
13	136	69	50,7	privat	265	80,0
14	74	40	54,0	privat	140	60,7
15	378	233	61,6	privat	450	91,0
16	155	108	69,7	privat	185	92,5
17	230	101	43,9	privat	547	93,5
18	151	73	48,3	privat	224	98,0
19	182	96	52,7	privat	316	80,0
20	165	97	58,8	privat	238	91,2
21	124	58	46,7	öffentlich	180	100,0
gesamt	3.621	1978	54,7	-	-	
fehlend		2				

N=Fallzahl Grundgesamtheit, n=Fallzahl Stichprobe

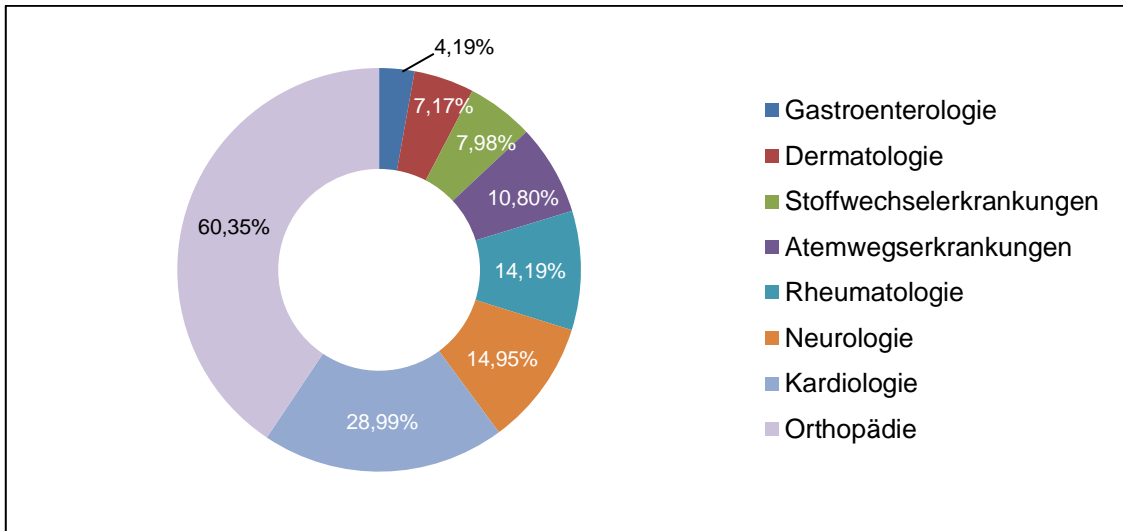


Abb. 25: Verteilung der Mitarbeiter auf die Indikationsbereiche

Die folgende Abbildung 26 präsentiert die Verteilung der Berufsgruppen in der Untersuchungsstichprobe.

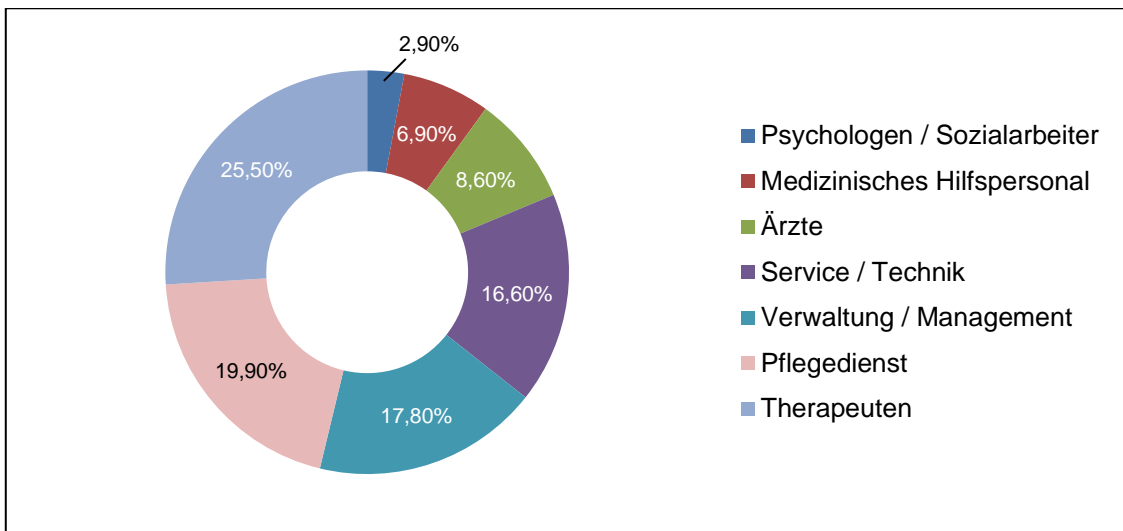


Abb. 26: Verteilung der Mitarbeiter auf die Berufsgruppen

Insgesamt liegen von 1.942 Mitarbeitern Daten zur Berufszugehörigkeit vor (38 fehlend). Die Ärzte sind mit einem Anteil von 8,6 % (n=167) relativ schwach vertreten. Die größten Anteile sind dagegen den Therapeuten mit 25,5 % (n=495) sowie den Pflegekräften mit 19,9 % (n=387) zuzuordnen. Auch der Verwaltungsbereich (inkl. Management) weist mit 17,8 % (346) relativ viele Fälle. Die am schwächsten vertretene Berufsgruppe stellen die Psychologen und Sozialarbeiter dar. Gemeinsam erreichen sie einen Anteil von weniger als 5 % (n=90). Sie wurden im Rahmen der Analyse zu einer Funk-

tionseinheit zusammengefasst. Vertreten sind außerdem medizinische Hilfskräfte mit 6,9% (134) und der Bereich Service/Technik mit 16,6% (n=323). Die Verteilung entspricht weitestgehend den Gegebenheiten in deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Abb. 18). Ein exakter Abgleich ist aufgrund unterschiedlicher Klassifikationen gleichwohl nicht möglich. Auffällig ist ein etwas höherer Anteil an Verwaltungsmitarbeitern in der vorliegenden Stichprobe.

Tab. 28: Beschreibung der Stichprobe nach personenbezogenen Merkmalen

	n	in %
Geschlecht		
männlich	450	22,9
weiblich	1.516	77,1
gesamt	1.966	100,0
Alter		
<30 Jahre	263	13,3
30–50 Jahre	968	49,1
>50 Jahre	740	37,5
gesamt	1971	100,0
Bildungsgrad		
hoch	257	13,2
konventionell	1685	86,8
Position		
ohne Führungsverantwortung	1.597	81,3
mittlere Führungsebene	290	14,8
obere Führungsebene	78	4,0
gesamt	1965	100,0
gesamt Rücklauf	1.980	100,0

Tabelle 28 zeigt eine Differenzierung der Stichprobe nach den Merkmalen Geschlecht, im Alter, Bildungsgrad sowie Position. Der überwiegende Anteil der befragten Mitarbeiter ist mit 77,1 % weiblich, während gerade 22,9% männlich ist. Diese Verteilung ist für

die Mitarbeiter in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen repräsentativ (vgl. Kap. 6.2.1). Die meisten Mitarbeiter der Stichprobe sind zwischen 30 und 50 Jahren alt (49,1 %). Ein ebenfalls hoher Anteil der Mitarbeiter mit 37,5 % ist bereits über 50 Jahre alt. Die wenigsten der in den Rehabilitationskliniken beschäftigten und hier befragten Mitarbeiter sind jünger als 30 Jahre (13,3 %). Mit 86,8 % weist der Großteil der Befragten ein konventionelles Bildungsniveau auf bzw. ist nicht akademisiert. Mit 81,3 % zählt der Großteil der befragten Mitarbeiter zur Gruppe der Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung, demgegenüber sind insgesamt 18,8 % in einer Führungsposition beschäftigt. Darunter sind 14,8 % im mittleren Management und 4 % auf der obersten Führungsebene positioniert.

Die folgende Abbildung 27 schlüsselt die Verteilung der Mitarbeiter auf die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Organisationen getrennt nach Geschlechtern auf. Dabei wird deutlich, dass es sich bei den meisten Mitarbeitern um weibliche Personen ohne Führungsverantwortung handelt.

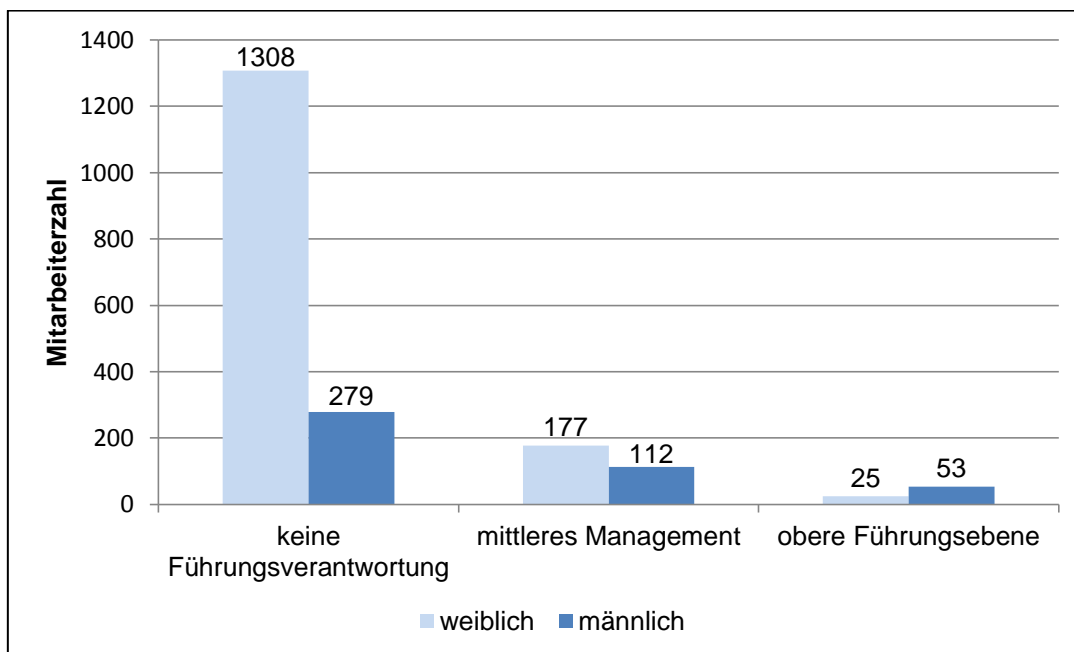


Abb. 27: Verteilung der Mitarbeiter nach Position und Geschlecht

Es ist ferner erkennbar, dass auf dem unteren und mittleren Organisationslevel jeweils mehr Frauen als Männer tätig sind, während sich dieses Verhältnis auf der oberen Führungsebene umkehrt (die ungleiche Verteilung der Geschlechter über die Positionen ist ebenfalls in der Grundgesamtheit gegeben: $p < 0,001$).

8 Ergebnisse der statistischen Analysen

8.1 Sozialkapital und Burn-out – das Bindungskonzept

In diesem ersten Abschnitt des Ergebnisteils werden die Resultate der statistischen Analysen zum Kernkonzept dargelegt. Ziel ist die Überprüfung des Bindungskonzeptes an der Gesamtstichprobe und damit des Untersuchungsmodells der Dissertation.

Das Kapitel ist systematisch aufgebaut, beginnend mit den deskriptiven Statistiken, die Mittelwerte, Standardabweichungen, die jeweils niedrigste Ausprägung (Minimum) und stärkste Ausprägung (Maximum) sowie ggf. Häufigkeiten dokumentieren. Dabei erfolgt zunächst eine Darstellung der interessierenden Outcomes – Burn-out sowie Commitment – und schließlich der Treiber – Sozialkapital, Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie Zeitdruck und Autonomie. Erst im nachfolgenden inferenzstatistischen Teil werden Aussagen, die Grundgesamtheit betreffend, getroffen. Hierbei geht es dann konkret darum, die Hypothesen auf Basis eines Strukturgleichungsmodells zu testen. Diese werden innerhalb des Kapitels an entsprechenden Stellen erneut angeführt. Das Kapitel gliedert sich in zunächst univariate, dann bivariate und schließlich multivariate Analysen.

8.1.1 Deskriptive Statistiken

OUTCOME BURN-OUT

Als primäres Outcome der Dissertation ist zuallererst das Merkmal Burn-out in den Blick zu nehmen. Tabelle 29 zeigt den Durchschnittswert von Burn-out sowie die jeweiligen Mittelwerte differenziert nach Items der Burn-out-Skala.

Tab. 29: Burn-out-Ausmaß, deskriptive Statistiken

Skala/Items	M	SD	Min	Max	Range	n
Burn-out	39,13	21,06	0	100	0–100	1.939
emotional erschöpft	41,25	25,65	0	100	0–100	1.952
ausgelaugt	36,63	26,46	0	100	0–100	1.959
ich kann nicht mehr	29,24	26,35	0	100	0–100	1.958
schwach, krankheitsanfällig	28,20	25,54	0	100	0–100	1.958
müde	53,57	20,95	0	100	0–100	1.963
körperlich erschöpft	46,29	23,18	0	100	0–100	1.959

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

Im Mittel liegt das Burn-out Ausmaß bei 39,13 von 100 Punkten bei einer Standardabweichung von 21,06 Punkten. Die höchsten Werte finden sich bei der Müdigkeit sowie der körperlichen Erschöpfung. Mit Mittelwerten von 41,25 bzw. 36,63 sind zudem die Merkmale emotionale Erschöpfung und »ausgelaugt sein« relativ stark profiliert. Die angegebenen Werte reichen von 0 bis 100 Skaleneinheiten. Damit wird das mögliche Burn-out-Spektrum in der untersuchten Population voll ausgeschöpft. Das heißt, es gibt Mitarbeiter, die keinerlei Anzeichen von Burn-out zeigen und Mitarbeiter, bei denen ein hohes Burn-out-Ausmaß vorliegt.

Die Items zu Burn-out beantworteten 97,9% der Befragten vollständig; dies entspricht 1.939 Personen. Der folgenden Tabelle nach geben 633 Mitarbeiter, also 32,6% der Befragten in der Gesamtstichprobe, und damit knapp ein Drittel der Mitarbeiter ein hohes Burn-out-Ausmaß an. 67,4% der befragten Mitarbeiter weisen dagegen ein geringes Burn-out-Ausmaß auf (vgl. Tab. 30). Die Werte basieren auf dem in der Literatur angegebenen Cut-Off-Wert von ≥ 50 Punkten (vgl. Borritz & Kristensen 2004, 8).

Tab. 30: Burn-out (Häufigkeiten)

Burn-out	hohes Ausmaß*	niedriges Ausmaß**	n
relativ	32,6%	67,4%	100,0%
absolut	633	1.306	1.939

* ≥ 50 Skaleneinheiten; ** < 50 Skaleneinheiten, n=Fallzahl

Bei einem strengeren Cut-Off-Wert von ≥ 75 Skaleneinheiten, der zur Veranschaulichung zusätzlich auf das Merkmal angewendet wurde, würde sich bei 6,8% der Befragten ein sehr hohes Burn-out-Ausmaß ergeben.

Tabelle 31 gibt überdies die Häufigkeiten zu den Subskalen von Burn-out wieder. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Antwortoptionen »immer« (100 Skaleneinheiten) und »oft« (75 Skaleneinheiten) sowie »selten« (25 Skaleneinheiten) und »nie/fast nie« (0 Skaleneinheiten) zusammengefasst. Das Kernmerkmal von Burn-out – emotionale Erschöpfung – tritt demnach mit 22,3% bei knapp einem Viertel der Belegschaft häufig bis immer in Erscheinung. Darüber hinaus berichten 17,3%, sich häufig bis immer »ausgelaugt zu fühlen«, 12,0% geben an, »nicht mehr zu können und 11,2% »schwach und krankheitsanfällig zu sein«. Insbesondere die Phänomene Müdigkeit mit 33,8% sowie körperliche Erschöpfung sind mit 24,6% verbreitet.

Tab. 31: Burn-out, Häufigkeiten auf Itemebene

Burn-out Items	oft/immer	manchmal	selten/nie	n
emotional erschöpft	22,3%	31,3%	46,4%	1.952
ausgelaugt	17,3%	29,9%	52,8%	1.959
ich kann nicht mehr	12,0%	23,0%	65,0%	1.958
schwach, krankheitsanfällig	11,2%	20,6%	68,2%	1.958
müde	33,8%	46,6%	19,6%	1.963
körperlich erschöpft	24,6%	40,8%	34,6%	1.959

n=Fallzahl

OUTCOME AFFEKTIVES COMMITMENT (EMOTIONALE MITARBEITERBINDUNG)

Das affektive Commitment stellt neben Burn-out das sekundär interessierende Outcome dar. Die Variable wird in der vorliegenden Dissertation allerdings vornehmlich in seiner Funktion als Mediator zwischen den Bindungsmerkmalen, Sozialkapital und Sinnhaftigkeit der Arbeit einerseits sowie Burn-out andererseits berücksichtigt. Im Folgenden werden zunächst die deskriptiven Statistiken zu diesem Merkmal dargelegt.

Wie aus Tabelle 32 hervorgeht, liegt das Ausmaß des Commitments bei 9 von 15 Punkten. Damit weisen die befragten Mitarbeiter eine relativ hohe emotionale Bindung an ihre Organisation auf, wobei mit einer Standardabweichung von rund 3 eine hohe Streuung zwischen den Mitarbeitern gegeben ist.

Tab. 32: Ausmaß an Commitment (emotionaler Bindung), deskriptive Statistiken

Skala/Items	M	SD	Min	Max	Range	n
affektives Commitment (emotionale Bindung)	9,22	2,81	0	15	0–15	1.855
nicht egal, wo man sein Geld verdient	2,16	0,78	0	3	0–3	1.944
hohe Identifikation mit Organisation	1,56	0,78	0	3	0–3	1.911
stolz, hier arbeiten zu können	1,95	0,77	0	3	0–3	1.951
gern privat über Arbeit reden	1,72	0,82	0	3	0–3	1.962
Einrichtung ist etwas Besonderes	1,83	0,84	0	3	0–3	1.931

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

Das Item »gern privat über die Arbeit reden« erreicht das schwächste Ausmaß unter den Items mit 1,72 Skalenpunkten. Dass es den Mitarbeitern »nicht egal ist, wo sie ihr Geld verdienen«, trifft besonders zu, wie die mit einem Mittelwert von 2,16 stärkste Ausprägung unter den Items suggeriert. »Das Gefühl, stolz auf die Mitarbeit in der Organisation zu sein«, ist ebenfalls relativ stark ausgeprägt mit im Mittel 1,95 Skalenpunkten.

Tabelle 33 zeigt ergänzend die Häufigkeiten zu den einzelnen Items der Commitment-Skala. Hierbei wird deutlich, dass sich die meisten Mitarbeiter jeweils der Ausprägung »trifft eher zu« zugeordnet haben und damit eine eher hohe Bindung anzeigen. Dennoch verteilt sich zugleich ein relativ hoher Anteil der Befragten auf die Ausprägungen »trifft überhaupt nicht zu«/»trifft eher nicht zu« und zeigt damit eher keine oder wenig Bindung an. Bspw. geben zusammen 42,2% an, dass sich die Mitarbeiter »überhaupt nicht« oder »eher nicht« mit der Einrichtung identifizieren und rund 40% reden »überhaupt nicht« oder »eher nicht« gern privat über ihre Arbeit (vgl. Tab. 33).

Tab. 33: Affektives Commitment, Häufigkeiten auf Itemebene

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	n
nicht egal, wo man sein Geld verdient	3,2%	14,2%	45,5%	37,0%	1.944
hohe Identifikation mit Organisation	9,9%	32,3%	49,9%	7,9%	1.911
stolz, hier arbeiten zu können	3,3%	22,3%	50,4%	23,9%	1.951
gern privat über Arbeit reden	5,9%	33,5%	43,3%	17,3%	1.962
Einrichtung ist etwas Besonderes	5,4%	28,8%	43,0%	22,7%	1.931

TREIBER SOZIALKAPITAL UND SINNHAFTHKEIT DER ARBEIT (BINDUNGSFAKTOREN)

In diesem Kapitel werden die deskriptiven Statistiken zum Sozialkapital und der Sinnhaftigkeit der Arbeit für die Gesamtstichprobe vorgestellt. Zunächst werden die Ergebnisse zum Sozialkapital wiedergegeben. Hierbei erfolgt neben der Beschreibung der Ergebnisse zum Sozialkapital-Index eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse zu den Sozialkapitalfaktoren: Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur. Im Anschluss wird dann das Ausmaß der Sinnhaftigkeit der Arbeit näher beleuchtet.

SOZIALKAPITAL

Tabelle 34 gibt einen Überblick über das Ausmaß an Sozialkapital in der Gesamtstichprobe. Sie dokumentiert ferner die Ausprägungen auf den Subskalen Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur. Mit 54,23 von 90 möglichen Skalenpunkten befindet sich das Sozialkapital auf einem mittleren Niveau, bei einer Standardabweichung von 16,52 und einer Spannweite von 90 Skalenpunkten.

Tab. 34: Sozialkapital, deskriptive Statistiken

Skala/Subskalen	M	SD	Min	Max	Range	n
Sozialkapital	54,23	16,52	0	90	0–90	1.873
Führung	18,85	7,14	0	30	0–30	1.931
Beziehungsklima	20,13	6,38	0	30	0–30	1.945
Organisationskultur	15,32	6,00	0	30	0–30	1.923

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

Das Beziehungsklima bildet mit 20,13 von 30 Skalenpunkten das größte Kapital im Vergleich der Subskalen. Die Organisationskultur erweist sich mit 15,32 von 30 Punkten im Vergleich als die am geringsten ausgeprägte Dimension. Das Führungskapital erreicht ebenfalls mit 18,82 Punkten nicht das volle mögliche Ausmaß von 30 Skalenpunkten.

Die folgenden Abbildungen 28 bis 30 enthalten für jeden Sozialkapitalfaktor die Mittelwerte, bezogen auf die einzelnen Items. Sie liefern damit differenzierte Informationen zu möglichen Defiziten und Potenzialen im Bereich des Sozialkapitals, geordnet nach Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur.

Die Mittelwerte reichen beim Führungskapital von 1,60 bis 2,08 (Spannweite 0,48) auf einer Skala von 0 bis 3 Skalenpunkten. Besonders hervorzuheben sind die Extremwerte: am höchsten wurde das Merkmal »mein Vorgesetzter hat immer ein offenes Ohr für mich« mit 2,08 Punkten bewertet. Demgegenüber sind die Ausprägungen auf den Items »Vorbildfunktion« mit 1,60 Punkten sowie die »Vertrauenswürdigkeit« mit 1,77 Punkten relativ schwach ausgeprägt. Bei allen Facetten menschengerechter Führung besteht noch Verbesserungspotenzial (vgl. Abb. 28).

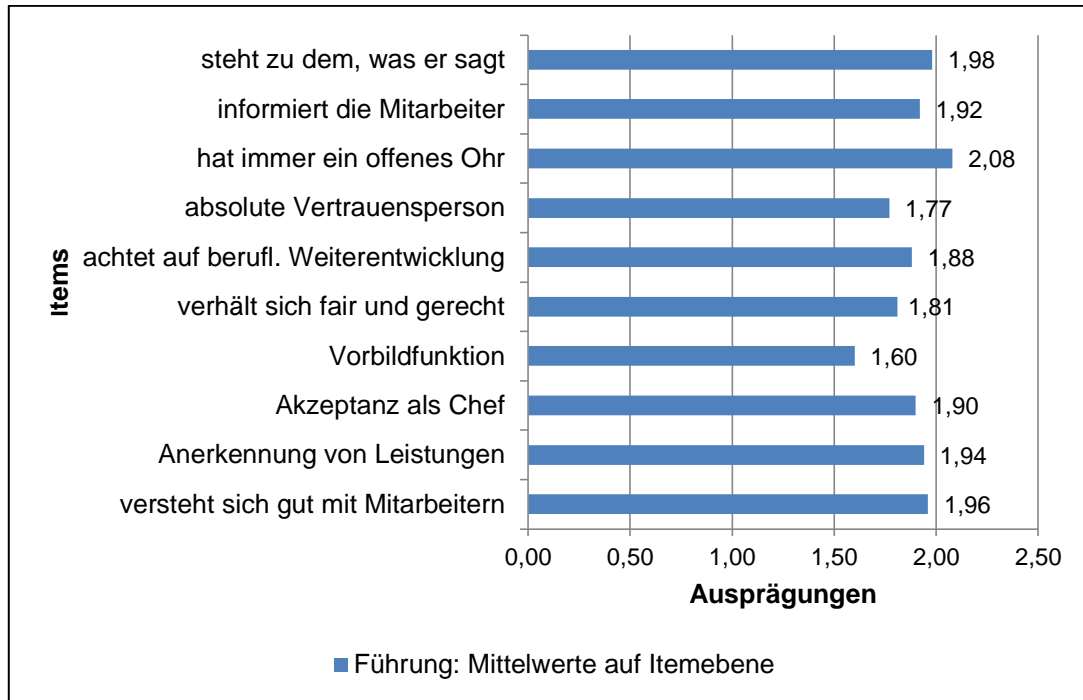


Abb. 28: Führung, Mittelwerte auf Ebene der Items

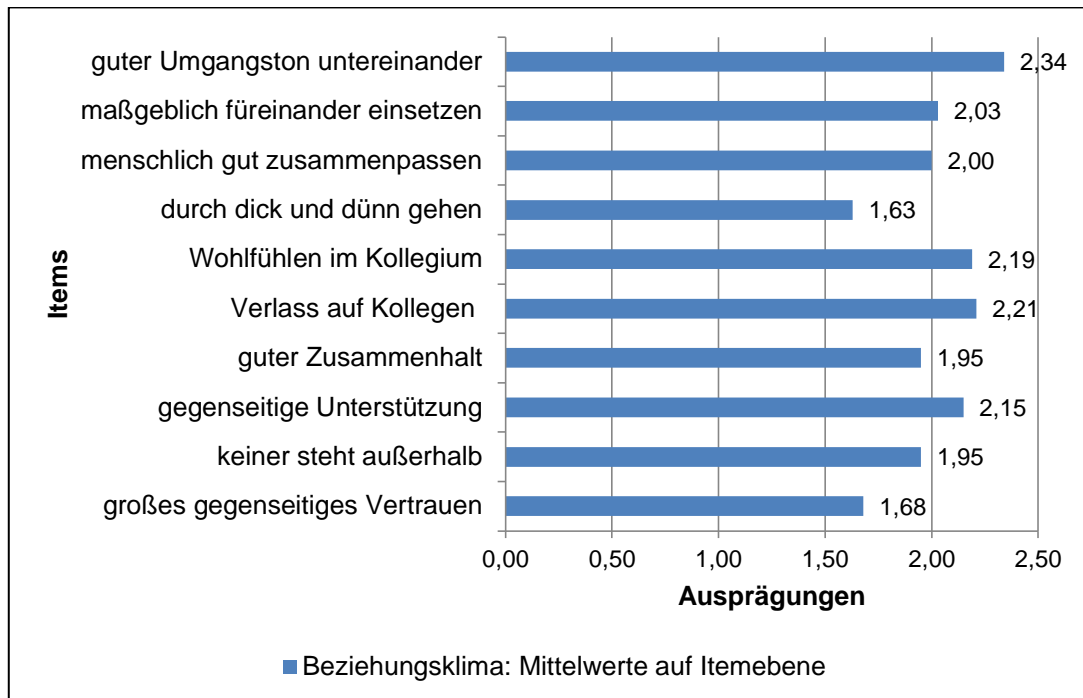


Abb. 29: Beziehungsklima, Mittelwerte auf Ebene der Items

Abbildung 29 liefert nähere Informationen zum Beziehungsklima. Die Mittelwerte auf den Items reichen von 1,63 bis 2,34 (Spannweite 0,71). Damit ist die Spannweite etwas höher als beim Führungskapital. Auffällig sind die verhältnismäßig gering ausgeprägten Merkmale «durch dick und dünn gehen» mit einem Wert von 1,63 sowie »gegenseitiges Vertrauen« mit einem Wert von 1,68. Dagegen wird der »Umgangston unter Kollegen« mit im Mittel 2,34 Skalenpunkten vergleichsweise hoch bewertet und das Merkmal »Verlass auf Kollegen« weist ebenfalls ein relativ hohes Ausmaß auf mit einem Wert von 2,21.

Abbildung 30 dokumentiert die Ausprägung der Items auf der Subskala Organisationskultur. Die Werte bewegen sich zwischen 1,15 und 1,87 Skalenpunkten. Die Spannweite von 0,72 Skalenpunkten ist damit etwas höher als bei der Führung, vergleichbar mit dem Beziehungsklima. Der »gemeinsame Einsatz für Organisationsziele« dominiert als höchster Wert bei den Kulturmerkmalen mit 1,87 Skalenpunkten; zudem wird der Vorrat an »gemeinsamen Werten und Regeln« mit 1,65 Punkten relativ hoch eingeschätzt; das »Gefühl eine große Familie« zu sein und das Ausmaß der Gerechtigkeit sind dagegen mit 1,15 bzw. 1,32 Punkten niedrig ausgeprägt. Insgesamt sind die Werte geringer als bei den Skalen zum Führungs- und Beziehungskapital. Sie bleiben deutlich unterhalb des Maximalwerts von 3 Punkten.

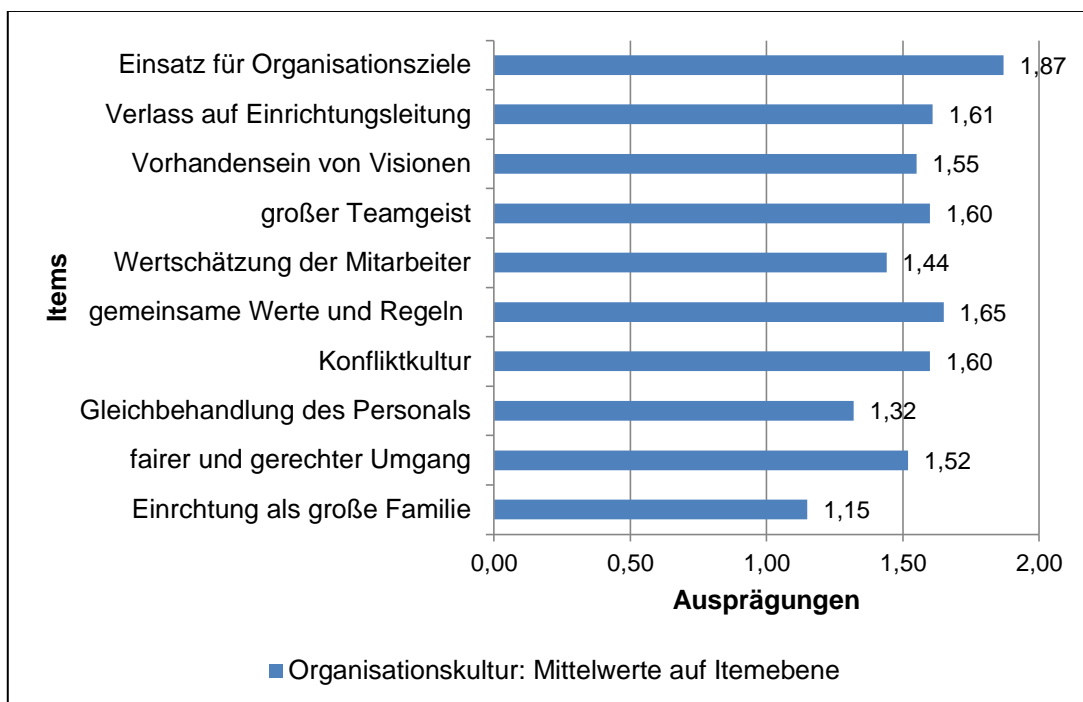


Abb. 30: Organisationskultur, Mittelwerte auf Ebene der Items

SINNHAFTHKEIT DER ARBEIT

Die Sinnhaftigkeit der Arbeit hat neben dem Sozialkapital einen festen Platz im Bielefelder Bindungsmodell, weshalb es in der vorliegenden Dissertation als möglicher zentraler Treiber von Commitment und damit als Schutzfaktor von Burn-out betrachtet wird. Im Folgenden werden die deskriptiven Befunde aufgezeigt.

Tabelle 35 ist zu entnehmen, dass die befragten Mitarbeiter die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit mit 6,20 von maximal 9 Skalenpunkten im mittleren Bereich einstufen. Mit einer Standardabweichung von 1,81 ist allerdings eine relativ starke Divergenz im Antwortverhalten ersichtlich. Das heißt: die Beurteilung der Sinnhaftigkeit der Arbeit variiert deutlich zwischen den Mitarbeitern. Im Vergleich der drei Items erreicht die Wichtigkeit der Arbeit im Mittel den besten Befragungswert.

Tab. 35: Sinnhaftigkeit der Arbeit, deskriptive Statistiken

Skala/Items	M	SD	Min	Max	Range	n
Sinnhaftigkeit	6,20	1,81	0	9	0–9	1.933
Arbeit ist wirklich wichtig	2,19	0,70	0	3	0–3	1.965
persönliche Bereicherung	2,01	0,74	0	3	0–3	1.961
Beitrag zum Organisationserfolg	2,00	0,77	0	3	0–3	1.951

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

STRESSASSOZIIERTE TÄTIGKEITSMERKMALE

Zum Abschluss des Teilkapitels zu den deskriptiven Statistiken ist ein Blick auf das Ausmaß an Zeitdruck und Autonomie, die zentralen arbeitsbezogenen Kontrollvariablen, zu richten. Da es sich jeweils um Single-Item-Skalen handelt, werden neben Mittelwerten ergänzend zur Veranschaulichung Häufigkeiten ausgegeben.

Das Merkmal Workoverload, ein zentraler Prädiktor in der Burn-out-Forschung, wird in der vorliegenden Arbeit, wie erwähnt, über das Ausmaß an Zeitdruck abgebildet. Wie Abbildung 31 zunächst aufzeigt, berichtet der größte Teil der Befragten mit den zeitlichen Ressourcen gut auszukommen: 47% der sind der Meinung, dass ein Mangel an zeitlichen an Ressourcen überhaupt nicht gegeben ist; 20,9% geben an, dass ein zeitlicher Ressourcenmangel »eher nicht zutrifft«.

Dagegen berichtet etwas mehr als ein Drittel aller Befragten, über zu knappe zeitliche Ressourcen zu verfügen. So beantworteten 28,20 % der Befragten das Item mit »trifft voll und ganz zu« und 3,80 % der Befragten mit »trifft eher zu« (vgl. Abb. 31).

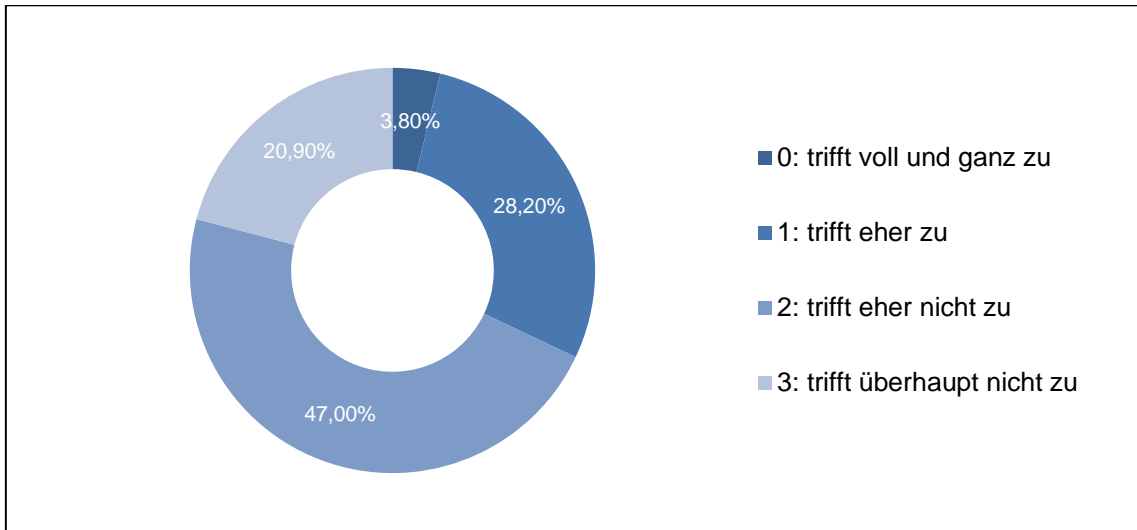


Abb. 31: Zeitdruck, Häufigkeiten

Für die zeitliche Überforderung bzw. den Mangel an zeitlichen Ressourcen ergibt sich im Mittel ein Wert von 1,15 auf einer Skala von 0–3, das heißt, dass die zeitlichen Ressourcen von den Befragten im Durchschnitt als ausreichend empfunden werden, um die Arbeit ordentlich ausführen zu können (vgl. Tab. 36).

Tab. 36: Zeitdruck, deskriptive Statistiken

Skala/Item	M	SD	Min	Max	Range	n
Zeitdruck	1,15	0,80	0	3	0–3	1.952

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

Das Merkmal Autonomie wird über die Zufriedenheit mit dem Entscheidungsspielraum und mit der Selbstständigkeit operationalisiert. Das Ausmaß an Autonomie bewerten die meisten Mitarbeiter als zufriedenstellend bis sehr zufriedenstellend (vgl. Abb. 32). 42,7 % der Befragten sind mit dem Ausmaß an Autonomie sehr zufrieden und 39,30 % sind zufrieden. 14,50 % der Mitarbeiter geben demgegenüber an, unzufrieden zu sein und 3,50 % sind überhaupt nicht zufrieden.

Im Mittel zeigt sich bei der vorliegenden Stichprobe ein recht hohes Ausmaß an Autonomie mit 2,21 von 3 Skalenpunkten. Allerdings ist die Standardabweichung vergleichsweise hoch (vgl. Tab. 37).

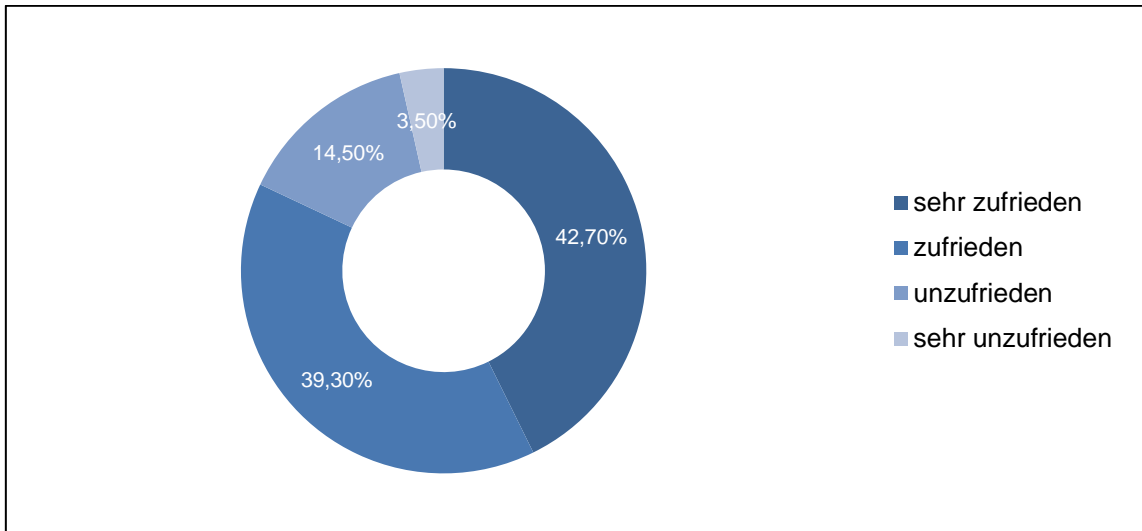


Abb. 32: Autonomie, Häufigkeiten

Tab. 37: Autonomie, deskriptive Statistiken

Skala/Item	M	SD	Min	Max	Range	n
Autonomie	2,21	0,82	0	3	0–3	1.957

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

8.1.2 Inferenzstatistiken

Der vorherige Abschnitt beschränkte sich auf die *Beschreibung* von Merkmalen in der Befragungsstichprobe. In diesem Teil wird überprüft, ob die Ergebnisse auf die *Grundgesamtheit* übertragbar sind. Die Testung der Untersuchungshypothesen erfolgt dabei im multivariaten Teil anhand eines Strukturgleichungsmodells.

UNIVARIATE ANALYSEERGEBNISSE

Bevor Ergebnisse aus bivariaten und multivariaten Analysen wiedergegeben werden, werden mit der folgenden Tabelle die Konfidenzintervalle der geschätzten Mittelwerte, also die Unsicherheitsbereiche dokumentiert. Wie die Tabelle zeigt, sind die Konfidenzintervalle sehr schmal, das heißt dass der Unsicherheitsbereich gering und die Vertrauenswürdigkeit der Schätzung der Mittelwerte hoch ist. Für Burn-out liegt der wahre Mittelwert in der Grundgesamtheit mit 95%iger Wahrscheinlichkeit zwischen 38,19 und 40,07 Skalenpunkten (vgl. Tab. 38).

Tab. 38: Mittelwerte aller Skalen sowie deren Konfidenzintervalle

	Range	M	SD	95 % KI
Burn-out	0–100	39,13	21,08	38,19/40,07
affektives Commitment	0–15	9,22	2,81	9,09/9,35
Sozialkapital	0–90	54,23	16,52	53,48/54,98
Führung	0–30	18,85	7,14	18,53/19,17
Beziehungsklima	0–30	20,13	6,38	19,84/20,41
Organisationskultur	0–30	15,32	5,97	15,05/15,59
Sinnhaftigkeit der Arbeit	0–9	6,20	1,81	6,12/6,28
Zeitdruck	0–3	1,15	0,79	1,12/1,19
Autonomie	0–3	2,21	0,82	2,18/2,25

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, KI=Konfidenzintervall

In Tabelle 39 ist außerdem das Burn-out-Ausmaß verteilt nach *personenbezogenen Merkmalen* dargestellt. Neben den geschätzten Mittelwerten und der Standardabweichung in der Grundgesamtheit werden die Parameter für den Test auf Varianzhomogenität (Levene-Test) sowie die Teststatistiken für den Hypothesentest auf Unabhängigkeit der Merkmale dargelegt.

Ein Unterschied zeigt sich in Abhängigkeit vom Geschlecht. Befragte Frauen weisen mit einem Wert von 40,35 im Mittel ein höheres Burn-out Ausmaß auf als Männer, bei denen ein Mittelwert von 35,00 zu verzeichnen ist ($p < 0,001$). Tatsächlich lassen sich hingegen keine systematischen Unterschiede zwischen den Altersgruppen aufdecken ($p = 0,153$). Mit anderen Worten unterscheidet sich das Burn-out-Ausmaß nicht in Abhängigkeit vom Alter. Das Burn-out-Ausmaß steht zudem in Abhängigkeit vom Bildungsgrad eines Mitarbeiters ($p = 0,004$). Mitarbeiter mit hohem Bildungsniveau, haben im Mittel ein geringeres Burn-out-Ausmaß als Mitarbeiter mit einem konventionellen Bildungsniveau. Mittelwertunterschiede finden sich außerdem zwischen den Positionen ($p < 0,001$). Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung ($p < 0,001$) und der mittleren Position in den Organisationen ($p = 0,014$) unterscheiden sich jeweils von der oberen Managementebene. Mitarbeiter im oberen Management weisen ein erheblich geringeres Burn-out-Ausmaß auf, wie die Tabelle 39 zeigt. Untere und mittlere Position unterscheiden sich statistisch nicht signifikant voneinander ($p = 0,394$).

Tab. 39: Burn-out in Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen

Merkmal	M	N	Levene-Test	T/F	p-Wert
Geschlecht		1.926	0,965	4,275 _T	<0,001
weiblich	40,35	1.484			
männlich	35,00	442			
Alter		1.931	0,760	1,877 _F	0,153
<30 Jahre	36,90	258			
30–50 Jahre	39,76	955			
>50 Jahre	39,15	718			
Bildungsgrad		1.905	0,339	2,876 _T	0,004
konventionell	39,65	1.960			
hoch	35,59	255			
Position im Unternehmen		1.926	0,175	8,510 _F	<0,001
keine Führungsverantwortung	39,89	1.566			
mittlere Führungsebene	37,85	284			
obere Führungsebene	30,15	76			

M=Mittelwert, n=Fallzahl, Index T=T-Teststatistik (T-Test) Index F= F-Teststatistik (Varianzanalyse)

Aufgrund der Prägnanz der Mittelwertdifferenz wurden Unterschiede zwischen den Positionen sowie im Geschlecht in einer Feinanalyse vertieft, in der beide Faktoren zugleich in ihrer Bedeutung für Burn-out einbezogenen wurden. Die Befunde werden anhand von Abbildung 33 sowie Tabelle 40 beleuchtet.

Abbildung 33 visualisiert Unterschiede im Burn-out-Ausmaß nach Positionen und Geschlecht. Die rote Linie der Frauen liegt durchweg oberhalb der blauen Linie der Männer. Es zeigt sich erneut der Haupteffekt³⁰ des Geschlechts: das Burn-out-Ausmaß ist vom Geschlecht abhängig ($p < 0,001$) (vgl. Tab. 40). Der Haupteffekt der Position wird in dem Modell nicht signifikant ($p = 0,138$), jedoch besteht ein signifikanter Unterschied im Burn-out-Ausmaß zwischen den Geschlechtern in Abhängigkeit von der Position. Die Position moderiert also den Unterschied im Burn-out-Ausmaß zwischen den Geschlechtern ($p = 0,026$) (vgl. Tab. 40). Da der Levene-Test signifikant wird ($p < 0,001$), sind die Befunde explorativ zu verstehen.

³⁰ Mit dem Begriff Haupteffekt ist gemeint, dass sich die Mittelwerte einer abhängigen Variablen zwischen den Stufen *eines* Faktors signifikant unterscheiden, unabhängig vom Einfluss eines weiteren Faktors (vgl. Rasch et al. 2014, 19 und 38).

Die Abbildung legt nahe, dass das Burn-out-Ausmaß zwischen Frauen und Männern speziell auf der oberen Führungsebene divergiert. Post-hoc-Tests auf Basis von T-Tests zeigen allerdings einen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern auf der obersten Führungsebene ($p=0,005$). Darüber hinaus unterscheiden sie sich auf der untersten Ebene (keine Führungsverantwortung) signifikant $p=0,006$, nicht aber auf der mittleren Ebene ($p=0,219$).

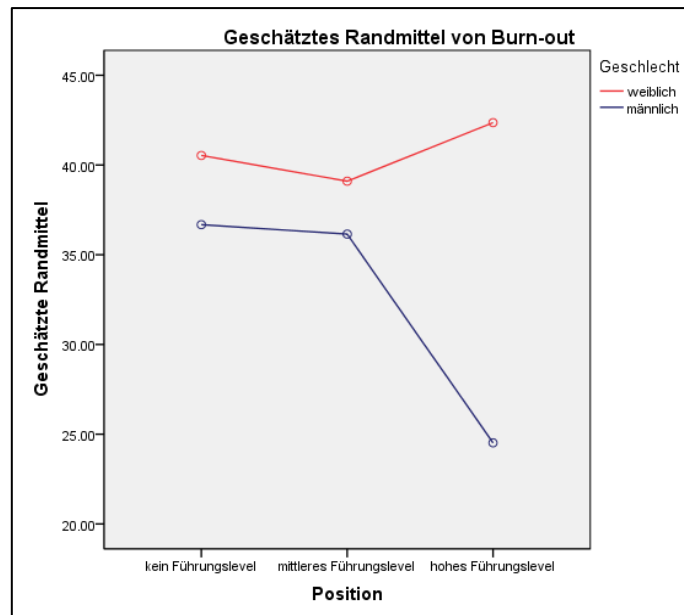


Abb. 33: Burn-out in Abhängigkeit von Position und Geschlecht

Tab. 40: Ergebnisse der Varianzanalyse zu Burn-out, Position und Geschlecht

Quelle	Quadrats. Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p-Wert
korrigiertes Modell	16502,150 ^a	5	3300,430	7,616	<0,001
konstanter Term	600137,018	1	600137,018	1384,862	<0,001
Geschlecht	7579,546	1	7579,546	17,490	<0,001
Position	1716,370	2	858,185	1,980	0,138
Geschlecht*Position	3175,092	2	1587,546	3,663	0,026
Fehler	827274,721	1909	433,355		
gesamt	3784704,861	1915			
korrigierte Gesamtvariation	843776,871	1914			

df=degrees of freedom, F=F-Teststatistik

Tabelle 41 zeigt das *Commitment* differenziert nach personenbezogenen Merkmalen. Das *Commitment* ist unabhängig von Geschlecht, Alter und Bildungsgrad. Es steht jedoch in einem Zusammenhang mit der Position. Führungskräfte im oberen Management weisen eine höhere Bindung auf als das mittlere Level ($p=0,028$) und Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung ($p<0,001$). Das mittlere Level unterscheidet sich von Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung ebenfalls signifikant ($p<0,001$).

Tab. 41: Affektives *Commitment* in Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen

Merkmal	M	N	Levene-Test	F-Test	p-Wert
Geschlecht		1.842	0,140	-1,271	0,204
weiblich	9,17	1413			
männlich	9,37	429			
Alter		1.849	0,435	0,778	0,459
<30 Jahre	9,17	245			
30–50 Jahre	9,15	913			
>50 Jahre	9,32	691			
Bildungsgrad			0,374	0,062	0,951
konventionell	9,22	1.578			
hoch	9,21	246			
Position			0,956	24,112	<0,001
keine Führungsverantwortung	9,00	1.489			
mittlere Führungsebene	9,86	279			
obere Führungsebene	10,79	76			

M=Mittelwert, n=Fallzahl

BIVARIATE ANALYSEERGEBNISSE

Die folgende Tabelle 42 fasst die Befunde der Korrelationsanalysen zusammen. Es wird jeweils die Stärke des Zusammenhangs zweier Merkmale quantifiziert.³¹ In der vorliegenden Dissertation wird unterstellt, dass das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit als Bindungsfaktoren einer Organisation fungieren und darüber mit Burn-out zusammenhängen. Aus diesem Grund ist zu überprüfen, ob diese Merkmale mit *Commitment* korrelieren und ob *Commitment* seinerseits mit Burn-out assoziiert ist. Besteht

³¹ Die Analysen sind auf Basis von bivariaten Strukturgleichungsmodellen erstellt worden. In Anhang 6 befinden sich als Ergänzung die Ergebnisse der in SPSS auf manifester Ebene angefertigten Analysen.

ein Zusammenhang zwischen Commitment, Sozialkapital und Sinnhaftigkeit, dann lassen sich diese Merkmale als Bindungskräfte begreifen.

Tab. 42: Bivariate Zusammenhänge zwischen den Untersuchungsmerkmalen

	Burn-out	Commitment	Führung	Beziehungsklima	Organisationskultur	Sozialkapital
Burn-out	1					
Commitment (Bindung)	-0,400***	1				
Sozialkapital	-0,482***	0,745***				
Führung	-0,378***	0,500***	1			
Beziehungsklima	-0,352***	0,489***	0,495***	1		
Organisationskultur	-0,424***	0,723***	0,718***	0,573***	1	
Sinnhaftigkeit der Arbeit	-0,395***	0,880***	0,429***	0,432***	0,547***	0,570***
Zeitdruck	0,366***	-0,328***	-0,340***	-0,260***	-0,402***	-0,435***
Autonomie	-0,337***	0,458***	0,439***	0,367***	0,462***	0,535***

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 zweiseitig signifikant

Wie Tabelle 42 präsentiert, liegen zwischen allen betrachteten Merkmalen signifikante, teils sehr starke Zusammenhänge vor. Als eines der vorab wichtigsten Ergebnisse ist festzustellen: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Mitarbeiterbindung und Burn-out mit einem Wert von -0,400. Tatsächlich zeigen sich zudem sehr starke Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Commitment. Insbesondere die Sinnhaftigkeit der Arbeit dominiert mit einem Koeffizienten von 0,880 als Faktor mit dem stärksten Zusammenhang mit Commitment. Aber auch das Sozialkapital korreliert mit einem Koeffizienten von 0,745 sehr stark mit dem Commitment. Unter den Sozialkapitalfaktoren korreliert die Organisationskultur am stärksten mit Commitment mit einem Koeffizienten von 0,723. Das Beziehungsklima korreliert mit einem Koeffizienten von 0,489 ebenso wie die Führung mit einem Koeffizienten von 0,500 ebenfalls stark mit der Mitarbeiterbindung bzw. dem Commitment.

Alle Sozialkapitalfaktoren und der Sozialkapital-Index sind zudem ihrerseits mit Burn-out signifikant verknüpft. Die Korrelationskoeffizienten liegen allesamt im mittelstarken

Bereich. Die negativen Vorzeichen implizieren einen inversen Zusammenhang zwischen den Variablen. Der Koeffizient beträgt beim Sozialkapital $-0,482$. Ein steigender Vorrat an Sozialkapital ist folglich mit einem sinkenden Burn-out-Ausmaß assoziiert. Unter den einzelnen Sozialkapitalfaktoren erweist sich die Organisationskultur einem Koeffizienten von $-0,424$ als stärkstes Korrelat von Burn-out. Die Führung bildet mit Burn-out mit einem Koeffizienten von $-0,378$ den zweitstärksten Zusammenhang, das Beziehungsklima korreliert am schwächsten mit Burn-out mit einem Koeffizienten von $-0,352$. Der stärkste Zusammenhang besteht folglich zwischen dem Sozialkapital-Index und Burn-out (vgl. Tab. 42).

Daneben korrelieren die stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale, Zeitdruck und Autonomie, signifikant mit Burn-out und Commitment sowie mit dem Sozialkapital.

Tabelle 42 liefert zudem zusätzlich Informationen über die Korrelation der Sozialkapitalfaktoren untereinander. Insbesondere Führung und Organisationskultur korrelieren sehr stark miteinander mit einem Wert von $0,718$. Eine starke Korrelation findet sich mit einem Wert von $0,573$ zwischen der Organisationskultur und dem Beziehungsklima.

Die nachfolgenden Tabellen 43 bis 45 weisen zusätzlich die Korrelationskoeffizienten zu den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Items der Sozialkapitalfaktoren mit Burn-out aus. Hieraus ist ersichtlich, welche Facetten der jeweiligen Sozialkapitalfaktoren mit Blick auf Burn-out von besonderer Relevanz sind.

Beim Führungskapital (vgl. Tab. 43) ist zu erkennen, dass alle Korrelationen signifikant sind. Der Korrelationskoeffizient von »Fairness und Gerechtigkeit« dominiert durch seine starke Ausprägung, mit einem Wert von $-0,349$. Die Anerkennung der geleisteten Arbeit korreliert ebenfalls mit einem Koeffizienten von $-0,348$ relativ stark mit Burn-out.

Bei den Items des Beziehungsklimas, die in Tabelle 44 zusammengefasst sind, erreichen ebenfalls alle Koeffizienten mit Burn-out Signifikanz. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen dem Item »Wohlfühlen im Kollegium« und Burn-out bei einem Koeffizienten von $-0,356$. Vergleichsweise stark ist zudem der Zusammenhang zwischen dem »Verlass auf die Kollegen« und dem Burn-out Ausmaß mit einem Wert von $-0,317$ (vgl. Tab. 44).

Tab. 43: Bivariate Zusammenhänge: Führung und Burn-out

Menschenführung:	Burn-out	p-Wert
Mein direkter Vorgesetzter steht zu dem, was er sagt.	-0,319	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter informiert seine Mitarbeiter über alle wichtigen Dinge der Abteilung und der Einrichtung schnell und zuverlässig.	-0,284	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter hat für seine Mitarbeiter immer ein offenes Ohr.	-0,309	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter ist ein Mensch, dem man in jeder Situation absolut vertrauen kann.	-0,306	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter achtet darauf, dass seine Mitarbeiter sich beruflich weiterentwickeln können.	-0,305	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter behandelt alle seine Mitarbeiter fair und gerecht.	-0,349	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter ist für seine Mitarbeiter ein echtes Vorbild.	-0,287	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter wird von allen seinen Mitarbeitern als »Chef« anerkannt und akzeptiert.	-0,322	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter erkennt die Leistungen seiner Mitarbeiter an.	-0,348	<0,001
Mein direkter Vorgesetzter versteht sich insgesamt sehr gut mit seinen Mitarbeitern.	-0,298	<0,001
Führungskapital insgesamt	-0,378	<0,001

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 zweiseitig signifikant

Tab. 44: Bivariate Zusammenhänge: Beziehungsklima und Burn-out

Beziehungsklima:	Burn-out	p-Wert
Der Umgangston zwischen den Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung ist meistens gut.	-0,273	<0,001
In unserer Abteilung sind die Kolleginnen und Kollegen in hohem Maße bereit, sich füreinander einzusetzen.	-0,282	<0,001
Die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung passen menschlich gut zusammen.	-0,283	<0,001
In unserer Abteilung gehen wir zusammen durch dick und dünn.	-0,257	<0,001
In meinem Kollegenkreis fühle ich mich insgesamt sehr wohl.	-0,356	<0,001

Tab. 44: Bivariate Zusammenhänge: Beziehungsklima und Burn-out – Fortsetzung

Wenn es nötig ist, kann man sich auf die Kolleginnen und Kollegen in unserer Abteilung verlassen.	-0,317	<0,001
In unserer Abteilung halten alle ganz gut zusammen.	-0,311	<0,001
Bei uns in der Abteilung ist es üblich, dass man sich gegenseitig hilft und unterstützt.	-0,299	<0,001
In unserer Abteilung steht keiner außerhalb.	-0,292	<0,001
In unserer Abteilung ist das gegenseitige Vertrauen so groß, dass wir auch über persönliche Probleme offen reden können.	-0,226	<0,001
Beziehungsklima insgesamt	-0,352	<0,001

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 zweiseitig signifikant

Tab. 45: Bivariate Zusammenhänge: Organisationskultur und Burn-out

Organisationskultur	Burn-out	p-Wert
Bei uns setzen sich fast alle Beschäftigten mit großem Engagement für die Ziele der Klinik ein.	-0,223	<0,001
Als Beschäftigter kann man sich voll und ganz auf unsere Klinikleitung verlassen.	-0,342	<0,001
In unserer Klinik gibt es gemeinsame Visionen bzw. Vorstellungen darüber, wie sich die Einrichtung weiterentwickeln soll.	-0,243	<0,001
Bei uns gibt es in allen Bereichen einen sehr großen Teamgeist unter den Beschäftigten.	-0,302	<0,001
Die Wertschätzung eines jeden Mitarbeiters ist in unserer Klinik sehr hoch.	-0,366	<0,001
Führungskräfte und Mitarbeiter orientieren sich bei ihrer Arbeit sehr stark an gemeinsamen Werten und Regeln.	-0,325	<0,001
Konflikte und Meinungsverschiedenheiten werden in unserer Klinik sachlich und vernünftig ausgetragen.	-0,332	<0,001
Bei uns werden alle Beschäftigten gleich behandelt.	-0,329	<0,001
Insgesamt habe ich den Eindruck, dass es bei uns in der Klinik fair und gerecht zugeht.	-0,378	<0,001
Unsere Einrichtung kann man fast mit einer großen Familie vergleichen.	-0,296	<0,001
Organisationskultur insgesamt	-0,424	<0,001

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 zweiseitig signifikant

Alle Korrelationen erweisen sich mit Blick auf die Organisationskultur als signifikant. Viele der Korrelationskoeffizienten erreichen ein mittelstarkes Ausmaß von $<0,300$. IEs dominieren das Ausmaß an Fairness und Gerechtigkeit in der Organisation mit einem Wert von $-0,378$ sowie das Ausmaß an Wertschätzung, welches die Mitarbeiter erfahren mit einem Wert von $-0,366$. Als am schwächsten erweist sich der gemeinsame Einsatz für Organisationsziele. Der Korrelationskoeffizient liegt bei $-0,223$ (vgl. Tab. 45).

Differenzierte Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen den Items der Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie den Items von Commitment und Burn-out sind in den folgenden Tabellen ausgewiesen (vgl. Tab. 46 und 47).

Tab. 46: Bivariate Zusammenhänge: Sinnhaftigkeit der Arbeit und Burn-out

Sinnhaftigkeit	Burn-out	p-Wert
Arbeit ist wirklich wichtig	-0,253	$<0,001$
Arbeit ist persönliche Bereicherung	-0,364	$<0,001$
Beitrag zum Organisationserfolg	-0,232	$<0,001$
Sinnhaftigkeit insgesamt	-0,395	$<0,001$

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 zweiseitig signifikant

Tab. 47: Bivariate Zusammenhänge: affektives Commitment und Burn-out

affektives Commitment (emotionale Bindung)	Burn-out	p-Wert
nicht egal, wo man sein Geld verdient	-0,274	$<0,001$
hohe Identifikation mit Organisation	-0,154	$<0,001$
stolz, hier arbeiten zu können	-0,306	$<0,001$
gern privat über Arbeit reden	-0,309	$<0,001$
Einrichtung ist etwas Besonderes	-0,246	$<0,001$
Commitment gesamt	-0,400	$<0,001$

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,001 zweiseitig signifikant

Tabelle 46 zeigt mittelstarke negative Zusammenhänge der einzelnen Items der Skala Sinnhaftigkeit der Arbeit mit Burn-out. Von den drei Indikatoren der Sinnhaftigkeit zeigt die »persönliche Bereicherung« den stärksten Zusammenhang mit Burn-out auf mit einem Koeffizienten von $-0,364$. Der »Beitrag zum Organisationserfolg« erweist sich als schwächstes Korrelat mit Burn-out bei einem Koeffizienten von $-0,232$.

Tabelle 47 demonstriert die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Commitment-Items und Burn-out. Es fallen besonders die Item »gern privat über die Arbeit reden« mit einem Korrelationskoeffizienten von -0,309 sowie das Merkmal »stolz darauf zu sein hier zu arbeiten« mit einem Wert von -0,306 auf (vgl. Tab. 47).

MULTIVARIATE ANALYSEERGEBNISSE

Die Ergebnisse der bivariaten Analysen stützen bereits die Hypothesen, dass Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit mit dem affektiven Commitment zusammenhängen und hierüber ein Zusammenhang mit Burn-out besteht. Erwartungsgemäß korrelieren zudem die stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale mit Burn-out.

Mit dem folgenden Strukturgleichungsmodell sollen nun die verschiedenen Hypothesen bzw. Merkmalsbeziehungen zu einem komplexen Geflecht, dem Untersuchungsmodell der Dissertation entsprechend, zusammengeführt werden. Damit können indirekte Zusammenhänge untersucht und Drittvariablen einbezogen werden. Auf dieser Basis werden die Hypothesen zum Bindungskonzept abschließend getestet.

In diesem Kapitel werden zunächst zwei Modelle dargelegt: *Modell 1* entspricht dem Untersuchungsmodell der Dissertation (vgl. Kap. 5.1) und testet die Hypothesen 1, 2, 4 und 5. *Modell 2* stellt eine *Variante dieses Hauptmodells* dar, wobei hier statt Sozialkapital die einzelnen Sozialkapitalfaktoren eingesetzt wurden. Mit dieser Modellvariante wird die dritte Hypothese, zum Stellenwert der Organisationskultur, getestet.

Im Zusammenhang mit einem Strukturgleichungsmodell werden üblicherweise standardisierte Pfadkoeffizienten berichtet. Bei den Pfadkoeffizienten handelt es sich um Regressionskoeffizienten, die die Stärke der Beziehung zwischen zwei Merkmalen quantifizieren, wobei die standardisierten Koeffizienten skaleneinheitlich sind und somit einen Vergleich von Koeffizienten unterschiedlicher Merkmale hinsichtlich der Stärke ermöglichen. Die Interpretation nichtstandardisierter Koeffizienten erfolgt dagegen mit Bezug zur jeweils spezifischen Skalen. Der Wert gibt an, um wie viele Skaleneinheiten der Wert einer abhängigen Variablen ansteigt bzw. sinkt, wenn die unabhängige Variable um eine Skaleneinheit steigt (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 229f.; Backhaus et al. 2016, 80f.). Bei den Pfadkoeffizienten ist zwischen direkten, indirekten und totalen Effekten bzw. Pfadkoeffizienten zu differenzieren. Indirekte Zusammenhänge liegen vor, wenn ein Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen durch eine Drittvariable vermittelt wird. Der totale Koeffizient berechnet sich aus direktem und indirektem Koeffizienten (vgl. Geiser 2010, 76f.). Standardisierte Koeffizienten werden im Folgen-

den mit β , nichtstandardisierte Koeffizienten mit B gekennzeichnet. Die Dokumentation der Parameter der Messmodelle erfolgt aus Gründen der Übersichtlichkeit lediglich für die finalen Modelle und ist in den Anhang verlagert (vgl. Anhang 12 und 13).

Wenn im Folgenden von Prädiktoren, von unabhängigen und abhängigen Merkmalen gesprochen wird, oder Wirkzusammenhänge (Effekte) impliziert werden, dann spiegelt dies die theoretisch unterstellten Beziehungen wider. Aufgrund des Querschnittsdesign sind Aussagen zur empirischen Kausalität nicht möglich.

Das Kapitel schließt zum Abschluss zwei *Exkurse* bzw. *Sonderanalysen* ein. Beim ersten Exkurs wird eine mögliche Moderationsfunktion des Sozialkapitals und von Commitment in Bezug auf den Zusammenhang von Zeitdruck und Burn-out untersucht. In einem zweiten Exkurs werden Sozialkapital und Zeitdruck noch einmal mit Burn-out in einen Kontext gestellt, um kumulativen Effekte der Merkmale herauszustellen.

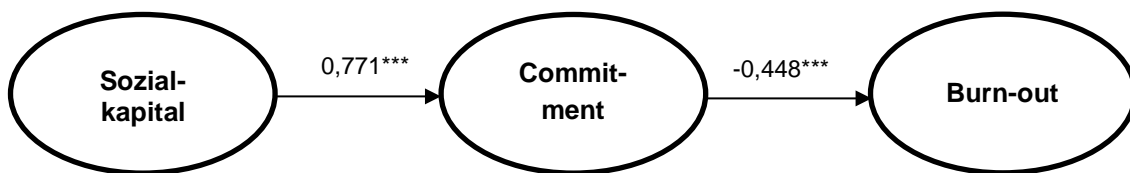
TESTUNG DES UNTERSUCHUNGSMODELLS (BINDUNGSMODELL 1)

Modell 1, das Hauptmodell, wurde schrittweise entwickelt. Im ersten Schritt wurden Sozialkapital, Commitment und Burn-out integriert. Im zweiten Schritt wurden die soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht, Position und Bildungsgrad als Kontrollvariablen einbezogen und die Sinnhaftigkeit der Arbeit als Merkmal integriert. Erst im dritten Schritt wurde das Modell vervollständigt. Hier erfolgte die Aufnahme der stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale: Zeitdruck und Autonomie. Durch den schrittweisen Aufbau ist es möglich nachzuvollziehen, wie sich die Stärke der Beziehungen (gemessen an den Pfadkoeffizienten), die Modellgüte (gemessen über die Fit-Werte RMSEA, CFI, TLI, SRMR, χ^2/df , AIC, BIC) und der Anteil der erklärten Varianz (R^2) durch die Aufnahme der Faktoren verhalten. Mit dem Modell werden die Hypothesen 1, 2, 4 und 5 beantwortet. Zu methodischen Hintergrundinformationen eines Strukturgleichungsmodells vgl. Kap. 7.5.2, Abschnitt »Was ist ein Strukturgleichungsmodell?«.

Anhand der Abbildungen 34 bis 36 wird der schrittweise Aufbau des Modells nachvollziehbar. Die Teilschritte werden im Folgenden lediglich kurz skizziert. Ausführlich wird dann auf das finale Modell und seine einzelnen Parameter eingegangen. Die Messmodelle, deren Aufbau in allen Modellen gleich ist, sind wie eingangs erwähnt aus Gründen der Übersichtlichkeit für den finalen Modellschritt in Anhang 12 dargestellt.

Aus Abbildung 34 geht hervor, dass der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out über die emotionale Mitarbeiterbindung vermittelt wird. Je höher das Sozialkapital, desto höher ist das Ausmaß an emotionaler Bindung und je höher das Ausmaß

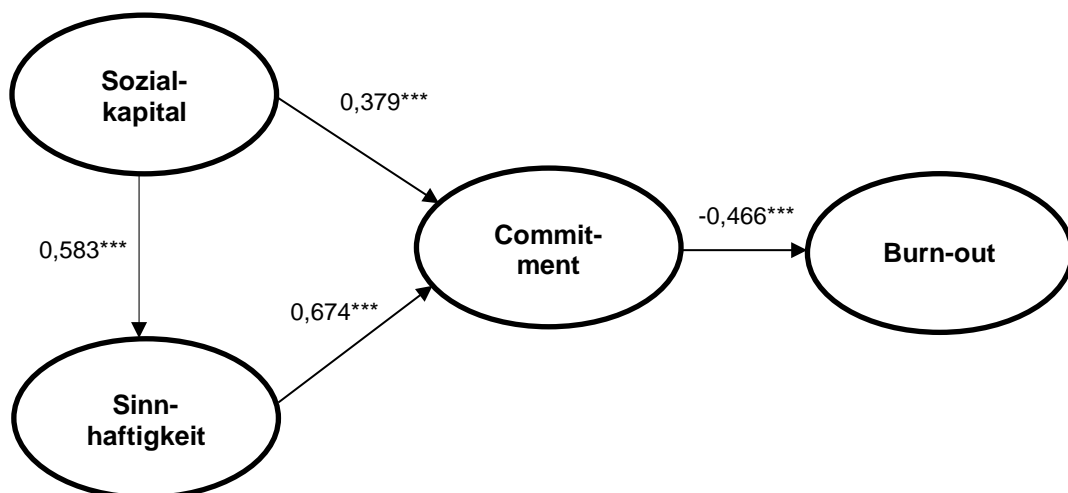
an emotionaler Bindung, desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Der indirekte Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out lässt sich quantifizieren: er beträgt $\beta = -0,346$ und ist signifikant ($p < 0,001$). Das Modell zeigt eine hohe Passung mit den empirischen Daten: RMSEA: 0,041 ($p = 1,000$), CFI: 0,951, TLI: 0,948, SRMR: 0,049, χ^2/df : 4,286, $n = 1.980$. Der Wert für den AIC beträgt 213336,952, der BIC ist mit 2136445,919 angegeben. Das Modell erklärt 20,1% der Varianz von Burn-out und 59,5% von Commitment.



***zweiseitig signifikant auf dem Niveau von 0,001

Abb. 34: Bindungsmodell 1 (Strukturgleichungsmodell, Schritt 1)

Abbildung 35 zeigt in Erweiterung des ersten Modellschrittes das vollständige Bindungsmodell. Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit stehen mit dem affektiven Commitment bzw. der emotionalen Mitarbeiterbindung jeweils in einem direkten positiven Zusammenhang. Das Sozialkapital steht mit dem Commitment zusätzlich über seinen positiven Einfluss auf die Sinnhaftigkeit der Arbeit in einem Zusammenhang.



*** zweiseitig signifikant auf dem Niveau von 0,001

Abb. 35: Bindungsmodell 1 (Strukturgleichungsmodell, Schritt 2)

Auch für dieses Modell gilt: Je höher die emotionale Bindung, desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß ($\beta = -0,466$).

Tabelle 48 fasst die direkten, indirekten und totalen Pfadkoeffizienten des Modells zusammen. Der totale Koeffizient berechnet sich jeweils aus der Summation von direkten und indirekten Pfadkoeffizienten. Sie zeigt für den Outcome Burn-out jeweils die Zusammenhänge mit den einbezogenen Prädiktoren.

Die Stärke des Zusammenhangs zwischen Sozialkapital und Burn-out beläuft sich insgesamt auf -0,360 ($p < 0,001$) (totaler Koeffizient). Dieser Zusammenhang wird über die Mitarbeiterbindung und Sinnhaftigkeit der Arbeit vermittelt (vgl. Tab. 48).

Tab. 48: Burn-out: Pfadkoeffizienten, Bindungsmodell 1 (Teilschritt 2)

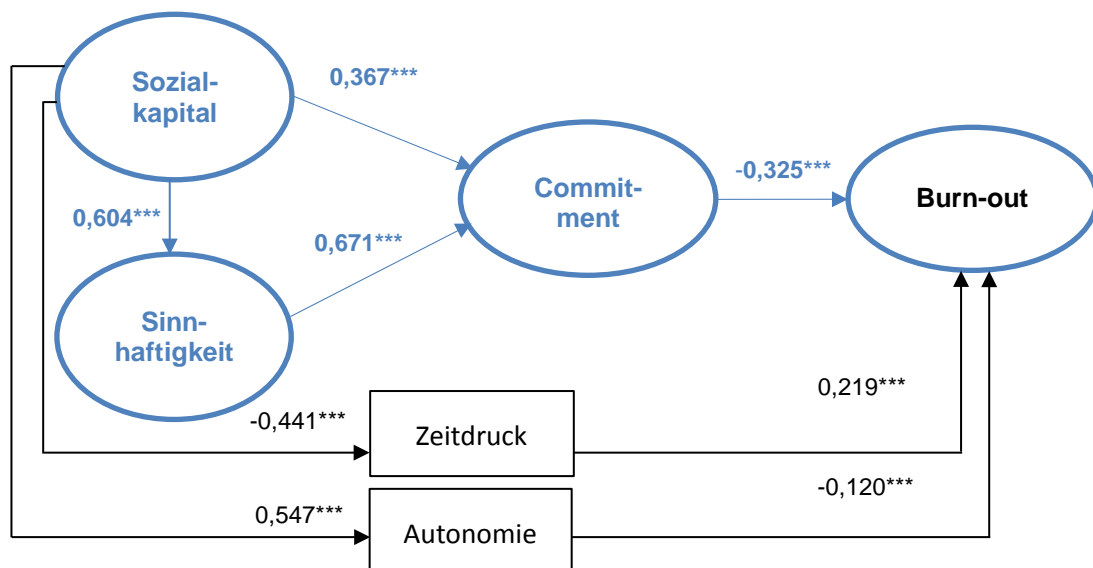
Outcome Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
affektives Commitment	total	-0,466	<0,001	0,511/0,421
	indirekt	-	-	-
	direkt	-0,466	<0,001	0,511/0,421
Sozialkapital	total	-0,360	<0,001	-0,401/-0,318
	indirekt	-0,360	<0,001	-0,401/-0,318
	via Co	-0,177	<0,001	-0,209/-0,144
	via Sinn, Co	-0,183	<0,001	-0,212/-0,154
	direkt	-	-	-
Sinnhaftigkeit der Arbeit	total	-0,314	<0,001	0,353/0,276
	indirekt	-0,314	<0,001	0,353/0,276
	direkt	-	-	-

Co=(affektives) Commitment; Sinn=Sinnhaftigkeit der Arbeit, KI=Konfidenzintervall

Das Modell erklärt rund 23% der Varianz von Burn-out, 33,9% der Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie 90,4% der Varianz des Commitments. Die Modellgüte ist, wie schon beim ersten Schritt, hoch: RMSEA: 0,039 ($p=1,000$), CFI: 0,938, TLI: 0,935, SRMR: 0,048, χ^2/df : 3,989, $n=1.980$. Der Wert für den AIC beträgt 216396,278, der BIC ist mit 21677,964 zu beziffern. Das Modell ist bereits für Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und

Position adjustiert. Diese Variablen tragen allerdings nur geringfügig zur Varianzaufklärung bei. So erhöhte sich das R^2 bezogen auf Burn-out nach Aufnahme dieser Merkmale lediglich um 1,8% und bezogen auf Commitment um 0,5% gegenüber dem nicht-adjustierten Bindungsmodell. Burn-out ist in diesem Modell mit dem Geschlecht, dem Alter und dem Bildungsgrad assoziiert, Commitment mit der Position und dem Bildungsgrad (vgl. Anhang 7).

Im letzten Modellschritt wurden schließlich die stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale, Zeitdruck und Autonomie, integriert. Abbildung 36 zeigt dieses finale Modell, wobei aus Gründen der Übersichtlichkeit eine vereinfachte Darstellung der tatsächlichen Modellbeziehungen vorgenommen wurde. Die Abbildung zeigt die standardisierten Pfade zwischen den organisations- und arbeitsbezogenen Merkmalen und Burn-out. Die personenbezogenen Kontrollvariablen sind wie schon im vorherigen Modell ausgeblendet, obgleich sie in diesem Modell Berücksichtigung fanden. Entlang der Hypothesen soll das Modell nun erläutert werden. Dabei wird auch Bezug auf indirekte Pfade bzw. Koeffizienten genommen, die aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Abbildung, jedoch in zusätzlichen Tabellen (vgl. Tab. 49–51), dargestellt sind.



*** zweiseitig signifikant auf dem Niveau von 0,001

Abb. 36: Bindungsmodell 1 (Strukturgleichungsmodell, Schritt 3)

Anhand der Pfadkoeffizienten soll zunächst der Zusammenhang zwischen Commitment und Burn-out und die Relation zu den stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen eingeschätzt werden (rechter Abschnitt der Abbildung 36). Damit wird die erste Hypothese in den Blick genommen: *H1: Das Ausmaß der emotionalen Bindung eines Mitar-*

beiters an seine Organisation (affektives Commitment) leistet einen Beitrag zur Erklärung von Burn-out – nicht nur stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale.

Beim Vergleich der Koeffizienten stellt sich eine Variable als besonders markant heraus: die Bindung der Mitarbeiter an ihre Organisation. Mit einem Koeffizienten von $\beta = -0,325$ ($p < 0,001$) erweist sich das Commitment als stärkster direkter Burn-out-Prädiktor: Je höher die emotionale Bindung, desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Zeitdruck weist im Zusammenhang mit Burn-out einen deutlich schwächeren, wenngleich ebenfalls signifikanten, Koeffizienten von $\beta = 0,219$ ($p < 0,001$) auf. Daneben ist das Ausmaß an Autonomie mit einem Koeffizienten von $\beta = -0,120$ ($p < 0,001$) von statistischer Bedeutung mit Blick auf Burn-out. Mit zunehmendem Ausmaß an Zeitdruck steigt das Burn-out-Ausmaß und mit zunehmendem Ausmaß an Autonomie sinkt es.

Nachdem zunächst der rechte Abschnitt der Abbildung 36 und damit die direkten Verbindungen zwischen Commitment, den Tätigkeitsmerkmalen und Burn-out nachvollzogen wurden, werden nun die weiteren Modellabschnitte näher beleuchtet. Damit wird auf die Kernthese der Dissertation H2 sowie die Hypothese H4 Bezug genommen: *H2 (Kernthese): Je höher das Sozialkapital, desto stärker sind Mitarbeiter emotional an ihre Organisation gebunden – und desto geringer ist ihr Burn-out-Ausmaß; H4: Je höher die Sinnhaftigkeit einer Arbeit, desto höher ist die emotionale Bindung der Mitarbeiter – und desto geringer ist ihr Burn-out-Ausmaß.*

Wie aus der Abbildung 36 hervorgeht, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital, der Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem *Commitment*. Je höher das Sozialkapital, desto höher ist das Commitment bzw. das Ausmaß der emotionalen Mitarbeiterbindung ($\beta = 0,367$, $p < 0,001$). Und je höher die Sinnhaftigkeit der Arbeit, desto höher ist das Commitment mit einem Koeffizienten von $\beta = 0,671$ ($p < 0,001$). Je höher das Sozialkapital, desto höher ist außerdem die Sinnhaftigkeit der Arbeit ($\beta = 0,604$, $p < 0,001$).

Werden zusätzlich die indirekten Modellpfade berücksichtigt, also Zusammenhänge, die über Drittvariablen vermittelt werden, dann ist das Sozialkapital letztlich als der stärkste Prädiktor für das Commitment der Mitarbeiter zu identifizieren. Der Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen ist sehr stark ($\beta = 0,772$, $p < 0,001$). Er berechnet sich aus dem direkten Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Commitment ($\beta = 0,367$) sowie dem indirekten Zusammenhang zwischen den Merkmalen, der über die Sinnhaftigkeit der Arbeit vermittelt wird ($\beta = 0,405$) (vgl. Tab. 49). Je höher das Sozialkapital, desto höher die Sinnhaftigkeit der Arbeit und desto höher das Commitment.

Tab. 49: Commitment: totale, indirekte, direkte Pfadkoeffizienten, Bindungsmodell 1

Outcome: affektives Commitment (emotionale Bindung)				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
Sozialkapital	total	0,772	<0,001	0,740/0,805
	indirekt via Sinn	0,405	<0,001	0,355/0,455
	direkt	0,367	<0,001	0,306/0,427
Sinnhaftigkeit	total	0,671	<0,001	0,612/0,730
	indirekt	-	-	-
	direkt	0,671	<0,001	0,612/0,730

Sinn=Sinnhaftigkeit der Arbeit, KI=Konfidenzintervall

Über das Commitment sind das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit darüber hinaus mit dem Merkmal *Burn-out* verknüpft. Mit anderen Worten besteht ein Zusammenhang zwischen den Bindekräften und dem Burn-out-Ausmaß. Die folgende Tabelle 50 zeigt dies zunächst differenziert für das Sozialkapital.

Tab. 50: Burn-out: indirekte Pfadkoeffizienten differenziert, Bindungsmodell 1

Outcome Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
Sozialkapital	indirekt total	-0,413	<0,001	-0,450/-0,377
	via Co	-0,119	<0,001	-0,150/-0,089
	via Sinn, Co	-0,132	<0,001	-0,162/-0,102
	via Zeitdruck	-0,097	<0,001	-0,120/-0,073
	via Autonomie	-0,066	<0,001	-0,096/-0,036

Co=(affektives) Commitment; Sinn=Sinnhaftigkeit der Arbeit, KI=Konfidenzintervall

Das Sozialkapital hängt, vermittelt über das Commitment ($\beta=-0,119$, $p<0,001$), sowie, vermittelt über die Sinnhaftigkeit der Arbeit und dessen Bindewirkung ($\beta=-0,132$, $p<0,001$), mit Burn-out signifikant zusammen (vgl. Tab. 50). Der negative Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out, der über das Commitment bzw. Sinnhaftigkeit und Commitment vermittelt wird, beträgt insgesamt $\beta=-0,251$ ($p<0,001$).

Aus Tabelle 51 geht zudem hervor, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem Burn-out-Ausmaß gibt ($\beta=-0,218$, $p<0,001$). Dieser Zusammenhang geht ebenfalls auf das Commitment zurück. Je höher das Sozialkapital und je höher die Sinnhaftigkeit der Arbeit, desto höher ist das affektive Commitment und desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß.

Tab. 51: Burn-out: totale, indirekte, direkte Pfadkoeffizienten, Bindungsmodell 1

Outcome Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % Konfidenzintervall
affektives Commitment	total	-0,325	<0,001	-0,384/-0,267
	indirekt	-	-	-
	direkt	-0,325	<0,001	-0,384/-0,267
Sozialkapital	total	-0,413	<0,001	-0,450/-0,377
	indirekt	-0,413	<0,001	-0,450/-0,377
	direkt	-	-	-
Sinnhaftigkeit	total	-0,218	<0,001	-0,262/-0,175
	indirekt	-0,218	<0,001	-0,262/-0,175
	direkt	-	-	-
Zeitdruck	total	0,219	<0,001	0,173/0,265
	indirekt	-	-	-
	direkt	0,219	<0,001	0,173/0,265
Autonomie	total	-0,120	<0,001	0,174/0,067
	indirekt	-	-	-
	direkt	-0,120	<0,001	0,174/0,067

KI=Konfidenzintervall

Wie aus Tabelle 51 außerdem hervorgeht, erweist sich das Sozialkapital mit einem totalen Koeffizienten von $-0,413$ ($p<0,001$) unter Berücksichtigung *aller* direkten und indirekten Modellbeziehungen als stärkster Prädiktor von Burn-out. Für die Sinnhaftigkeit der Arbeit konnte ein totaler Koeffizient von $\beta=-0,218$ ($p<0,001$) ermittelt werden, der, wie erwähnt, aus dem indirekten Zusammenhang mit dem Commitment der Mitarbeiter resultiert.

Der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out beruht nicht ausschließlich auf der emotionalen Bindung. Er wird zusätzlich über die stressassoziierten Arbeitsmerkmale vermittelt (vgl. Tab. 50). Dieses Ergebnis bezieht sich auf die fünfte der zugrundeliegenden Hypothesen: *H5: Burn-out hängt mit stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen zusammen – auf die das Sozialkapital wiederum einen Einfluss nimmt.*

Wie schon aus Abbildung 36 hervorging, bestehen mittelstarke bis starke Zusammenhänge zwischen Sozialkapital, Zeitdruck und Autonomie. Je höher das Sozialkapital, desto geringer ist das Ausmaß an Zeitdruck ($\beta=-0,441$, $p<0,001$), und je höher das Sozialkapital, desto höher ist das Ausmaß an Autonomie ($\beta=0,547$, $p<0,001$). Durch diese Beziehung bestehen negative Zusammenhänge mit Burn-out: Der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out, der durch eine Verringerung von Zeitdruck vermittelt wird, beträgt $\beta=-0,097$, $p<0,001$. Der durch ein höheres Ausmaß an Autonomie vermittelte negative Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out ist mit einem Koeffizienten von $\beta=-0,066$, $p<0,001$ zu quantifizieren (vgl. Tab. 50). Je höher das Sozialkapital, desto geringer ist der Zeitdruck, und desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Je höher das Sozialkapital, desto höher ist das Ausmaß an Autonomie, je höher das Ausmaß an Autonomie, desto geringer das Burn-out-Ausmaß.

Ein Vergleich der indirekten Pfadkoeffizienten zwischen Sozialkapital und Burn-out (vgl. Tab. 50) legt nahe, dass der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out substanziiell auf die Bindewirkung des Sozialkapitals (die positive Beziehung zwischen Sozialkapital und dem affektiven Commitment) zurückgeht.

Neben den Organisationsmerkmalen, dem Commitment und den stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen erweisen sich die zur Kontrolle von Commitment und Burn-out in das Modell einbezogenen personenbezogenen Merkmale als ebenfalls relevant. Aus Gründen der Vollständigkeit seien zentrale Befunde hierzu kurz erwähnt. Da die Interpretation von standardisierten Parametern bei dichotomen Merkmalen inhaltlich nicht sinnvoll ist, werden die nichtstandardisierten Parameter zusätzlich ausgegeben.

Tabelle 52 dokumentiert, dass mit Blick auf Burn-out lediglich das Geschlecht und der Bildungsgrad von Bedeutung sind. Männer haben ein geringeres Burn-out-Risiko als Frauen und Mitarbeiter mit hohem Bildungsniveau haben ein geringeres Burn-out-Risiko als Mitarbeiter mit konventionellem Bildungsniveau. Bei Commitment erweisen sich der Bildungsgrad und die Position, nicht aber das Geschlecht oder das Alter als statistisch relevant (vgl. Tab. 53).

Tab. 52: Personenbezogene Merkmale und Burn-out, Bindungsmodell 1

Outcome: Burn-out					
direkte Pfade	nichtstd. (B)	p-Wert	stand. (β)	p-Wert	95 % KI
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	-0,285	<0,001	-0,102	<0,001	-0,146/-0,059
Alter <small>Referenz <30 Jahre</small>					
30–50 Jahre	0,115	0,128	0,049	0,128	-0,014/0,113
>50 Jahre	0,142	0,077	0,059	0,077	-0,006/0,123
Bildungsgrad <small>Referenz konventionell</small>	-0,182	0,017	-0,053	0,017	-0,096/-0,009
Position <small>Referenz keine Führung</small>					
mittlere Führungsebene	0,080	0,253	0,024	0,256	-0,017/0,066
obere Führungsebene	0,048	0,742	0,008	0,742	-0,040/0,056

Tab. 53: Personenbezogene Merkmale und Commitment, Bindungsmodell 1

Outcome: affektives Commitment (emotionale Bindung)					
direkte Pfade	nichtstd. (B)	p-Wert	stand. (β)	p-Wert	95 % KI
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	-0,242	0,071	-0,033	0,067	-0,069/0,002
Alter <small>Referenz <30 Jahre</small>					
30–50 Jahre	-0,036	0,820	-0,006	0,820	-0,056/0,044
>50 Jahre	-0,132	0,428	-0,021	0,423	-0,072/0,030
Bildungsgrad <small>Referenz konventionell</small>	-0,763	<0,001	-0,085	<0,001	-0,117/-0,053
Position <small>Referenz keine Führung</small>					
mittlere Führungsebene	0,311	0,033	0,036	0,031	0,003/0,069
obere Führungsebene	0,376	0,157	0,024	0,159	-0,010/0,058

KI=Konfidenzintervall

MODELLGÜTE DES FINALEN STRUKTURGLEICHUNGSMODELLS

Das Modell weist mit den Fit-Werten RMSEA: 0,039 (p=1,000), CFI: 0,937, TLI: 0,933 SRMR: 0,042, $\chi^2/df:3,867$ (n=1.918), R²: 27,2 % eine hohe Passung zu den empirischen Daten auf. Insbesondere der nicht signifikante RMSEA-Wert kennzeichnet eine hohe Modellgüte. Der Anteil der erklärten Varianz von Burn-out ist im Vergleich zu den vorherigen Modellen mit 27,2 % etwas angestiegen. Der Anteil am Commitment beträgt 89,2 % und an der Sinnhaftigkeit der Arbeit 36,5 %. Im Vergleich zu Modellschritt 2 leis-

ten die stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale nur wenig zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung (Burn-out) bzw. verringern diesen Anteil noch (Commitment). AIC 224456,259 und BIC 224835,001 sind geringfügig höher als beim vorherigen Modell. Die Messmodelle des finalen Modells finden sich in Anhang 12. Alle Ladungen sind signifikant (p -Werte $<0,001$) und erreichen eine zufriedenstellende Güte. Beispielhaft sei das Messmodell von Burn-out dargelegt (vgl. Abb. 37).

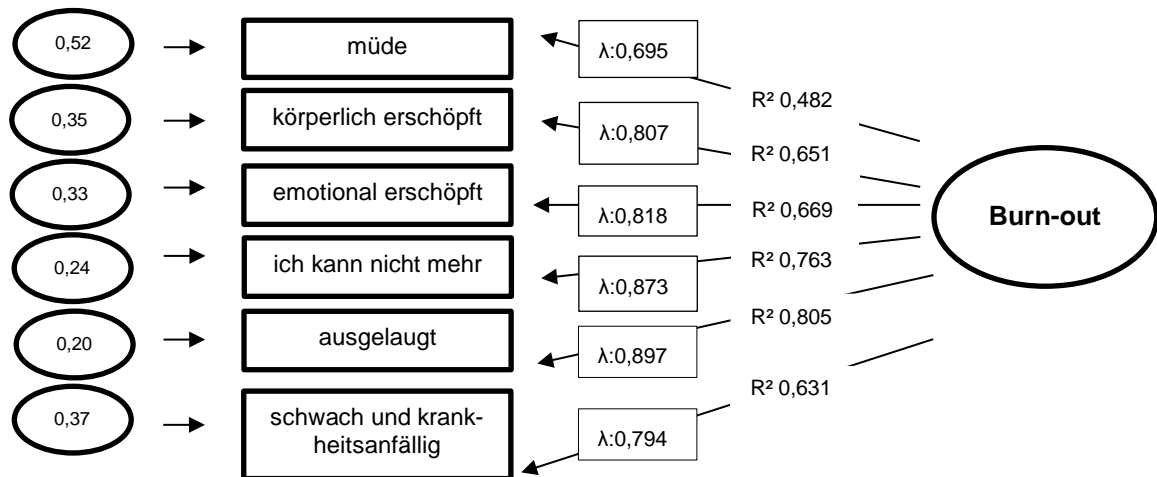


Abb. 37: Messmodell von Burn-out in Bindungsmodell 1

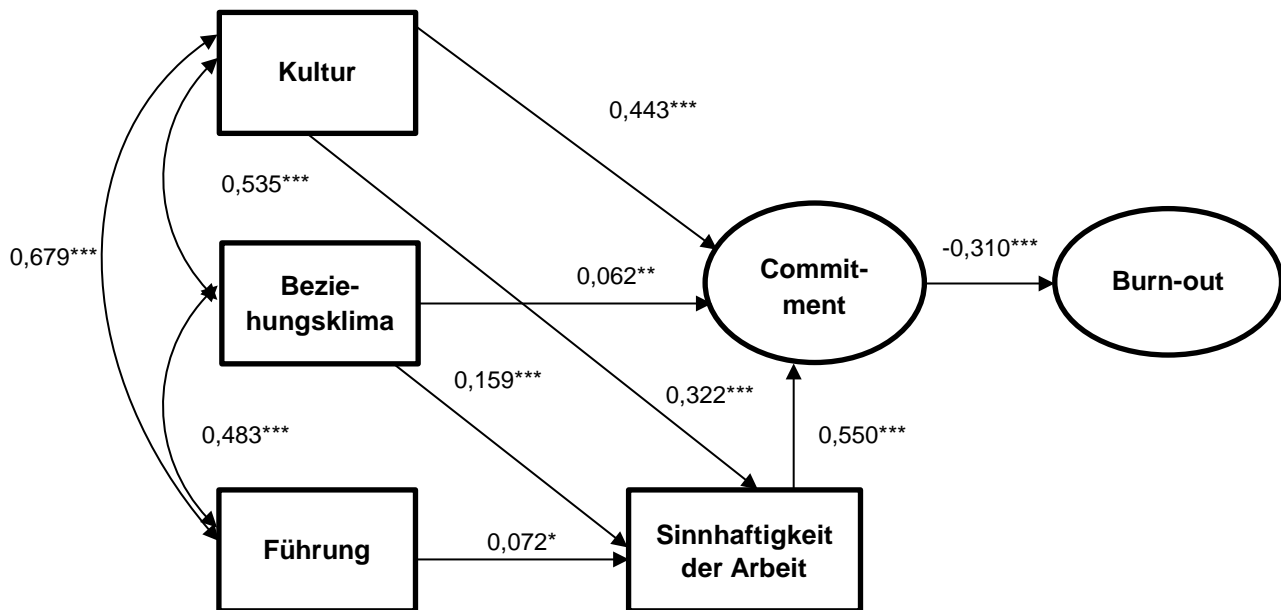
KULTUR ALS STÄRKSTER PRÄDIKTOR VON COMMITMENT UND BURN-OUT (MODELL 2)

Um schlussendlich die dritte Hypothese des Untersuchungsmodells zu testen, wurden in einer Variante des Hauptmodells statt des übergeordneten Konstrukts Sozialkapital, seine drei Einzelfaktoren – Führung, Beziehungsklima sowie Organisationskultur – separat eingesetzt. Damit sollte untersucht werden, welcher der drei Faktoren für die Mitarbeiterbindung und das Burn-out-Ausmaß von besonderer Bedeutung ist. An den Inhalt der dritten Hypothese sei in diesem Zusammenhang noch einmal erinnert: *H3: Die Unternehmenskultur ist im Vergleich der Sozialkapitalfaktoren der stärkste Treiber der emotionalen Mitarbeiterbindung; die Unternehmenskultur besitzt zugleich das stärkste Potenzial, vor Burn-out zu schützen.*

Abbildung 38 zeigt das Modell³², das bereits für Alter, Geschlecht, Bildungsgrad sowie die Position kontrolliert ist. Auch Zeitdruck und Autonomie wurden in das Modell aufgenommen. Diese Merkmale sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt, zumal sie lediglich eine Kontrollfunktion innehaben. Die statistischen Werte zum Modell

³² Wie die Darstellung zu erkennen gibt, wurden die unabhängigen Merkmale auf manifester Ebene (Summenscores) modelliert, um aufgrund der teils sehr starken Korrelationen speziell der latenten Variablen untereinander (vgl. Tab. 42) möglichen Multikollinearitätsproblemen entgegenzuwirken.

finden sich in den Tabellen 54 bis 56 (bzw. den Anhängen 8–11). Das Modell zeigt alle signifikanten standardisierten Pfade.



zweiseitig signifikant auf dem Niveau von ***0,001 / ** 0,01 / *0,05

Abb. 38: Bindungsmodell 2 mit den drei Sozialkapitalfaktoren

Aus der Abbildung geht als ein erster Befund hervor, dass die Sozialkapitalfaktoren untereinander korrelieren. Für die Organisationskultur und das Führungskapital ergibt sich dabei ein besonders starker Zusammenhang von $\beta=0,679$ ($p<0,001$).

Die Organisationskultur präsentiert sich im Vergleich der drei Sozialkapitalfaktoren als stärkster direkter Prädiktor von Commitment mit einem signifikanten, mittelstarken Koeffizienten von $\beta=0,443$ ($p<0,001$). Der Zusammenhang zwischen Commitment und dem Beziehungsklima ist mit einem Koeffizienten von $\beta=0,062$ deutlich schwächer ausgeprägt, wenngleich signifikant; das Führungskapital erwies sich mit Bezug zum Commitment nicht als signifikant (vgl. Tab. 54).

Tabelle 54 fasst alle direkten, indirekten und totalen Parameter mit Blick auf *Commitment* zusammen (indirekte Zusammenhänge resultieren aus dem Zusammenhang der Sozialkapitalfaktoren mit der Sinnhaftigkeit der Arbeit). Die Organisationskultur ist, wie die Tabelle zu erkennen gibt, nicht nur der stärkste direkte, sondern zugleich der stärkste indirekte und totale Prädiktor des Commitments im Vergleich der drei Sozialkapitalfaktoren. Der indirekte Koeffizient beträgt $\beta=0,177$ und der totale $\beta=0,620$. Das

Beziehungsklima und das Führungskapital erreichen diese Dimensionen nicht. Der totale Pfadkoeffizient zwischen Beziehungsklima und Commitment beläuft sich auf $\beta=0,149$ ($p<0,001$); der totale Effekt zwischen Führung und Commitment ist nicht signifikant. Allerdings besteht ein indirekter Zusammenhang zwischen Führung und Commitment, vermittelt über die Sinnhaftigkeit der Arbeit ($\beta=0,040$, $p=0,020$). Je besser die Qualität der Führung, desto höher die erlebte Sinnhaftigkeit der Arbeit, desto höher das Commitment.

Tab. 54: Commitment: totale, direkte, indirekte Pfadkoeffizienten, Modell 2

Outcome: affektives Commitment (emotionale Bindung)				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
Führung	total	0,017	0,577	-0,042/0,075
	indirekt	0,040	0,020	0,006/0,073
	direkt	-0,023	0,355	-0,072/0,026
Beziehungsklima	total	0,149	<0,001	0,098/0,200
	indirekt	0,087	<0,001	0,056/0,118
	direkt	0,062	0,004	0,020/0,103
Organisationskultur	total	0,620	<0,001	0,566/0,676
	indirekt	0,177	<0,001	0,143/0,211
	direkt	0,443	<0,001	0,390/0,496
Sinnhaftigkeit der Arbeit	total	0,550	<0,001	0,508/0,593
	indirekt	-	-	-
	direkt	0,550	<0,001	0,508/0,593

KI=Konfidenzintervall

Was bedeutet dies mit Blick auf den Zusammenhang zwischen den drei Sozialkapitalfaktoren und *Burn-out*? Die Tabelle 55 zeigt, dass mit Blick auf die totalen Koeffizienten (also einschließlich aller direkten und indirekten Modellpfade) alle Sozialkapitalfaktoren signifikant mit *Burn-out* zusammenhängen.

Tab. 55: Burn-out: totale, direkte, indirekte Pfadkoeffizienten, Modell 2

Outcome: Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
affektives Commitment	total	-0,310	<0,001	-0,367/-0,253
	indirekt	-	-	-
	direkt	-0,310	<0,001	-0,367/-0,253
Führung	total	-0,065	<0,001	-0,095/-0,037
	indirekt	-0,065	<0,001	-0,095/-0,037
	direkt	-	-	-
Beziehungsklima	total	-0,073	<0,001	-0,098/-0,049
	indirekt	-0,073	<0,001	-0,098/-0,049
	direkt	-	-	-
Organisationskultur	total	-0,287	<0,001	-0,324/-0,249
	indirekt	-0,287	<0,001	-0,324/-0,249
	direkt	-	-	-
Sinnhaftigkeit	total	-0,171	<0,001	-0,205/-0,137
	indirekt	-0,171	<0,001	-0,205/-0,137
	direkt	-	-	-

KI=Konfidenzintervall

Je höher die Qualität von Organisationskultur, Beziehungsklima und Führung, desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Die Organisationskultur erweist sich im Vergleich der Sozialkapitalfaktoren als stärkster Prädiktor von Burn-out, mit einem totalen Effekt von $\beta=-0,287$ ($p<0,001$). Beziehungsklima ($\beta=-0,073$) und Führungskapital ($\beta=-0,065$) weisen schwächere, jedoch ebenfalls signifikante, Zusammenhänge mit Burn-out auf (vgl. Tab. 55).

Bei näherer Betrachtung der indirekten Beziehungen zwischen den Sozialkapitalfaktoren und Burn-out (vgl. Tab. 56) fällt auf, dass die Organisationskultur vor allem durch das Commitment mit Burn-out zusammenhängt ($\beta=-0,137$, $p<0,001$).

Tab. 56: Burn-out: indirekte Pfadkoeffizienten differenziert, Modell 2

Outcome: Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
Führung	indirekt total	-0,065	<0,001	-0,095/-0,037
	via Co	0,007	0,354	-0,008/0,022
	via Sinn, Co	-0,012	0,023	-0,023/-0,002
	via Zeitdruck	-0,030	<0,001	-0,045/-0,014
	via Autonomie	-0,031	<0,001	-0,045/-0,016
Beziehungsklima	indirekt total	-0,073	<0,001	-0,098/-0,049
	via Co	-0,019	0,007	-0,033/-0,005
	via Sinn, Co	-0,027	<0,001	-0,038/-0,016
	via Zeitdruck	-0,008	0,188	-0,021/0,004
	via Autonomie	-0,019	0,001	-0,029/-0,008
Organisationskultur	indirekt total	-0,287	<0,001	-0,324/-0,249
	via Co	-0,137	<0,001	-0,167/-0,108
	via Sinn, Co	-0,055	<0,001	-0,070/-0,040
	via Zeitdruck	-0,064	<0,001	-0,083/-0,045
	via Autonomie	-0,030	<0,001	-0,044/-0,016

Co=(affektives) Commitment; Sinn=Sinnhaftigkeit der Arbeit, KI=Konfidenzintervall

Zusammenhänge zwischen der Organisationskultur und Burn-out werden auch über die Sinnhaftigkeit der Arbeit und dessen Bindewirkung vermittelt ($\beta=-0,055$, $p<0,001$). Je höher die Qualität der Organisationskultur, desto höher die Sinnhaftigkeit der Arbeit, desto höher das Commitment, und desto geringer das Burn-out-Ausmaß (vgl. Tab. 56). Je besser die Qualität der Organisationskultur, desto geringer ist zudem das Ausmaß an Zeitdruck ($\beta=-0,281$, $p<0,001$) (vgl. Anhang 10) und desto höher ist das Ausmaß an Autonomie ($\beta=0,222$, $p<0,001$) (vgl. Anhang 11). Hieraus ergeben sich ebenfalls indirekte Zusammenhänge mit Burn-out ($\beta=-0,064$ bzw. $\beta=-0,030$, $p<0,001$) (vgl. Tab. 56).

Die Güte des Modells ist in Übereinstimmung mit dem Hauptmodell hoch: RMSEA: 0,051 ($p=0,234$), CFI: 0,927, TLI: 0,919, SRMR: 0,044, χ^2/df : 6,031, AIC 165739,215, BIC 165920,249, $n=1.918$. Das Modell erklärt 25,8% der Varianz von Burn-out, 76,3%

der Varianz des Commitments und 23,1% der Varianz der Sinnhaftigkeit der Arbeit. Die Befunde zu den personenbezogenen Merkmalen, Zeitdruck und Autonomie sowie die Messmodelle befinden sich in den Anhängen 8–11 und 13.

EXKURS: MODERATIONEFFEKTE?

Moderieren Sozialkapital oder Commitment den Zusammenhang zwischen Zeitdruck und Burn-out im Sinne eines Interaktionseffektes? Diese Frage bezieht sich auf einen veränderten Zusammenhang von Zeitdruck und Burn-out in Abhängigkeit von der Ausprägung des Sozialkapitals oder der Bindung – also auf eine Moderation. In der Literatur gibt es mit Blick auf die Merkmale soziale Unterstützung, Stress und Burn-out sowie Commitment und Stress in diesem Kontext kontroverse Befunde (vgl. Day & Leiter 2012, 62; Meyer & Maltin 2010, 325). Auf Basis von Strukturgleichungsmodellen wurden im Rahmen eines Exkurses in der vorliegenden Dissertation daher mögliche Interaktionseffekte überprüft. Die folgende Abbildung 39 skizziert dies exemplarisch am Beispiel des Sozialkapitals. Die Abbildung nimmt dabei bereits vorweg, dass ein Interaktionseffekt nicht unterstellt werden kann.

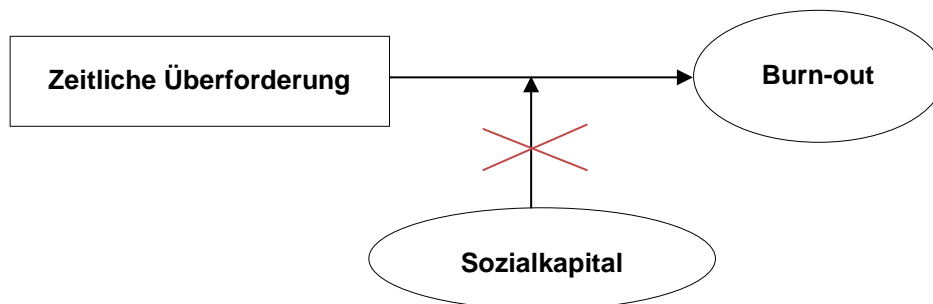


Abb. 39: Sozialkapital als Moderator

Die entsprechenden Modellparameter finden sich in der folgenden Tabelle. Hier sind neben dem Interaktionseffekt die Haupteffekte von Sozialkapital und Burn-out sowie Zeitdruck und Burn-out angegeben. In Übereinstimmung mit dem Hauptmodell der Dissertation sind die Haupteffekte signifikant. Das Modell weist eine hohe Güte auf. Daraus lässt sich schließen, dass die Merkmale Sozialkapital und Zeitdruck allein bereits einen substantiellen Beitrag zur Erklärung von Burn-out leisten. Dagegen findet sich kein signifikanter Interaktionseffekt des Sozialkapitals (vgl. Tab. 57).

Tab. 57: Moderationsanalyse zu Sozialkapital, Zeitdruck und Burn-out

Outcome: Burn-out	Beta (β)	S.E.	p-Wert	95 %
Sozialkapital	-0,446	0,036	<0,001	-0,517/-0,376
Zeitliche Überforderung	0,266	0,028	<0,001	0,211/0,322
Moderator (Sozialkapital x Zeitdruck)	0,042	0,029	0,141	-0,014/0,098
R ² =21,4 % RMSEA: 0,034 (p=1,000), CFI:0,931, TLI:0,929, SRMR:0,089 χ^2 /df:3,274, n=1.952				

Das heißt, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit kein Interaktionseffekt vorliegt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die beiden Komponenten unabhängig voneinander, aber kumulativ agieren. Je höher das Sozialkapital, desto geringer der Zusammenhang zwischen Zeitdruck und Burn-out – diese Aussage ist scheinbar nicht zutreffend. Bei gleichem Zeitdruck ist das Burn-out-Ausmaß bei hohem Sozialkapital niedriger als bei geringerem – dies trifft eher zu (siehe dazu auch den folgenden Exkurs).

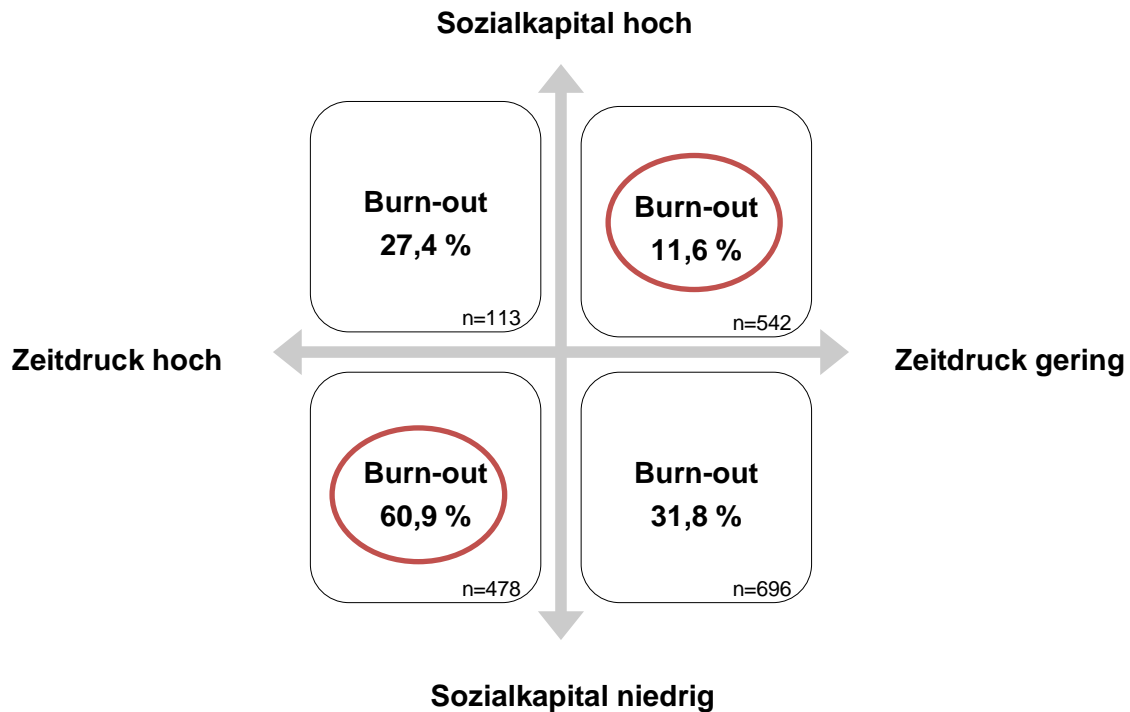
Ergänzend sei anhand der folgenden Tabelle aufgezeigt, dass mit Blick auf Commitment ebenfalls kein Moderatoreffekt nachgewiesen werden kann (vgl. Tab. 58).

Tab. 58: Moderationsanalyse zu emotionaler Bindung, Zeitdruck und Burn-out

Outcome: Burn-out	Beta (β)	S.E.	p-Wert	95 % KI
affektives Commitment	-0,349	0,031	<0,001	-0,411/-0,288
Zeitdruck	0,325	0,027	<0,001	0,272/0,378
Moderator (Commitment X Zeitdruck)	0,036	0,029	0,204	-0,020/0,092
R ² =18,6 % RMSEA:0,043 (p=1.000), CFI:0,954, TLI:0,947, SRMR:0,059, n=1.949				

EXKURS: KUMULIERTE EFFEKTE VON SOZIALKAPITAL UND ZEITDRUCK

Eine zu hohe Arbeitslast gilt bislang in der Burn-out Forschung als wichtigster stress-assoziiertes Prädiktor. Sozialkapital steht dagegen im Mittelpunkt der Sozialkapitalforschung bzw. in der vorliegenden Arbeit. Zeitdruck, als Facette einer zu hohen Arbeitslast, und Sozialkapital haben sich in der vorliegenden Arbeit als relevante Burn-out-Prädiktoren herauskristallisiert (vgl. Abb. 36 in Kap. 8.1.2).



n bezeichnet die Stichprobengröße innerhalb eines Quadranten

Abb. 40: Sozialkapital, Zeitdruck und Burn-out – kumulative Perspektive

Abbildung 40 greift diese beiden Prädiktoren noch einmal heraus und veranschaulicht ihre kumulativen Effekte im Hinblick auf Burn-out anhand einer einfachen Modellrechnung mit dichotomisierten, manifesten Merkmalen. Für Sozialkapital wurde ein Cut-Off-Wert von 60 Punkten zugrunde gelegt (hohes Sozialkapital ≥ 60 Skalenpunkte, niedriges Sozialkapital < 60 Skalenpunkte). Leitend war dabei die Überlegung, dass auf jedem der 10 Items mit den Ausprägungen 0, 1, 2 und 3 der drei Subskalen des Sozialkapitals mindestens der Wert 2 »trifft eher zu« vorliegen muss. Bei Zeitdruck, der Single-Item-Skala mit den Werten 0, 1, 2, 3, sollte analog wenigstens ein Ausmaß von 2 Skalenpunkten »trifft eher zu« erreicht sein, um den Mitarbeiter einem hohen Ausmaß von Zeitdruck zuzuordnen.

Anhand von Abbildung 40 wird deutlich: Burn-out ist dort am stärksten ausgeprägt, wo das Ausmaß an Sozialkapital niedrig und Zeitdruck hoch sind. In dieser Teilpopulation weisen 60,9% der Befragten Burn-out auf. Die wenigsten Burn-out-Fälle sind dort zu finden, wo das Ausmaß an Sozialkapital hoch und Zeitdruck niedrig sind. Hier beträgt der Anteil 11,6%. Die Abbildung liefert darüber hinaus noch weitere Erkenntnisse: Bei hohem Zeitdruck kann die Burn-out-Prävalenz in Abhängigkeit von der Ausprägung des Sozialkapitals zwischen 60,9% und 27,4% variieren. Bei geringem Zeitdruck resultieren je nach Ausmaß an Sozialkapital ebenfalls Unterschiede in der Burn-out-Prävalenz, die zwischen 31,8% und 11,6% variieren.

Fast alle Quadranten, einschließlich der markierten, unterscheiden sich signifikant voneinander (alle p -Werte $<0,001$). Der Unterschied zwischen den Quadranten »Sozialkapital hoch/Zeitdruck hoch« und »Sozialkapital niedrig/Zeitdruck niedrig« ist indes nicht signifikant ($p=0,358$). Die Prävalenzen von Burn-out in diesen Quadranten sind mit 27,4% und 31,8% so ähnlich, dass kein signifikanter Unterschied zu erwarten war.

ZUSAMMENFASSUNG ZUR TESTUNG DES UNTERSUCHUNGSMODELLS

In diesem Abschnitt erfolgte die Darstellung der Ergebnisse mit Blick auf die Testung des Untersuchungsmodells der Dissertation und damit des Bindungskonzeptes. Dieser Abschnitt hat aufgezeigt, dass Burn-out mit dem affektiven Commitment, also der emotionalen Mitarbeiterbindung, in einem Zusammenhang steht und dass diese ihrerseits mit dem Sozialkapital und der Sinnhaftigkeit der Arbeit zusammenhängt. Das heißt, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Bindewirkung des Sozialkapitals und der Sinnhaftigkeit der Arbeit und Burn-out gibt. Die Bindungsfaktoren (Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit) tragen wesentlich zur Varianzaufklärung von Burn-out und Commitment bei. Das Hauptmodell erklärt 27,2% der Varianz von Burn-out und 89,2% der Varianz von Commitment. Zeitdruck und das Ausmaß an Autonomie hängen erwartungsgemäß mit Burn-out ebenfalls signifikant zusammen, sie sind jedoch ihrerseits in hohem Maße vom Sozialkapital einer Organisation abhängig. Ein zentrales Ergebnis ist zudem, dass die Organisationskultur im Vergleich der drei Sozialkapitalfaktoren am stärksten mit der Mitarbeiterbindung zusammenhängt und zugleich den stärksten negativen Zusammenhang mit Burn-out aufweist.

8.1.3 Anwendung auf Organisationen

In diesem Teilabschnitt werden die Ergebnisse der statistischen Analysen zu Unterschieden zwischen den Kliniken bzw. zur Überprüfung des Zusammenhangs von Sozialkapital und Burn-out auf Ebene der Kliniken dargelegt. Damit wird die die Organisationshypothese: »Das Burn-out-Ausmaß variiert zwischen den Rehabilitationskliniken; es hängt vom Ausmaß des Sozialkapitals der Organisationen ab« getestet.

Um einen ersten Überblick zu geben, werden zunächst deskriptive, univariate statistische Befunde vorgelegt, an die sich nachfolgend inferenzstatistische, univariate Ergebnisse anschließen. In Vorbereitung auf die Hypothesentestung erfolgt im darauffolgenden Teilabschnitt zunächst ein Fallvergleich auf Basis eines Punktediagrammes, bei dem für jede Klinik das Sozialkapital- und Burn-out-Ausmaß aufgezeigt werden. In der anschließenden Fallkontrastierung werden zwei im Burn-out-Ausmaß stark divergierenden Kliniken hinsichtlich der Organisations- und Arbeitsbedingungen verglichen. Die zu Grunde liegende Hypothese wird abschließend auf Basis eines multivariablen Mehrebenenmodells getestet. Damit können alle Kliniken gleichermaßen Berücksichtigung finden und die Zusammenhänge zwischen verschiedensten Merkmalen der Ebenen Mitarbeiter und Organisation integrativ untersucht werden.

UNIVARIATE ANALYSEERGEBNISSE

Abbildung 41 zeigt das Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Kliniken (die Fehlerindikatoren zeigen den Unsicherheitsbereich der jeweiligen Schätzung mit Blick auf die Grundgesamtheit an). Die Kliniken sind durchnummeriert. Es treten deutliche Unterschiede in Erscheinung. Während sich das Burn-out-Ausmaß in den Kliniken 19 und 18 bspw. als besonders hoch erweist, ist es in den Kliniken 10, 11 sowie 8, 15 und 20 besonders niedrig ausgeprägt. Das Burn-out-Ausmaß beträgt durchschnittlich 39,45 Skalenpunkte bei einer Standardabweichung von 20,94 Skalenpunkten.

Das nachfolgende Säulendiagramm (vgl. Abb. 42) veranschaulicht Unterschiede zwischen den Organisationen im Sozialkapital. Es zeigen sich ebenfalls deutliche Mittelwertunterschiede. Exemplarisch sind die Kliniken 18 und 8 zu nennen, deren mittleres Sozialkapital deutlich divergiert. Im Mittel beläuft sich das Sozialkapital auf 53,65 Skalenpunkte und die Standardabweichung liegt bei 16,18 Skalenpunkten.

Es fällt an dieser Stelle bereits auf, dass die Kliniken, die sich durch ein besonders hohes Sozialkapital auszeichnen (Kliniken 8, 10, 20, 15, 11), die Kliniken mit dem niedrigsten Burn-out-Ausmaß sind.

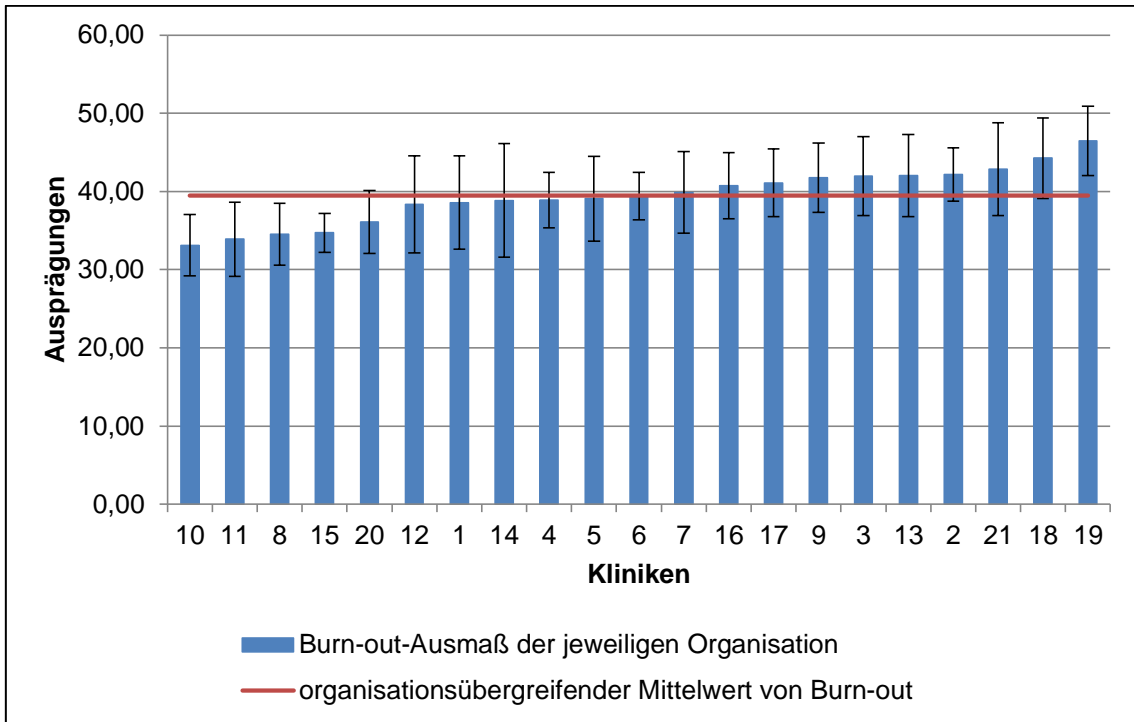


Abb. 41: Burn-out im Organisationsvergleich (Mittelwerte)

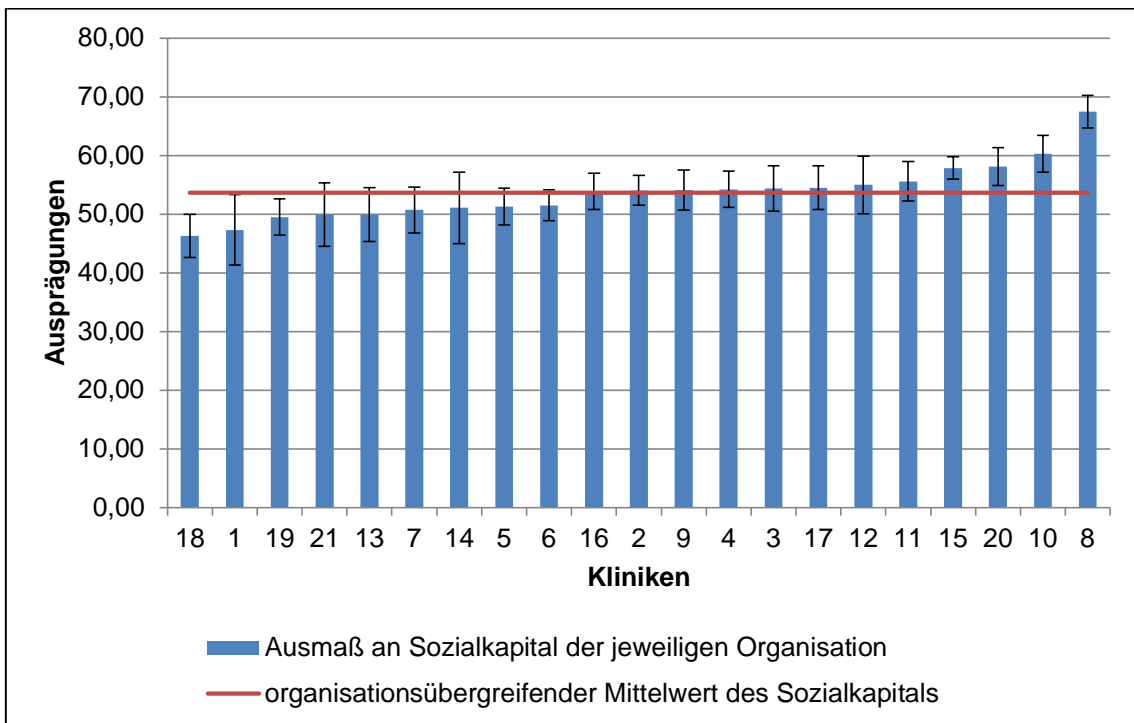


Abb. 42: Sozialkapital im Organisationsvergleich (Mittelwerte)

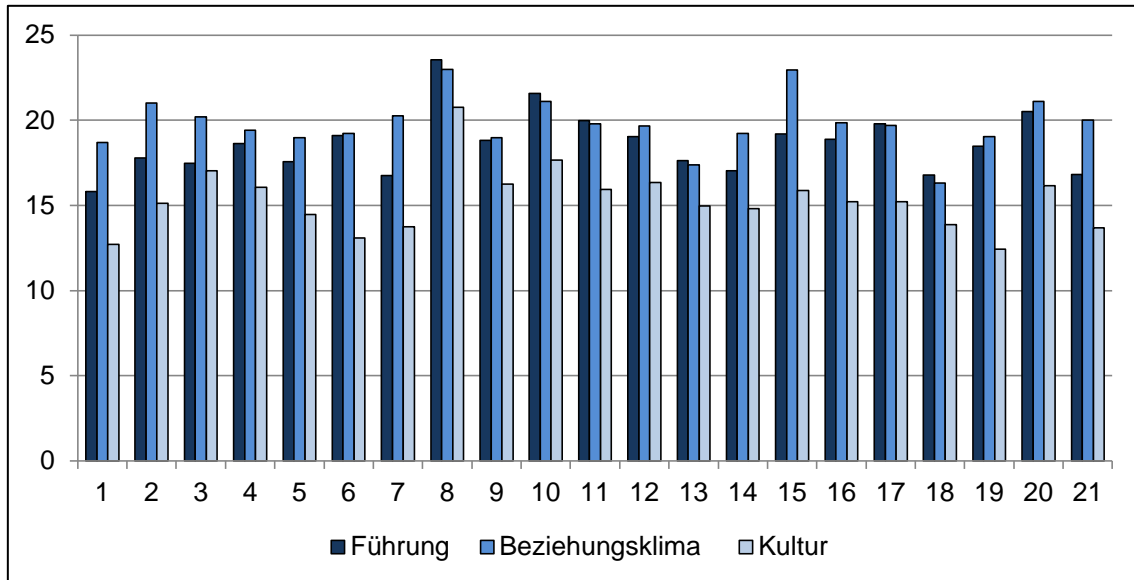


Abb. 43: Sozialkapitalfaktoren im Organisationsvergleich (Mittelwerte)

Abbildung 43 zeigt Unterschiede zwischen den Kliniken bezogen auf die drei Sozialkapitalfaktoren: Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur. Im Klinikvergleich ist zu beobachten, dass das Beziehungsklima fast durchweg die höchsten Werte erreicht und die Organisationskultur nicht das Ausmaß der anderen Dimensionen erlangt. Erkennbar ist, dass die Sozialkapitalkomposition je nach Klinik variiert.

In den folgenden Abbildungen 44 bis 46 finden sich jeweils die Mittelwerte von Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur im unmittelbaren Klinikvergleich. Die prägnanten Unterschiede zwischen Kliniken sind klar zu erkennen.

Der Mittelwert im Bereich der Führung beträgt 18,62 Skalenpunkte (SD=7,00). Der Mittelwert im Beziehungsklima beläuft sich auf 19,80 Skalenpunkte (SD=6,32). Der Wert der Organisationskultur gemittelt über die Kliniken liegt bei 15,31 Skalenpunkten (SD=5,71). Die Organisationskultur ist durchschnittlich folglich am schwächsten ausgeprägt, das Beziehungsklima am stärksten. Die Streuung ist beim Führungskapital am stärksten.

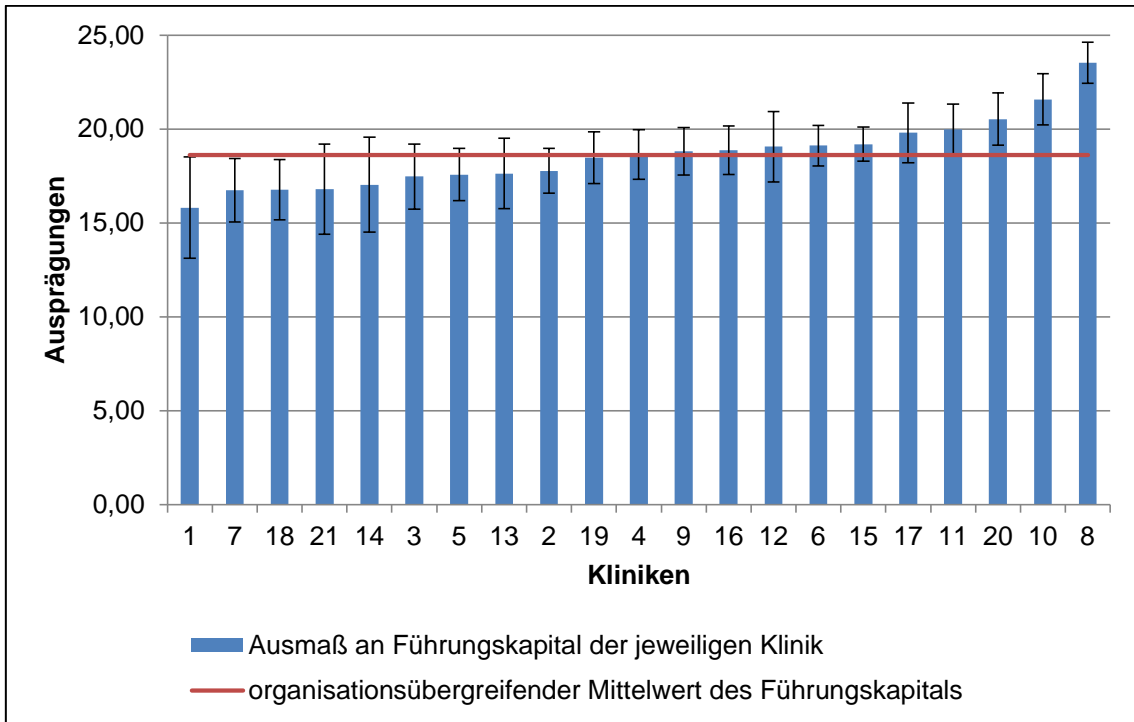


Abb. 44: Führung im Organisationsvergleich (Mittelwerte)

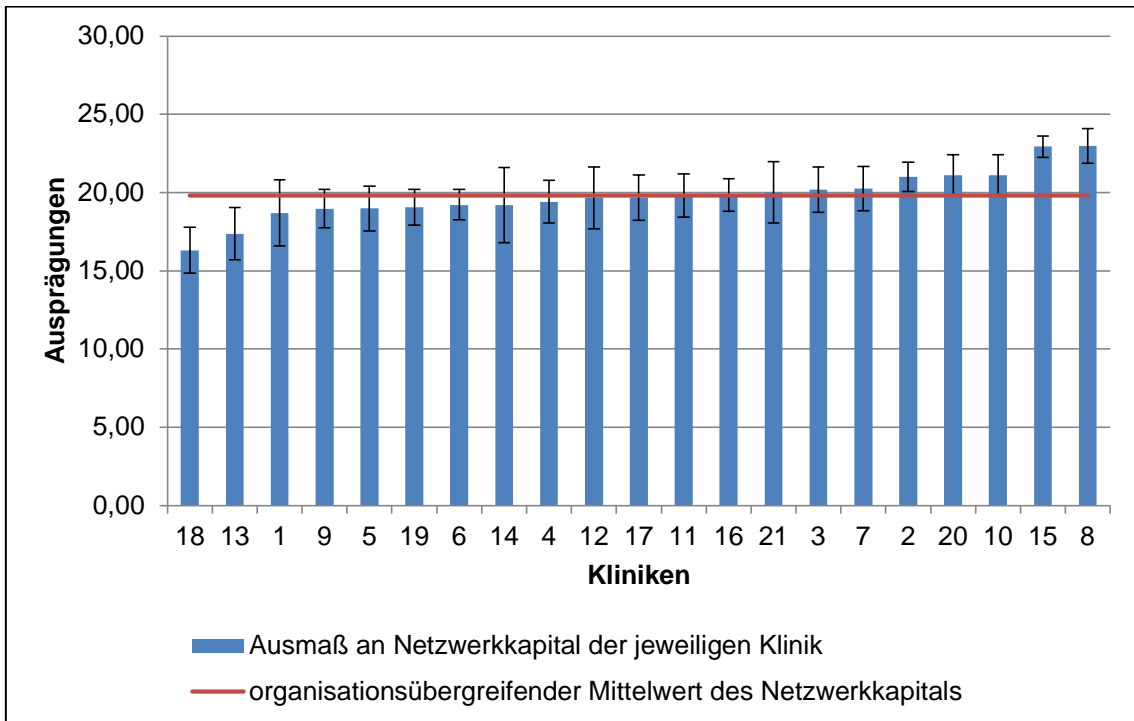


Abb. 45: Beziehungsklima im Organisationsvergleich (Mittelwerte)

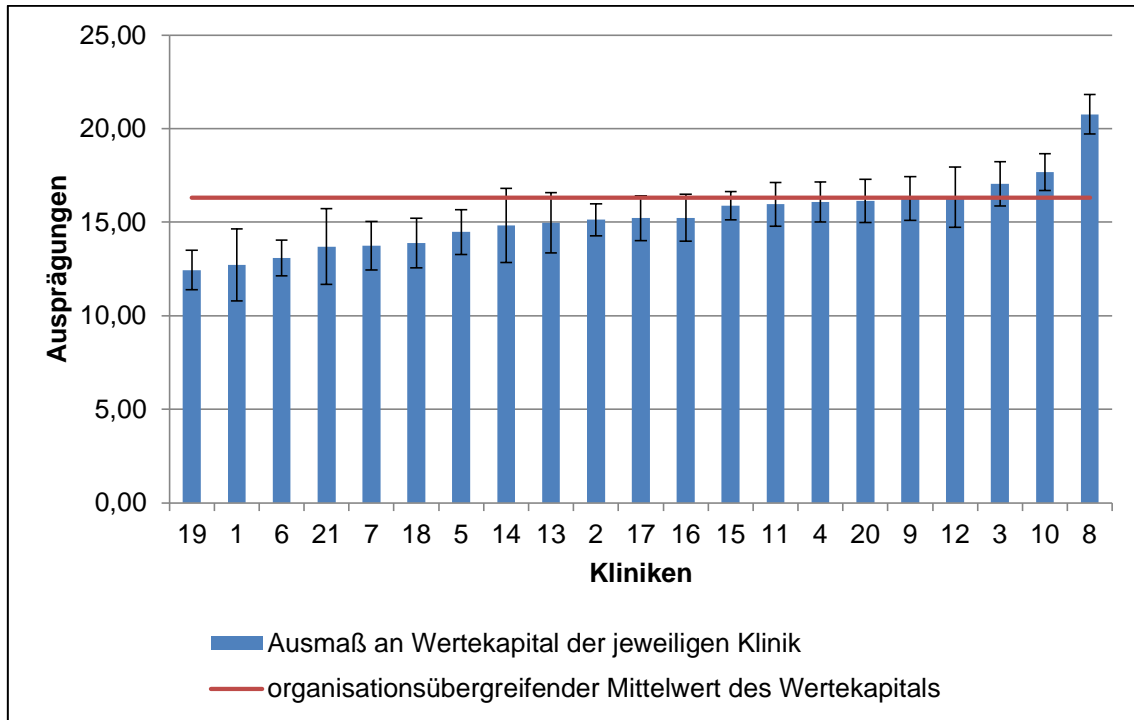


Abb. 46: Organisationskultur im Vergleich (Mittelwerte)

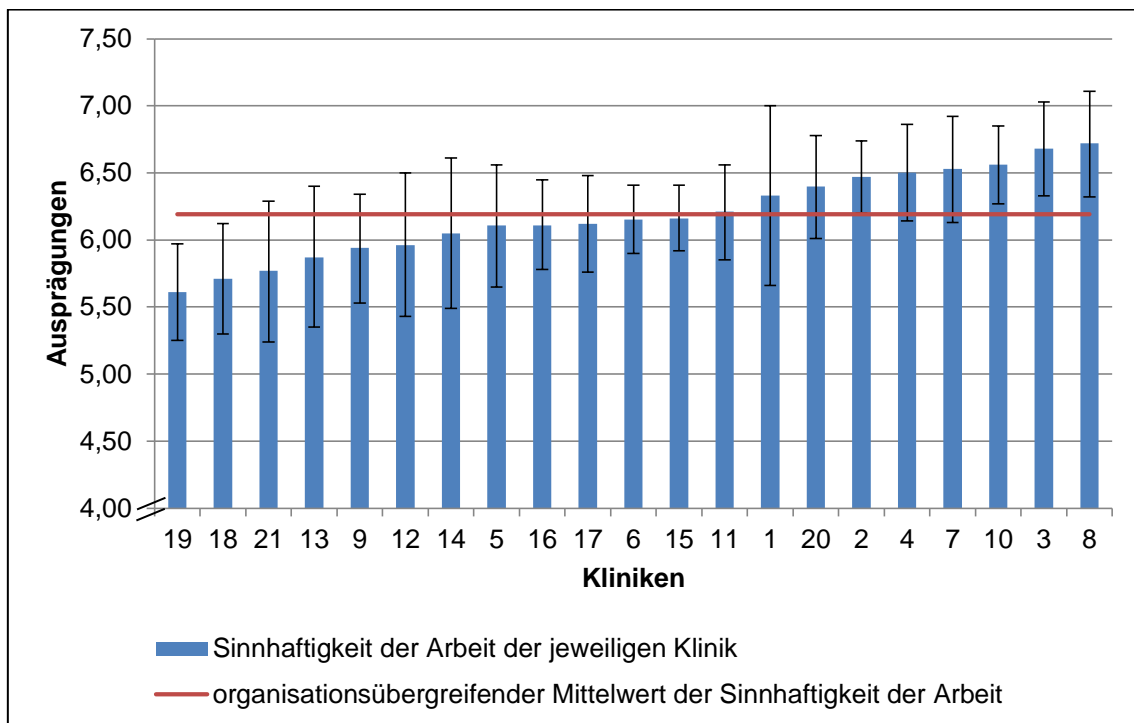


Abb. 47: Sinnhaftigkeit der Arbeit im Organisationsvergleich (Mittelwerte)

In Abbildung 47 finden sich außerdem die klinikbezogenen Mittelwerte bezogen auf die Sinnhaftigkeit der Arbeit. Selbst für dieses Merkmal lässt sich Varianz auf Ebene der Organisationen feststellen. Die Kliniken 19 und 18 zeichnen sich durch ein besonders niedriges Ausmaß aus, während die Kliniken 10 und 3 und 8 positiv auffallen. Im Mittel liegt der Wert für die Sinnhaftigkeit der Arbeit bei 6,19 Skalenpunkten (SD=1,80).

INFERENZSTATISTISCHE ERGEBNISSE

Nachdem bis hierhin die Ergebnisse univariater, deskriptiver Mittelwertvergleiche dargelegt wurden, sind in diesem Abschnitt die Ergebnisse inferenzstatistischer Untersuchungen aufzuzeigen. Im Vordergrund stehen zunächst Tests zur Signifikanz der Varianz auf Ebene der Kliniken. Neben der Varianz von Burn-out wird die Varianz beim Sozialkapital sowie der Sinnhaftigkeit der Arbeit überprüft. Damit soll aufgezeigt werden, dass es sich um Kontextmerkmale handelt – Merkmale, die sich also auf Ebene der Organisationen unterscheiden.

Die Varianz aller interessierenden Merkmale wird durch sogenannte Nullmodelle auf den Prüfstand gestellt. Nullmodelle weisen für ein bestimmtes Merkmal die Varianz auf Ebene der Kliniken und der Mitarbeiter aus (Braun et al. 2010, 23).

Am Beispiel von Burn-out (vgl. Tab. 59) sei der Aufbau der Ergebnistabellen veranschaulicht. In der Zeile »Organisationsebene« sind die statistischen Parameter zur Varianz auf Ebene der Organisationen, der Kliniken, angegeben. Der Wert von 7,699 beschreibt also die Varianz im Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Kliniken. Das Modell demonstriert, dass der Mittelwert von Burn-out nicht in allen Kliniken gleich hoch ist. Die übrigen Werte in der Tabelle geben die zugehörigen statistischen Parameter an. Von zentraler Bedeutung ist dabei der p-Wert, der anzeigt, dass die Varianz im Burn-out-Ausmaß signifikant ist (p=0,013). In der zweiten Zeile »Mitarbeitersebene« ist die Varianz auf Ebene der Mitarbeiter angegeben. Der signifikante Wert von 434,611 belegt, dass sich Mitarbeiter innerhalb der Kliniken im Burn-out-Ausmaß unterscheiden.

Tab. 59: Burn-out, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)

	Varianz	SD	S.E.	Est./S.E	p-Wert
Organisationsebene	7,699	2,77	3,104	2,480	0,013
Mitarbeitersebene	434,611	20,85	16,617	26,154	<0,001
ICC=0,017, n=21/1.937, γ_{00} =39,396 S.E. 0,777 p<0,001					

Die Bedeutung des ICC sei an dieser Stelle noch einmal in Erinnerung gerufen. Er gibt das Verhältnis der Varianz auf Ebene der Kliniken zur Gesamtvarianz an (vgl. Geiser 2010, 204). Mit 0,017 ist er gering: Die Varianz auf Ebene der Mitarbeiter ist höher als auf Ebene der Rehabilitationskliniken.

Die Tabellen 60 bis 63 führen die Ergebnisse für das Merkmale Sozialkapital und ergänzend für die einzelnen Sozialkapitalfaktoren – Führung, Beziehungsklima und Organisationskultur – an. Alle diese Merkmale weisen auf Ebene der Rehabilitationskliniken eine signifikante Varianz auf. Beim Sozialkapital beträgt die Varianz auf der Klinik-ebene bspw. 17,580 Skalenpunkte.

Tab. 60: Sozialkapital, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)

	Varianz	SD	S.E.	Est./S.E	p-Wert
Organisationsebene	17,580	4,19	8,896	1,976	0,048
Mitarbeitersebene	256,862	16,03	12,958	19,822	<0,001
ICC=0,064, n=21/1.872, γ_{00} =53,753, S.E.0,973, p<0,001					

Tab. 61: Führung, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)

	Varianz	SD	S.E.	Est./S.E	p-Wert
Organisationsebene	2,385	1,54	1,172	2,036	0,042
Mitarbeitersebene	48,925	6,99	2,163	22,621	<0,001
ICC= 0,046, n=21/1.929, γ_{00} =18,682, S.E.0,364, p<0,001					

Tab. 62: Beziehungsklima, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)

	Varianz	SD	S.E.	Est./S.E	p-Wert
Organisationsebene	1,894	1,38	0,813	2,329	0,020
Mitarbeitersebene	38,452	6,20	1,949	19,725	<0,001
ICC= 0,046, n=21/1.943, γ_{00} =19,845, S.E.0,333, p<0,001					

Tab. 63: Organisationskultur, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)

	Varianz	SD	S.E.	Est./S.E	p-Wert
Organisationsebene	2,940	1,71	1,398	2,103	0,035
Mitarbeitersebene	32,881	5,73	1,669	19,695	<0,001
ICC=0,082, n=21/1.943, γ_{00} =15,318, S.E.0,397, p<0,001					

Tabelle 64 gibt einen Überblick über die Varianz des Merkmals Sinnhaftigkeit der Arbeit. Das Merkmal ist über die Organisationen hinweg ebenfalls ungleich verteilt ($p=0,020$). Das heißt, dass die Sinnhaftigkeit nicht nur auf Ebene der Mitarbeiter, sondern selbst auf Ebene der Kliniken unterschiedlich stark ausgebildet ist.

Tab. 64: Sinnhaftigkeit der Arbeit, Varianz, Nullmodell (Mehrebenenmodell)

	Varianz	SD	S.E.	Est./S.E	p-Wert
Organisationsebene	0,055	0,23	0,024	2,322	0,020
Mitarbeitersebene	3,232	1,80	0,137	23,664	<0,001
ICC=0,017, n=21/1.931, γ_{00} =6,196, S.E.0,067, p<0,001					

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alle hier betrachteten Merkmale zwischen den medizinischen Rehabilitationskliniken variieren. Das heißt, dass sie als Merkmale von Organisationen begriffen werden können. Das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit einer Arbeit können somit als mögliche Erklärungsfaktoren für Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen Kliniken herangezogen werden.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle der Umstand, dass die Varianz aller Merkmale unter Adjustierung von Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Position der Mitarbeiter innerhalb der Kliniken signifikant bleibt³³ (vgl. Tab. 65).

³³ Nach Hox (2010, 71) lassen sich prinzipiell mit Level-1-Prädiktoren (Mitarbeitersebene) Anteile der Level-2-Varianz (Organisationsebene) erklären. Enders und Tofighi (2007, 128f. und 136) stellen ebenfalls dar, dass sich mit Level-1 Prädiktoren Zusammenhänge auf der Level-2-Ebene kontrollieren lassen.

Tab. 65: Adjustierte Varianz: Burn-out, Sozialkapital, Sinnhaftigkeit (Mehrebenenmodelle)

Outcomes	Varianz Organisationsebene	SD	S.E.	Est./S.E.	p-Wert
Burn-out*	7,691	2,77	3,154	2,439	0,015
Sozialkapital*	16,430	4,05	8,154	2,015	0,044
Führung*	2,343	1,53	1,115	2,102	0,036
Beziehungsklima*	1,840	1,36	0,807	2,280	0,023
Organisationskultur*	2,893	1,70	1,288	2,246	0,025
Sinnhaftigkeit der Arbeit*	0,061	0,25	0,024	5.514	0,012

*adjustiert für Alter, Geschlecht, Position und Bildungsgrad auf Level 1 (Mitarbeiter Ebene)

Zur Veranschaulichung wurden außerdem für die Merkmale Burn-out, Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit in SPSS weiterführende Post-hoc-Tests durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen spezifische Mittelwertunterschiede zwischen Kliniken auf, befinden sich aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch in den Anhängen 14–16. Erwähnenswert ist, dass sich die Extremfälle jeweils signifikant voneinander unterscheiden (Burn-out: Klinik 10 und 19; Sozialkapital: Klinik 18 und 8 sowie Klinik 10 und 19; Sinnhaftigkeit der Arbeit: Klinik 19 und 8 sowie Klinik 10 und 19; p-Werte <0,001). Bei fünf Tests halten die Befunde sogar dem multiplem Signifikanzniveau ($p=0,01$) stand.

FALLVERGLEICHE

Um sich dieser Hypothese eines Zusammenhangs zwischen dem Sozialkapital von Organisationen und dem Burn-out-Ausmaß in einem ersten Schritt anzunähern, soll im Weiteren zunächst ein Blick auf das Punktediagramm der Merkmale gerichtet werden.

Abbildung 48 zeigt jeweils ein Punktepaar von Burn-out und Sozialkapital für jede der 21 Kliniken. Wie die Trendlinie andeutet, zeichnet sich ein linearer, negativer Zusammenhang zwischen den Merkmalen ab. Mit zunehmendem Sozialkapital sinkt das Ausmaß an Burn-out auf Ebene der medizinischen Rehabilitationskliniken.

Eine zweite Annäherung an die Hypothese stellt die nachfolgend dargelegte *Fallkontrastierung* dar. Das Beispiel dient der Veranschaulichung, jedoch noch nicht der eigentlichen Hypothesentestung, die erst in einem nachfolgenden Schritt erfolgt.

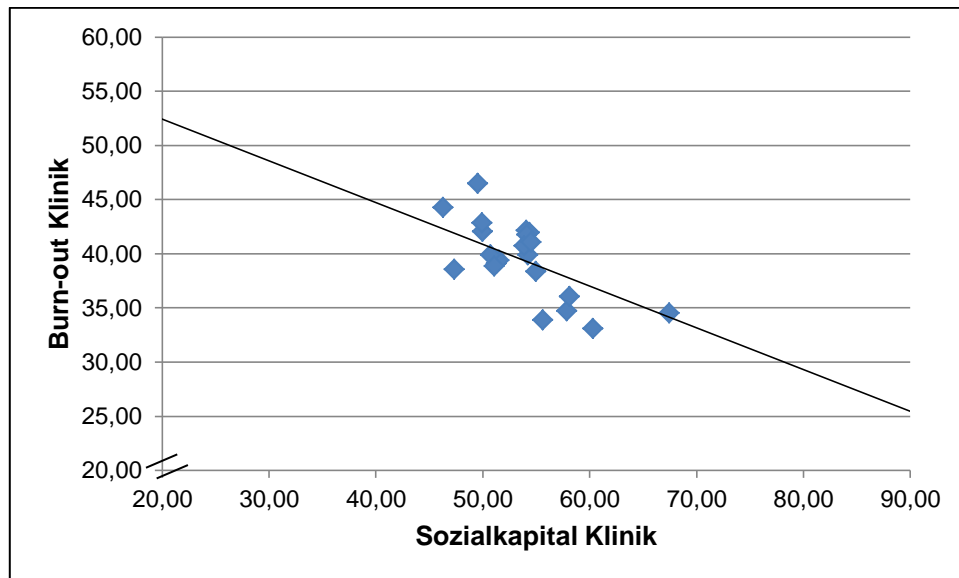


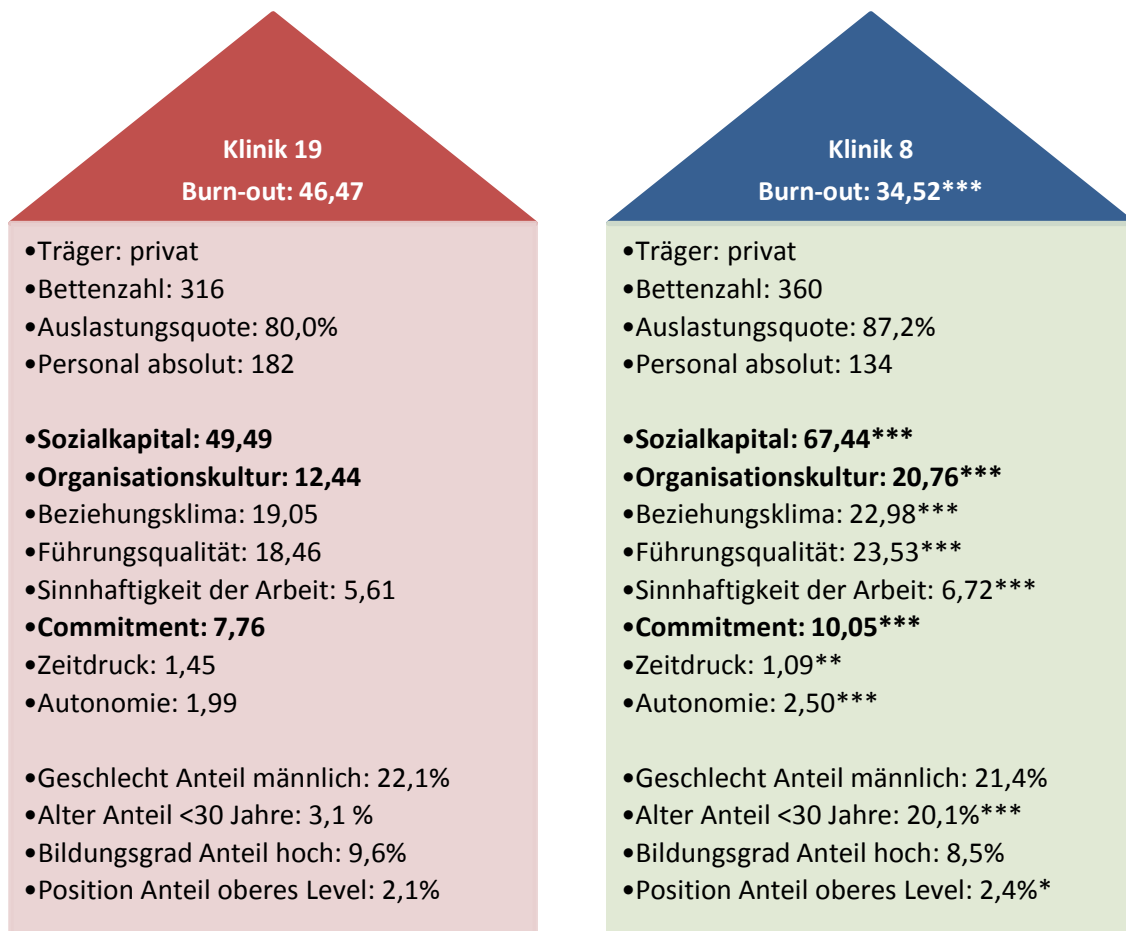
Abb. 48: Sozialkapital und Burn-out auf Ebene der Kliniken, Punktediagramm

FALLKONTRASTIERUNG

Mit der folgenden Abbildung 49 werden, als ein exemplarischer Fallkontrast, zwei Kliniken gegenübergestellt. Damit soll die Annahme, dass das Sozialkapital einer Organisation (sowie das Ausmaß an Sinnhaftigkeit) mit dem Burn-out-Ausmaß der Kliniken in einem Zusammenhang steht, näher fundiert werden. Die Organisationsmerkmale und Arbeitsbedingungen sowie die Merkmale der Belegschaften der Kliniken werden dabei miteinander verglichen. Dabei wurden im Burn-out-Ausmaß stark divergierende Kliniken ausgewählt, die sich aber zugleich in harten Strukturmerkmalen ähnlich sind.

Abbildung 49 zeigt die Parameter der Kliniken. Klinik 19 zeichnet sich durch das höchste Burn-out-Ausmaß aus. Klinik 8 ist eine der Kliniken mit dem niedrigsten Burn-out-Ausmaß. Zugleich sind Trägerschaft, Personalanzahl, Bettenzahl, Auslastungsquote und Rücklaufquote mit Klinik 19 vergleichbar.

Die Kliniken variieren signifikant und erheblich im Burn-out-Ausmaß ($p < 0,001$). In Klinik 19 liegt der Mittelwert bei 46,47, in Klinik 8 beläuft er sich auf lediglich 34,52. Während die beiden Organisationen in ihren harten Strukturmerkmalen annähernd vergleichbar sind und in Bezug auf Merkmale der Belegschaften lediglich im Alter und in der Position (welche jedoch auf Ebene der betrachteten Kliniken jeweils nicht signifikant mit Burn-out zusammenhängen, p -Werte $> 0,5$), voneinander abweichen, zeigen sich im Bereich der weichen Organisationsmerkmale deutliche und signifikante Unterschiede.



*** zweiseitig signifikant auf dem Niveau von 0,001; **0,01; *0,05

Abb. 49: Extremvergleich zweier Kliniken

So weist die Risikoklinik 19 ein deutlich niedrigeres Sozialkapital auf als Klinik 8. Besonders zeigen sich Unterschiede im Bereich der Unternehmenskultur, wenngleich auch die übrigen Sozialkapitalmerkmale signifikant divergieren und Zeitdruck und Autonomie ebenfalls zwischen den Kliniken unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Bemerkenswerte Abweichungen sind außerdem in Bezug auf die Mitarbeiterbindung festzustellen, die in Klinik 19 bei 7,76 liegt, in Klinik 8 dagegen bei mehr als 10 Punkten. Des Weiteren sind Unterschiede in der Sinnhaftigkeit der Arbeit zu konstatieren, die in Klinik 8 ebenfalls deutlich höher profiliert ist.

MULTIVARIABLES MEHREBENENMODELL

Nachdem das Punktediagramm und der Fallvergleich bereits Hinweise dafür geliefert haben, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital und dem Burn-out-Ausmaß der Kliniken gibt, erfolgt nun eine simultane Betrachtung der Zusammenhänge auf Ebene der Kliniken unter Berücksichtigung der Organisationsmerkmale sowie der auf der Mitarbeiterebene angesiedelten Tätigkeitsmerkmale und personenbezogenen Merkmale. Das Modell wurde schrittweise entwickelt, indem Prädiktoren auf Level 1 (Mitarbeiterebene) bzw. Level 2 (Klinikebene) wie folgt integriert wurden:

Schritt 1: Nullmodell von Burn-out – Testung der Varianz

Schritt 2: Aufnahme von Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Position auf Level

Schritt 3: Aufnahme von Zeitdruck und Autonomie auf Level 1

Schritt 4: Aufnahme von Sozialkapital auf Level 2

Schritt 5: Aufnahme der Sinnhaftigkeit der Arbeit auf Level 2

Ausgangspunkt bildet das bereits im vorherigen Abschnitt berichtete Nullmodell von Burn-out, in dem noch keine Prädiktoren enthalten sind (Schritt 1). Im Folgenden wird die Änderungen in der Varianz für Burn-out für jeden Schritt dargelegt (vgl. Tab. 66). Die detaillierte Darstellung einzelner Regressionskoeffizienten erfolgt aus Gründen der Übersichtlichkeit und Relevanz erst für die zwei finalen Schritte (4 und 5).

Tab. 66: Burn-out: Varianz, Modellgüte und -anpassung, Mehrebenenmodell in Schritten

Schritt/Prädiktoren	Varianz L2	SD	Sig.	ICC	AIC	BIC	n
1 -	7,699	2,77	0,013	0,017	17288,659	17295,870	1.937
2 + Personenmerkmale*	7,691	2,77	0,015	0,017	16733,841	16755,099	1.852
3 + Zeitdruck, Autonomie	3,105	1,76	0,046	0,007	16151,397	16177,214	1.852
4 + Sozialkapital	1,302	1,14	0,195	0,008	16147,002	16175,167	1.852
5 + Sinnhaftigkeit	1,248	1,12	0,196	0,008	16146,721	16174,886	1.852

*Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Position; SD=Standardabweichung; Sig.=Signifikanz, L2=Level 2, n=Fallzahl

Nach Aufnahme der personenbezogenen Kontrollvariablen hat sich das Modell kaum verändert. Die Varianz im Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Kliniken ist nach wie vor signifikant und praktisch unverändert mit 7,691. AIC und BIC zeigen jedoch an, dass das Modell etwas besser zu den beobachteten Daten passt (vgl. Tab. 66).

Nach Aufnahme von Zeitdruck und Autonomie in Schritt 3 bleibt die Varianz auf Ebene der Kliniken signifikant. Das heißt, dass weder die personenbezogenen Merkmale noch die Tätigkeitsmerkmale eine vollständige Aufklärung zur Varianz im Burn-out-Ausmaß zwischen den Kliniken leisten. Nach Hox (2010, 71) ist es grundsätzlich möglich mit Level-1-Prädiktoren (Mitarbeiter Ebene) Anteile der Level-2-Varianz (Organisationsebene) zu erklären. Diese tragen vor allem dann zur Aufklärung bei, wenn sie über die Organisationen hinweg ungleich stark ausgeprägt sind. Enders und Tofighi (2007, 128f. und 136) zeigen ebenfalls auf, dass Level-1-Prädiktoren zur Kontrolle von Zusammenhängen auf der Level-2-Ebene herangezogen werden können. Die Berechnungen der vorliegenden Arbeit demonstrieren auf dieser Basis, dass sich Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen den Kliniken nicht allein auf Unterschiede in den Merkmalen der Belegschaften oder auf eine unterschiedliche Verteilung im Bereich der individuellen Arbeitsbedingungen zurückführen lassen. Nach wie vor besteht eine signifikante Varianz von 3,105 ($p=0,046$) (vgl. Tab. 66).

Die Aufnahme des Sozialkapitals als ein Erklärungsfaktor auf Ebene der Kliniken reduziert die Varianz noch einmal erheblich, so dass diese mit einem Wert von 1,302 schließlich nicht mehr signifikant wird ($p=0,195$) (vgl. Tab. 66). Somit leistet das Sozialkapital einen Beitrag zur Varianzaufklärung auf Ebene der Kliniken. Der Anteil der erklärten Varianz am Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Kliniken durch das Sozialkapital beträgt 62,0% und ist signifikant ($p=0,031$).

Die folgende Tabelle zeigt die statistischen Parameter für dieses Modell. Der Regressionskoeffizient für Sozialkapital und Burn-out auf Ebene der Kliniken ist signifikant ($\beta=-0,787$). Steigt das Sozialkapital einer Klinik um eine Einheit, dann sinkt das Burn-out-Ausmaß absolut um 0,308 Skaleneinheiten (vgl. Tab. 67). Das in der letzten Zeile der Tabelle angegebene γ_{00} steht für den Intercept auf Ebene der Organisationen. Der Intercept quantifiziert das Ausmaß der abhängigen Variablen auf Ebene der Organisation, bei einer durchschnittlichen Ausprägung des zentrierten Prädiktors (vgl. Geiser 2010, 203 und 214). Er gibt im vorliegenden Fall das Burn-out-Ausmaß einer Klinik bei einem durchschnittlichen Ausmaß an organisationalem Sozialkapital an.

Tab. 67: Burn-out: Mehrebenenmodell mit Sozialkapital als Prädiktor

Feste Effekte	B	S.E.	p-Wert	95 % KI	Beta (β)	p-Wert
Organisationsebene (Level 2)						
Sozialkapital	-0,308	0,109	0,005	-0,521/-0,095	-0,787	<0,001
Mitarbeiterenebene (Level 1)						
Zeitdruck	6,981	0,703	<0,001	5,602/8,359	0,266	<0,001
Autonomie	-6,197	0,502	<0,001	-7,181/-5,212	-0,245	<0,001
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	-4,211	0,981	<0,001	-6,133/-2,289	-0,085	<0,001
Alter <small>Referenz <30 Jahre</small>						
30-50 Jahre	0,822	1,612	0,610	-2,338/3,981	0,020	0,609
>50 Jahre	0,603	1,821	0,740	-2,966/4,173	0,014	0,740
Bildungsgrad <small>Referenz konventionell</small>	-0,599	1,005	0,551	-2,568/1,370	-0,010	0,551
Position <small>Referenz keine Führung</small>						
mittlere Führungsebene	-0,262	1,265	0,836	-2,741/2,216	-0,004	0,835
obere Führungsebene	-3,560	2,715	0,190	-8,882/1,726	-0,034	0,187
Zufallseffekte	Varianz	S.D.	p-Wert	R ²	p-Wert	
Organisationsebene	1,302	1,14	0,195	62,0% ³⁴	0,031	
Mitarbeiterenebene	352,413	18,77	<0,001	18,2%	<0,001	
n=21 Kliniken, 1.852 Fälle, γ_{00} =39,331, S.E. 0,487, p<0,001						

Durch die Aufnahme der Sinnhaftigkeit der Arbeit in das Modell – diese wurde aus Gründen von Multikollinearität mit dem Sozialkapital zu einem Bindungsindex, bestehend aus Sozialkapital und Sinnhaftigkeit der Arbeit, zusammengeführt – erhöhte sich der Anteil der erklärten Varianz im Burn-out-Ausmaß auf 64,0% (p=0,020). AIC und BIC verringerten sich zudem noch etwas (vgl. Tab. 66). Die vollständigen statistischen Parameter des finalen Modells sind in Tabelle 68 dargestellt.

³⁴ Je nach Berechnungsgrundlage unterscheidet sich die erklärte Varianz auf Organisationsebene: Wird von der empirischen Varianz im Nullmodell und der im Endmodell ausgegangen, welche jeweils auch in Tabelle 66 angegeben ist, ergibt sich ein Varianzanteil von 83,1% ($((7,699-1,302)/7,699*100)$) (vgl. dazu Hox 2010, 71). Die hier verwendete Software Mplus dagegen weist auf Basis der modellimplizierten geschätzten Varianzen eine Größe von 62,0% aus ($((3,425-1,302)/3,425*100)$).

Tab. 68: Burn-out: Sozialkapital und Sinnhaftigkeit als Prädiktoren (Mehrebenenmodell)

Feste Effekte	B	S.E.	p-Wert	95 % KI	Beta (β)	p-Wert
Organisationsebene (Level 2)						
Sozialkapital/Sinnhaftigkeit	-0,303	0,102	0,003	-0,503/-0,135	-0,800	<0,001
Mitarbeitersebene (Level 1)						
Zeitdruck	6,987	0,704	<0,001	5,607/8,367	0,266	<0,001
Autonomie	-6,193	0,501	<0,001	-7,176/-5,210	-0,244	<0,001
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	-4,215	0,980	<0,001	-6,136/-2,293	-0,085	<0,001
Alter <small>Referenz <30 Jahre</small>						
30-50 Jahre	0,820	1,611	0,611	-2,336/3,977	0,020	0,609
>50 Jahre	0,607	1,818	0,739	-2,958/4,171	0,014	0,738
Bildungsgrad <small>Referenz konventionell</small>	-0,587	1,005	0,559	-2,556/1,382	-0,010	0,559
Position <small>Referenz keine Führung</small>						
mittlere Führungsebene	-0,266	1,263	0,833	-2,741/2,209	-0,005	0,833
obere Führungsebene	-3,551	2,717	0,191	-8,877/1,775	-0,034	0,189
Zufallseffekte	Varianz	S.D.	p-Wert	R ²	p-Wert	
Organisationsebene	1,248	1,12	0,196	64,0% ³⁵	0,020	
Mitarbeitersebene	352,399	18,77	<0,001	18,2%	<0,001	
n=21 Kliniken, 1.852 Fälle, γ_{00} =39,328, S.E. 0,484, p<0,001						

Die Bedeutung des Commitments als Mediator zwischen dem organisationalen Sozialkapital und Burn-out konnte durch die zu geringe Anzahl an Clustern im Rahmen der Analyse nicht berücksichtigt werden. Hierfür wären wenigstens 100 Rehabilitationskliniken erforderlich gewesen, um Cross-Level-Effekte zwischen den Organisationsmerkmalen und der individuellen Mitarbeiterbindung zuverlässig zu berechnen (vgl. Kap. 9.6, vgl. Hox 2010, 235). Um dennoch ergänzend einen ersten Hinweis auf Zusammenhänge auf Ebene der Organisationen geben zu können, wurde in einem ge-

³⁵ Je nach Berechnungsgrundlage unterscheidet sich die erklärte Varianz auf Organisationsebene: Wird von der empirischen Varianz im Nullmodell und der im Endmodell ausgegangen, welche jeweils auch in Tabelle 66 angegeben ist, ergibt sich ein Varianzanteil von 83,8% $((7,699-1,248)/7,699*100)$ (vgl. dazu Hox 2010, 71). Die hier verwendete Software Mplus dagegen weist auf Basis der modellimplizierten geschätzten Varianzen eine Größe von 64,0% aus $((3,462-1,302)/3,462*100)$.

sonderten Schritt Commitment in die Analyse auf Ebene 1 integriert und am Gesamtmittelwert zentriert. Nach Enders und Tofighi (2007, 128f. und 136) werden die Zusammenhänge auf der Ebene der Organisation (Level 2) dann für das individuelle Commitment kontrolliert. Erwartungsgemäß erweist sich das Mitarbeitercommitment als signifikanter Prädiktor von Burn-out auf der Mitarbeiterebene ($\beta=-0,225$, $p<0,001$). Der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out auf der Klinikebene wird nicht mehr signifikant ($\beta=-0,464$, $p=0,149$). Wird das Merkmal Commitment stattdessen am Gruppenmittelwert zentriert, so wird auf Level 2 nicht für dieses Merkmal kontrolliert (vgl. Enders & Tofighi 2007, 129) und tatsächlich bleibt dann der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out auf Level 2 signifikant ($\beta=0,862$, $p<0,001$); der Zusammenhang zwischen Commitment und Burn-out auf Level 1 ($\beta=-0,224$, $p<0,001$) bleibt ebenfalls signifikant. Dieses Ergebnis kann als ein Hinweis darauf aufgefasst werden, dass der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Burn-out auf Ebene der Organisationen auf die Bindewirkung des Sozialkapitals (den Zusammenhang mit Commitment) zurückgeht. Der Befund steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus Kapitel 8.1.2 zum Bindungskonzept. Die beiden Modellrechnungen finden sich in den Anhängen 17 und 18.

Um auszuschließen, dass Unterschiede im Burn-out-Ausmaß möglicherweise auf harte Strukturmerkmale der Kliniken zurückzuführen sind, wurde zusätzlich der Zusammenhang zwischen Burn-out und der Trägerschaft, der Bettenzahl, der Auslastungsquote sowie der absoluten Personalzahl auf Klinikebene untersucht (für eine Beschreibung dieser Merkmale vgl. Tab. 27).

Dabei ließen jedoch schon die deskriptiven Ergebnisse bzw. Punktediagramme erkennen, dass von keinem linearen Zusammenhang auszugehen ist. Die Mittelwerte nach Trägerschaft divergieren lediglich geringfügig (vgl. Tab. 69); die Punktediagramme zur Bettenzahl, Auslastungsquote und der Personalanzahl zeigen einen von diesen Merkmalen unabhängigen Burn-out-Wert (vgl. Abb. 50 bis 52).

Tab. 69: Burn-out nach Trägerschaft, deskriptive Statistiken

	Träger	M	SD	n
Burn-out	privat	39,53	20,75	1.354
	öffentlich	38,31	21,71	583

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Fallzahl

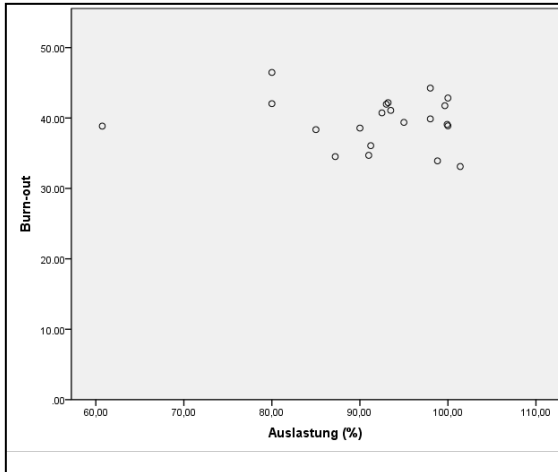


Abb. 50: Burn-out und Auslastungsquote, Punktediagramm

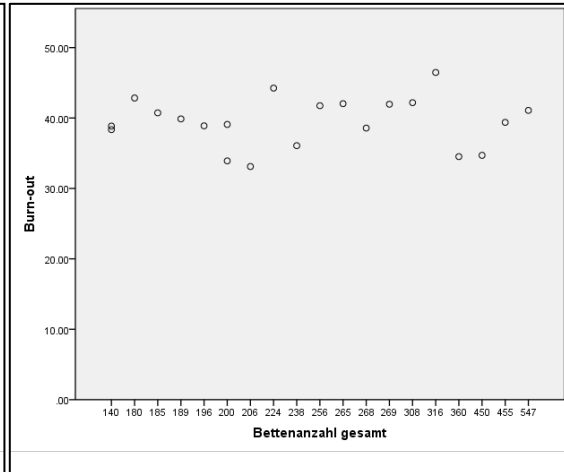


Abb. 51: Burn-out und Bettenzahl, Punktediagramm

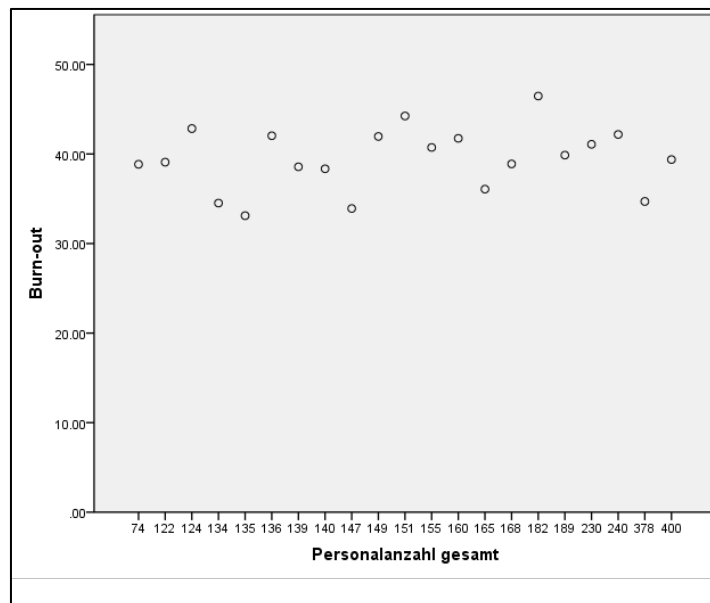


Abb. 52: Burn-out und Personalanzahl, Punktediagramm

Inferenzstatistisch konnten ebenfalls keine signifikanten Assoziationen der Merkmale mit Burn-out festgestellt werden (vgl. Tab. 70 und Tab. 71).

Diese harten Klinikmerkmale leisten mit anderen Worten keinen Beitrag zur Erklärung von Burn-out. Allerdings ist zu bedenken, dass die Stichprobengröße mit $n=21$ vergleichsweise gering ist und möglicherweise schwache Effekte vorhanden, aber nicht erkannt werden.

Tab. 70: Burn-out nach Trägerschaft, Signifikanztest

Test bei unabhängigen Stichproben							
		Levene-Test		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Sig.	T	df	Sig.	mittlere Differenz
Burn-out	Varianzen sind gleich	0,368	0,544	1,164	1935	0,245	1,21319
	Varianzen sind nicht gleich			1,143	1059.134	0,253	1,21319

df=degrees of freedom, Sig.=Signifikanz

Tab. 71: Burn-out, Bettenanzahl, Auslastungsquote und Personalanzahl, Korrelationen

	Burn-out	
	r_s	p-Wert
Harte Klinikmerkmale:		
Bettenanzahl	0,110	0,634
Auslastungsquote	-0,120	0,606
Personalanzahl absolut	0,206	0,369

 r_s =Spearman Korrelation**ZUSAMMENFASSUNG**

Wie erwartet, zeigten sich in diesem Abschnitt bereits im Rahmen der deskriptiven Statistik deutliche Unterschiede zwischen Kliniken in Burn-out-Ausmaß sowie im Sozialkapital. Die Varianz war für diese Merkmale signifikant. Es gibt also Unterschiede im Sozialkapital- und im Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Kliniken. Selbst unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Position der Mitarbeiter innerhalb der Kliniken – sowie ihres individuell unterschiedlich ausgeprägten Ausmaßes an Zeitdruck und Autonomie bei der Arbeit – persistierten die Unterschiede zwischen Kliniken im Burn-out-Ausmaß. Sie reichen folglich nicht aus, um die Unterschiede vollständig aufzuklären. Das Sozialkapital der Organisationen (und die Sinnhaftigkeit) leisten einen substanziellen Beitrag zur Varianzaufklärung mit einem Anteil von mehr als 60%. Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital der Organisationen und dem Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Rehabilitationskliniken.

8.1.4 Berufsgruppenbezogene Analyse³⁶

In diesem dritten Teilabschnitt werden Ergebnisse der Analyse zu den Berufsgruppen dargelegt. Zunächst werden die Teilpopulationen anhand der unterschiedlichen Verteilung von Geschlecht, Alter und Position³⁷ vorgestellt. Ergänzend sei auf die Verteilung der Mitarbeiter auf die Berufsgruppen (vgl. Abb. 26) im Rahmen der Stichprobenbeschreibung (vgl. Kap. 7.6) verwiesen. Anschließend werden das Burn-out- und das Commitment-Ausmaß sowie die Organisations- und Arbeitsbedingungen näher in den Blick genommen.

Die folgende Tabelle charakterisiert die Teilstichproben anhand der Merkmale Geschlecht, Alter und Position. Es sind gerade mit Blick auf das Verhältnis Frauen/Männer erhebliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zu beobachten. Während das Verhältnis bei den Ärzten annähernd ausgeglichen ist, überwiegen speziell bei den medizinischen Hilfskräften und der Pflege die Frauen (vgl. Tab. 72).

Tab. 72: Berufsgruppen, verteilt nach Geschlecht, Alter und Position

	Geschlecht		Alter in Jahren			Position		
	Angaben in %		Angaben in %			Angaben in %		
	♀	♂	<30	30–50	>50	KF	MFE	OFE
1: Ärzte	44,5	55,5	3,6	44,3	52,1	56,0	22,9	21,1
2: Psychologen/Sozialarbeiter	70,0	30,0	12,2	58,9	28,9	85,6	13,3	1,1
3: Therapeuten	74,7	25,3	16,4	60,9	22,7	86,8	10,9	2,2
4: Pflege	88,6	11,4	12,4	46,0	41,6	79,3	18,9	1,8
5: Medizinische Hilfskräfte	95,5	4,5	17,2	40,3	42,5	87,2	12,8	0,0
6: Verwaltung	84,1	15,9	14,5	45,1	40,5	79,6	93,6	0,9
7: Service/Technik	70,2	29,8	14,5	45,1	40,5	85,5	13,5	0,9

KF=keine Führungsverantwortung, MFE=mittlere Führungsebene, OFE=obere Führungsebene

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen in der Geschlechterverteilung ($\chi^2=175,447$, $p<0,001$) sowie in der Altersverteilung ($\chi^2=87,357$, $p<0,001$). Zudem ist ein signifikanter Unterschied in der Verteilung auf die verschiedenen Positionen festzustellen ($\chi^2=180,952$ $p<0,001$).

³⁶ Eine berufsgruppenbezogene Analyse mit einer Teilstichprobe findet sich bei Ehresmann et al. (2015).

³⁷ Das Merkmal Bildungsgrad entfällt in diesem Abschnitt, da es seinerseits aus der Berufsgruppenzugehörigkeit abgeleitet wurde (vgl. Kap. 7.4).

In den nachfolgenden Schritten sind nun die Ergebnisse der vergleichenden Analysen aufzuzeigen. Es werden jeweils zunächst univariate Mittelwertunterschiede der Berufsgruppen ausgewiesen. Die Mittelwerte werden deskriptiv anhand von Netzdiagrammen präsentiert. Hierbei zeigt die blaue Linie jeweils den berufsgruppenspezifischen Mittelwert an, die rote Linie kennzeichnet den berufsgruppenübergreifenden Mittelwert. Die Befunde der Signifikanztests werden jeweils nachfolgend ausgewiesen. Die Befunde aus Post-hoc-Tests dienen der näheren Spezifikation von Unterschieden zwischen bestimmten Berufsgruppen.

Zunächst werden die Befunde zur zugrunde gelegten Hypothese aufgezeigt: *Das Burn-out-Ausmaß ist zwischen den Berufsgruppen ungleich verteilt.*

Wie bei den übrigen Hypothesen zum Bindungskonzept, so wird auch in diesem Abschnitt die Hypothese auf Basis von Mittelwerten getestet, weil es sich um das höhere Messniveau handelt. Jedoch werden zur Veranschaulichung vorab die Häufigkeiten im Burn-out-Ausmaß, differenziert nach Berufsgruppen, dargelegt (vgl. Abb. 53). Diese wurden auf Basis des Cut-Off-Wertes von ≥ 50 Punkten gebildet und hängen insofern von diesem Kriterium ab.

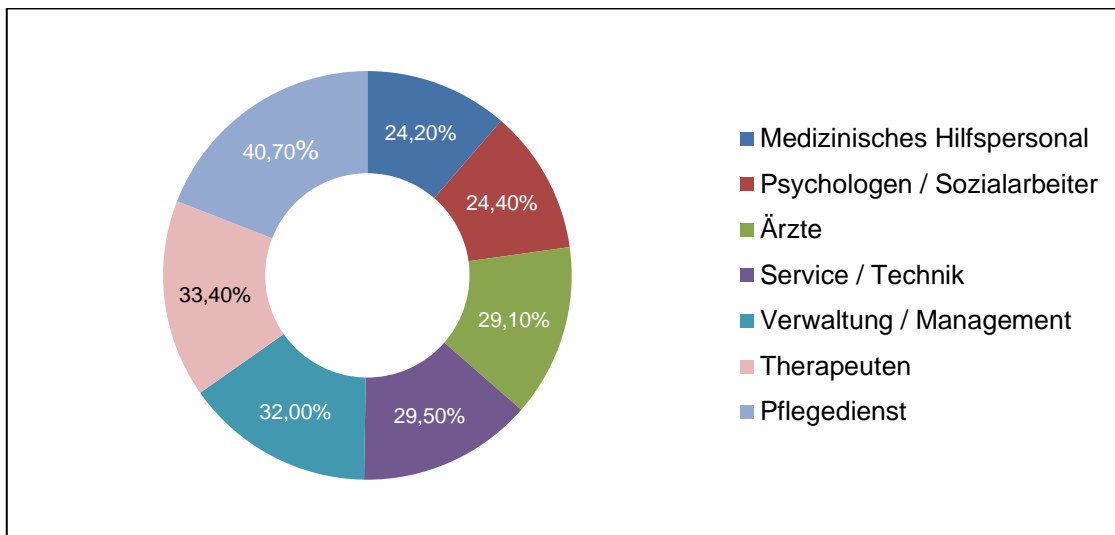


Abb. 53: Burn-out im Berufsgruppenvergleich (Häufigkeiten)

Unter den Pflegekräften finden sich mit einem Anteil von 40,7% die meisten Burn-out-Fälle, die wenigsten Fälle finden sich beim medizinische Hilfspersonal sowie den Psychologen und Sozialarbeitern. Prinzipiell besteht eine Abhängigkeit zwischen der Berufsgruppenzugehörigkeit und der Burn-out-Prävalenz ($\chi^2=20,701$; $p=0,002$).

Abbildung 54 zeigt das Burn-out-Ausmaß differenziert nach Berufsgruppen in den Rehabilitationskliniken anhand des Netzdiagramms. Dieses veranschaulicht die unterschiedlichen Burn-out-Mittelwerte der Berufsgruppen anhand der blauen Linie. Die rote Linie kennzeichnet, wie bereits erläutert, das mittlere Burn-out-Ausmaß über alle Berufsgruppen, welches 39,11 beträgt.

Die Pflege hebt sich als Berufsgruppe mit dem stärksten Burn-out-Ausmaß hervor mit einem Wert von 44,04. Das Ausmaß übersteigt nicht nur den Durchschnitt, es ist zugleich höher als bei allen übrigen Berufsgruppen. Auffällig ist der besonders niedrige Wert bei den Ärzten mit 35,68 Skalenpunkten. Der globale Signifikanztest zeigt an, dass es abweichende Mittelwerte zwischen den Berufsgruppen gibt ($p < 0,001$, $F = 5,614$, Levene-Test=0,091). Der globale Test auf Mittelwertunterschiede im Burn-out-Ausmaß blieb unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Position signifikant ($p < 0,001$, $F = 4,563$, Levene-Test=0,040).

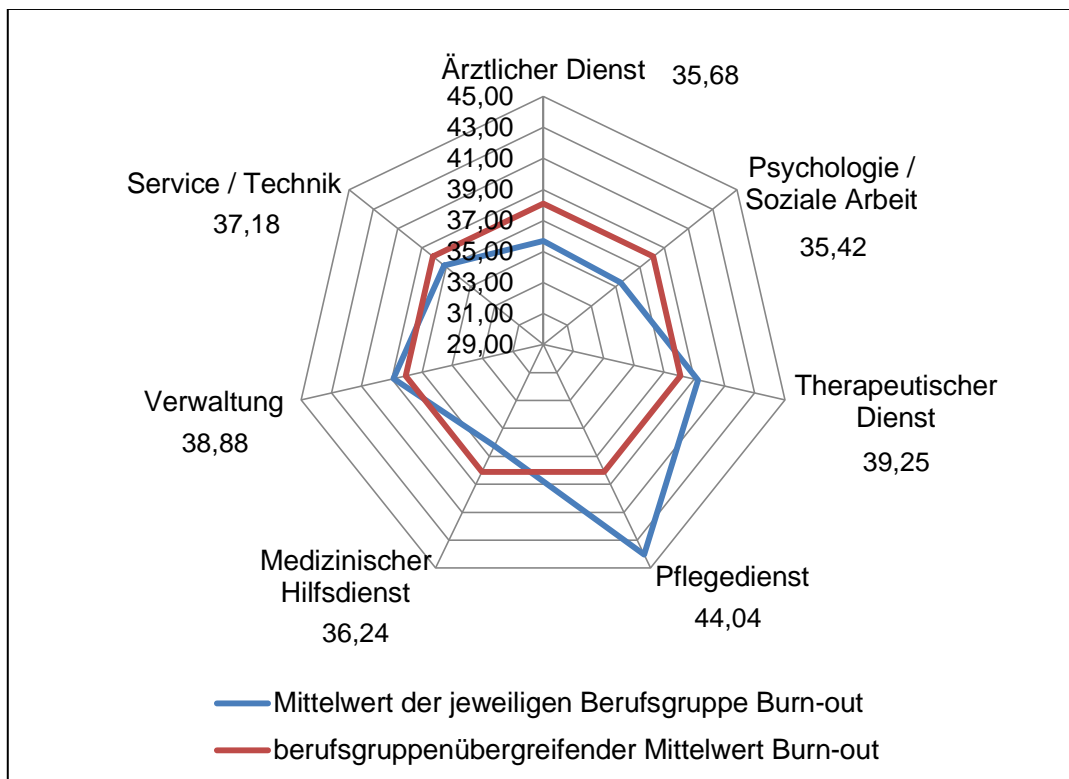


Abb. 54: Burn-out im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte)

Tab. 73: Burn-out: Vergleich der Pflege mit übrigen Berufsgruppen, Post-hoc-LSD-Test

	Burn-out	Mittlere Differenz	Standardfehler	p-Wert
Pflege	Ärzte	8,358	1,947	<0,001
	Psychologen/Sozialarbeiter	8,623	2,448	<0,001
	Therapeuten	4,789	1,428	0,001
	Medizinische Hilfskräfte	7,802	2,110	<0,001
	Verwaltung	5,159	1,557	0,001
	Service/Technik	6,864	1,601	<0,001

Weiterführende Post-hoc-Tests legen dar, zwischen welchen Berufsgruppen signifikante Unterschiede bestehen. Sie verweisen auf einen Unterschied zwischen dem Burn-out-Ausmaß der Pflegekräfte und allen übrigen Berufsgruppen. Die Mittelwertdifferenz zu den Ärzten stellt sich, wie auch zu den Psychologen bzw. Sozialarbeitern, als besonders ausgeprägt dar, am geringsten ist im Mittel die Abweichung von den Therapeuten sowie den Mitarbeitern der Verwaltung (vgl. Tab. 73).

Zwischen den übrigen Gruppen ergaben sich jeweils keine statistisch signifikanten Unterschiede im mittleren Burn-out-Ausmaß, weshalb auf eine detaillierte Darstellung verzichtet wird. Die Berufsgruppe Pflege wird im Rahmen der weiteren Ausführungen als Referenz betrachtet.

Im Folgenden werden Unterschiede in Bezug auf das Commitment und schließlich auf das Sozialkapital und die Arbeitsbedingungen in Augenschein genommen.

Abbildung 55 illustriert das Ausmaß des Commitments für die Berufsgruppen sowie das durchschnittliche Commitment auf Ebene der Berufsgruppen. Auch hier fällt die Berufsgruppe Pflegekräfte auf, weil sie ein deutlich niedrigeres Commitment aufweist als die übrigen Berufsgruppen. Gerade der Bereich Verwaltung und Service/Technik – also Personal, das nicht an Kernprozessen beteiligt ist – präsentiert sich als die Berufsgruppe mit der höchsten emotionalen Bindung.

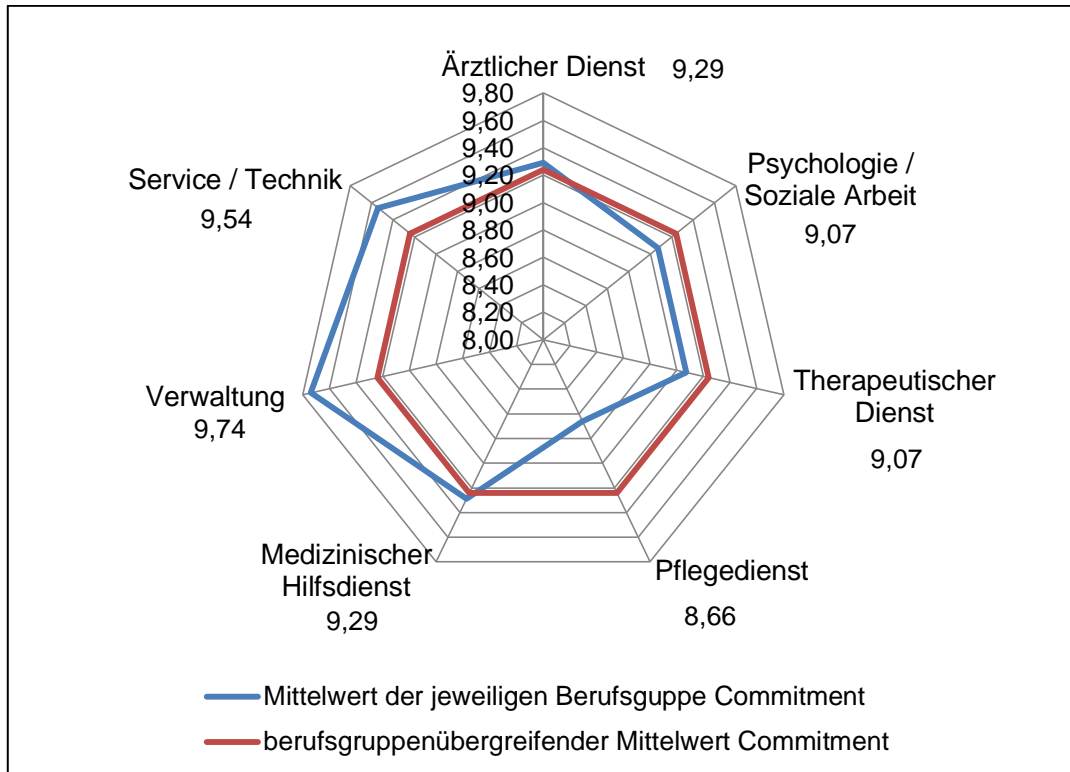


Abb. 55: Affektives Commitment im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte)

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen bezogen auf das Ausmaß an Commitment ($p < 0,001$, $F = 5,348$, Levene-Test = 0,472). Der globale Test auf Mittelwertunterschiede im Commitment-Ausmaß blieb nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und Position signifikant ($p < 0,001$, $F = 5,771$, Levene-Test 0,094).

Tab. 74: Affektives Commitment im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-LSD-Test

	1	2	3	4	5	6	7
1: Ärzte	-	n.s.	n.s.	0,018	n.s.	n.s.	n.s.
2: Psychologen/Sozialarbeiter	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	0,043	n.s.
3: Therapeuten	n.s.	n.s.	-	0,031	n.s.	0,001	0,024
4: Pflege	0,018	n.s.	0,031	-	0,029	<0,001	<0,001
5: Medizinische Hilfskräfte	n.s.	n.s.	n.s.	0,029	-	n.s.	n.s.
6: Verwaltung	n.s.	0,043	0,001	<0,001	n.s.	-	n.s.
7: Service/Technik	n.s.	n.s.	0,024	<0,001	n.s.	n.s.	-

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05

In den Post-hoc-Tests zeigen sich signifikante Unterschiede im Commitment zwischen der Pflege und allen übrigen Professionen – abgesehen von den Psychologen/Sozialarbeitern. Auch zwischen anderen Berufsgruppen, z. B. der Verwaltung und den Therapeuten, sind signifikante Unterschiede im Commitment feststellbar (vgl. Tab. 74).

Eine weitere Analyse wurde entsprechend für das Sozialkapital-Ausmaß durchgeführt (vgl. Abb. 56). Erneut fällt das Augenmerk auf die Pflegekräfte, die ein deutlich niedrigeres Sozialkapital als ihre Kollegen aufweisen. Im Gegensatz dazu verorten sich bspw. gerade die befragten Ärzte, daneben die Psychologen/Sozialarbeiter, über dem berufsgruppenübergreifenden Durchschnittswert von 54,89.

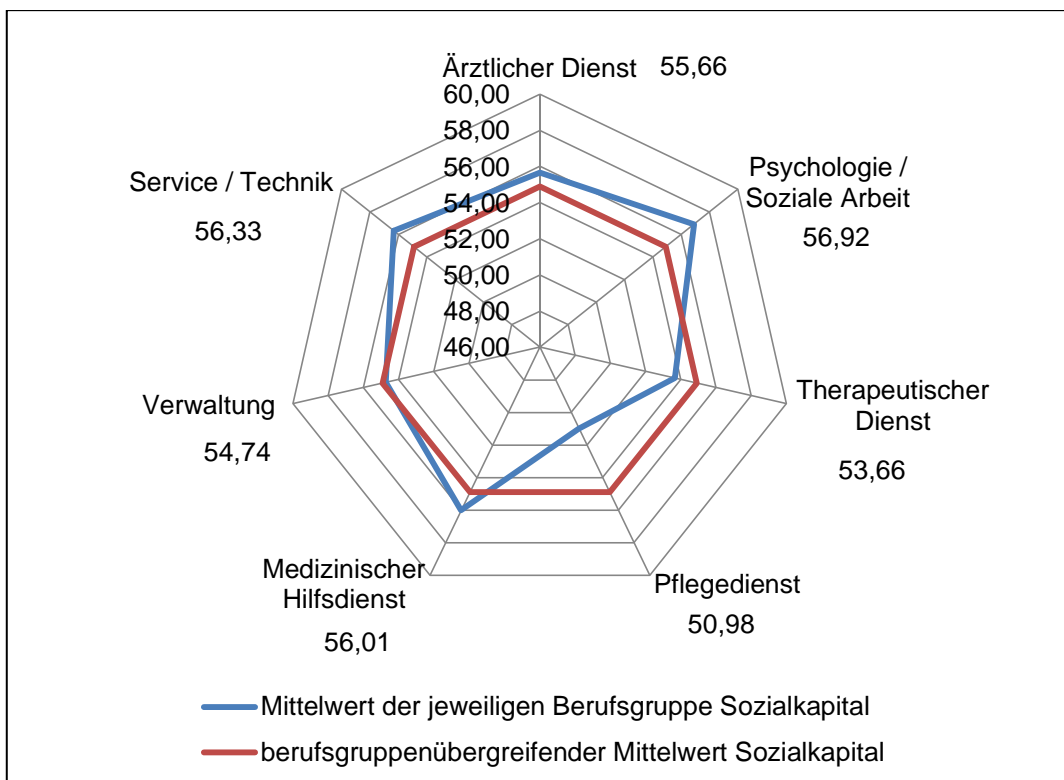


Abb. 56: Sozialkapital im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte)

Der Hypothesentest zeigt einen signifikanten Unterschied im Sozialkapital der Berufsgruppen an ($p < 0,001$, $\chi^2 = 29,327$, Levene-Test = $< 0,001$). Ein signifikanter Unterschied im Sozialkapital-Ausmaß blieb unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Position signifikant ($p < 0,001$, $F = 4,293$, Levene-Test = $0,010$). Post-hoc-Tests decken Unterschiede zwischen der Pflege und allen übrigen Gruppen auf (vgl. Tab. 75).

Tab. 75: Sozialkapital im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-T-Tests

	1	2	3	4	5	6	7
1: Ärzte	-	n.s.	n.s.	0,003	n.s.	n.s.	n.s.
2: Psychologen/Sozialarbeiter	n.s.	-	n.s.	0,003	n.s.	n.s.	n.s.
3: Therapeuten	n.s.	n.s.	n.s.	0,013	n.s.	n.s.	0,021
4: Pflege	0,003	0,003	0,013	-	0,003	0,004	<0,001
5: Medizinische Hilfskräfte	n.s.	n.s.	n.s.	0,003	-	n.s.	n.s.
6: Verwaltung	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	n.s.	-	n.s.
7: Service/Technik	n.s.	n.s.	0,021	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05

Tabelle 76 präsentiert die Mittelwertunterscheide in Bezug auf die drei einzelnen Sozialkapitalfaktoren zwischen den Berufsgruppen auf deskriptiver Ebene. Die nachfolgende Tabelle demonstriert, dass die Merkmale Führung, Beziehungsklima und Kultur zwischen Berufsgruppen signifikant variieren (vgl. Tab. 77). Ein signifikanter Mittelwertunterschied findet sich bei gleichzeitiger Kontrolle von Alter, Geschlecht und Position in Bezug auf die Führung, das Beziehungsklima und die Organisationskultur (p-Werte je <0,001, $F=4,336/5,716/8,764$, Levene-Test= $0,100/0,044/0,009$).

Der Mittelwert der Pflege im Führungskapital weicht signifikant von den Ärzten ($p<0,001$), den Psychologen/Sozialarbeitern ($p=0,043$), der Verwaltung ($p=0,010$) sowie dem Bereich Service/Technik ($p=0,001$) ab. Von den Therapeuten ($p=0,054$) und den Medizinischen Hilfskräften ($p=0,103$) weicht er nicht signifikant ab.

Die Pflegekräfte unterscheiden sich im Beziehungsklima signifikant von den medizinischen Hilfskräften ($p=0,015$), den Therapeuten ($p=0,022$) und den Psychologen/Sozialarbeitern ($p<0,001$). Die Mittelwerte der Pflege sind durchweg niedriger als bei diesen Gruppen. Von den Ärzten ($p=0,313$), der Verwaltung ($p=0,115$) sowie dem Bereich Service/Technik ($p=0,203$) unterscheidet sie sich nicht signifikant.

Tab. 76: Sozialkapitalfaktoren im Berufsgruppenvergleich, deskriptive Statistiken

		n	M	SD
Führung	Ärzte	162	21,10	6,65
	Psychologen/Sozialarbeiter	85	19,36	6,83
	Therapeuten	480	18,47	6,34
	Pflegedienst	378	17,53	7,64
	Medizinische Hilfskräfte	132	18,78	7,10
	Verwaltung	342	19,00	7,53
	Service/Technik	317	19,49	7,42
	gesamt	1896	18,84	7,17
Beziehungsklima	Ärzte	164	18,91	6,19
	Psychologen/Sozialarbeiter	87	22,56	6,86
	Therapeuten	492	20,42	5,93
	Pflegedienst	380	19,49	5,88
	Medizinische Hilfskräfte	133	21,00	6,67
	Verwaltung	344	20,24	6,98
	Service/Technik	313	20,09	6,43
	gesamt	1913	20,16	6,35
Organisationskultur	Ärzte	164	15,89	6,42
	Psychologen/Sozialarbeiter	89	15,12	5,16
	Therapeuten	479	14,83	5,29
	Pflegedienst	381	13,88	5,85
	Medizinische Hilfskräfte	130	16,15	6,17
	Verwaltung	339	15,69	6,24
	Service/Technik	307	16,77	6,34
	gesamt	1889	15,30	5,99

n=Fallzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Eine weitere Abweichung der Pflegekräfte besteht in Bezug auf das Wertekapital zu den Ärzten ($p=0,001$), den Therapeuten ($p=0,014$), den medizinischen Hilfskräften ($p<0,001$), der Verwaltung ($p=0,001$) sowie dem Bereich Service/Technik ($p<0,001$), die alle höhere Mittelwerte aufweisen. Die Mittelwerte der Pflege divergieren jedoch nicht von den Psychologen/Sozialarbeitern ($p=0,069$)³⁸.

Tab. 77: Sozialkapitalfaktoren im Berufsgruppenvergleich (Kruskal-Wallis-Test)

	Führungskapital	Beziehungsklima	Organisationskultur
Chi-Quadrat	36,096	30,621	48,384
df	6	6	6
Asymptotische Signifikanz	<0,001	<0,001	<0,001

df=degrees of freedom

Die Arbeitsbedingungen fasst differenziert nach Berufsgruppen die nachfolgende Tabelle 78 zusammen. Es sind Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zu konstatieren. Die Pflegekräfte weisen gemeinsam mit den medizinischen Hilfskräften das niedrigste Ausmaß an Sinnhaftigkeit bei der Arbeit auf. Es zeigt sich zudem, dass die Pflegekräfte im Vergleich zu den übrigen Professionen das höchste Ausmaß an Zeitdruck aufweisen. Pflegekräfte berichten zudem das geringste Ausmaß an Autonomie.

Tab. 78: Arbeitsbedingungen im Berufsgruppenvergleich, deskriptive Statistiken

	Sinnhaftigkeit der Arbeit			Zeitdruck			Autonomie		
	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n
1: Ärzte	6,43	1,74	163	1,15	0,86	166	2,32	0,73	167
2: Psychologen/Sozialarbeiter	6,44	1,74	89	1,07	0,83	90	2,63	0,57	90
3: Therapeuten	6,34	1,71	485	1,11	0,75	490	2,15	0,84	491
4: Pflege	6,00	1,80	377	1,41	0,72	382	2,03	0,86	383
5: Medizinische Hilfskräfte	5,92	1,89	131	0,92	0,72	132	2,17	0,74	132
6: Verwaltung	6,12	1,95	342	1,08	0,81	343	2,31	0,78	344
7: Service/Technik	6,23	6,23	311	1,08	0,81	314	2,23	0,84	315

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung, n=Fallzahl

³⁸ Alle Berechnungen zu den Sozialkapitalfaktoren zwischen den Berufsgruppen basieren auf T-Tests.

Es besteht ein signifikanter Unterschied im Ausmaß an Zeitdruck ($p < 0,001$, $\chi^2 = 64,351$, Levene-Test=0,039), im Ausmaß an Autonomie ($p < 0,001$, $\chi^2 = 55,894$, Levene-Test=0,002) sowie in der Sinnhaftigkeit der Arbeit ($p = 0,018$, $F = 2,563$, Levene-Test=0,243) zwischen Berufsgruppen.

Mittelwertunterschiede im Zeitdruck ($p < 0,001$, $F = 10,126$, Levene-Test=0,078), im Ausmaß an Autonomie ($p < 0,001$, $F = 9,246$, Levene-Test=0,054) sowie in der Sinnhaftigkeit der Arbeit ($p = 0,002$, $F = 3,418$, Levene-Test=0,243) blieben unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Position signifikant.

Tabelle 79 weist die Ergebnisse der Signifikanztest der Post-hoc-Vergleiche für die Sinnhaftigkeit der Arbeit aus. Pflegekräfte (und medizinische Hilfskräfte) weisen ein signifikant geringeres Ausmaß an Sinnhaftigkeit in ihrer Arbeit auf als die Ärzte, die Psychologen und Sozialarbeiter sowie die Therapeuten.

Die Pflege unterscheidet sich im Zeitdruck zudem von allen anderen Berufsgruppen signifikant (p -Werte $< 0,001$). Sie weicht zugleich im Ausmaß an Autonomie von allen anderen Berufsgruppen, bis auf von den medizinischen Hilfskräften, signifikant ab (p -Werte $< 0,001$; bzw. Service/Technik 0,001). Die p -Werte für die übrigen Kombinationen finden sich in den Anhängen 19 und 20.

Tab. 79: Sinnhaftigkeit der Arbeit im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-LSD-Tests

	1	2	3	4	5	6	7
1: Ärzte	-	n.s.	n.s.	0,012	0,017	n.s.	n.s.
2: Psychologen/Sozialarbeiter	n.s.	-	n.s.	0,042	0,038	n.s.	n.s.
3: Therapeuten	n.s.	n.s.	-	0,007	0,019	n.s.	n.s.
4: Pflege	0,012	0,042	0,007	-	n.s.	n.s.	n.s.
5: Medizinische Hilfskräfte	0,017	0,038	0,019	n.s.	-	n.s.	n.s.
6: Verwaltung	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.
7: Service/Technik	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

angegeben sind die p -Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05

Anhand der Tabelle 80 kann abschließend aufgezeigt werden, dass die Varianz im Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Berufsgruppen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Organisations- und Arbeitsbedingungen im Rahmen einer mehrfaktoriellen Kovari-

anzanalyse nicht mehr signifikant ist ($p=0,435$). Die Varianz auf Ebene der Berufsgruppen ist demnach nicht vom Einfluss anderer Burn-out-Prädiktoren unabhängig.

Tab. 80: Mehrfaktorielle Kovarianzanalyse, Burn-out als Outcome

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	p-Wert
korrigiertes Modell	206978,531 ^a	15	13798,569	42,533	<0,001
konstanter Term	21880,635	1	218802,635	674,434	<0,001
Berufsgruppe	1914,361	6	319,060	0,983	0,435
Geschlecht	3161,579	1	3161,579	9,745	0,002
Alter	87,671	2	43,835	0,135	0,874
Position	65,508	2	32,754	0,101	0,904
Sozialkapital	22552,289	1	22552,289	69,515	<0,001
Sinnhaftigkeit der Arbeit	15847,955	1	1 5847,955	48,850	<0,001
Zeitdruck	23894,151	1	23894,151	73,651	<0,001
Autonomie	5321,036	1	5321,036	16,401	<0,001
Fehler	564173,436	1739	324,424		
gesamt	3472517,361	1755			
korrig. Gesamtvariation	771151,967	1754			

df=degrees of freedom, Levene-Test=0,334

ZUSAMMENFASSUNG

Zwischen den Berufsgruppen zeigen sich signifikante Unterschiede im Burn-out-Ausmaß. Signifikante Unterschiede lassen sich daneben im Bereich des Sozialkapitals, der Arbeitsbedingungen einschließlich der Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie im Ausmaß an Commitment feststellen. Die Pflege fällt als Berufsgruppe mit einem relativ hohen Burn-out-Ausmaß und geringem Commitment bei vergleichsweise ungünstigen Arbeitsbedingungen und einer niedrigeren Ausstattung mit Sozialkapital auf.

8.2 Burn-out, Patientenorientierung und Depressivität

8.2.1 Burn-out und Patientenorientierung

In diesem Abschnitt steht eine betriebsrelevante Fragestellung im Vordergrund: Welche Bedeutung hat Burn-out für die Qualität der Arbeit in den Rehabilitationskliniken? Dieser Outcome ist sowohl für die Klinikleitungen, für die Leistungsträger, als auch für die Rehabilitanden selbst von Bedeutung. Stellen sich hier Zusammenhänge dar, dann dient dies insbesondere zugleich der Legitimation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Für die Qualität der Arbeit in der Rehabilitation stellt das Ausmaß der Einbindung des Patienten eine geeignete Operationalisierung für die Behandlungsqualität dar (vgl. Kap. 5.2, Kap. 6.2.2). Es wurde die folgende Hypothese getestet:

HE1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Burn-out-Ausmaß der mit der Versorgung des Patienten betrauten Kernprofessionen und ihrer Patientenorientierung.

Gemäß der Hypothese wurden ausschließlich die an der Versorgung des Patienten maßgeblich beteiligten Professionen und damit eine spezifische Subpopulation einbezogen: bestehend aus den Ärzten, Psychologen/Sozialarbeitern sowie den Pflegekräften und Therapeuten (n=1.031). In einem multivariaten Modell wurde der Zusammenhang zwischen Burn-out und der Patientenorientierung unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen untersucht. Das Sozialkapital, die Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie das Commitment – zentrale Merkmale des Bielefelder Sozialkapital-Konzeptes, der Grundlage der Dissertation – fanden zusätzlich Berücksichtigung. Kontrolliert wurde der Outcome ferner für Alter, Geschlecht, die Berufsgruppenzugehörigkeit und Position³⁹.

DESKRIPTIVE STATISTIK

Tabelle 81 gibt Auskunft über das Ausmaß an Patientenorientierung in der Stichprobe. Es ist zu erkennen, dass sich die Bewertung der Patientenorientierung mit 5,68 von 8 Punkten in einem mittleren bis oberen Bereich verortet, wobei mit einer Standardabweichung von 2,36 Skalenpunkten eine vergleichsweise hohe Streuung der Messwerte vorliegt. Es ist die »Unterstützung des Patienten beim Verstehen von Informationen, die die Behandlung betreffen« als Item mit dem höchsten Wert von 1,84 Skalenpunkten hervorzuheben. Das Merkmal »Besprechung von Behandlungsalternativen« ist mit 1,24 Skalenpunkten am schwächsten ausgeprägt.

³⁹ Der Bildungsgrad wurde hier sinnvollerweise nicht berücksichtigt, da er sich seinerseits aus der Berufsgruppenzugehörigkeit konstituiert (vgl. Kap. 7.4).

Tab. 81: Patientenorientierung, deskriptive Statistiken

Skala/Items	M	SD	Min	Max	Range	n
Patientenorientierung	5,68	2,36	0	8	0–8	1.031
Hilfe beim Verstehen von Infos	1,84	0,44	0	2	0–2	1.031
Besprechen Behandlungsalternativen	1,24	0,85	0	2	0–2	1.031
Erläuterung von Vor- und Nachteilen	1,27	0,85	0	2	0–2	1.031
Gemeinsame Zielvereinbarungen	1,32	0,83	0	2	0–2	1.031

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Range=Wertebereich, n=Fallzahl

In einer differenzierten Analyse zeigen sich Unterschiede in der Patientenorientierung zwischen den Professionen. Abbildung 57 illustriert diese Unterschiede. Die Ärzte weisen eine deutlich höhere Patientenorientierung auf als die übrigen Berufsgruppen: alle p-Werte sind signifikant <0,001 (T-Tests). Demgegenüber präsentieren die Pflegekräfte eine deutlich geringere Patientenorientierung als die übrigen Berufsgruppen: alle p-Werte sind signifikant <0,001 (T-Tests). Therapeuten und Psychologen/Sozialarbeiter unterscheiden sich nicht signifikant voneinander: alle p-Werte >0,05 (T-Tests).

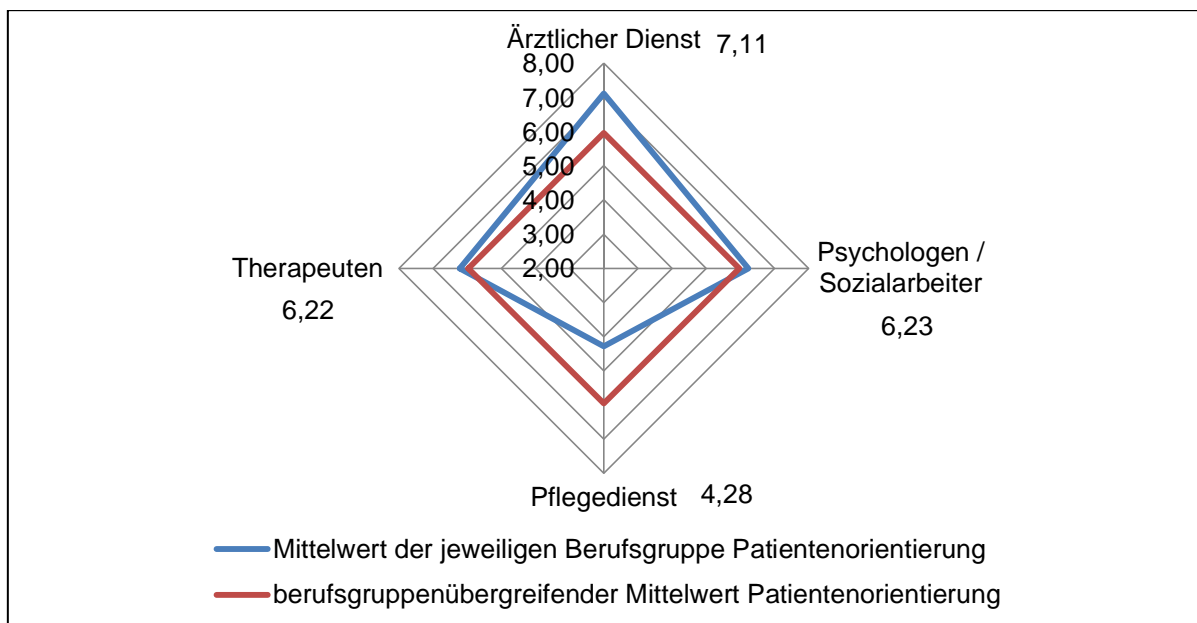


Abb. 57: Patientenorientierung im Berufsgruppenvergleich (Mittelwerte)

Tabelle 82 zeigt, dass das Ausmaß der Patientenorientierung vom Geschlecht und der Position, nicht aber vom Alter abhängig ist.

Tab. 82: Patientenorientierung in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Position

Merkmal	M/(Ränge)	n	Levene-Test	T/F/ χ^2	p-Wert
Geschlecht			<0,001	-5,435 _T	<0,001
weiblich	5,45	762			
männlich	6,32	261			
Alter			0,261	0,684 _F	0,518
<30 Jahre	5,70	138			
30–50 Jahre	5,74	556			
>50 Jahre	5,55	336			
Position im Unternehmen			<0,001	23,19 χ^2	<0,001
keine Führungsverantwortung	5,54 (497,19)	829			
mittlere Führungsebene	5,98 (550,01)	159			
obere Führungsebene	6,92 (689,02)	49			

M=Mittelwert, n=Fallzahl, Index T=T-Teststatistik (T-Test) Index F=F-Teststatistik (Varianzanalyse), Index χ^2 = χ^2 -Teststatistik (Kruskal-Wallis-Test)

Wie die weiterführende Abbildung 58 nahelegt, beruht der vermeintliche Zusammenhang zwischen Geschlecht und Patientenorientierung allerdings auf einer unterschiedlichen Verteilung der Männer und Frauen auf die Professionen.

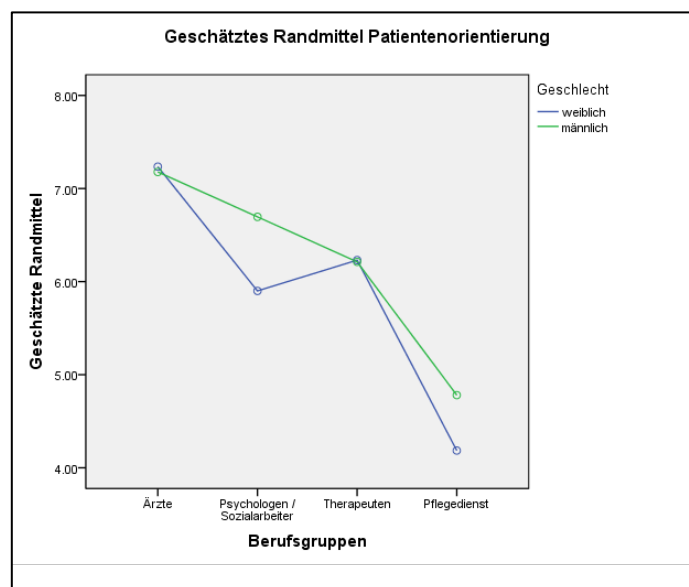


Abb. 58: Patientenorientierung in Abhängigkeit von Berufsgruppe und Geschlecht

Werden beide Merkmale gleichzeitig berücksichtigt, so ist der Haupteffekt des Geschlechts nicht mehr signifikant ($p=0,123$, $F=2,446$), die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe sehr wohl ($p<0,001$, $F=41,879$); eine Wechselwirkung ist nicht signifikant ($p=0,261$, $F=1,366$). Da der Levene-Test mit $<0,001$ signifikant wird, ist das Ergebnis explorativ zu verstehen.

BIVARIATE ANALYSEN

Die folgende Tabelle gibt die Ergebnisse der Korrelationsanalysen in Bezug auf die Patientenorientierung wieder. Das Merkmal hängt negativ mit Burn-out zusammen. Je höher das Ausmaß an Burn-out, desto geringer das Ausmaß an Patientenorientierung. Sozialkapital, Sinnhaftigkeit und Commitment sind mit der Patientenorientierung ebenfalls signifikant assoziiert. Je höher diese Faktoren ausgeprägt sind, desto höher ist das Ausmaß der Patientenorientierung (vgl. Tab. 83).

Tab. 83: Patientenorientierung, bivariate Zusammenhänge

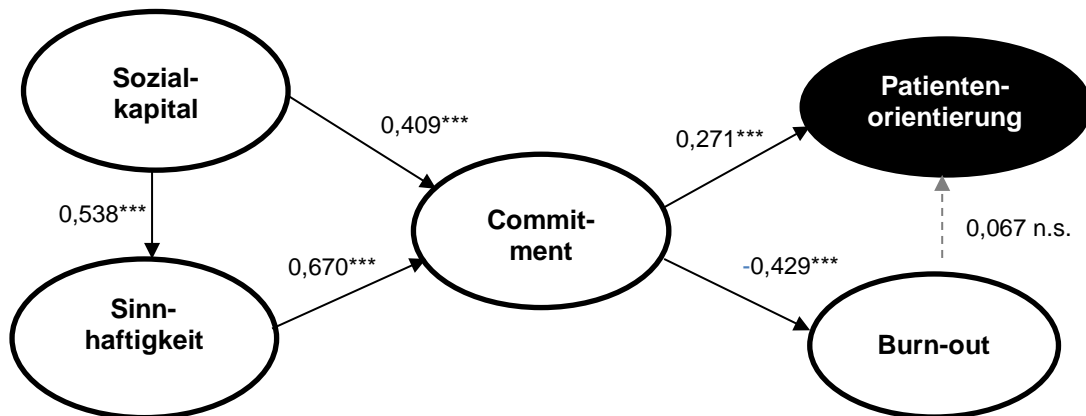
	Patientenorientierung	p-Wert
Burn-out	-0,117	0,001
Commitment	0,241	<0,001
Sozialkapital	0,233	<0,001
Sinnhaftigkeit der Arbeit	0,346	<0,001

MULTIVARIATE ANALYSE

Abbildung 59 skizziert die wichtigsten Ergebnisse aus der multivariaten Analyse. Als Kontrollvariablen fungieren Alter, Geschlecht, Position sowie die Berufsgruppe. Letzgenanntes Merkmal ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Patientenorientierung über die Professionen hinweg ungleich verteilt ist, von besonderer Relevanz. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind nur die wichtigsten Merkmale im Modell dargestellt. Alle zentralen statistischen Parameter finden sich in Tabelle 84. Weitere, hier nicht primär interessierende, Modellparameter finden sich in den Anhängen 21–22.

Auffällig ist der im Vergleich zur bivariaten Analyse (vgl. Tab. 83) nicht mehr fortbestehende Zusammenhang zwischen Burn-out und der Patientenorientierung. Das heißt, dass der ohnehin relativ schwach ausgeprägte Zusammenhang, wie er sich bei den

Korrelationen dargestellt hat, unter Berücksichtigung der übrigen Einflüsse nicht mehr bedeutsam ist bzw. möglicherweise durch Drittvariablen konfundiert wird.



zweiseitig signifikant auf dem Niveau von ***0,001 / ** 0,01 / *0,05; n.s. nicht signifikant

Abb. 59: Patientenorientierung, Strukturgleichungsmodell

Demgegenüber erweisen sich die Bindungsfaktoren (Sozialkapital, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Commitment) als relevant. Ein wichtiges Ergebnis stellt der signifikante Zusammenhang zwischen dem Commitment und der Patientenorientierung dar, mit einem Koeffizienten von 0,271. Je höher die Organisationsbindung der Mitarbeiter, desto höher ist ihre Patientenorientierung.

Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit stehen indirekt mit der Patientenorientierung in einem positiven signifikanten Zusammenhang. Je höher das Sozialkapital, desto höher ist die Patientenorientierung ($\beta=0,186$, $p<0,001$) und je höher die Sinnhaftigkeit, desto höher ist die Patientenorientierung ($\beta=0,162$, $p<0,001$) (vgl. Tab. 84). Diese indirekten Zusammenhänge werden über das Commitment vermittelt, nicht aber über Burn-out (vgl. Tab. 85).

Was darüber hinaus Tabelle 86 dokumentiert, ist, dass den personenbezogenen Merkmalen keine Bedeutung mehr im Hinblick auf die Patientenorientierung beizumessen ist. Weder das Geschlecht, noch das Alter oder die Position in der Organisation sind im multivariaten Modell Prädiktoren hierfür.

Im Vergleich zu den Ärzten bleibt die Rehabilitanden-Orientierung jedoch bei den Therapeuten, den Psychologen und Sozialarbeitern und insbesondere den Pflegekräften schwächer ausgeprägt.

Tab. 84: Patientenorientierung, totale, indirekte und direkte Pfadkoeffizienten

Outcome: Patientenorientierung				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
Burn-out	total	0,067	0,067	-0,005/0,138
	indirekt	-	-	-
	direkt	0,067	0,067	-0,005/0,138
affektives Commitment	total	0,242	<0,001	0,176/0,308
	indirekt	-0,029	0,074	-0,060/0,003
	direkt	0,271	<0,001	0,197/0,345
Sozialkapital	total	0,186	<0,001	0,134/0,239
	indirekt	0,186	<0,001	0,134/0,239
	direkt	-	-	-
Sinnhaftigkeit der Arbeit	total	0,162	<0,001	0,114/0,211
	indirekt	0,162	<0,001	0,114/0,211
	direkt	-	-	-

KI=Konfidenzintervall

Tab. 85: Patientenorientierung, indirekte Pfadkoeffizienten differenziert

Outcome: Patientenorientierung				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95 % KI
Sozialkapital	indirekt total	0,186	<0,001	0,134/0,239
	via Co	0,110	<0,001	0,076/0,145
	via Sinn, Co	0,097	<0,001	0,065/0,130
	via Co, BO	-0,012	0,078	-0,025/0,001
	via Sinn, Co, BO	-0,010	0,080	-0,022/0,001
Sinnhaftigkeit	indirekt total	0,162	<0,001	0,114/0,211
	via Co	0,181	<0,001	0,127/0,236
	via Co, BO	-0,019	0,077	-0,040/0,002

Co=(affektives) Commitment, Sinn=Sinnhaftigkeit der Arbeit, BO=Burn-out, KI=Konfidenzintervall

Tab. 86: Patientenorientierung und personenbezogene Merkmale, Pfadkoeffizienten

Outcome: Patientenorientierung					
direkte Pfade	B	p-Wert	β	p-Wert	95 % KI
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	0,134	0,110	0,049	0,109	-0,011/0,109
Alter <small>Referenz < 30 Jahre</small>					
30-50 Jahre	0,020	0,855	0,008	0,855	-0,080/0,096
> 50 Jahre	-0,017	0,888	-0,007	0,888	-0,099/0,085
Position <small>Referenz keine Führung</small>					
mittlere Führungsebene	0,162	0,106	0,049	0,105	-0,010/0,109
obere Führungsebene	0,157	0,281	0,028	0,284	-0,023/0,080
Berufsgruppe <small>Referenz Ärzte</small>					
Psychologen/Sozialarbeiter	-0,419	0,004	-0,091	0,004	-0,153/-0,028
Therapeuten	-0,383	<0,001	-0,159	<0,001	-0,238/-0,080
Pflegekräfte	-1,425	<0,001	-0,571	<0,001	-0,654/-0,488

B=nichtstandardisierter Koeffizient, β=standardisierter Koeffizient; KI=Konfidenzintervall

Das Modell erklärt 29,6% der Varianz der Patientenorientierung, 19,6% der Varianz von Burn-out sowie 91,4% der Varianz von Commitment und 28,9% der Varianz der Sinnhaftigkeit (alle p-Werte <0,001). Das Modell zeigt insgesamt eine sehr gute Passung mit den beobachteten Daten (RMSEA: 0,037 (p=1,000), CFI: 0,934, TLI: 0,931, SRMR: 0,053, $\chi^2/df=2,411$, n=1.020).

ZUSAMMENFASSUNG

Burn-out steht mit dem Qualitätsindikator Patientenorientierung in keinem signifikanten Zusammenhang. Die Mitarbeiterbindung ist ungeachtet dessen – ebenso wie die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Ärzte, das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit – ein wichtiger Treiber der Patientenorientierung. Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit der Arbeit beeinflussen das affektive Commitment und die Patientenorientierung der Kernprofessionen in den Rehabilitationskliniken positiv. Das Modell erklärt rund 30% der Varianz der Patientenorientierung.

8.2.2 Burn-out und Depressivität

Um dem aktuellen Diskurs Rechnung zu tragen, wurde im Rahmen der Analyse untersucht, wie stark Burn-out und Depressivität miteinander zusammenhängen bzw. ob es sich hierbei um unabhängige Merkmale handelt. Das Merkmal Depressivität wurde, wie bereits erwähnt, im LORE-Projekt nicht explizit abgefragt, jedoch konnte eine Skala zum Wohlbefinden genutzt werden, welche den Status eines Depressivitäts-Screeners besitzt. Depressivität ergibt sich demgemäß ab 13 oder weniger Punkten. Burn-out wird entsprechend ebenfalls dichotomisiert. Aus diesem Grund wird in diesem Teilkapitel die folgende Hypothese auf Basis dichotomer Merkmale untersucht:

HE2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Burn-out und Depressivität.

FAKTORENANALYSEN

Anhand von explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalysen wurde zunächst überprüft, ob die Konstrukte Burn-out und Depressivität psychometrisch voneinander abgrenzbar sind (Faktorenanalysen erfordern ein metrisches Messniveau, weshalb hier noch nicht mit binären Konstrukten gerechnet wurde).

Im Rahmen der explorativen Faktorenanalyse demonstrierte das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium mit einem Wert von 0,939 einen starken Zusammenhang zwischen den Items. Die Tabellen 87 und 88 legen allerdings dar, dass zwei Faktoren extrahiert wurden. Faktor 1, auf den die Burn-out-Items laden, erklärt rund 60% der Varianz der Items. Auf dem zweiten Faktor laden die Items zur Depressivität. Ihm ist ein Erklärungsanteil von rund 8% beizumessen.

Tab. 87: Burn-out und Depressivität, explorative Faktorenanalyse

erklärte Gesamtvarianz							
Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen ^a
	gesamt	% der Varianz	kumulierte %	gesamt	% der Varianz	kumulierte %	Gesamt
1	6.853	62,301	62,301	6,532	59,386	59,386	5,893
2	1.165	10,592	72,894	.850	7,726	67,112	5,573
3	.604	5,494	78,388				
4	.471	4,277	82,665				
5	.376	3,417	86,082				
6	.314	2,852	88,933				
7	.298	2,709	91,642				
8	.267	2,426	94,068				
9	.257	2,333	96,401				
10	.214	1,947	98,348				
11	.182	1,652	100,000				
Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse.							
a. Wenn Faktoren korreliert sind, können die Summen der quadrierten Ladungen nicht addiert werden, um eine Gesamtvarianz zu erhalten.							

Tab. 88: Burn-out und Depressivität, rotierte Faktorladungen

Mustermatrix^a			
		Faktor	
		1	2
Burn-out	müde	0,566	0,198
	körperlich erschöpft	0,791	0,043
	emotional erschöpft	0,796	0,037
	ich kann nicht mehr	0,886	-0,024
	ausgelaugt	0,890	0,005
	schwach und krankheitsanfällig	0,761	0,042
Depressivität	froh und guter Laune (rekodiert)	-0,037	0,866
	ruhig und entspannt (rekodiert)	0,056	0,801
	energetisch und aktiv (rekodiert)	0,040	0,830
	frisch und ausgeruht (rekodiert)	0,160	0,687
	Alltag voller interessanter Dinge	0,014	0,710
Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse. Rotationsmethode: Promax mit Kaiser-Normalisierung.			
a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.			

Die Korrelationsmatrix zeigt einen starken Zusammenhang der Faktoren (vgl. Tab. 89).

Tab. 89: Burn-out und Depressivität, Korrelation zur explorativen Faktorenanalyse

Faktor	Burn-out	Depressivität
Burn-out	1,000	0,721
Depressivität	0,721	1,000
Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse. Rotationsmethode: Promax mit Kaiser-Normalisierung.		

In einem weiteren Schritt wurden die beiden Konstrukte im Rahmen von konfirmatorischen Faktorenanalysen untersucht. Hierbei wurden zwei Modelle gegeneinander getestet. Modell 1, bei dem ein Faktor allen Items zugeordnet ist (Generalfaktor); Modell 2, bei dem zwei Faktoren (Burn-out und Depressivität) ihren spezifischen Items zugeordnet sind.

Tabelle 90 stellt die Modellgütekriterien der beiden Varianten und das Ergebnis des χ^2 -Differenz-Tests dar, mit dem die Modelle gegeneinander getestet wurden.

Tab. 90: Burn-out und Depressivität, konfirmatorische Faktorenanalyse, Vergleich

Modelle	RMSEA	p-Wert	CFI	TLI	SRMR	χ^2/df	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-Wert
Generalfaktor	0,156	<0,001	0,827	0,784	0,071	49,146	664,878	1	<0,001
2 Faktoren	0,083	<0,001	0,953	0,940	0,035	14,482			

Es ist zu erkennen, dass das Modell des Generalfaktors die Gütekriterien nicht ausreichend erfüllt. Auffällig sind das RMSEA-, CFI- und TLI-Kriterium, die keine gute Passung mit den empirischen Daten aufzeigen. Ein eindimensionales Konzept aus allen Burn-out- und Depressivitätsitems ist folglich zu verwerfen. Das Modell mit den beiden eigenständigen, aber korrelierten, Konstrukten Burn-out und Depressivität weist dagegen hohe Gütekriterien auf. Es weist zudem eine signifikant bessere Passung mit den beobachteten Daten auf als das erste Modell. Somit verdichtet sich der Befund, dass – zumindest statistisch betrachtet – zwei nicht identische Konstrukte gemessen werden.

DESKRIPTIVE STATISTIKEN

Nachdem im vorherigen Abschnitt aufgezeigt wurde, dass in der vorliegenden Stichprobe die Konstrukte Burn-out und Depressivität nicht das Gleiche messen, soll der Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen im Folgenden näher untersucht werden. Hierfür werden die Cut-Off-Werte für Burn-out und Depressivität herangezogen. Das heißt, dass Burn-out bei mehr als ≥ 50 Skalenpunkten und Depressivität bei < 13 Skalenpunkten gegeben ist. Die folgenden Parameter sind demzufolge von den gewählten Cut-Off-Werten geprägt.

Tabelle 91 gibt einen Überblick der deskriptiven Statistiken. Während bei 32,6% der Befragten Burn-out zu beobachten ist, sind es mit 26,6% etwas weniger Befragte, bei denen Depressivität vorliegt. 67,4% der Befragten weisen kein Burn-out auf und 73,4%, sind nicht depressiv.

Tab. 91: Burn-out und Depressivität (Häufigkeiten)

n	Burn-out	kein Burn-out	Depressivität	keine Depressivität
relativ	32,6 %	67,4 %	26,6 %	73,4 %
absolut	633	1.306	514	1.421
fehlend in %	41 2,1		45 2,3	
gesamt	1.939		1.935	

n=Fallzahl

Tab. 92: Burn-out und Depressivität (Kreuztabelle)

		Burn-out		gesamt
		nein	ja	
Depressivität	Anzahl beobachtet	135	375	510
	erwartete Anzahl	343,5	166,5	510,0
	% innerhalb von Burn-out	10,5 %	60,0 %	26,6 %
keine Depressivität	Anzahl beobachtet	1154	250	1404
	erwartete Anzahl	945,5	458,5	1404,0
	% innerhalb von Burn-out	89,5 %	40,0 %	73,4 %
gesamt	Anzahl	1289	625	1914
	erwartete Anzahl	1289,0	625,0	1914,0
	% innerhalb von Burn-out	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Die Kreuztabelle (vgl. Tab. 92) verbindet die Merkmale miteinander. Es werden beobachtete und erwartete Häufigkeiten zu den Merkmalskombinationen ausgegeben. Stimmen erwartete und beobachtete Häufigkeiten *nicht* überein, kann von einer Abhängigkeit der Merkmalsverteilungen ausgegangen werden (vgl. Rasch 2014, 123). Wie sich der Tabelle entnehmen lässt, weichen beobachtete und erwartete Parameter voneinander ab. Wenn es keinen Zusammenhang zwischen den Merkmalen gäbe,

müssten bspw. bei den Mitarbeitern, die Anzeichen von Burn-out aufweisen, weitaus weniger Mitarbeiter depressiv sein als zu beobachten ist (vgl. Tab. 92).

Die Prozentangaben dokumentieren, dass sich bei 60 % der befragten Mitarbeiter, bei denen Burn-out vorliegt, zugleich Depressivität messen lässt. Ein hoher Anteil der ausgebrannten Mitarbeiter zeigt demnach zugleich Zeichen von Depressivität. Gleichwohl weisen 40 % der Mitarbeiter mit Burn-out keine Anzeichen von Depressivität auf (vgl. Abb. 60, vgl. Tab. 92). Umgekehrt liegt bei den befragten Mitarbeitern, die nicht als ausgebrannt einzustufen sind, in 10,5 % der Fälle Depressivität vor (vgl. Tab. 92).

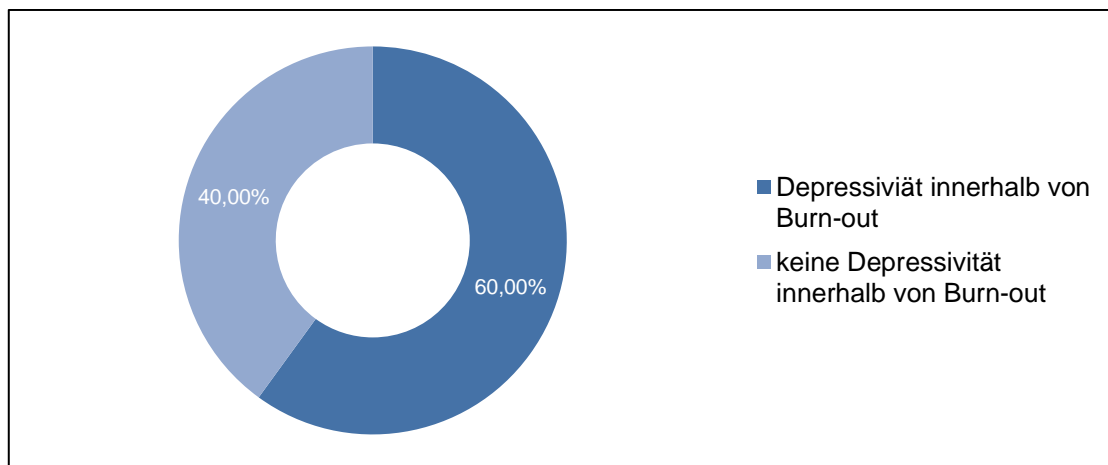


Abb. 60: Von Burn-out betroffene Mitarbeiter mit und ohne Depressivität (Häufigkeiten)

INFERENZSTATISTIK

Mittels eines bivariaten Signifikanztests (vgl. Tab. 93) wurde zunächst getestet, ob die Häufigkeitsverteilungen der Merkmale statistisch unabhängig voneinander sind. Das Testergebnis ist signifikant, das heißt, dass Burn-out und Depressivität miteinander zusammenhängen (nicht unabhängig sind). Der Phi-Koeffizient⁴⁰ verweist auf einen starken Zusammenhang der beiden Merkmale (Wert=0,525 bei einem Wertebereich von 0 bis 1) (vgl. Tab. 94). In einem abschließenden Schritt wurde der Zusammenhang zwischen Burn-out und Depressivität in einer logistischen Regression unter Einschluss personenbezogener Kontrollvariablen betrachtet. Die Tabelle 95 zeigt die Modellgütekriterien, Tabelle 96 die statistischen Parameter zu den Hypothesentests. Die Chance⁴¹ depressiv zu sein, steigt um den Faktor 12,6, wenn Mitarbeiter von Burn-out betroffen sind (OR=12,563, $p < 0,001$).

⁴⁰ Dieser ist nach Rasch et al. (2014, 129) wie ein Korrelationskoeffizient zu interpretieren.

⁴¹ Der Begriff „Chance“ wird hier im statistischen Sinne verwendet.

Tab. 93: Burn-out und Depressivität, Signifikanztest zur Abhängigkeit der Merkmale

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	528,223 ^a	1	<0,001
Kontinuitätskorrektur ^b	525,692	1	<0,001
Likelihood-Quotient	513,287	1	<0,001
Zusammenhang linear-mit-linear	527,947	1	<0,001
Anzahl der gültigen Fälle	1914		

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 166,54.
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Tab. 94: Burn-out und Depressivität, Stärke der Abhängigkeit der Merkmale

Symmetrische Maße			
		Wert	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Phi	0,525	<0,001
Anzahl der gültigen Fälle		1.914	

Tab. 95: Burn-out und Depressivität, multiple Regression (Modellgüte)

Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten				
		Chi-Quadrat	df	Sig.
Schritt 1	Schritt	495,915	7	<0,001
	Block	495,915	7	<0,001
	Modell	495,915	7	<0,001
Modellzusammenfassung				
Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat	
1	1658,725 ^a	0,234	0,341	

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 5, weil die Parameterschätzer sich um weniger als .001 änderten.

df=degrees of freedom, Sig.=Signifikanz

Tab. 96: Burn-out und Depressivität, multiple Regression

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95 % KI	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Burn-out	2,531	0,125	<0,001	12,563	9,837	16,044
Geschlecht Referenz weiblich	0,279	0,155	0,073	1,322	0,975	1,793
Alter 30–50 Jahre Referenz <30 Jahre	0,104	0,196	0,596	1,110	0,756	1,629
Alter >50 Jahre Referenz <30 Jahre	0,078	0,203	0,701	1,081	0,726	1,609
mittlere Führungsebene Ref. keine Führung	-0,010	0,179	0,957	0,990	0,697	1,407
obere Führungsebene Referenz keine Führung	-0,832	0,386	0,031	0,435	0,204	0,928
Bildungsgrad Referenz konventionell	-0,029	0,192	0,880	0,971	0,667	1,414
Konstante	-2,246	0,190	<0,001	0,106		

B=nichtstandardisierter Regressionskoeffizient; S.E.=Standard Error, Sig.=Signifikanz, Exp(B)=OR, KI=Konfidenzintervall

ZUSAMMENFASSUNG

Burn-out und Depressivität sind zwei Merkmale, die in einem starken Zusammenhang stehen. Ein signifikanter Anteil der von Burn-out betroffenen Mitarbeiter weist zugleich Zeichen von Depressivität auf; umgekehrt haben viele Mitarbeiter, die depressiv sind, zugleich Burn-out. Burn-out erhöht die Wahrscheinlichkeit für Depressivität um ein Vielfaches. Aber: nicht jeder, der Burn-out hat, ist depressiv. In Faktorenanalysen konnten die Konstrukte außerdem voneinander abgegrenzt werden.

9 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der empirischen Analyse werden in diesem Kapitel vor dem Hintergrund des Theorieteils der Arbeit entlang der Hypothesen diskutiert. Es werden darüber hinaus methodische Limitationen angesprochen. Das Kapitel enthält zudem praxisrelevante Schlussfolgerungen sowie konkrete Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten sowie eine kurze Zusammenfassung.

9.1 Rückblick und zentrale Botschaften

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, das Phänomen Burn-out aus einer bindungswissenschaftlichen und organisationsbezogenen Perspektive heraus zu erklären. Damit wird eine Erweiterung bisheriger Erkenntnisse angestrebt. Der Zusammenhang zwischen dem Sozialkapital von Organisationen, der emotionalen Organisationsbindung von Mitarbeitern und Burn-out steht dabei im Zentrum der Aufmerksamkeit. Im Speziellen untersucht die vorliegende Arbeit, ob neben arbeitsbezogenen Stressoren von Organisationen ausgehende Bindungskräfte einen Erklärungsbeitrag zum Konzept Burn-out leisten. Unter Bindungskräften wird das Potenzial von Sozialkapital und der Sinnhaftigkeit einer Arbeit verstanden, Mitarbeiter an sich ziehen zu können.

Ausgangspunkt bilden die psychologische Bindungstheorie, Konzepte und Befunde der Commitment-Forschung sowie besonders das den sozialen Neurowissenschaften entlehnte Argument, dass im Menschen, neben einem biologisch angelegten Stress- bzw. Abwehr- und Vermeidungssystem, ein sogenanntes Bindungs- bzw. Annäherungssystem angelegt ist. Erstgenanntes System charakterisiert die Antwort des Menschen auf Stressoren in Form von Abwehr oder Rückzug. Das ebenfalls biologisch determinierte Bindungssystem kennzeichnet den Menschen dagegen als soziales Wesen, das danach strebt, emotionale Bindungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Nicht nur von Stressoren, sondern auch von emotionalen Bindungen hängt folglich die Befindlichkeit eines Menschen ab (vgl. Kap 4.1 und 4.2.1).

Mit dem daran anknüpfenden Bielefelder Sozialkapital-Konzept und der damit verbundenen Bindungsthese werden in der vorliegenden Arbeit die attraktiven Eigenschaften der sozialen Umwelt, bzw. das Sozialkapital von Organisationen, in den Vordergrund gerückt: Werden soziale Beziehungen als positiv erlebt, dann fördert dies das Streben nach bzw. das Verfestigen von emotionalen Bindungen durch Belohnungserfahrungen in Form von positiven Emotionen. Die soziale Umwelt kann somit als eine Quelle von emotionaler Bindung die psychische Gesundheit fördern. Sozialkapital erhöht darüber

hinaus die Sinnhaftigkeit einer Arbeit, die ihrerseits die Mitarbeiterbindung fördert, mit positiven Konsequenzen für die psychische Gesundheit (vgl. Kap. 4.2.2.2).

Die Burn-out-Forschung hat dagegen bisher das Augenmerk auf arbeitsbezogene Stressoren und damit auf einen stresstheoretischen Erklärungsansatz gelegt. Im Theorieteil der vorliegenden Dissertation wurde aufgezeigt, dass in der Burn-out-Forschung seit langem die Auffassung vertreten wird, Burn-out sei die Antwort auf chronische Arbeitsbelastungen. Dieser Standpunkt besteht bis heute fort und findet seine Entsprechung in der öffentlichen Debatte rund um das Thema Burn-out – auch hierzulande. Die Aufmerksamkeit wird dabei auf stressassoziierte Arbeitsbedingungen gelenkt und hierunter vor allem auf eine quantitative Arbeitsüberforderung. Als führendes theoretisches Erklärungsmodell und Grundlage für die empirische Burn-out-Forschung ist gegenwärtig das JD-R-Modell einzustufen. Wie selbst führende Burn-out-Forscher aktuell beanstanden, bleibt das Erklärungsmodell jedoch konzeptionell auf Charakteristika von Arbeitstätigkeiten und Individuen begrenzt und lässt den Einfluss der Organisation außer Acht. Es handelt sich um ein pathogenetisch orientiertes Konzept, das die Entstehung von Burn-out auf ein Missverhältnis von Stressoren und Kontrollmöglichkeiten der Arbeitsaufgabe eines Individuums zurückführt. Die empirische Burn-out-Forschung spiegelt dieses Konzept entsprechend wider (vgl. Kap. 3.3).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte dagegen eine Anwendung des eingangs dargelegten *Bindungskonzeptes* auf die Arbeitswelt und das soziale System von Organisationen mit Bezug zum Thema Burn-out. 21 Rehabilitationskliniken bzw. die an der Befragung teilnehmenden Beschäftigten (n=1.980) bilden das exemplarische Setting zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Bindekraft des Sozialkapitals von Organisationen und Burn-out auf Basis einer quantitativen Sekundärdatenanalyse. Ein Forschungsteilziel bestand darin, den Stellenwert der Organisationskultur für Burn-out innerhalb des Bindungskonzeptes zu ergründen.

Die Ergebnisse der Dissertation enthalten drei fundamentale Botschaften: 1. Auf die Bindung kommt es an: Nicht nur arbeitsbedingte Stressoren, sondern auch die vom Sozialkapital und der Sinnhaftigkeit einer Arbeit ausgehenden Bindungskräfte leisten einen Beitrag zur Erklärung von Burn-out. 2. Nicht nur Merkmale der Arbeitsaufgabe, sondern auch Organisationsmerkmale beeinflussen das Burn-out-Ausmaß. 3. Die Organisationskultur ist das wichtigste Sozialkapitalmerkmal – sowohl als Treiber der emotionalen Mitarbeiterbindung als auch mit Blick auf den Schutz vor Burn-out.

9.2 Sozialkapital und Burn-out – auf die Bindung kommt es an

9.2.1 Burn-out: zwischen emotionaler Bindung und arbeitsbezogenen Stressoren

Die vorliegende Arbeit bestätigt die Hypothese, dass Burn-out nicht nur durch Stressoren, wie eine zeitliche Arbeitsüberforderung, oder Kontrollmöglichkeiten der Arbeitsaufgabe, wie Autonomie, bestimmt wird. Vielmehr hängt es auch vom Grad der emotionalen Organisationsbindung eines Mitarbeiters – dem affektiven Commitment – ab, wie stark er ausgebrannt ist. Je stärker ein Mitarbeiter emotional an seine Organisation gebunden ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser von Burn-out betroffen ist. Der Zusammenhang zwischen der emotionalen Bindung und dem Burn-out-Ausmaß besitzt Gültigkeit, unabhängig davon, ob männliche oder weibliche, führende und geführte, ältere oder jüngere Mitarbeiter sowie Mitarbeiter mit hohem oder konventionellem Bildungsniveau in Betracht gezogen werden.

Dem Stand der Forschung entsprechend (vgl. z.B. Alarcon 2011, vgl. Kap. 3.3.4), bestätigt die vorliegende Arbeit auch die Stress- bzw. Kontrollthese. So finden sich Zusammenhänge zwischen einer zeitlichen Arbeitsüberforderung sowie einem Mangel an Autonomie und Burn-out. Somit lässt sich dieses Konzept auf das Setting medizinische Rehabilitationsklinik transferieren. Doch weder Zeitdruck noch Autonomie weisen einen derart starken Zusammenhang mit Burn-out auf wie die emotionale Mitarbeiterbindung. Dies unterstreicht den Stellenwert der Bindungsthese.

Dieser erste Teilbefund demonstriert, dass Burn-out ein nicht nur stress-, sondern auch bindungsbezogener Outcome ist. Die potenziellen Ursachen von Burn-out sind offenkundig weitreichender, als die traditionelle Burn-out-Forschung und das JD-R-Modell durch die Akzentuierung arbeitsbedingter Stressoren suggerieren. Arbeitsbelastungen und deren Kontrollmöglichkeit in Form von Autonomie leisten einen relevanten, gleichwohl nur bedingten Beitrag zur Erklärung von Burn-out. Verdeutlicht sei dies an einem einfachen, aber anschaulichen Beispiel, das sich aus den Ergebnissen ableiten lässt: Selbst bei gleichem bzw. konstantem Ausmaß an Zeitdruck, wird derjenige Mitarbeiter stärker von Burn-out betroffen sein, der weniger stark emotional an seine Organisation gebunden ist; umgekehrt weist bei gleichem Zeitdruck der Mitarbeiter mit einer hohen emotionalen Organisationsbindung ein geringeres Burn-out-Ausmaß auf. Zeitdruck allein reicht zur Erklärung nicht aus. Gleiches gilt für einen Mangel an Autonomie.

Die Commitment-Forschung hat bislang nur wenige Studien zum Zusammenhang von affektivem Commitment und Burn-out vorgelegt. Studien von Hakanen et al. (2006),

Grawitch et al. (2007), Schmidt (2007) sowie Schmidt und Diestel (2012) belegen dabei einen negativen Zusammenhang mit Burn-out, was den Befund der vorliegenden Dissertation unterstreicht. Hierunter betrachten lediglich Schmidt (2007) sowie Schmidt und Diestel (2012) Commitment allerdings als einen Vorläufer von Burn-out. In ihren Studien legen sie vielmehr das Augenmerk auf eine mögliche Interaktionsfunktion des Commitments im Hinblick auf Arbeitsbelastungen. Daher besteht ihr theoretisches Fundament in erster Linie ebenfalls aus der Stress- und Kontrollthese.

Commitment wird in der Burn-out-Forschung generell als eine mögliche *Folge* von Burn-out eingeordnet (vgl. z.B. Leiter & Maslach 1988, 304; Schaufeli & Salanova 2014, 306). Selbst in systematischen Übersichtsarbeiten zu Burn-out oder Engagement findet Commitment zwar explizit Berücksichtigung, allerdings wird Commitment hier durchweg als ein Outcome von Burn-out verstanden oder als ein Begleitmerkmal, welches ebenso wie Burn-out durch Arbeitsstressoren der Arbeit beeinflusst werde (vgl. Alarcon 2011, 551; Halbesleben 2010, 104; Lee & Ashforth 1996, 123; Schaufeli & Enzmann 1998, 86). Dies zeigt, dass die Denkweise, die Organisationsbindung könnte eine *Ursache* von Burn-out sein, in der Burn-out-Forschung nicht geläufig ist. Zwar haben die Burn-out-Forscher Cherniss und Krantz in den 80er Jahren mit ihrer *qualitativen* Studie durchaus auf die positive Rolle von Commitment als Schutzfaktor vor Burn-out verwiesen (sie fokussieren dabei auf moralische Verpflichtung, eine gemeinsame Identität und den Aspekt der Bedeutsamkeit der Mitgliedschaft in ideologischen Glaubensgemeinschaften) (vgl. Cherniss & Krantz 1983, 198–212), das Thema wurde jedoch offenkundig von der Burn-out-Forschung nicht weiter vertieft.

9.2.2 Burn-out und die Bindekräfte von Sozialkapital und Sinnhaftigkeit

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Erweiterung des Bezugsrahmens von Mitarbeiterbindung und Burn-out vorgenommen. Die Ergebnisse belegen zunächst positive Zusammenhänge zwischen dem Sozialkapital sowie der Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem affektiven Commitment. Je höher das Sozialkapital, desto stärker sind die Mitarbeiter emotional an ihre Organisation gebunden. Und je stärker sie von der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit überzeugt sind, desto höher ist zugleich ihre Organisationsbindung. Vom organisationalen Sozialkapital und der Sinnhaftigkeit der Arbeit gehen sogar starke Bindewirkungen aus. Das Ergebnis steht in Übereinstimmung mit Befunden einer weiteren, deutschen Studie (vgl. Lükermann 2013), in der ein Zusammenhang zwischen Sozialkapitalmerkmalen, der Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem Commitment von Mitarbeitern verschiedener Branchen aufgezeigt wurde.

Das Sozialvermögen einer Organisation ist zugleich für die Sinnstiftung von Bedeutung. Ein weiterführender Befund der Dissertation ist, dass mit einer Verbesserung des Sozialkapitals die Sinnhaftigkeit linear ansteigt. Über diese Beziehung erklärt sich ein substantzieller Anteil des Zusammenhangs von Sozialkapital und der emotionalen Mitarbeiterbindung. Sozialkapital treibt in zweierlei Hinsicht die emotionale Mitarbeiterbindung: einerseits unmittelbar, andererseits indirekt, dadurch dass Sozialkapital Sinn stiftet und die Sinnhaftigkeit einer Arbeit ihrerseits Mitarbeiter emotional bindet.

Das Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den eingangs skizzierten Befunden der Neurowissenschaften: Menschen binden sich als soziale Wesen an andere Menschen. Die soziale Umwelt besitzt demgegenüber Eigenschaften, die auf Menschen anziehend (oder abstoßend) wirken können und auf die Menschen reagieren. Wie sollten also Organisationen beschaffen sein, um Mitarbeiter emotional binden zu können? Angesichts des hohen Zusammenhangs zwischen Sozialkapital und der emotionalen Bindung kann davon ausgegangen werden, dass sich die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Items zum Sozialkapital als Indikatoren für die Attraktivität einer Organisation eignen: Anziehend sind demnach Organisationen, die als mitarbeiterorientiert charakterisiert werden können, in denen Vertrauen und Gerechtigkeit vorherrschen; attraktiv sind Organisationen, in denen ein großer Zusammenhalt zwischen den Organisationsmitgliedern besteht, in denen es gemeinsame Visionen und Ziele gibt, Organisationen, in denen die Mitarbeiter eingebunden sind, wie in eine große Familie, etc. Nicht zuletzt sind es Organisationen, in denen den Mitarbeitern glaubhaft und kontinuierlich das Gefühl vermittelt wird, dass die täglich geleistete Arbeit sinnvoll ist. Hier gehen Mitarbeiter stärkere affektive Bindungen mit ihrer Organisation ein. Ein solches Organisationsprofil spricht offenkundig eine Vielzahl an Mitarbeitern im positiven Sinne an.

Das Ergebnis stimmt konzeptionell mit dem in der Commitment-Forschung angesiedelten Konstrukt des affektiven Commitments von Allen und Meyer (vgl. z.B. Allen & Meyer 1997, vgl. Kap. 4.2.1) überein. Hier wird postuliert, dass Mitarbeiter sich an eine Organisation emotional binden *wollen*, weil sie die Werte der Organisation teilen, sie eine soziale Identität in ihren sozialen Beziehungen finden und sie das Gefühl haben, in das soziale System eingebunden zu sein. Das Ergebnis der vorliegenden Dissertation bekräftigt in Übereinstimmung mit Allen und Meyer (1991, 67), dass Mitarbeiter sich nicht allein aus rationalen Gründen an ihre Organisation binden oder weil sie sich dazu verpflichtet fühlen. Merkmale des sozialen Systems von Organisationen sollten somit viel stärker als bisher auch in der Commitment-Forschung Beachtung finden.

Der Befund fügt sich zugleich in die psychologische Bindungstheorie ein. Menschen suchen und finden in ihrer sozialen Umwelt wichtige Bezugspersonen, die ein Gefühl der Wertschätzung, der Sicherheit und der Zuverlässigkeit vermitteln. Idealerweise sollte sich das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson durch Akzeptanz, Ermutigung, Unterstützung, Trost und Zuwendung auszeichnen (vgl. Bowlby 2014 [1988], 9 und 101). Ainsworth prägte in diesem Kontext das Konzept der Feinfühligkeit, das die Achtsamkeit einer Mutterfigur gegenüber den Signalen eines Kindes, die korrekte Entschlüsselung der Signale ebenso wie die angemessene und unmittelbare Antwort darauf umfasst (vgl. Ainsworth 2009 [1974], 414–412). Die vorliegende Arbeit demonstriert: Treffen Mitarbeiter innerhalb von Organisationen auf Menschen, denen sie vertrauen und von denen sie Unterstützung erfahren, dann binden sie sich emotional an diese. Weiterführend ist zu konstatieren, dass sich Mitarbeiter nicht nur an Menschen binden, sondern vor allem an Werte, Überzeugungen und Regeln.

Die substanzielle Aufklärung der Varianz der emotionalen Mitarbeiterbindung durch das Sozialkapital und die Sinnhaftigkeit einer Arbeit, ist mit 90 % bemerkenswert. Das Ergebnis validiert damit das Konzept der emotionalen Bindungskräfte. Die starke Erklärungskraft der Merkmale verweist auf den Umstand, dass sich ein Großteil der Mitarbeiter von mitarbeiterorientierten und sinnstiftenden Bedingungen angezogen fühlt. Die emotionale Bindung ist folglich ein sozial und – wie die Relevanz der Sinnhaftigkeit einer Arbeit nahelegt – auch kulturell vermitteltes Phänomen (vgl. dazu auch das Kapitel zum Treiber Organisationskultur 9.2.4).

Als wichtigste Erkenntnis der vorliegenden Arbeit ist ungeachtet dessen festzuhalten, dass die emotionale Bindung eine Brücke zwischen dem Sozialkapital und dem Burn-out-Ausmaß schlägt. Je höher das Sozialkapital, desto höher ist die emotionale Bindung – und desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Gleiches gilt in Bezug auf die Sinnhaftigkeit der Arbeit. Je höher diese ausgeprägt ist, desto höher ist die emotionale Bindung – und desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Die emotionale Bindung ist damit ein Bindeglied zwischen kontextuellen und individuellen Merkmalen.

Mitarbeiter binden sich emotional an Menschen und Werte, die in ihnen positive Emotionen wecken und dadurch Energie und Sinn stiften. Für die psychischen (und physischen) Energien des Mitarbeiters ist das emotionale Band somit im positiven Sinne von Bedeutung. Burn-out positioniert sich damit in einem Spannungsfeld zwischen pathogenen Stressoren der Arbeitsaufgabe und salutogenen, emotionalen Bindungserfahrungen, die ihrerseits mit dem sozialen System assoziiert sind. Die Ergebnisse ergänzen

zen das auf Christina Maslach zurückgehende JP-F-Modell, in dem der Stellenwert von Organisationsmerkmalen wie Gemeinschaft oder Gerechtigkeit hervorgehoben wird (vgl. Maslach & Leiter 2008, 501; Leiter & Maslach 2011, 2). Der Stellenwert der emotionalen Bindung, als ein Schlüsselkonzept des Zusammenhangs von Organisationsmerkmalen und Burn-out, bleibt dort jedoch unbeachtet.

Finden Menschen keinen Sinn in ihrer Arbeit, dann leistet dieser Umstand der Entwicklung von Burn-out Vorschub. In den Anfängen der Burn-out-Forschung hat schon Pines (1993) mit ihrem Konzept der »existenziellen Perspektive« auf die Möglichkeit verwiesen, dass Burn-out bei einem Mangel von Sinnhaftigkeit in der Arbeit auftritt. Dieser Umstand wird in der empirischen Burn-out-Forschung bisher jedoch nur von wenigen Forschern in den Blick genommen. Einen negativen Zusammenhang im Sinne der vorliegenden Befunde zeigen Ommen et al. (2008) bei Ärzten sowie Spence-Laschinger et al. (2004) bei Pflegeleitungen in Akutkrankenhäusern. Dass die emotionale Bindung dabei eine besondere Rolle spielt, ist eine weiterführende Erkenntnis der Dissertation.

Mit ihrem motivationalen Ansatz knüpft die vorliegende Arbeit auch an die Engagement-Forschung an. Wie im Theorieteil (vgl. Kap. 3.3.3) aufgezeigt wird, ist das Engagement-Konzept mit motivationalen Prozessen assoziiert. Deutlich stärker als bislang sollte Burn-out mit dem Sozialkapital von Organisationen – und damit mit Faktoren, die die Bindungsmotivation eines Mitarbeiters ansprechen – in Verbindung gebracht werden und nicht ausschließlich mit Stress oder Kontrollmöglichkeiten. Es gilt diese, um es mit dem Begriff von Schaufeli (2015, 18) zu sagen: „Energiequellen“ zu stärken.

Sozialkapital nimmt dabei in vielerlei Hinsicht eine Schlüsselrolle ein. Von ihm geht unmittelbar das Potenzial aus, Mitarbeiter emotional binden zu können sowie die Sinnhaftigkeit der Arbeit zu erhöhen und auch dadurch die emotionale Mitarbeiterbindung zu fördern. Sozialkapital nimmt des Weiteren einen positiven Einfluss auf die stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale: Sozialkapital bewirkt offenkundig, dass Mitarbeiter in Organisationen besser mit den zeitlichen Ressourcen auskommen. Zudem scheint bei hohem Sozialkapital zugleich ein höheres Ausmaß an Autonomie bei der Ausführung der Arbeitsaufgaben möglich zu sein. Damit ist es indirekt selbst über die Arbeitsbedingungen mit Burn-out verknüpft. Vom Sozialkapital geht dadurch insgesamt das stärkste Präventionspotenzial mit Blick auf Burn-out aus – das legen die Ergebnisse nahe.

Zwar findet das Merkmal *soziale Unterstützung* in der Burn-out-Forschung bereits Beachtung (vgl. z. B. Halbesleben 2006). Sozialkapital schließt dagegen das Beziehungsklima insgesamt in einer Organisation ein und bildet durch gleichzeitige Berücksichti-

gung von Organisationskultur und Führung ein viel weitreichendes Konzept, das nicht mit sozialer Unterstützung gleichzusetzen ist. Soziale Unterstützung stellt nach Kawachi (2013, 3) konzeptionell eine *individuelle* Ressource dar und keineswegs ein Organisationsmerkmal wie das Sozialkapital, das als *kollektives* Gut zu begreifen ist. Während soziale Unterstützung in der Burn-out-Forschung als eine solche individuelle Ressource und zugleich im Sinne eines Stresspuffers betrachtet wird (vgl. Kap. 3.3.3), ist der Aspekt in der vorliegenden Arbeit eingebettet in das umfassendere Sozialkapital-Konzept, das durch die Verknüpfung mit der emotionalen Mitarbeiterbindung als ein *kollektives Bindungsmerkmal von Organisationen* zu verstehen ist.

Hervorzuheben ist zudem der Umstand, dass das Bindungskonzept allein mit einem Anteil von 20% bereits einen substanziellen Anteil der Varianz von Burn-out aufklärt. Zeitdruck und Autonomie erklären lediglich einen zusätzlichen Anteil von etwa 7%. Dies unterstreicht noch einmal, dass es nicht nur auf Merkmale der Arbeitsaufgabe, sondern wesentlich auf die Organisationsbedingungen und die Sinnhaftigkeit der Arbeit ankommt. Das Modell leistet insgesamt mit einem Anteil erklärter Varianz von rund 30% einen hohen Beitrag zur Erklärung des vielschichtigen Phänomens Burn-out bzw. zur Erklärung der psychischen und physischen Erschöpfung.

9.2.3 Zum Stellenwert der Organisation

Mit dem Stellenwert des Sozialkapitals kam im vorherigen Abschnitt bereits zum Ausdruck, dass Organisationsbedingungen einen starken Zusammenhang mit Burn-out aufweisen. Noch stärker als die bisherigen Ergebnisse bekräftigen indes die Ergebnisse der Klinikvergleiche (vgl. Kap. 8.1.3) den Stellenwert der Organisation und mit ihr die Rolle des Sozialkapitals im Hinblick auf Burn-out.

Ein erster zentraler Befund besteht darin, dass sich Organisationen systematisch im Burn-out-Ausmaß unterscheiden. So weicht das Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Rehabilitationskliniken signifikant voneinander ab. Es ist demzufolge nicht unerheblich, in welcher Organisation ein Mitarbeiter tätig ist. In einigen Rehabilitationskliniken weisen Mitarbeiter ein grundlegend höheres Burn-out-Risiko auf als in anderen Kliniken. Dieser Umstand ist nicht zufällig bedingt. Vielmehr kommt dabei der Stellenwert des Kontextes, in dem sich die Mitarbeiter bewegen, zum Ausdruck.

Die Kliniken verfügen zugleich über ein unterschiedliches Sozialvermögen. Die Qualität der Organisationskultur, der Mitarbeiterführung sowie das Beziehungsklima sind zwischen den medizinischen Rehabilitationskliniken ungleich stark ausgeprägt. Dieser Umstand entspricht der in der betrieblichen Sozialkapitalforschung vertretenen Auffas-

sung, dass Sozialkapital vor allem als ein *kollektives* Gut zu verstehen ist (vgl. Badura 2013b, 26f.). Tatsächlich kann zudem die Sinnhaftigkeit der Arbeit als Organisationsmerkmal begriffen werden – mit systematischen Unterschieden in der Ausprägung zwischen den Rehabilitationskliniken. Das Ergebnis lässt sich u.a. durch den starken Zusammenhang zwischen der Sinnhaftigkeit der Arbeit und dem Sozialkapital einer Organisation begründen, der in der Dissertation aufgezeigt wird.

Ein erster Anhaltspunkt zur Erklärung der Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen den Kliniken ergab sich vor allem mit Blick auf das organisationale Sozialkapital. So wird bereits bei den deskriptiven Organisationsvergleichen deutlich, dass es gerade die Kliniken mit hohem Sozialkapital sind, bei denen das Burn-out-Ausmaß am niedrigsten ist. Weiterführend wurde nachgewiesen, dass ein starker negativer Zusammenhang zwischen dem organisationalen Sozialkapital und dem Burn-out-Ausmaß der Kliniken besteht. Mit steigendem Ausmaß an Sozialkapital sinkt folglich das Burn-out-Ausmaß der Mitarbeiter in einer Rehabilitationsklinik. Mitarbeiter, die in Kliniken mit hohem Sozialkapital tätig sind, haben damit ein geringeres Burn-out-Risiko als Mitarbeiter in Kliniken mit durchschnittlichem oder gar niedrigem Sozialvermögen.

Sozialkapital erklärt als Kontextmerkmal mehr als 60% der Varianz von Burn-out auf Ebene der Kliniken. Damit sind es die vertikalen und horizontalen sozialen Beziehungen sowie gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln, die das Burn-out-Ausmaß auf Ebene der Kliniken prägen. Sie leisten einen substanziellen Beitrag zur Erklärung von Unterschieden im Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen.

Die Befunde zu den Organisationsbedingungen unterstützen damit die im vorherigen Abschnitt dargelegten Erkenntnisse zum Zusammenhang von Sozialkapital und Burn-out. Das Ergebnis liefert einen Hinweis darauf, wie das Burn-out-Niveau in einer Organisation gesenkt werden kann: durch eine Verbesserung des Sozialkapitals. Die Befunde regen an, nicht nur individuelle Risikofaktoren zu betrachten. Stattdessen sollte die Organisation, als ein Energiepotenzial, Berücksichtigung finden. In Bezug auf das breit angewendete JD-R-Modell ergibt sich der Auftrag, nicht nur Tätigkeitsmerkmale mit Burn-out in einen Kontext zu stellen. Die vorliegende Arbeit demonstriert vor diesem Hintergrund, dass sich immaterielle, soziale Vermögenswerte von Organisationen operationalisieren lassen und mit Burn-out in Verbindung zu bringen sind.

9.2.4 Auf die Organisationskultur kommt es an

In empirischen Studien aus der betrieblichen Sozialkapitalforschung stellt sich die Organisationskultur als herausragender Treiber von Gesundheit dar (vgl. Badura 2013a, 10). Die Forschung zum Zusammenhang von Organisationskultur und Burn-out ist hingegen noch unterentwickelt. Rösing (2011, 102, 105) verweist im Grundlagenwerk »Brennt die Burn-out-Gesellschaft aus?« auf einen Mangel an Studien zu Unternehmenskultur im Kontext Burn-out. In einem aktuellen Sammelband der namhaften Burn-out-Forscher Leiter, Bakker und Maslach (Leiter et al. 2014) mit dem Titel »Burnout at Work« wird hinsichtlich der Merkmale »Werte und Erwartungen« und deren Wechselbeziehung zur Qualität von Führung und sozialen Beziehungen immer noch erheblicher Forschungsbedarf im Kontext von Burn-out bekundet (vgl. Day & Leiter 2014, 73).

Die Ergebnisse der Dissertation bestätigen, dass zwischen der Organisationskultur und Burn-out ein negativer Zusammenhang besteht. Die Qualität der Kultur einer Organisation ist für das Burn-out-Ausmaß der Mitarbeiter demzufolge von Bedeutung. Einige neuere Studien zum Thema aus dem stationären Akutbereich fügen sich in diesen Befund ein (vgl. z. B. Driller et al. 2011; Kowalski et al. 2010a; Ommen et al. 2008; Watts 2013). Mit der Domäne »Werte« gibt auch Maslach anhand ihres JP-F-Modells einen Hinweis auf die Relevanz der Organisationskultur. Sie legt das Augenmerk auf Wertekonflikte an der Schnittstelle Individuum/Organisation (vgl. Leiter & Maslach 2011, 8).

In der vorliegenden Arbeit wurden außerdem Wechselwirkungen mit den übrigen Sozialkapitalfaktoren – Beziehungsklima und Führungskapital – sowie indirekte Bezüge zu Burn-out berücksichtigt. Untersucht wurde im Speziellen, welches der drei Organisationsmerkmale am stärksten mit Burn-out zusammenhängt bzw. wie sich die Organisationskultur gegenüber den übrigen sozialen Organisationsmerkmalen positioniert.

Das Ergebnis, dass die drei Faktoren – Organisationskultur, Führung und Beziehungsklima – miteinander korrelieren, entspricht dabei dem bisherigen Stand der betrieblichen Sozialkapitalforschung (vgl. z. B. Ehresmann 2014, 167; Rixgens et al. 2013, 124). Die Befunde legen nahe, dass die Qualität der Führung und das Beziehungsklima in einer Organisation durch die Organisationskultur beeinflusst werden und umgekehrt. Das Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der Grundannahme, dass es sich um drei Subdimensionen desselben übergeordneten Sozialkapital-Konstrukts handelt.

Neben der Organisationskultur sind das Führungskapital und das Beziehungsklima mit Burn-out verwoben. Je höher die Qualität der Führung und je besser das Beziehungsklima, desto geringer das Burn-out-Ausmaß. Dieses Ergebnis korrespondiert mit ande-

ren Studien, in denen die Beziehung zwischen Vorgesetzten und Weisungsgebundenen oder Kollegen und Burn-out aufgezeigt wird (vgl. Day & Leiter 2014, 61–68).

Spezifisch ist der Befund, dass die Organisationskultur einen stärkeren Zusammenhang mit Burn-out aufweist als die übrigen beiden Sozialkapitalfaktoren. So hängen Führung und Beziehungsklima zwar mit Burn-out zusammen, allerdings ist der negative Zusammenhang zwischen der Organisationskultur und Burn-out deutlich stärker ausgeprägt. Daraus folgt, dass eine Akzentuierung von kollegialer sozialer Unterstützung und Führungsstil relevante Facetten außer Acht lässt. Vielmehr sollte das Augenmerk der empirischen Burn-out-Forschung zukünftig verstärkt auf *gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln*, auf Vertrauen, auf Teamgeist auf das Gefühl der Zugehörigkeit und auf gemeinsame Visionen und gemeinsame Ziele gelegt werden.

Der beachtliche Stellenwert der Organisationskultur, der sich in der vorliegenden Arbeit zeigt, stellt jedoch nicht die Relevanz von Beziehungsklima und Führungskapital infrage. Letztlich stehen die Merkmale ja in Wechselbeziehung zueinander (vgl. Abb. 38): Es sind die Menschen, durch die die Organisationskultur erst gelebt werden kann.

Führungskräfte tragen zudem zwar nicht *direkt* durch eine verstärkte emotionale Bindung der Mitarbeiter zu einem geringeren Burn-out-Ausmaß bei (so legt die vorliegende Arbeit zumindest nahe), aber sie können Sinn stiften und darüber indirekt die Bindung fördern und Burn-out entgegenwirken. Weil Führungskräfte ihrerseits das Beziehungsklima und die Arbeitsbedingungen prägen, ist ihr Verhalten ebenfalls relevant.

Bemerkenswert ist das Ergebnis, dass die Organisationskultur über die emotionale Mitarbeiterbindung mit Burn-out verwoben ist. Es wird damit eine Antwort auf die Frage geliefert, *wie* der Zusammenhang zwischen Kultur und Burn-out näher erklärt werden kann. Verbessert sich die Organisationskultur, dann steigt die emotionale Bindung der Mitarbeiter. Steigt die emotionale Mitarbeiterbindung, dann sinkt zugleich das Burn-out-Ausmaß. Darüber hinaus spielt die Sinnhaftigkeit der Arbeit in diesem Zusammenhang eine Rolle. Denn je besser die Qualität der Organisationskultur, desto eher wird die Arbeit als sinnhaft erlebt. Je stärker diese wiederum ausgeprägt ist, desto größer ist die emotionale Bindung – und desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Damit wird nicht nur aufgezeigt, dass die Sinnhaftigkeit der Arbeit durch ihre Bindewirkung eine Bedeutung für Burn-out hat, sondern dass die Organisationskultur als Sinnstifter dabei ein wichtiger Treiber ist.

Die Organisationskultur weist außerdem einen vergleichsweise starken Bezug zu den stressassoziierten Tätigkeitsmerkmalen auf. Je höher die Qualität der Organisationskultur, desto besser kommen die Mitarbeiter mit den zeitlichen Ressourcen aus, und desto größer ist das Autonomie-Ausmaß. Nach Badura (2017, 7–11 und 41 und 55 und 103f.) schafft Kultur Verbindlichkeiten durch gemeinsame Ziele oder Standards. Damit fördert die Organisationskultur eine verbesserte Selbstorganisation der Mitglieder.

In vielerlei Hinsicht kumulieren sich folglich die verschiedenen Wirkungswege der Organisationskultur zu einem auffallend hohen Potenzial mit Blick auf Burn-out. Die Qualität der Organisationskultur ist für die Mitarbeiterbindung und das Burn-out-Ausmaß in einer Organisation richtungsweisend. Rückblickend ist gerade vor diesem Hintergrund Zweierlei hervorzuheben: dass durchweg gerade die Organisationskultur in den untersuchten Kliniken am schwächsten ausgeprägt ist und dass das Thema Organisationskultur seitens der Burn-out-Forschung und der Commitment-Forschung bis dato zu wenig Beachtung gefunden hat. Es besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

9.2.5 Pflegekräfte: höheres Burn-out-Ausmaß, weniger Sozialkapital und Bindung

Im Rahmen der Untersuchung der Berufsgruppen zeigte sich ein systematischer Unterschied im Burn-out-Ausmaß in Abhängigkeit von der Berufsgruppenzugehörigkeit. Dabei präsentierten sich die Pflegekräfte als eine besonders vulnerable Berufsgruppe. So setzt sich ihr Burn-out-Ausmaß im negativen Sinne von den übrigen Gruppen ab. Keine Profession ist so stark von Burn-out betroffen. Absolut weisen in der befragten Population 40,7% der Pflegekräfte Burn-out auf. In einer vergleichbaren Studie von Zimmermann und Körner (2014) fand sich kein signifikanter Unterschied auf Ebene der Berufsgruppen, wenngleich mit einem Anteil von 32% auch hier überdurchschnittlich häufig die Pflegekräfte berichteten, von Erschöpfung betroffen zu sein. Allerdings war die Studie mit dem Problem eines niedrigen Rücklaufs von 35,6% sowie einer geringen Fallzahl (n=305) behaftet. Gemessen wurde ausschließlich der Grad der emotionalen Erschöpfung, während in der vorliegenden Studie zudem die körperliche Erschöpfung im Burn-out-Konzept enthalten ist. Dies könnte die unterschiedlichen Studienergebnisse erklären.

Durch das Alter, Geschlecht und die Position konnten Unterschiede zwischen Berufsgruppen nicht vollständig aufgeklärt werden. Die vorliegende Arbeit gibt anhand der Vergleiche von Arbeits- und Organisationsbedingungen sowie der emotionalen Bindung folgende Anhaltspunkte: Pflegekräfte fallen vor allem dadurch auf, dass sie ihr

Sozialkapital niedriger als alle anderen Berufsgruppen bewerten. Sie heben sich von den anderen Professionen zugleich dadurch ab, dass sie eine geringere Sinnhaftigkeit in ihrer Arbeit erleben und/oder weniger stark emotional gebunden sind. Sie grenzen sich ferner von allen anderen Berufsgruppen dadurch ab, dass sie am stärksten von Zeitdruck betroffen sind. Das Ausmaß an Autonomie ist zudem lediglich bei den medizinischen Hilfskräften gleichermaßen niedrig. Sie sind mit anderen Worten in allen Bereichen benachteiligt, die sich im Rahmen der Dissertation als relevant mit Blick auf Burn-out erwiesen haben.

Die relativ niedrigere Bewertung des Sozialkapitals könnte der besonderen Stellung der Pflege innerhalb des Kollektivs geschuldet sein: Gerade in Rehabilitationskliniken herrschen aufgrund des bio-psycho-sozialen Behandlungskonzeptes verstärkt interdisziplinäre Abstimmungs- und Kooperationserfordernisse vor (Körner 2011, 2).⁴² Ausgerechnet der Pflege kommt innerhalb des Rehabilitationsteams bei der alltäglichen Umsetzung dieses Konzeptes eine Schlüsselrolle als Vermittler zwischen den Professionen zu, weshalb sie verstärkt gefordert ist, interdisziplinär zu kommunizieren und zu kooperieren (vgl. Hotze & Winter 2011, 552). Die sozialen Beziehungen können speziell durch die spürbar steigende Arbeitsdichte und generell durch eine in Krankenhäusern vorherrschende ausgeprägte Differenzierung der Disziplinen und ihre berufsspezifische Sozialisation konfliktbehaftet sein (vgl. Fitzgerald 2010, 113–118; Körner 2011, 2) und somit besonders Pflegekräfte in medizinischen Rehabilitationskliniken berühren.

Eine mangelnde Bindungskraft, ausgehend von einem Mangel an gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln oder einem defizitären Beziehungsklima, dürften somit besonders die Pflegekräfte spüren. Ärzte, Therapeuten oder Psychologen und die Verwaltungsmitarbeiter arbeiten dagegen viel stärker autonom. Sie sind damit weniger abhängig vom sozialen System. Umso wichtiger ist es, Pflegekräften zu verdeutlichen, wie wichtig ihre Rolle für den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme ist.

⁴² Der folgende Absatz ist wörtlich bzw. sinngemäß übernommen aus Ehresmann et al. (2015, 72f.).

9.3 Diskussion ergänzender Befunde

9.3.1 Zur Verbreitung von Burn-out

Um den Stellenwert des Themas Burn-out in den befragten Rehabilitationskliniken abzuschätzen bzw. die Notwendigkeit, sich prinzipiell mit dem Thema intensiver zu befassen, erfolgte im Rahmen der statistischen Datenanalyse eine Betrachtung der Burn-out-Prävalenz, als auch des Burn-out-Ausmaßes.

An der untersuchten Stichprobe beläuft sich die Prävalenz von Burn-out auf 32,6%, was einen gesundheitswissenschaftlichen Handlungsbedarf nahelegt. Beinahe ein Drittel der befragten, in den Rehabilitationskliniken tätigen, Mitarbeiter ist demnach von Burn-out betroffen. Das Ergebnis ist den Befunden der Studien von Zimmermann und Körner (2014) sowie Körner (2011) ähnlich, in denen das Ausmaß an emotionaler Erschöpfung bei etwa 25 % liegt. Somit verdichten sich die Studienergebnisse zu der Erkenntnis, dass Burn-out ein relevantes Thema in Einrichtungen der stationären Rehabilitation ist und hier Handlungsbedarf besteht.

Das Ergebnis demonstriert eine hohe Leistungsbereitschaft dieser trotz psychischer und physischer Erschöpfung am Arbeitsplatz anwesenden Mitarbeiter. Zugleich signalisiert der Anteil eine starke Verbreitung von Präsentismus in den Belegschaften. Denn diese Mitarbeiter sind in ihrer emotionalen Befindlichkeit sowie in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Präsentismus stellt ein ernstzunehmendes Problem dar. Nach Steinke und Badura (2011, 21 und 71–77 und 104f.) mindert es nicht nur die Arbeitsleistung, sondern kann langfristig die Gesundheit beeinträchtigen und Absentismus bedingen.

Im Mittel beträgt das Burn-out-Ausmaß 39,13 Skalenpunkte und es variiert zwischen den Rehabilitationskliniken. Es ist also bei den Ergebnissen zu berücksichtigen, dass mit Blick auf die Prävention oder Reduktion von Burn-out je nach Rehabilitationsklinik (und Mitarbeiter) mehr oder weniger starker Handlungsbedarf besteht. Allerdings findet sich in keiner der Kliniken ein erstrebenswertes Burn-out-Ausmaß von weniger als 25 Punkten. Das Sozialkapital ist, als ein relevanter Prädiktor für Burn-out, ebenfalls ein, bezogen auf alle Rehabilitationskliniken, verbesserungsfähiger Faktor.

9.3.2 Burn-out und Patientenorientierung

Die Forschung hat hinsichtlich betriebsrelevanter Folgen von Burn-out, wie Absentismus und einer erhöhten Mitarbeiterfluktuation, ein breites empirisches Fundament geschaffen (vgl. z. B. Alarcon 2011; Swider & Zimmerman 2010; vgl. auch Kap. 2.5). Der Zusammenhang zwischen Burn-out und einer verminderten Qualität der Arbeit im Gesundheitswesen wurde ebenfalls in Studien bereits beleuchtet (vgl. Bowers et al. 2011; Van Bogaert et al. 2014), allerdings ist die Forschungslage hierzu noch stark entwicklungsfähig und es fehlen Studien aus Rehabilitationskliniken.

Mit der Untersuchung des Zusammenhangs von Burn-out und der Patientenorientierung bei den Kernprofessionen in der medizinischen Rehabilitation intendiert die vorliegende Arbeit, mögliche Konsequenzen von Burn-out im Setting medizinische Rehabilitation aufzuzeigen. Ein Teilbefund ist, dass die Ärzte die Profession mit der höchsten Patientenorientierung ist. Dieses Ergebnis ist erwartungsgemäß, da Ärzte nach § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX die Verantwortung für die Rehabilitationsmaßnahmen tragen. Ihre Aufgabe ist es, die Behandlung zu planen und in diesem Kontext den individuellen Bedarf zu klären (vgl. Morfeld et al. 2016, 925; Vogel 1998, 118).

Idealerweise sollten jedoch auch die übrigen, behandelnden Professionen eine hohe Patientenorientierung aufweisen, um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen. Dabei fallen erneut die Pflegekräfte durch ein markantes Ergebnis auf: Ihre Patientenorientierung ist im Berufsgruppenvergleich besonders gering. Die Qualität der Betreuung durch diese Berufsgruppe ist demgegenüber für die Patientenzufriedenheit bzw. die patientenseitige Weiterempfehlung einer Klinik relevant (vgl. Haase et al. 2006, 242; Schmidt 2012, 24).

Die zentrale Hypothese eines negativen Zusammenhangs zwischen Burn-out und der Patientenorientierung konnte letztlich in der Dissertation nicht bestätigt werden. Zwar fand sich in der bivariaten Analyse noch ein signifikanter, wenngleich schwacher, Zusammenhang in erwarteter Richtung zwischen den Merkmalen. Im multivariaten Modell war jedoch kein Zusammenhang mehr nachweisbar. Dieser Sachverhalt deutet darauf hin, dass möglicherweise Drittvariablen von Bedeutung sind. In der Burn-out-Forschung liegen bislang lediglich Untersuchungen aus dem akutstationären Bereich zu diesem Thema vor. In den Studien von Bowers et al. (2011) und Van Bogaert et al. (2014) fanden sich signifikante Zusammenhänge, allerdings wurde bspw. die emotionale Bindung als eine Drittvariable in diesen Studien nicht berücksichtigt.

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass die emotionale Mitarbeiterbindung ein relevanter Prädiktor der Patientenorientierung im Modell der vorliegenden Dissertation ist. Je höher die emotionale Bindung der Mitarbeiter, desto höher ist die Patientenorientierung. Die emotionale Bindung könnte somit den Zusammenhang zwischen Burn-out und der Patientenorientierung konfundieren, weil sie einerseits das Burn-out-Ausmaß reduziert, andererseits mit der Patientenorientierung positiv zusammenhängt. In diesem Bereich sollte weiterführend geforscht werden. Mit der emotionalen Bindung hängt unterdessen die Patientenorientierung indirekt auch von den Bindungskräften des Sozialkapitals und der Sinnhaftigkeit der Arbeit ab, weil diese ihrerseits mit der emotionalen Bindung assoziiert sind.

Nicht auszuschließen ist zudem, dass ein möglicher stärkerer Zusammenhang zwischen Burn-out und der Patientenorientierung durch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten abgemildert wird. Empfehlenswert ist es daher, die Qualität der Behandlung in der Rehabilitation durch Konzepte zu erfassen, die möglicherweise weniger anfällig für dieses Phänomen sind. Empfehlenswert ist die Skala zum Qualitätsbewusstsein von Pfaff (2004, 63), weil sie nicht auf die Leistung einzelner Mitarbeiter, sondern auf die Qualität der Versorgung auf Abteilungsebene abstellt. Sinnvoll wäre es zudem, ein objektives Kriterium für die Qualität der Versorgung heranzuziehen und mit dem Burn-out-Ausmaß der versorgenden Professionen in einen Kontext zu stellen.

Das Untersuchungsmodell erklärt unterdessen mit rund 30 % einen bemerkenswerten Anteil der Varianz der Patientenorientierung. Das Bindungskonzept erweist sich damit als ein relevantes Konzept zur Erklärung der Prozessqualität in der Rehabilitation.

9.3.3 Burn-out und Depressivität

Die Dissertation stellt sich dem aktuellen Diskurs zu einer mangelhaften Abgrenzbarkeit zwischen Burn-out und Depressivität. Ein erster Schritt ist bereits im Theorieteil erfolgt, indem der Stand der Forschung zu dieser Problematik aufgearbeitet wurde. Die Autorin schließt sich dem fachlichen Konsens und dem aktuellen Stand der Wissenschaft an, wonach von einer starken Überlappung der Konstrukte auszugehen ist.

Die Ergebnisse der Dissertation zu dieser Fragestellung unterstützen diesen Standpunkt. Zwar wurden mit der Skala Burn-out und der Skala Depressivität statistisch gesehen Konstrukte gemessen, die eigenständig sind. Jedoch zeigte sich in der befragten Population ein starker Zusammenhang zwischen Burn-out und Depressivität. Gleichwohl, so legen die Befunde aus der bivariaten Analyse dar, weist nicht jeder der befragten Mitarbeiter mit Burn-out zugleich Anzeichen einer Depression auf. 40 % von

ihnen, – so legen die Ergebnisse nahe – sind nicht depressiv. Der Zusammenhang ist, wie der Phi-Koeffizient und die Faktorenkorrelationen demonstrierten, hoch, aber nicht perfekt. Dies könnte dem Umstand geschuldet sein, dass möglicherweise noch Frühstadien gemessen werden, weil die anwesenden und nicht die abwesenden Mitarbeiter befragt wurden. Ahola et al. (2005, 55) ziehen auf Basis ihrer Studie das Fazit, dass die Merkmale in Frühstadien noch verhältnismäßig gut auseinander zu halten sind.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit treffen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit damit zugleich auf Mitarbeiter mit Depressivität zu und viele der von Burn-out-Betroffenen sind zugleich depressiv. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Depressivität konnte für die von Burn-out betroffenen Mitarbeiter auf ein 12-faches quantifiziert werden. Zu bedenken ist gleichwohl, dass die Ergebnisse durch die verwendeten Skalen (und deren Cut-Off-Werte) geprägt sind und somit hierdurch auch limitiert werden.

Schlussendlich sind, wie in den Kapitel 2.4 und 2.5 bereits diskutiert wurde, für das Betriebliche Gesundheitsmanagement nicht medizinische Krankheitsdiagnosen individueller Mitarbeiter handlungsleitend, sondern die Befindlichkeit von Mitarbeitergruppen. Es ist nicht die Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, Individuen mit psychischen Erkrankungen zu therapieren und es ist zudem kein Ersatz hierfür. Vielmehr zielt Betriebliches Gesundheitsmanagement nach Badura et al. (2010, 33f.) ja darauf ab, die Bedingungen von Gesundheit zu ergründen und zu verbessern, um somit einen Beitrag zur Prävention auf der Ebene ganzer Belegschaften zu leisten. Fakt ist, dass sich ein großer Anteil der befragten Mitarbeiter der vorliegenden Population ausgelaugt, emotional, körperlich erschöpft, schwach und krankheitsanfällig fühlt und sich am Rande seiner Leistungsfähigkeit befindet. Für die Gesundheitswissenschaftler ist dies ein hinreichendes Signal für Handlungsbedarf.

9.4 Praktische Implikationen

Hervorzuheben ist in erster Linie der Umstand, dass rund ein Drittel der befragten Mitarbeiter angeben, psychisch und physisch erschöpft zu sein. Dieses Ergebnis sollte als ein Frühwarnsignal für ein erhöhtes Burn-out-Risiko gewertet werden. Wird Erschöpfung als zentraler Burn-out-Indikator betrachtet, dann könnten die hier identifizierten Mitarbeiter auf kurz oder lang ein vollständiges Burn-out-Syndrom ausbilden, gekennzeichnet neben der Erschöpfung, durch einen Empathieverlust gegenüber Patienten sowie Kollegen und einer verminderten Arbeitsleistungsfähigkeit. Damit könnten ferner die Versorgungsqualität und mit ihr die Wettbewerbsfähigkeit der Kliniken erodieren. Das Thema Burn-out und mögliche Ursachen sollten daher vom Klinikmanagement

verstärkt in den Blick genommen werden. Die Führung der Kliniken ist schließlich an die Erfüllung der Qualitätsvorgaben der Kostenträger und des Gesetzgebers gebunden (vgl. Augurzky et al. 2011, 34; SVR 2014, 291) und auf die Zufriedenheit der Rehabilitanden angewiesen, wenn es um die Weiterempfehlung einer Klinik geht (vgl. Kockert 2014, 24 und 31; Zimmermann et al. 2014, 220). Absentismus und eine erhöhte Fluktuationsquote als mögliche Folgen von Burn-out sollten ebenfalls Anlass sein, sich mit der Thematik zu befassen. Wirtschaftlicher Druck, Arbeitsverdichtung und Probleme bei der Rekrutierung von Personal stellen aktuelle und zukünftige Herausforderungen in Rehabilitationskliniken dar (vgl. Kap. 6.2.2). Vermeidbare Fehlzeiten und eine erhöhte Fluktuationsbereitschaft aufgrund einer mangelnden Mitarbeiterbindung und aufgrund von Burn-out sind daher abzuwenden.

Bedingt durch Erschöpfung, aber auch durch einen möglichen Verlust an Empathie und durch Entfremdung von den Kollegen, kann das Beziehungsklima in den Kliniken erodieren. Damit wird gerade das Sozialkapital vermindert – eine zentrale Quelle für Mitarbeiterbindung und Gesundheit. Hieraus kann eine Abwärtsspirale entstehen. Eine verstärkte Achtsamkeit für die Gesundheit der Organisationsmitglieder in den Rehabilitationskliniken stellt demzufolge eine Handlungsempfehlung dar – gerade mit Blick auf die betriebsrelevanten Implikationen von Burn-out und das Thema Präsentismus.

Aufgrund der deutlich erkennbaren Unterschiede im Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen empfiehlt es sich, das organisationsspezifische Burn-out-Ausmaß zu ermitteln. Burn-out ist kein unvermeidbarer Zustand. Die Organisation sollte als eine potenzielle Ursache eines hohen bzw. niedrigen Burn-out-Ausmaßes in Betracht gezogen werden. Interventionen, die auf die Verringerung oder Vermeidung von Burn-out abzielen, sollten daher nicht nur auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen gerichtet sein. Sie sollten vielmehr auf die Entwicklung der Organisation, durch Pflege des Sozialkapitals, ausgerichtet sein. Durch die Schaffung attraktiver Organisationsbedingungen Mitarbeiter emotional anzuziehen, sie in das soziale System einzubinden und damit vor Burn-out zu schützen – das ist eine Empfehlung, die sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit ableitet. Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Indikatoren des Sozialkapitals können als konkrete Ansatzpunkte für die Gestaltung einer attraktiven, Organisation herangezogen werden. Dabei sollte besonders an gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln gearbeitet werden, weil die Organisationskultur das stärkste Potenzial besitzt, die emotionale Mitarbeiterbindung, die Sinnhaftigkeit der Arbeit sowie die Arbeitsbedingungen positiv zu beeinflussen. Sie birgt damit zugleich das größte Präventionspotenzial mit Blick auf Burn-out.

Bei Frauen bzw./und Pflegekräften finden sich erhöhte Burn-out-Ausmaße. Beide Gruppen bzw. speziell weibliche Pflegekräfte könnten z.B. in Fokusgruppen genauer zu möglichen Ursachen der Erschöpfung und möglichen Lösungen befragt werden, im Rahmen eines ersten Teilprojektes zum Thema. Gerade Pflegekräfte sind darauf spezialisiert, die Selbständigkeit der Rehabilitanden zu fördern bzw. zu reaktivieren und ihre Lebensqualität zu verbessern, indem sie persönliche und umweltbezogene Ressourcen mobilisieren. Sie leisten hierdurch einen wesentlichen Beitrag zur Förderung des Teilhabeziels einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (§§ 1, 4, 26 SGB IX) innerhalb des Rehabilitationsteams (vgl. Schmidt 2012, 26; Wagner 2012, 5f.). Daher sollte die Führung von Rehabilitationskliniken auf das Leistungspotenzial dieser Gruppe besonders Acht geben.

Die Ergebnisse bekräftigen ungeachtet dessen, dass ein ausreichender Vorrat an zeitlichen und damit an personellen Ressourcen ein wichtiger Schlüssel bei der Burn-out-Prävention in Rehabilitationskliniken ist. Gerade angesichts des absehbar steigenden Bedarfs an rehabilitativen Leistungen im Zuge des demographischen Wandels (vgl. Kap. 6.2.2.) ist die Aufstockung des Personals bzw. der Personalschlüssel in den Kliniken zu diskutieren. Die Ergebnisse sind jedoch ermutigend. Sie deuten an, dass Organisationen durch ein hohes Sozialvermögen selbst bei hohem Zeitdruck das Burn-out-Ausmaß positiv beeinflussen können. Eine Verbesserung von Sozialkapital und den zeitlichen Kapazitäten bietet indes die besten Voraussetzungen für eine gesunde und damit leistungsfähige Belegschaft.

9.5 Grenzen der Ergebnisreichweite

Angesichts der These vom Menschen als einem sozialen Wesen ist anzunehmen, dass das in der vorliegenden Dissertation vorgestellte Konzept über Branchen hinweg konsistent ist und dem Anspruch auf Allgemeingültigkeit standhält. Badura und Ehresmann (2016) kommen in einer Stichprobe aus Mitarbeitern verschiedenster Branchen, bei der der Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur, Mitarbeiterbindung und Gesundheit untersucht wurde, zu vergleichbaren Befunden. Dennoch beschränkt sich die Gültigkeit der Ergebnisse im engeren Sinne auf das untersuchte Setting.

Hierbei ist zu beachten, dass nicht bei allen Befragungen eine ideale Rücklaufquote erzielt wurde (vgl. Tab. 27). Nach Borg (2007, 345) variiert die Zahl der in der Literatur zitierten Rücklaufquoten zwischen 7 und 100%; Quoten zwischen 39 und beinahe 100% seien gängig. Die Höhe des Rücklaufes variierte in der vorliegenden Stichprobe zwischen 30,9 und 69,6%. Der Rücklauf korreliert positiv mit der Bewertung des Sozi-

alkapitals und der Mitarbeiterbindung sowie negativ mit der Bewertung des Burn-out-Ausmaßes auf Ebene der Kliniken ($p < 0,05$). Die mit einem besonders niedrigeren Rücklauf behafteten Kliniken (1, 6 und 17) unterscheiden sich gegenüber den übrigen Kliniken, die einen Rücklauf von nahe 50 % oder mehr aufweisen, lediglich in den Merkmalen Sozialkapital und emotionale Mitarbeiterbindung voneinander ($p < 0,05$). Die Abweichung ist mit je weniger als 1,5 Skalenpunkten dabei allerdings so gering, dass sie als praktisch nicht relevant zu erachten und vernachlässigbar ist. Im Mittel liegt der Rücklauf der Kliniken demgegenüber bei mehr als 50 %, so dass insgesamt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die betrachteten Rehabilitationskliniken als akzeptabel einzustufen ist – gerade weil eine Vielzahl an Rehabilitationskliniken einen Rücklauf von rund oder sogar mehr als 60 % erreichte. Jedoch schränkt die freiwillige Teilnahme an der Befragung die Generalisierbarkeit möglicherweise ein.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gründen auf einer Querschnittstudie, das heißt, dass die als unabhängig bzw. als abhängig definierten und interpretierten Variablen faktisch zeitgleich erfasst wurden. Wenn in der vorliegenden Dissertation Wirkrichtungen unterstellt werden bzw. entsprechend Begrifflichkeiten wie »Einfluss« Verwendung fanden, dann spiegelt dies die theoretisch abgeleiteten Annahmen über Wirkrichtungen wider; diese können allerdings von empirischen Wirkrichtungen abweichen. Kontrollierte, randomisierte Längsschnittstudien können hierzu Auskunft geben.

Erwähnenswert ist der Umstand, dass in der vorliegenden Arbeit mit der Skala »Personal Burnout« keine arbeitsbezogene Erschöpfung im engeren Sinne gemessen wurde, sondern die generelle Erschöpfung des Mitarbeiters. Die »Personal Burnout«-Skala korreliert allerdings stark mit der Skala »Workplace Burnout« ($r = 0,72$) (vgl. Kristensen et al. 2005, 47), so dass eine starke inhaltliche Nähe anzunehmen ist. Der Bezug zum Kontext Arbeit wird in der vorliegenden Dissertation statistisch zudem über die Korrelations- bzw. Regressionsanalysen hergestellt. Es ist anzunehmen, dass die Zusammenhänge mit Burn-out bei Verwendung einer arbeitsspezifischen Burn-out-Skala noch deutlicher hervortreten würden. Insofern wird der Anteil der erklärten Varianz hier möglicherweise sogar unterschätzt.

Demgegenüber ist der von den Entwicklern festgelegte Cut-Off-Wert von ≥ 50 Skalenpunkten der Burn-out Skala kritisch zu hinterfragen. Es handelt sich um einen statistisch festgelegten Wert (vgl. dazu Borritz et al. 2006b, 101). Das Konzept Burn-out schließt dabei selbst solche Mitarbeiter ein, die lediglich *manchmal* von den abgefragten Symptomen betroffen sind. So sind die in dieser Arbeit ausgewiesenen Prävalen-

zen mit Bedacht zu interpretieren. Zwar ist ein Vergleich mit anderen Studienergebnissen bzw. Normwerten möglich, jedoch sollte die Prävalenz eher als ein Frühwarnsignal, denn als Indikator für den tatsächlichen Anteil von Burn-out-Betroffenen verstanden werden. Bei einem Cut-Off-Wert von ≥ 75 Skalenpunkten ergäbe sich jedoch immer noch eine Häufigkeit von rund 10%. Der Wert deutet für sich genommen bereits auf verstärkten Handlungsbedarf hin. Prävalenzen standen in der vorliegenden Arbeit gleichwohl nicht im Mittelpunkt, sondern Zusammenhänge, die auf Basis von Mittelwerten berechnet wurden. Diese sind von den Problemen des Cut-Off-Wertes unberührt.

In der vorliegenden Arbeit wurde u.a. ein Mehrebenenmodell berechnet. Mehrebenenmodelle erfordern in der Regel eine hohe Anzahl einbezogener Cluster. Mit einem Umfang von 21 Kliniken wird der in der Literatur häufig zitierte Faustwert von 30 Clustern (vgl. z. B. Bell et al. 2010, 4057; Hox 2010, 235; Pötschke 2014, 221) bei der Stichprobe der vorliegenden Dissertation nicht voll erreicht. Allerdings wird die notwendige Größe der Cluster kontrovers diskutiert (vgl. Braun et al. 2010, 20) und in sozialwissenschaftlichen Studien sind wiederum hohe Mindestkriterien bezüglich der Stichproben wenig realistisch (vgl. Bell et al. 2010, 4058). Pötschke (2014, 221) fasst den aktuellen Erkenntnisstand dahingehend zusammen, dass die Schätzung der Regressionskoeffizienten robust sei, die Varianzkomponenten jedoch abweichen können. Bryan und Jenkins (2013) differenzieren in ihrer Simulationsstudie zwischen 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45 und 50 Clustern. Sie demonstrieren selbst für Cluster von >20 verlässliche Ergebnisse: marginale Abweichungen von weniger als 2% finden sich in ihrer Studie auf Level-2 lediglich bei den Standardfehlern sowie der geschätzten Varianz. Der starke Zusammenhang auf Ebene der Organisationen zwischen Sozialkapital und Burn-out bzw. der hohe Anteil der erklärten Varianz am Burn-out-Ausmaß auf Ebene 2 des berechneten Mehrebenenmodells der vorliegenden Dissertation sind plausibel, da die Varianz auf der Klinikebene vergleichsweise gering ist. Die p-Werte und ausgewiesenen Konfidenzintervalle sprechen für die Vertrauenswürdigkeit der Befunde. Schätzungen mit dem in der vorliegenden Dissertation verwendeten FIML-Algorithmus werden zudem prinzipiell von Hox als verlässlicher eingeschätzt (vgl. Hox 2010, 234). Die Befunde der vorliegenden Dissertation sind vor diesem Hintergrund als ein erstes Fundament für weitere Forschungsarbeiten zu verstehen. Sie demonstrieren dabei das Potenzial des Verfahrens bei der Erforschung von Burn-out.

9.6 Weiterführende Forschungsbedarfe

Die vorliegende Arbeit versteht sich als ein erster Schritt einer erweiterten Perspektive auf das Phänomen Burn-out und somit als Wegbereiter für weitere Forschungsarbeiten. Die Ergebnisse verweisen auf den Bedarf einer stärkeren Betonung bindungsorientierter und kontextueller Elemente in der Burn-out-Forschung. Weitere Studien sollten die unterstellten Wirkketten überprüfen und insbesondere die Elemente Organisationskultur und die Sinnhaftigkeit der Arbeit in ihre Untersuchungen einbeziehen.

Die Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wird durch die Verwendung von validierten, standardisierten Skalen (z. B. der Sozialkapitalskala oder der Burn-out-Skala) mit einer hohen Reliabilität unterstützt. Eine hohe Präzision wird zudem durch die Methode der Strukturgleichungsanalyse gewährleistet. Allerdings handelt es sich bei Zeitdruck und Autonomie um manifeste Single-Item-Skalen. Diese sind mit Vor- und Nachteilen behaftet: Einerseits sind die Merkmale leicht zu erheben, die Gefahr von Item-Nonresponse ist geringer, andererseits können Messfehler nicht durch andere Indikatoren relativiert werden und einzelne Items können von Probanden sehr unterschiedlich interpretiert werden; die Präzision der Messung ist bei Multi-Item-Skalen höher (vgl. Weiber & Mühlhaus 2014, 112f.). Insofern wäre es wünschenswert, diese Merkmale zukünftig durch validierte Multi-Item-Skalen zu messen und ebenfalls als latente Merkmale zu modellieren, wenngleich die Augenscheinvalidität der verwendeten Single-Item-Skalen als hoch zu bewerten ist (vgl. Kap 7.4).

Das Setting Rehabilitationsklinik fungierte als ein Exempel, es ist jedoch explizit zu erforschen, ob sich das Konzept auf andere Branchen transferieren lässt. Wie stellen sich die Ergebnisse bspw. in einem industriellen Setting oder in der öffentlichen Verwaltung? Wie stark sind die Ergebnisse geprägt von den hohen Kooperationserfordernissen in Rehabilitationskliniken? Besitzen sie in Settings denselben Stellenwert, in denen es nicht so sehr auf die zwischenmenschliche Kooperation ankommt? Inwieweit lassen sie sich auf die allgemeine Erwerbsbevölkerung übertragen? Das sind konkrete weiterführende Forschungsfragen.

Ein weiteres zentrales Forschungsfeld ergibt sich aus der erweiterten Betrachtung auf Burn-out als ein dreidimensionales Konzept. Mit der vorliegenden Arbeit ist das Bielefelder Bindungskonzept auf die Komponente psychophysische Erschöpfung, also das Kernmerkmal von Burn-out, angewendet worden. Wie aber stellen sich die Beziehungen mit Blick auf die Facetten Depersonalisation/Zynismus und reduzierte Leistungsfähigkeit/Effektivität dar? Führt ein Mangel an emotionaler Bindung auch zu einer Ver-

stärkung der Depersonalisation und auch zu einer Reduktion der persönlichen Leistungsfähigkeit/Effektivität? Diese Bezüge sind sehr wahrscheinlich. So ist anzunehmen, dass sich Mitarbeiter von ihren Kollegen oder gar den Rehabilitanden distanzieren, wenn sie in Organisationen mit geringen Bindekräften tätig sind. Es ist auch anzunehmen, dass ihr Motivationssystem weniger stark angesprochen wird und sie somit weniger leistungsbereit und leistungsstark sind.

Zu vermuten ist, dass sich die beleuchteten Zusammenhänge bei einer Skala, die nicht Erschöpfung im Allgemeinen, sondern die arbeitsbezogene Erschöpfung im Speziellen misst, noch stärker herauskristallisieren. Zu begrüßen wäre vor diesem Hintergrund eine deutsche Übersetzung bzw. Validierung der auf Kristensen et al. zurückgehenden Skala »Workplace Burnout« (vgl. Kristensen et al. 2005, 200), die sich mit 6 Items zur Anwendung im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen eignet. Generell ist die Entwicklung einer deutschen Burn-out Skala zu empfehlen, die sich spezifisch auf den Arbeitskontext bezieht. Sie sollte zugleich alle drei Dimensionen von Burn-out erfassen, wie das MBI. Durch wenige Items sollte sie den Ansprüchen an eine Mitarbeiterbefragung genügen. Bislang liegt eine solche Kurz-Skala hierzulande nicht vor.

Ferner ist es eine Aufgabe zu erforschen, welche Bedeutung das Bielefelder Bindungskonzept mit Blick auf das normative und kalkulierte Commitment hat. Die Wechselwirkungen zwischen normativem, kalkuliertem und affektivem Commitment sind des Weiteren zu berücksichtigen. Ein bislang kaum beachtetes Forschungsthema ist in diesem Kontext das Phänomen einer übermäßigen Bindung (Overcommitment) mit Blick auf Burn-out. Kann eine emotionale Überidentifikation Burn-out verstärken? In der vorliegenden Studie zeigte sich ein linearer Zusammenhang zwischen Commitment und Burn-out, was diese Annahme eher entkräftet. Felfe und Wombacher (2016, 134) verweisen darauf, dass momentan keine empirischen Anhaltspunkte für negative gesundheitliche Auswirkungen einer hohen Mitarbeiterbindung vorliegen.

Ein weiteres, aktuelles Forschungsfeld eröffnet die Digitalisierung der Arbeitswelt. Es ist der Frage nachzugehen, welche Auswirkungen diese auf das Sozialkapital in Organisationen und die emotionale Mitarbeiterbindung und damit auf Burn-out bei zunehmend virtualisierten Belegschaften hat. Und welche Bedeutung hat z. B. Home-Office-Arbeit für Burn-out unter dem Gesichtspunkt von mangelnder sozialer Einbindung?

Die verwendete Mehrebenenanalyse demonstriert unterdessen das hohe Potenzial, welches die nicht nur inhaltliche, sondern zugleich methodische Verknüpfung von individuellen und kontextualen Merkmalen birgt. Dieses könnte bei einer größeren Zahl an

verfügbaren Clustern noch weitaus stärker ausgeschöpft werden. So könnten der Zusammenhang zwischen kontextuellem Sozialkapital und individueller Mitarbeiterbindung (Cross-Level-Effekte) sowie potenzielle Unterschiede in den Regressionskoeffizienten zwischen Sozialkapital und Burn-out über Kliniken hinweg (Random Slopes) Berücksichtigung finden. Weitere Studien könnten eine dritte Ebene der Teams oder Abteilungen einbeziehen und dabei weitere relevante Tätigkeitsmerkmale auf Ebene 1 der Mitarbeiter integrieren. Der Grad der Komplexität solcher Analysen erfordert jedoch eine weitaus größere Clusterzahl als die in dieser Arbeit zur Verfügung gestandene. Bei komplexeren Modellierungen, wie der Berechnung von Random Slopes (über Kontexte variierende Regressionskoeffizienten) sowie Cross-Level-Effekten (Zusammenhänge zwischen Merkmalen verschiedener Ebenen), sind nach Hox (2010, 235) weitaus mehr als 21 Cluster erforderlich, im erstgenannten Fall mindestens 100, in letztgenanntem Fall wenigstens 50. Das Modell könnte zudem durch zusätzliche Level-2-Prädiktoren erweitert werden. Prädiktoren, wie die Arbeitsplatzunsicherheit in einer Organisation, die Personalausstattung oder der Indikationsbereich könnten Eingang finden.

Nicht zuletzt könnte die Burn-out-Forschung von einer repräsentativen Längsschnittstudie profitieren, in der das vorliegende Konzept auf Ebene der Erwerbsbevölkerung und kausal zu überprüfen ist. Hierzulande gibt es mit der Dresdner Burn-out-Studie eine Kohortenstudie, die vom Bund und den Ländern gefördert wird (vgl. <https://burnout-studie.psych.tu-dresden.de/node/15>). Das Konzept der organisationalen Bindungskräfte bzw. des betrieblichen Sozialkapitals und der emotionalen Bindung am Arbeitsplatz erscheint vielversprechend und sollte im Rahmen solcher Studien (verstärkt) in den Blick genommen werden.

9.7 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Dissertation soll ein Beitrag zur Grundlagenforschung im Bereich Arbeit und psychische Gesundheit geleistet werden. Leitend war die Frage, welche Bedeutung das Sozialkapital von Organisationen für die emotionale Bindung von Mitarbeitern hat, und welche Konsequenz sich daraus für das Burn-out-Ausmaß in Organisationen ergibt. Es wurden im Theorieteil der Arbeit Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen zusammengetragen und verknüpft: der Psychologie, der Commitment-Forschung, den sozialen Neurowissenschaften und der Sozialkapitalforschung. Dargelegt wurde damit, dass Menschen nach emotionalen Bindungen streben, und dass emotionale Bindungen gesundheitsrelevant sind. Mit dem besonderen Fokus auf den Bindekräften von Organisationen wurde schließlich eine empirische Analyse zum Zusammenhang von Sozialkapital, Mitarbeiterbindung und Burn-out durchgeführt, um die verschiedenen Hypothesen und damit das Untersuchungsmodell der Dissertation (vgl. Kap. 5) zu überprüfen.

Es ist zu konstatieren, dass das Sozialkapital als ein Treiber der emotionalen Mitarbeiterbindung und daher als ein Schutzfaktor mit Blick auf Burn-out anzusehen ist. Die Befunde der Dissertation bestätigen zunächst die Hypothese, dass das Burn-out-Ausmaß eines Mitarbeiters von seiner emotionalen Organisationsbindung abhängt. Diese weist einen stärkeren Zusammenhang mit Burn-out auf, als die stressassoziierten Arbeitsmerkmale. Je höher das Sozialkapital einer Organisation, desto höher ist diese emotionale Mitarbeiterbindung – und desto geringer ist das Burn-out-Ausmaß. Die Mitarbeiterbindung steigt und das Burn-out-Ausmaß sinkt insbesondere durch eine Verbesserung der Qualität der Organisationskultur. Auch mit zunehmender Sinnhaftigkeit der Arbeit steigt die emotionale Bindung und verringert sich das Burn-out-Ausmaß der Mitarbeiter. Die stressassoziierten Tätigkeitsmerkmale, die ihrerseits mit Burn-out zusammenhängen, werden vom Sozialkapital positiv beeinflusst, ebenso wie die Sinnhaftigkeit der Arbeit. Sozialkapital besitzt daher das stärkste Präventionspotenzial. Das Sozialkapital leistet nicht zuletzt einen Beitrag zur Erklärung von Unterschieden im Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen. Die Hypothesen und das Untersuchungsmodell zur Bindungsthese sind somit als zutreffend zu betrachten.

Diese Erkenntnisse stellen ein Gegengewicht zum bisherigen in der Burn-out-Forschung verbreiteten Ansatz dar, wonach vornehmlich stressassoziierte Tätigkeitsmerkmale, wie Zeitdruck und einen Mangel an Autonomie, die Ursache von Burn-out seien. Der über das Bindeglied emotionale Mitarbeiterbindung vermittelte Zusammenhang zwischen Sozialkapital, Sinnhaftigkeit der Arbeit und Burn-out fordert vielmehr zu

einer erweiterten Sicht auf: Nicht nur Stressoren der Arbeitsaufgabe, sondern auch soziale Organisationsbedingungen und ihre Bindewirkung sind von Bedeutung. Damit sind nicht nur individuelle Merkmale, sondern auch Merkmale von sozialen Kollektiven bei der Erklärung von Burn-out zu berücksichtigen (vgl. Abb. 61).

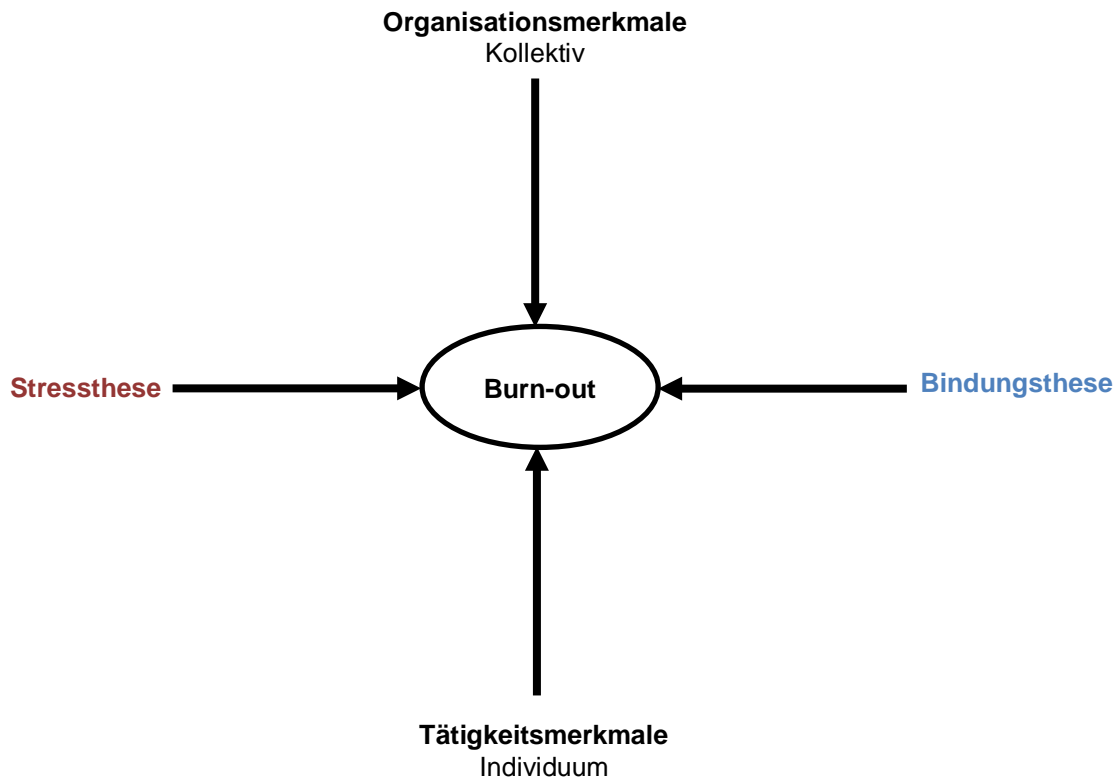


Abb. 61: Burn-out: Erklärungsperspektiven

Es ist daher zu wünschen, dass diese Wirkkette in der Burn-out-Forschung stärker Beachtung findet, wobei insbesondere die Rolle der Unternehmenskultur eine übergeordnete Aufmerksamkeit verdient: Sie demonstriert sich als stärkster Treiber der emotionalen Bindung und zugleich als wichtigster Schutzfaktor mit Blick auf Burn-out.

Das Bild vom Mitarbeiter, der ein auf negative Stressoren der Umwelt und mangelnde Kontrollmöglichkeiten mit Abwehr oder Vermeidung reagierendes Wesen ist, greift zu kurz. Das zutiefst menschliche Bedürfnis nach emotionaler Bindung und die sozialen Vermögenswerte von Organisationen mit ihrem Potenzial, Mitarbeiter binden zu können, verdienen bei der Erklärung von Burn-out eine viel stärkere Beachtung seitens der Praxis, Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit, als dies bislang der Fall ist.

Literaturverzeichnis

- Adler, P.S. & Kwon, S.-W. (2002). Social Capital: Prospects for a new concept. *Academy of Management Review*, 27(1), 17–40.
- Adolphs, R. (2003). Cognitive Neuroscience of human social behavior. *Natural Reviews*, 4, 165–178.
- Ahola, K., Gould, R., Virtanen, M., Honkonen, T., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2009). Occupational burnout as a predictor of disability pension: A population-based cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 284–290.
- Ahola, K. & Hakanen, J. (2014). Burnout and Health. In M.P. Leiter, A.B. Bakker & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: a psychological perspective* (pp. 10–31). New York: Psychological Press.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55–62.
- Ahola, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Kouvonen, A. & Shirom, A. (2010). Burnout as a predictor of mortality among industrial employees: ten year prospective register-linkage study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 51–57.
- Ainsworth, M.D.S. (2009) [1974]. Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung* (2. Aufl.) (S. 414–421). Stuttgart: Klett-Kotta
- Ainsworth Salter, M., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Alarcon, G.M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549–562.
- Alarcon, G., Eschleman, K.J. & Bowling, N.A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244–263.
- Albrecht, S.L. (2010). Employee Engagement: 10 key questions for research and practice. In S.L. Albrecht (Ed.). *Handbook of Employee Engagement. Perspectives, Issues, Research and Practice* (pp. 3–19). Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Allen, N.J. & Meyer, J.P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1–18.
- American Psychiatric Association (APA) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai, P. & Wittchen, H.-U. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG): Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen. Abgerufen von https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_5.html [11.9.2016].

Armstrong-Stassen, M. (2004). The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 46–60.

Augurzky, B., Reichert, R. & Scheuer, M. (2011). *Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011*. Heft 66. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung: Essen.

Ayedemir, O. & Icelli, I. (2013). Burnout: Risk Factors. In S. Bährer-Köhler (Ed.), *Burnout for Experts: prevention in the context of living and working* (pp. 199–144). Heidelberg: Springer.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2016). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (14. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.

Backhaus, K., Erichson, B. & Weiber, R. (2013). *Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.

Badura, B. (1994). Arbeit im Krankenhaus. In B. Badura & G. Feuerstein (Hrsg.). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen* (S. 21–77). Weinheim: Juventa.

Badura, B. (1996). Systemprobleme in der Rehabilitation. In T. Schott, B. Badura, H.-J. Schwager, P. Wolf & P. Wolters (Hrsg.), *Neue Wege in der Rehabilitation* (S. 12–19). Weinheim: Juventa.

Badura, B. (2008). Grundlagen präventiver Gesundheitspolitik: Das Sozialkapital von Organisationen. In W. Kirch, B. Badura & H. Pfaff (Hrsg.), *Prävention und Versorgungsforschung* (S. 3–34). Heidelberg: Springer.

Badura, B. (2013a). Auf der Suche nach den Wurzeln von Gemeinsinn und Solidarität. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 1–18). Berlin: Springer Gabler.

Badura, B. (2013b). Außerökonomische Bedingungen wirtschaftlichen Erfolgs. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 25–42). Berlin: Springer Gabler.

Badura, B. (2015). *Sozialkapital, Gesundheit und Organisationserfolg: Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Studententext des Weiterbildungsstudiengangs Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bielefeld: Zentrum für Wissenschaftliche Weiterbildung.

Badura, B. (Hrsg.) (2017). *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert: Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung*. Berlin: Springer Gabler

Badura, B. & Ehresmann, C. (2016). Unternehmenskultur, Mitarbeiterbindung und Gesundheit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Rahmenbedingungen, Einflüsse, Potenziale* (S. 81–94). Heidelberg: Springer.

- Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, T. (1995). *Qualitätsforschung im Gesundheitswesen*. Weinheim: Juventa.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (Hrsg.) (2008). *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (Hrsg.) (2013). *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Gabler.
- Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann & H., Pfaff, H. (1987). *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin: Springer.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Badura, B. & Walter, U. (2014). Führungskultur auf dem Prüfstand. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 159–162). Berlin: Springer.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Badura, B., Walter, U. & Steinke, M. (2012). Grundlagen einer Public Health-Strategie für die Arbeitswelt. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. Aufl.) (S. 541–572). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bahlmann, J., Angermeyer, M.C. & Schomerus, G. (2013). „Burnout“ statt „Depression“ – eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? *Psychiatrische Praxis*, 40, 78–82.
- Bakker, A.B. & Costa, P.L. (2014). Chronic Job Burnout and daily functioning: a theoretical analysis. *Burnout Research*, 1, 112–119.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2014). Job Demands-Resources Theory. In P.Y. Chen, C.L. Cooper (Eds.), *Work and Wellbeing: a complete reference guide* (Vol. 3) (pp. 37–64). Chichester: Wiley Blackwell.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Sanz-Vergel, A.I. (2014). Burnout and work engagement: the JD-R approach. *Annual Review of Organizational Behavior*, 1, 389–411.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T.W., Schaufeli, W.B. & Schreurs, P.J.G. (2003). A multigroup analysis of the Job Demands-Resources Model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16–38.
- Baltes-Götz, B. (2013). Behandlung fehlender Werte in SPSS und Amos. Zentrum für Informations-, Medien- und Kommunikationstechnologie. Universität Trier. Abgerufen von <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf> [8.7.2016].
- Bao, Y., Vedina, R., Moodie, S. & Dolan, S. (2013). The relationship between value incongruence and individual well-being outcomes: an exploratory study among Catalan nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 631–641.

- Barth, A.R. (1997). *Burnout bei Lehrern: Theoretische Aspekte und Ergebnisse einer Untersuchung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Baskerville, T.A. & Douglas, A.J. (2010). Dopamine and Oxytocin interactions underlying behaviors: potential contributions to behavioral disorders. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 16, 92–123. doi:10.1111/j.1755-5949.2010.00154.x
- Beard, G.M. (1879). Neurasthenia, or nervous exhaustion. *Boston Medical and Surgical Journal*, 3(18), 217–221.
- Bech, P. (2012). *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bech, P., Raabaek Olsen, L., Kjoller, M. & Rasmussen, N.K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health Subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2, 94–99.
- Becker, H.S. (1960). Notes on the concept of commitment. *The American Journal of Sociology*, 66(1), 32–40.
- Becker, T.E., Klein, H.J. & Meyer, J.P. (2009). Commitment in organizations: accumulated wisdom and new directions. In H.J. Klein, T.E. Becker & J.P. Meyer (Eds.), *Commitment in organizations: accumulated wisdom and new directions* (pp. 419–452). New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Behr, M., Rixgens, P. & Badura, B. (2013). Das Unternehmensmodell – Elemente und Zusammenhänge. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 49–59). Berlin: Springer Gabler.
- Bell, B., Morgan, G.B., Kromrey, J.D. & Ferron, J.M. (2010). The impact of small cluster size on multilevel models: a monte carlo examination of two-level models with binary and continuous predictors. *Survey Research Methods Section*, 4057–4067.
- Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007a). Multiples Testen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 26–29. doi:10.1055/s-2007-959035
- Bender, R., Ziegler, A. & Lange, S. (2007b). Varianzanalyse. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 57–60. doi:10.1055/s-2007-959044
- Berger, M., Schneller, C. & Maier, W. (2012). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. *Nervenarzt*, 83, 1364–1372.
- Bergman, M.E., Benzer, J.K. & Henning, J.B. (2009). The role of individual differences as contributors to the development of commitment. In H.J. Klein, T.E. Becker & J.P. Meyer (Eds.), *Commitment in organizations: accumulated Wisdom and new directions* (pp. 217–252). New York: Routledge, Taylor & Francis.
- Berkeley Planning Associates (Eds) (1977). *Evaluation of child abuse and neglect demonstration project 1974–1977* (Vol. 9). Project Management and Worker Burnout. Final report. 2320 Channing Way, Berkeley California.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.

- Bhandari, H. & Yasunobu, K. (2009). What is social capital? A comprehensive review of the concept. *Asian Journal of Social Science*, 37, 480–510.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S. & Laurent, E. (2014a). Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, 21(4), 307–324.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S. & Laurent, E. (2014b). Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 1005–1011.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S. & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41.
- Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F. & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 27–31.
- Borg, I. (2007). Mitarbeiterbefragungen als Führungsinstrument. In M. Piwinger & A. Zerfaß (Hrsg.), *Handbuch Unternehmenskommunikation* (S. 339–354). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler / GWV Fachverlage GmbH
- Borges, P. & Zimolong, A. (2014). *Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation*. Neuauflage 2014. Aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH: Köln.
- Borges, P. & Zimolong, A. (2015). *Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation*. Neuauflage 2015. Aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH: Köln.
- Borritz, M. & Kristensen T.S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory. Normative data from a representative Danish population on personal burnout. Retrieved from <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20-%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20Population.pdf> [12.5.2014].
- Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J.B., Villadsen, E., Mikkelsen, O.A. & Kristensen, T.S. (2006a). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(19), 49–58.
- Borritz, M., Rugules, R., Christensen, K.B., Villadsen, E. & Kristensen, T.S. (2006b). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational Environmental Medicine*, 63, 98–106.
- Bortz (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bosehm, G. (20. Dezember 2011). Kollaps am Schreibtisch. *Süddeutsche Zeitung*. Abgerufen von <http://www.sueddeutsche.de/karriere/burn-out-syndrom-kollaps-am-schreibtisch-1.452007> [17.7.2016].

- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten, Soziale Welt* (S. 184–198). Göttingen: Schwartz.
- Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A. & Jones, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 143–148.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung: Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1983). *Verlust, Trauer und Depression*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (2009) [1987]. Bindung. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (2. Aufl.) (S. 22–28). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2009) [1989]. Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. Deutsche Übersetzung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. Aufl.) (S. 17–26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2014) [1988]. *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (3. Aufl.). München: Reinhardt
- Bradley, H.B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency*, 15, 359–370.
- Braham, M. & Ezell, S. (1981). How burned out are you? *Public Welfare*, Winter, 23–27.
- Braun, D., Seher, N., Tausenpfund, M. & Wolsing, A. (2010). *Einstellungen gegenüber Immigranten und die Zustimmung zur Europäischen Union: Eine Mehrebenenanalyse*. Universität Mannheim. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.
- Breevaart, K., Bakker, A.N., Hetland, J. & Hetland, H. (2014). The influence of constructive and destructive leadership behaviors on follower burnout. In M.P. Leiter, A.B. Bakker & C. Maslach (Eds.), *Burnout at Work: a psychological perspective* (pp. 102–121). New York: Psychological Press.
- Bria, M., Baban, A. & Dumitrascu, D.L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain and Behavior*, 16(3), 423–452.
- Brisch, K.H. (2011). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brouwers, W. & Tomic, W. (2014). A longitudinal study of relationships between three burnout dimensions among secondary school teachers. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 23–33.

Brücker, H., Bock-Rosenthal, E. & Rixgens, P. (2004). *Fragebogen zu interprofessionellen Arbeitsstrukturen im Krankenhaus: 10 Instrumente für die schriftliche Befragung von Führungskräften und Mitarbeitern in 5 verschiedenen Berufsgruppen*. Forschungsprojekt „Interprofessionelle Arbeitsstrukturen im Krankenhaus“, Fachbereich Pflege, Münster: Fachhochschule Münster.

Brüggemann, S., Buschmann-Steinhage, R. & Pimmer, V. (2011). Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. In T. Schott & C. Hornberg, (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 401–417). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.

Bruhn, M. (2013). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Grundlagen – Konzepte – Methoden* (9. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.

Bryan, M.L. & Jenkins, S.P. (2013). *Regression analysis of country effects using multi-level data: A cautionary tale*. Discussion Paper No. 7583. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit: Bonn. Retrieved from <http://ftp.iza.org/dp7583.pdf> [3.08.2016].

Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. Aufl.). München: Pearson Studium.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] (2016). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014: Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Berlin und Dortmund.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Ergebnisse der Statistik KG 5: Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2014 der Gesetzlichen Krankenversicherungen*. Abgerufen von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/KG5_2014.pdf [6.8.2016].

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (Hrsg.) (2012). *BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout*, Berlin.

Burisch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.

Burisch, M. (2011). *Burnout. Leer – erschöpft – ausgebrannt*. *DGUV Forum*, 6(11), 10–13.

Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung* (5. Aufl.) Berlin: Springer.

Burt, R.S. (2000). The network structure of social capital. *Research in Organizational Behavior*, 22, 345–423.

Cannon, W. (1967) [1932]. *The wisdom of the body*. New York: The Norton Library.

Cannon, W.B. (1970) [1929]. *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. College Park, Maryland: McGrath Publishing Company.

Carroll, J.F.X. & White, W.L. (1982). Theory building: Integrating individual and environmental factors within an ecological framework. In W.S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 41–60). Beverly Hills: Sage.

- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (2016). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Chan, Z.C.Y., San Tam, W. & Lung, M.K.Y. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21, 605–613.
- Charlet, K. & Heinz, A. (2012). Funktion und Neuroanatomie des Belohnungssystems. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 14(10), 44–53.
- Cherniss, C. (1980a). *Professional Burnout in Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). *Staff burnout: job stress in the human services*. London: Sage Publications.
- Cherniss, C. & Krantz, D. L. (1983). The Ideological Community as an Antidote to Burnout in the Human Services. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 198–212). New York: Pergamon Press.
- Christ, O., Schlüter, E. (2012). *Strukturgleichungsmodelle mit Mplus: Eine praktische Einführung*. München: Oldenbourg Verlag
- Cohen, A. (1992). Antecedents of organizational commitment across occupational groups: a meta-analysis. *Journal of Organizational Behaviour*, 13, 539–558.
- Cohen, A. (2007). Commitment before and after: an evaluation and reconceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 17, 336–354.
- Cohen, D. & Prusak, L. (2001). *In good company: how social capital makes organizations work*. Harvard Business School Press.
- Cole, M.S., Walter, F., Bedeian, A.G. & O'Boyle, E.H. (2012). Job burnout and employee engagement: a meta-analytic examination of construct proliferation. *Journal of Management*, 38(5), 1550–1581.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95–120.
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cooper-Hakim, A. & Viswesvaran, C. (2005). The construct of work commitment: testing an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 131, 241–259.
- Coria-Avila, G.A., Manzo, J., Garcia, L.I. & Carrillo, P., Miquel & M., Pfaus, J.G. (2014). Neurobiology of social attachments. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 43, 173–182.
- Crawford, E.R., LePine, J.A. & Rich, B.L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and metaanalytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834–848.
- Danhof-Pont, M.B., Veen, V. T. & Zitman, F.G. (2011). Biomarkers in burnout: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(6), 505–524.

- Day, A. & Leiter, M.P. (2014). The good and the bad of working relationships: implications for burnout. In M.P. Leiter, A.B. Bakker & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: a psychological perspective* (pp. 56–79), New York: Psychological Press.
- DeKlyen, M. & Greenberg, M.T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 637–665). New York: Guilford Press.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B. & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50–68.
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B. & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout*, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (3. Aufl.), Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (2015). *Reha-Bericht 2015: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*, Berlin.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2015). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme: 10. Revision. German Modification Version 2016. Systematisches Verzeichnis*. Abgerufen von http://www.micado-online.de/Portals/0/Dateien/Downloads/Dokumente/PUBLIK/ICD_2016.pdf [6.8.2016].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2016). *ICD-10-GM*. Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm> [6.8.2016].
- De Wit, M., Gemke, F., Delemarre-van de Waal, H.A & Snoek, F.J. (2007). Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(8), 2003–2006.
- Diamond, L.M. (2015). Stress and attachment. In J.A Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging themes* (pp. 97–123). New York, London: Guilford.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (8. Aufl. entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hogrefe.
- Dobryakova, E., Genova, H.M., DeLuca, J. & Wylie, G. (2015). The dopamine imbalance hypothesis of fatigue in multiple sclerosis and other neurological disorders. *Frontiers in Neurology*, 6(52), 1–8. doi:10.3389/fneur.2015.00052
- Domsch, M.E. & Ladwig, D. (2013). Mitarbeiterbefragungen – Stand und Entwicklung. In M.E. Domsch & D. Ladwig (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterbefragung* (3. Aufl.) (S. 11–56). Berlin: Springer Gabler.

- Dörr, J. & Nater, U. (2013). Erschöpfungssyndrome – Eine Diskussion verschiedener Begriffe, Definitionsansätze und klassifikatorischer Konzepte. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63, 69–75.
- Dozier, M., Chase Stovall-McClough, K. & Albus, K.E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 718–744). New York: Guilford.
- Driller, E., Ommen, O., Kowalski, C., Ernstmann, N. & Pfaff, H. (2011). The relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion in clinicians: a study in four German hospitals. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 604–609.
- Dunbar, R.I.M. & Shultz, S. (2007). Evolution in the social brain. *Science*, 317, 1344–1347.
- Durkheim, E. (1973) [1960]. *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt: Das „Burnout“-Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM-Verlag.
- Ehresmann, C. (2014). Mobbing: Symptom eines Organisationsversagens? In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 163–174). Berlin: Springer.
- Ehresmann, C., Kockert, S., Schott, T. (2015). Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation. Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 71–84). Heidelberg: Springer.
- Ehsan, M. & De Silva, M.J. (2015). Social capital and common mental disorder: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(10), 1021–1028.
- Eichhorst, W., Tobsch, V., Wehner, C. (2016). Neue Qualität der Arbeit? Zur Entwicklung von Arbeitskulturen und Fehlzeiten. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016: Unternehmenskultur und Gesundheit – Rahmenbedingungen, Einflüsse, Potenziale* (S. 9–20). Heidelberg: Springer.
- Eiff, W. v. & Schüring, S. (2014). REDIA-Studie: Anlass, Forschungsfragen und Ergebnisse. In v. W. Eiff, B. Greitemann & M. Karoff (Hrsg.), *Rehabilitationsmanagement. Klinische und ökonomische Erfolgsfaktoren* (S. 157–173). Stuttgart: Kohlhammer.
- Eiff, W. v., Schüring, S., Greitemann, B. & Karoff, M. (2011a). REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. *Rehabilitation*, 50, 214–221.
- Eiff, W.v., Schüring, S. & Niehues, C. (2011b). *REDIA. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation*. Berlin: LIT Verlag.
- Ein-Dor, T. & Doron, G. (2015). Psychopathology and Attachment. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging themes* (pp. 346–392). New York, London: Guilford.
- Enders, C. & Tofighi, D. (2007). Centering predictor variables in cross-sectional multi-level models: a new look at an old issue. *Psychological Methods* 12, 121–138.

- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 4, 5611. doi:10.3402/gha.4i0.5611
- Farber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon.
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jäckel, W.H. & Jacob, A. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken. Entwicklung des MiZu-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Rehabilitation*, 41, 258–267.
- Felfe, J. & Wombacher, J. (2016). Commitment und Mitarbeiterbindung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2016: Unternehmenskultur und Gesundheit – Rahmenbedingungen, Einflüsse, Potenziale* (S.129–138). Heidelberg: Springer.
- Ferris, C.F., Kulkarni, P., Sullivan, J.M., Harder, J.A., Messenger, T.L. & Febo, M. (2005). Pup suckling is more rewarding than Cocaine: evidence from functional magnetic resonance imaging and three-dimensional computational analysis. *The Journal of Neuroscience*, 5, 149–156.
- Fink, G. (2016). *Stress: concepts, cognition, and behavior*. Heidelberg: Elsevier
- Fischer, H.J. (1983). A Psychoanalytic view of burnout. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 40–45). New York: Pergamon.
- Fischer, R. & Boer, D. (2011). What is more important for national well-being: money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(1), 164–184.
- Fitzgerald, A. (2010). Diversity und das Sozialkapital der Krankenhäuser. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern: Potenziale nutzen* (S. 111–119). Berlin: Springer.
- Frankl, V. (1992). *Psychotherapie für den Alltag* (6. Aufl.). Freiburg: Herder
- Franzen, A. & Freitag, M. (2007). Aktuelle Themen und Diskussionen der Sozialkapitalforschung. In A. Franzen & M. Freitag (Hrsg.), *Sozialkapital. Grundlagen und Anwendungen Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 47*, 7–22.
- French, J. R. P., Jr., Caplan, R. D. & Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Chichester. England: Wiley.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 59–165.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980). *Burn-Out: the high cost of high achievement*. Garden City. New York: Anchor.
- Fukuyama, F. (1999). *The great disruption: human nature and the reconstruction of social order*. New York: Free Press.
- Fürstenberg, T., Laschat, M., Zich, K., Gierling, P., Nolting, H.-D. & Schmidt, T. (2013). *G-DRG-Begleitforschung gemäß §17b, Abs. 8 KHG*. Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008–2010). Berlin: IGES Institut GmbH.

- Gauggel, B. (2011). *Organisationales Sozialkapital: eine Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden?: Eine empirische Studie in 12 Justizbehörden in Nordrhein-Westfalen*. Dissertation, Bergische Universität Wuppertal.
- Geiser, C. (2010). *Datenanalyse mit Mplus: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gerlinger, T., Babitsch, B., Blaettner, B., Brandes, I., Dierks, M.-L., Faller, G., Gerhardus A. & Gusy, B (2012). Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. *Das Gesundheitswesen*, 74(11), 762–766.
- Ghosh, S. & Swamy, D.R. (2014). A Literature Review on Organizational Commitment. A comprehensive summary. *International Journal of Engeneering Research in Applications*, 4(12), 1, 4–14.
- Gillath, O. (2015). The Neuroscience of Attachment: Using new Methods to answer old (and new) Questions. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging themes* (pp. 39–67). New York: Guilford.
- Ginsburg, S.G. (1974). The problem of the burned out executive. *Personnel journal*, 53, 598–600.
- Glise, K., Aholborg, G. & Jonsdottir, I.H. (2012). Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry*, 12(18),1–11. doi:10.1186/1471-244X-12-18
- Goh, J., Pfeffer, J. & Zenios, S.A. (2015). Workplace stressors & health outcomes: healthy policy for the workplace. *Behavioral Science & Policy*, 1(1), 43–52.
- Goldstein, D.S. & Kopin, I.J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109–120.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider & R.F., Stevenson, G.G. (1986). *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
- Goodnite, P.M. (2014). Stress: a concept analysis. *Nursing Forum*, 49(1), 71–74.
- Gordon, I., Martin, C., Feldman, R. & Leckmann, J.F. (2011). Oxytocin and social motivation. *Developmental Cognitive Neuroscience* 1, 471–493.
- Gorgievski, M.J. & Hobfoll, S.E. (2008). Work can burn us out or fire us up: Conservations of Resources Theory in Burnout and Engagement. In J.R.B. Halbesleben (Ed.), *Handbook of stress and burnout in health care* (pp. 7–22). New York: New Science Publishers.
- Göthlich, S.E. (2009). Zum Umgang mit fehlenden Daten in großzahligen empirischen Erhebungen. In S. Albers, D. Klapper, U. Konradt, A. Walter & J. Wolf (Hrsg.), *Methodik der empirischen Forschung* (3. Aufl.) (S. 119–136). Wiesbaden: Springer.
- Grabitz, E. & Wisdorff, F. (27.Januar 2013). 1800 Prozent mehr Krankheitstage durch Burnout. *Die Welt*. Abgerufen von <http://www.welt.de/wirtschaft/article113159916/1800-Prozent-mehr-Krankentage-durch-Burn-out.html> [17.7.2016].
- Graham, J.W. (2012). *Missing data: analysis and design*. New York: Springer Science + Business Media.

- Granovetter, M.S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380.
- Grawitch, M. J., Trares, S., & Kohler, J. M. (2007). Healthy workplace practices and employee outcomes. *International Journal of Stress Management*, 14, 275–293.
- Greene, A. (1961). *A burnt-out case*. London: Heinemann.
- Grote, A. & Thiele, H. (2014). *Rehabilitation. Pflege fallorientiert lernen und lehren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haaf, H.G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 44, 1–20. doi:10.1055/s-2005-867015
- Haase, I., Lehnert-Batar, A., Kladny, B., Gerling, J. & Schupp, W. (2006). Warum empfehlen Patienten eine Rehabilitationsklinik weiter? In DRV (Hrsg.), *DRV-Schriftenband, Heft 64* (S. 241–242). Berlin.
- Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung* (3. Aufl.) Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43, 495–513.
- Halbesleben, J. R.B. (2006). Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91 (5), 1134–1145.
- Halbesleben, J.R.B. (2010). A meta-analysis of work engagement: relationships with burnout, demands, resources, and consequences. In A.B. Bakker & M.P. Leiter (Eds.), *Work engagement: a handbook of essential theory and research* (pp. 102–117). New York: Psychology Press.
- Halbesleben, J.R.B. & Leon, M.R. (2014). Separating group level and individual level effects in burnout research. In M.P. Leiter, A.B. Bakker & C. Maslach (Eds.), *Burnout at work: a psychological perspective* (pp. 56–79). New York: Psychological Press.
- Halpern, D. (2005). *Social Capital*. Cambridge, Malden: Polity Press
- Hamann, J., Parchmann, A., Mendel, R., Bühner, M., Reichart, T. & Kissling, W. (2013). Verständnis des Begriffs Burnout in Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 84, 838–843.
- Hanifan, L.J. (1916). The rural school community centre. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 67, 130–138.
- Hasle, P., Søndergaard Kristensen, T., Møller, N. & Gylling Olesen, K. (2008). *Organisational social capital and the relations with quality of work and health – a new issue for research*. International Congress on Social Capital and Networks of Trust on 18-20 October 2007, Jyväskylä, Finland. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/267995628_Organisational_social_capital_and_the_relations_with_quality_of_work_and_health_-_a_new_issue_for_research [12.9.2016].
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1978). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.

- Heath, R.B. (1963). Electrical self-stimulation of the brain in man. *American Journal of Psychiatry*, 120(6), 571–577.
- Hedderich, I. (2009). *Burnout: Ursachen, Formen, Auswege*. München: Verlag C. H. Beck.
- Heinke, W., Dunkel, P., Brähler, E., Nübling, M., Riedel-Heller, S. & Kaisers, U.X. (2011). Burn-out in der Anästhesie und Intensivmedizin. Gibt es ein Problem in Deutschland? *Anaesthetist*, 60, 1109–1118.
- Helkavaara, M. (2013). Emotional exhaustion and psychosocial work factors. In S. Bährer-Köhler, S. (Ed.), *Burnout for experts: prevention in the context of living and working* (pp. 159–168). Heidelberg: Springer.
- Hemmeter, U.-M. (2013). Treatment of burnout: overlap of diagnosis. In S. Bährer-Köhler (Ed.), *Burnout for experts: prevention in the context of living and working* (pp. 73–87). Heidelberg: Springer.
- Hibbeler, B. (2006). Reha-Kliniken in der Kostenfalle. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(49), A 3309.
- Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: C.H. Beck.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of Resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychology Association*, 44(3), 513–524.
- Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 115–129). Wahington: Taylor a. Francis Group.
- Hockey, G. J. (1997). Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: a cognitive-energetical framework. *Biological Psychology*, 45, 73–93.
- Hockey, G.R.J. (1993). Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In A. Baddely & L. Weiskrant (Eds.), *Attention: selection, awareness, and control* (pp. 328–345). Oxford: Clarendon.
- Hoelter, J.W. (1983). The analysis of covariance structures. Goodness of fit indices. *Sociological methods and Research*, 11(3), 325–344.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Hotze, E., Winter, C. (2011). Pflege in der Rehabilitation. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 549–560). Weinheim: Juventa.
- Hox J. (2010). *Multilevel analysis: techniques and applications* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Hrubý, R., Hašto, J. & Minárik, P. (2011). Attachment in integrative neuroscientific perspective. *Activitas Nervosa Superior Revidiva*, 53(2), 49–58; reprinted from *Neuroendocrinology Letters* 2011; 32(1), 111–120.

- Hu, F., Hu, B., Chen, R., Ma, Y., Niu, L., Quin, X. & Hu, Z. (2014). A systematic review of social capital and chronic non-communicable diseases. *BioScience Trends*, 8(6), 290–296.
- Hüppe A. & Raspe, H. (2005). Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation*, 44, 24–33.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O (2016). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Aufl.) (S. 15–54). Weinheim: Beltz Juventa.
- Insel, T.R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology and Behavior*, 79, 351–357.
- Insel, T.R. (2010). The challenge of translation in social neuroscience: A review of Oxytocin, Vasopressin, and affiliative behavior. *Neuron*, March 25, 65(6), 768–779.
- Insel, T.R. & Fernald, R.D. (2004). How the brain processes social information: searching for the social brain. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 697–722.
- Iseke, A. (2007). *Sozialkapitalbildung in Organisationen*. Schriftenreihe Empirische Organisationsforschung (Bd. 30). München: Rainer Hampp Verlag.
- Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, U.-G. (2006). Social Capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5, 3. doi:10.1186/1475-9276-5-3
- Itzenplitz, A. & Seifferth-Schmidt, N. (2011). Sozialkapital in Deutschland – eine empirische Analyse der Genese und Wirkungen. *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 2, 146–172.
- Jäckel, W.H. (2010). Qualität in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 49, 345–355.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2010). *Statistische Datenanalyse mit SPSS* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Jekauc, D., Völkle, M., Lämmöe, L. & Woll, A. (2012). Fehlende Werte in sportwissenschaftlichen Untersuchungen: Eine anwendungsorientierte Einführung in die multiple Imputation mit SPSS. *Sportwissenschaft*, 42 (2), 126–136.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336–1342.
- Johnson, Z.V. & Young, L. J. (2015). Neurobiological mechanisms of social attachment and pair bonding. *Behavioral Sciences*, 3, 38–44.
- Kakiashvili, T., Leszek, J. & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(3), 401–412.
- Kandel, E. (2014). *Das Zeitalter der Erkenntnis*. Pantheon: München.
- Känel, v. R., Bellingrat, S. & Kudielka, B. M. (2008). Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 51–59.

- Kant, I.J., Jansen, N.W.H., Van Amelsvoort, L.G.P.M., Mohren, D.C.L. & Swaen, G.M.H. (2004). Burnout in de werkende bevolking. Resultaten van de Maastrichtse Cohort Study (Burnout in the working population. Results of the Maastricht Cohort Study). *Gedrag & Organisatie*, Vol. 17, 5–17.
- Kapfhammer, H.P. (2012). Burnout. Krankheit oder Symptom? *Internist*, 53, 1276–1288.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–307.
- Karger, H.J. (1981). Burnout as alienation. *Social Service Review*, 55(2), 270–283.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Kim, D. (2008). Social Capital and Health. A Decade of Progress and Beyond. In I. Kawachi & S.V. Subramanian (Eds.), *Social Capital and Health* (pp. 1–28). New York: Springer Science and Business Media.
- Kawachi, I., Takao, S. & Subramanian, S.V. (2013). Introduction. In I. Kawachi, S. Takao & S.V. Subramanian (Eds.), *Global perspectives on social capital and health* (pp. 1–22). New York: Springer Science and Business Media.
- Kay-Eccles (2012). Meta-Analysis of the relationship between coworker social support and burnout using a two-level hierarchical linear model. *Western Journal of Nursing Research*, 34(8), 1062–1063.
- Kelman, H. C. (1958). Compliance, identification, and internalization: Three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 51–60.
- Kernen, H. (2005). *Arbeit als Ressource: Gesund und leistungsstark dank persönlichem und betrieblichem Gesundheitsmanagement*. Berne: Haupt.
- King, R. C. & Sethi, V. (1997). The moderating effect of organizational commitment on burnout in information systems professionals. *European Journal of Information Systems*, 6, 86–96.
- Kirsch, P. & Gruppe, H. (2011). Neuromodulatorische Einflüsse auf das Wohlbefinden: Dopamin und Oxytocin. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Klatetzki, T. (2010). Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation als Typus, In T. Klatetzki (Hrsg.), *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen* (S. 7–24). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien.
- Kleiber, D. & Enzmann, D. (1990). *Burnout: Eine internationale Bibliographie*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, H.J., Molloy, J.C., Cooper & J.T. (2009). Conceptual Foundations: Construct Definitions and Theoretical Representations of Workplace Commitments. In H.J. Klein, T.E. Becker & J.P. Meyer, J.P. (Eds.), *Commitment in organizations: accumulated wisdom and new directions* (pp. 3–36). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Kline, Rex B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling: methodology in the social sciences* (3rd ed.). New York: Guilford.

- Koch, U. & Broich, K. (2012). Das Burn-out-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 161–163.
- Kockert, S. (2014). *Sozialkapital und die Ko-Produktion von Gesundheit: Die Bedeutung des organisationalen Handelns für die Qualität in der gesundheitlichen Versorgung am Beispiel der medizinischen Rehabilitation*. Dissertation, Universität Bielefeld. Abgerufen von <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2709737> [27.2.2016].
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.), Köln.
- Körner, M. (2006). *Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation*. Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin, Band 12. Regensburg: Roderer Verlag.
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 160–165.
- Körner, M. (2011). Mental strain among staff at medical rehabilitation clinics in Germany. *GMS Psychosocial Medicine*, 8, 1–12. doi:10.3205/psm000070
- Körner, M., Ehrhardt, H. & Steger, A.-K. (2011). Interne und externe Patientenorientierung in der medizinischen Rehabilitation. *Public Health Forum*, 19(1), 21–23.
- Körner, M., Schüpbach, H. & Bengel, J. (2005). Berufsgruppenübergreifende Kooperation in der medizinischen Rehabilitation. Überblick zum Forschungs- und Entwicklungsstand. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(4), 158–166.
- Körner, S.C. (2003). *Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule*. Berlin: Logos Verlag.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., Oksanen, R., Elovainio, M., Cox, T., Virtanen, M., Pentti, J., Cox, S.J. & Wilkinson, R.G. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *British Medical Journal*, 6, 251. doi:10.1186/1471-2458-6-251
- Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O., Schulz-Nieswandt & F., Pfaff, H. (2010b). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 470–479.
- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M.A., Köhler, T. & Pfaff, H. (2010a). Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1654–1663.
- Kreienbrock, L., Pigeot, I. & Ahrens, W. (2012). *Epidemiologische Methoden* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Krieger, T., Zimmermann, J., Huffziger, S., Ubl, B., Diener, C., Kuehner, C. & Grosse Holtforth, M. (2014). Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (Who-5) as a measure of the severity of depression. *Journal of Affective Disorders*, 156(1), 240–244.

- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.
- Kroll, L.E. & Lampert, T. (2007). Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitswesen* 69, 120–127.
- Krüger, A. (2013). Zur Erklärung von Fehlzeiten in zwei Stahlwerken. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.). *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2.Aufl.) (S. 231–246). Berlin: Springer Gabler.
- Kunz, V., Westle, B. & Roßteutscher, S. (2008). Dimensionen und Messung sozialen Kapitals. In B. Westle & O.W. Gabriel (Hrsg.), *Sozialkapital: Eine Einführung* (S. 41–50). Baden Baden: Nomos.
- Landry, G., Panaccio, A. & Vandenberghe, C. (2010). Dimensionality and consequences of employee commitment to supervisors: a two-study examination. *The Journal of Psychology*, 144(3), 285–312.
- Landry, G., Vandenberghe, C. & Ayed, A.K.B. (2014). Supervisor commitment to employees: does agreement among supervisors' and employees' perceptions matter? *The Leadership Quarterly*, 25(5), 885–900.
- Lapointe, E., Vandenberghe, C. & Boudrias, J.-S. (2013). Psychological contract breach, affective commitment to organization and supervisor, and newcomer adjustment: a three-wave moderated mediation model. *Journal of Vocational Behavior*, 83, 528–538.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping process*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S. 213–260) Bern: Huber.
- Lee, K., Carswell, J.J. & Allen, N.J. (2000). A meta-analytic review of occupational commitment: relations with person- and work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 799–811.
- Lee, R., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B.L. & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources for Health* 11, 48, doi:10.1186/1478-4491-11-48
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123–133.
- Leiter, M.P., Bakker, A.B. & Maslach, C. (2014). The contemporary context of burnout. In M.P. Leiter, A.P. Bakke & C. Maslach (Eds.). *Burnout at work: a psychological perspective* (pp. 1–9). Hove, East Sussex: Psychological Press.
- Leiter, M.P., Gascón, S. & Martínez-Jarreta, B. (2010). Making sense of work: a structural model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 40(1), 57–75.
- Leiter, M.P., Hakanen, J.J., Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2013). Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: a 12-year cohort study. *Journal of Organizational Behavior*, 34, 959–973.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (1988). The impact of environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 927–308.

- Leiter, M.P. & Maslach, C. (2004). Areas of Worklife: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. In P.L. Perrewe & D.C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 3) (pp. 91–134). Oxford: Elsevier.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (2011). *Areas of Worklife Survey. Manual and sampler set* (5th ed.). Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc.
- Leiter, M.P. & Schaufeli, W.B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 229–243.
- Leyland, A.H., Groenewegen, P.P. (2003). Multilevel modelling and public health policy. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 267–274.
- Lieberwirth, C. & Wang, Z. (2014). Social bonding: regulation by neuropeptides. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 171, 1–13.
- Lincke H.-J., Nübling, M. (2013). Die Messung von Burnout-Symptomen und Risikofaktoren mit COPSOQ. *Public Health Forum*, 22(1), 20–22.
- Littman-Ovadia, H., Oren, L. & Lavy, S. (2013). Attachment and autonomy in the workplace: new insights. *Journal of Career Assessment*, 21(4), 502–518.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). Psychische Anforderungen. Herausforderungen für den Arbeitsschutz. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] (Hrsg.), *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (S. 9–10), Dortmund, Berlin und Dresden.
- Love, T.M. (2014). Oxytocin, motivation and the role of Dopamine. *Pharmacology Biochemistry, and Behavior*, 119, 49–60.
- Lüdtke, O., Robitzsch, A., Trautwein, U., Köller, O. (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. Probleme und Lösungen. *Psychologische Rundschau* 58(2), 103–107.
- Ludwig, E.S. (2013). *Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. Eine theoretische und empirische Mehrebenenanalyse*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač
- Lükermann, S. (2013). Sozialkapital und Qualität von Produkten und Dienstleistungen. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 211–230). Berlin: Springer Gabler.
- MacDonald, K. & Feifel, D. (2013). Helping Oxytocin deliver: considerations in the development of oxytocin-based therapeutics for brain disorders. *Frontiers in Neuroscience*. 7,35. doi:10.3389/fnins.2013.00035
- MacDonald, K. & MacDonald, T.M. (2010). The peptide that binds: A systematic review of Oxytocin and its prosocial effects in humans. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(1), 1–20.
- Manzoni, P., & Eisner, M. (2006). Violence between the police and the public. Influences of work-related stress, job satisfaction, burnout, and situational factors. *Criminal Justice and Behavior*, 33(5), 613–645.
- Marchand, A., Durand, P., Juster, R.-P. & Lupien, S.J. (2014). Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: associations with diurnal cortisol profiles. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 40(3), 305–314.

- Maske, U.E., Riedel-Heller, S.G., Seiffert, I., Jacobi, F. & Hapke, U. (2016). Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom. *Psychiatrische Praxis*, 43(01), 18–24.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9, 16–22.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In Paine, W.S. (Ed.). *Job stress and burnout: research, theory, and intervention perspectives* (pp. 29–40). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(99), 99–113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133–153.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: how organizations Cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: CA: Jossey Bass.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2008). Early predictors of burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512.
- Maslach, C., Leiter, M.P. & Jackson, S.E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33,296–300.
- Maslach, C. & Schaufeli W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 1–18). Washington: Taylor a. Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Mathieu, J.E. & M. Zajac (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171–194. .
- McGeary, C.A. & McGeary, D.D. (2012). Occupational Burnout. In R.J. Gatchel & I.Z. Schultz (Eds.), *Handbook of occupational health and wellness* (S. 181–200). New York: Springer.
- McGrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations, In N.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1351–1396). Chicago: Rand McNally.
- McGregor, I.S., Callaghan, P.D. & Hunt, G.E. (2008). From ultrasocial to antisocial: a role for oxytocin in the acute and reinforcing effects and long-term consequences of drug use? *British Journal of Pharmacology*, 154, 358–368.
- Melamed, S. Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327–353.

- Meyer, J.P. (2009). Commitment in a changing world of work. In H.J. Klein, T.E. Becker & J.P. Meyer (Eds.), *Commitment in organizations: accumulated wisdom and new directions* (pp. 37–68). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1984). Testing the ‚Side-Bet Theory‘ of organizational commitment: some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 372–378.
- Meyer, J.P., Allen, N.J. (1991). A Three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89.
- Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1997). *Commitment in the workplace: theory, research, and application*. Thousand Oaks: Sage.
- Meyer, J.P., Becker, T.E. & Van Dick (2006). Social identities and commitments at work: toward an integrative model. *Journal of Organizational Behavior*, 27(5), 665–683.
- Meyer, J.P. & Herscovitch (2001). Commitment in the workplace: toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11, 99–326.
- Meyer, J.P. & Maltin, E.R. (2010). Employee commitment and well-being: a critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 323–337.
- Meyer J.P., Stanley, D.J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 20–52.
- Meyer, M., Böttcher & M., Glushanok, I. (2015). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015: Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 341–400). Berlin: Springer.
- Middeldorp, C.M., Cath, D. & Boomsma, D. (2006). A twin-family study of the association between burnout and anxious depression. *Journal of Affective Disorders*, 902, 163–169.
- Mier, D. & Kirsch, P. (2014). Social Brain. In A. Stirn, R. Stark, K. Tabbert, S. Wehrum-Osinsky & S. Oddo (Hrsg.), *Sexualität, Körper und Neurobiologie: Grundlagen und Störungsbilder im interdisziplinären Fokus* (S. 315–325). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11–15.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2015). Boosting attachment security in adulthood: the “broaden-and-build” effects of security-enhancing mental representations and interpersonal contexts. In J.A Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging Themes* (pp. 124–144). New York: Guilford.
- Miller, K. I., Ellis, B. H., Zook, E. G., & Lyles, J. S. (1990). An integrated model of communication, stress, and burnout in the workplace. *Communication Research*, 17, 300–326.

- Minkov, M. (2013). *Cross-Cultural analysis: The science and art of comparing the world's modern societies and their cultures*. With contributions by Geert Hofstede. London: Sage.
- Mohren, D.C., Swan, G.M., Kant, I.J., van Amelsvoort, L.G., Borm, P.J. & Galama, J.M. (2003). Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 201–208.
- Monroe, S.M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life Stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 33–52.
- Morfeld, M., Koch, U., Bergelt, C. & Mehnert, A. (2016). Versorgung mit Rehabilitationsleistungen. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6. Aufl.) (S. 909–930). Weinheim: Beltz Juventa.
- Morin, J.S. A. Vandenberghe, C., Turmel, M.-J., Madore, I. & Maiano, C. (2012). Probing into commitment's nonlinear relationships to work outcomes. *Journal of Managerial Psychology*, 28(2), 202–224.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. & Steers, R.M. (1982). *Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Mowday, R.T., Steers, R.M. & Porter, L.W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224–247.
- Muheim, F. (2013). Burn-out: history of a phenomenon. In S. Bährer-Köhler (Ed.), *Burnout for experts. prevention in the context of living and working* (pp. 37–46). Heidelberg: Springer.
- Müller, C., Rundel, M., Zimmermann & L., Körner, M. (2015). Verankerung interprofessioneller Teamarbeit in den Qualitätsmanagement-Systemen der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 25, 36–43.
- Müller, C., Zimmermann & L., Körner, M. (2014). Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken: eine Befragung von Führungskräften. *Rehabilitation*, 53, 390–395.
- Münch, E. (2013). Sozialkapital und Sense of Coherence im Krankenhaus. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 277–304). Berlin: Springer Gabler.
- Nahapiet, J. & Ghoshal, S. (1998). Social capital, intellectual capital and the organizational advantage. *The Academy of Management Review*, 23(2), 242–266.
- Neckel, S. & Wagner, G. (2014). Einleitung: Leistung und Erschöpfung. In S. Neckel & G. Wagner (Hrsg.), *Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft* (S. 7–26). Berlin: Suhrkamp.
- Nerdinger, F.W. (2014). Organisationsdiagnose. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (3. Aufl.) (S. 134–142). Berlin: Springer.
- Nezlek, J.B., Schröder-Abé, M. & Schütz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung. Vorteile und Möglichkeiten der Mehrebenenmodellierung mit Zufallskoeffizienten. *Psychologische Rundschau*, 57(4), 213–223.

- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiller, J., Ramseier, F., Seifritz, E. & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout – eine Standortbestimmung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(2), 72–77.
- Nink, M. (2014). *Engagement Index: Die neuesten Daten und Erkenntnisse aus 13 Jahren Gallup-Studie*. München: Redline Verlag.
- Nink, M. (Juli 2015). The German Workforce Has a Burnout Problem. *Business Journal*. Retrieved from <http://www.gallup.com/businessjournal/184106/german-workforce-burnout-problem.aspx> [17.7.2016].
- Nink, M. (2016). *Engagement Index Deutschland 2015*. Präsentation zum Gallup Engagement-Index 2015. Abgerufen von <http://www.gallup.de/183104/engagement-index-deutschland.aspx> [19.5.2016].
- Nuallaong, W. (2013). Burnout symptoms and cycles of burnout: the comparison with psychiatric disorders and aspects of approaches. In S. Bährer-Köhler (Ed.), *Burnout for experts: prevention in the context of living and working* (pp. 47–72). Heidelberg: Springer.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofman, S. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes CO-PSOQ*. Dortmund, Berlin und Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Oksanen, T. (2009). Workplace Social Capital and Employee Health. Department of Occupational Health, University of Turku and the Finnish Institute of Occupational Health, Turku: Finland. Retrieved from <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2003/103432Oksanen.pdf> [7.2.2016].
- Oksanen, T., Suzuki, E., Vahtera, J. & Kivimäki, M. (2013). Workplace social capital and health. In I. Kawachi, S. Takao & S.V. Subramanian (Eds.), *Global perspectives on social Capital and health* (pp. 23–63). Heidelberg: Springer.
- Olds, J. & Milner, P. (1954). Positive Reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of rat brain. *Journal of Animal Behavior*, 47(6), 419–427.
- Olf, M., Frijling, J.L., Kubzansky, L.D & Bradley, B., Ellenbogen, M.A., Cardoso, C., Bartz, J.A., Yee, J.R. & Zuiden, v.M. (2013). The role of oxytocin in social bonding, stress regulation and mental health: an update on the moderating effects of context and interindividual differences. *Psychoendocrinology*, 38, 1883–1894.
- Ommen, O., Driller, E., Janßen, C., Richter, P. & Pfaff, H. (2008). Burnout bei Ärzten – Sozialkapital im Krankenhaus als mögliche Ressource? In E. Brähler, D. Alfemann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastungen im Arztberuf* (S. 189–207). Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- O'Reilly, C. & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492–499.
- Ostrom, E. (2000). Social capital: a fad or fundamental concept. In P. Dasgupta & I. Serageldin (Eds.), *Social capital: a multifaceted concept* (pp. 172–214). Washington: The World Bank.

- Ostrom, E. (2010). Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *American Economic Review*, 100(3), 641–672.
- Ostrom, E. (2011). *Was mehr wird, wenn wir teilen: Vom gesellschaftlichen Wert der Gemeingüter*. München: oekom-Verlag.
- Paetzold, R.L. (2015). Attachment theory in organizational settings. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging themes* (pp. 261–286). New York: Guilford.
- Peterson, U., Bergström, G., Demerouti, E., Gustavsson, P., Asberg, M. & Nygren, A. (2011). Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53, 788–793.
- Pettigrew, A.M. (1979). On studying organizational cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 570–581.
- Pfaff, H., Püllhofer, F., Brinkmann, A., Lütticke, J., Nitzsche, A., Steffen, P., Stoll, A. & Richter, P. (2004). *Der Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE): Kompendium valider Kennzahlen*. Klinikum der Universität Köln. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie.
- Pietromonaco, P.R., De Vito, C.C., Ge, F. & Lembke, J. (2015). Health and attachment Processes. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging theme* (pp. 287–318). New York, London: Guilford Press.
- Pines, A. (1993). Burnout: an extential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 33–51). Washington: Taylor a. Francis.
- Pines, A. Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: The Free Press.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- Pines, A.M. (2004). Adult attachment styles and their relationship to burnout: a preliminary, cross-cultural investigation. *Work & Stress*, 18(1), 66–80.
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R. & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2, 19–24.
- Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R.T. & Boulian, P.V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603–609.
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R.C., Finco, G. & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Safety and Health at Work* 5, 152–157.
- Pötschke, M. (2014). Aktuelle Probleme der Modellierung von Mehrebenen-Daten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 66, 219–239.
- Pratt, M.G. & Ashforth, B.E. (2003). Fostering meaningfulness in working and at work. In K.S. Cameron, J.E., Dutton & R.E. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship: foundations of a new discipline* (pp. 309–327). San Francisco, California: Berret-Koehler.

PROGNOS (2009). *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger: Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Abgerufen von [http://www.prognos.com/Publications.520+M554a865fa4a.0.html?&tx_atwpubdb_pi1\[showUid\]=231](http://www.prognos.com/Publications.520+M554a865fa4a.0.html?&tx_atwpubdb_pi1[showUid]=231) [27.2.2016].

Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre for Mental Health (1998). *WHO-(Fünf) Fragebogen zum Wohlbefinden: Version 1998*. Abgerufen von http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf [14.6.2014].

Putnam, R.D. (1993). *Making democracy work*. New Jersey. Princeton University Press.

Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone*. New York: Simon and Schuster.

Racovec-Felser, Z. (2011). Professional burnout as the state and process – what to do? *Collegium Antropologicum*, 35(2), 577–585.

Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden: 2. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialarbeiter* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

Ratitch, B. (2014). Multiple imputation. In M. O’Kelly & B. Ratitch (Eds.), *Clinical trials with missing data: a guide for practitioners* (pp. 185–256). Chichester: John Wiley & Sons.

Reese, C., Bengel, J. & Mittag, O. (2014). Berufliches Selbstverständnis, Ressourcen, Belastungen und berufliche Zufriedenheit von Psychologen in rehabilitativen Einrichtungen. *Gesundheitswesen*, 76, 446–452.

Reilly, N. P. (1994). Exploring a paradox: Commitment as a moderator of the stressor-burnout relationship. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 397–414.

Reizer, A. (2015). Influences of employees’ attachment styles on their life satisfaction as mediated by job satisfaction and burnout. *The Journal of Psychology*, 149(4), 356–377.

Reuter, M. (2016). Spurensuche im Erbgut. *Gehirn & Geist*, 1, 43–47.

Rholes, W.S. & Simpson, J.A. (2015). Introduction: New Directions and Emerging Themes in Attachment Theory and Research. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: new directions and emerging themes* (pp. 1–8). New York: Guilford.

Richter, P., Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg: Roland Asanger.

Riketta, M. (2002). Attitudinal organizational commitment and job performance: a meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 257–266.

Rilling, J., Gutman, D., Zeh, T., Pagnoni, G., Berns, G. & Kilts, C. (2002). A neural basis for social cooperation. *Neuron* 35, 395–405.

Rimann, M., Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten: ein Mehr-Ebenen Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation* (S. 281–298). Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Rixgens, P. (2010a). Messung von Sozialkapital im Betrieb durch den „Bielefelder Sozialkapital-Index“ [BISI]. In B. Badura, K. Macco, J. Klose & H. Schröder (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern* (S. 263–274). Berlin: Springer .
- Rixgens, P. (2010b). Mitarbeiterbefragung. In B. Badura, U. Walter & T. Heilmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Aufl. (S. 205–212). Heidelberg: Springer.
- Rixgens, P., Badura, B. (2012). Zur Organisationsdiagnose psychischen Befindens in der Arbeitswelt. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 197–204.
- Rixgens, P., Behr, M. & Badura, B. (2013). Gegenstand, Vorgehensweisen, Methodik. In B. Badura, W. Greiner, P., Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 61–86). Berlin: Springer Gabler.
- Robert Koch-Institut [RKI] (2014) *Chronisches Kranksein*. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin: RKI. Abgerufen von <http://www.rki.de/geda> [25.10.2014].
- Rock, D. (2009). Managing with the brain in mind. *Strategy and Business*, 56, 58–67.
- Ronen, S. & Mikulincer, M. (2009). Attachment orientations and job burnout: The mediating roles of team cohesion and organizational fairness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(4), 549–567.
- Ronen, S. & Mikulincer, M. (2012). Predicting employees' satisfaction and burnout from managers' attachment and caregiving orientations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(6), 282–849.
- Rook, M. (1998). *Theorie und Empirie in der Burnout-Forschung: Eine wissenschaftstheoretische und inhaltliche Standortbestimmung*. Psychologische Forschungsergebnisse (Bd. 29). Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung* (3. Aufl.) Bern: Huber.
- Rösing, I. (2011). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung* (3. Aufl.). Heidelberg: Asanger.
- Rosso, B.D., Dekas, K.H. & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: a theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30, 91–127.
- Rouxel, P.L., Heilmann, A., Aida, J., Tsakos, G. & Watt, R.G. (2015). Social capital: theory, evidence, and implications for oral health. *Community, Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(2), 97–105.
- Rubino, C., Luksyte, A., Perry, S.J. & Volpone, S.D. (2009). How do stressors lead to burnout? The mediating role of motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(3), 289–304.
- Rudow, B. (1994). *Die Arbeit des Lehrers: Zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrbelastung und Lehrergesundheit*. Bern: Huber.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Bonn und Berlin.

Satorra, A. & Bentler, P.M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507–514.

Savicki, V. (2002). *Burnout across thirteen cultures: Stress and coping in child and youth care workers*. Westport: Praeger.

Schaufeli, W.B. (2015). Van burn-out tot bevlogenheid. Werk en welbevinden in Nederland. *M&O*, 2/3, Maart/Juni 2015, 15–31.

Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.

Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 107–716.

Schaufeli, W. B. & Buunk, B.P. (2007). Burnout: An Overview of 25 years of research and theorizing. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubust & C.L. Cooper, C. L. (Eds.), *The handbook of work & health psychology* (2nd ed.) (pp. 383–428). West Sussex: Wiley.

Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice*. London: Taylor & Francis.

Schaufeli, W.B., Leiter & M.P., Maslach, C. (2008). 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220.

Schaufeli, W. B., Leiter, M., Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). MBI-General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson & M.P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.) (pp. 19–26). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Schaufeli, W.B. & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement in the workplace. In M.C.W. Peeters, J. de Jonge & T.W. Taris (Eds.), *An introduction to contemporary work psychology* (pp. 293–320). Chichester West Sussex: John Wiley and Sons.

Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.

Schaufeli, W.B. & Taris, T.W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256–262.

Schaufeli, W.B. & Taris, T.W. (2013). Het job demands-resources model: Overzicht en kritischebeschouwing. *Gedrag & Organisatie*, 26, 182–204.

Schaufeli, W.B. & Taris, T.W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. In G.F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: a transdisciplinary approach* (pp. 43–68). Heidelberg: Springer Science and Business Media.

- Schmidt, K-H (2007). Organizational commitment: A further moderator in the relationship between work stress and strain? *International Journal of Stress Management*, 14, 26–40.
- Schmidt, K.-H. & Diestel, S. (2012). The relation of self-control demands to job strain: the moderating role of organizational commitment. *Applied Psychology*, 61(3), 479–497.
- Schmidt, R. (2012). Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Mitarbeiter im Pflegedienst in Rehabilitationseinrichtungen. In H. Thiele & A. Leibig (Hrsg.), *Pflege in der Rehabilitation: Medizinische Rehabilitation und Pflegeintervention* (S. 25–27). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnee, M. & Vogt, J. (2013). Burnout, Mobbing und Präsentismus: Zusammenhänge und Präventionsmaßnahmen. In J. Böcken, B. Braun & U. Repschläger (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK (S. 99–117). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schneider, B., Ehrhart, M.G. & Macey, W.H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361–388.
- Schott, T. & Kockert, S. (2014). *Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Was Reha-Einrichtungen von Wirtschaftsunternehmen lernen können“* Leistungssteigerung durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen. Universität Bielefeld. Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften. Abgerufen von <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Abschlussbericht%20LORE.pdf> [6.6.2016].
- Schreyögg (2008). *Organisation: Grundlagen moderner Organisationsgestaltung* (4. Aufl.) Wiesbaden: Gabler.
- Schulte-Zurhausen, M. (2014). *Organisation* (6. Aufl.). München: Vahlen.
- Scrivens, K. & Smith, C. (2013). *Four interpretations of social capital: an agenda for measurement*. OECD statistics working papers series No. 55. OECD Statistics Directorate: Paris. Retrieved from <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=STD/DOC%282013%296&docLanguage=En> [6.2.2016].
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K. & Riedel-Heller, S.G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion: a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9,10. doi:10.1186/1745-6673-9-10
- Selye, H. (1973). *The evolution of the stress concept*. *American Scientist*, 61(6), 692–699.
- Selye, H. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzeptes. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress* (S. 163–187). Bern: Huber.
- Shakespeare, W. (1599). *The passionate pilgrim*. London: T. Judson for W. Laggard, and are to be sold by W. Leake, at the Greyhound in Paules Churchyard.
- Shaver, P., Mikulincer, M. (2010). New directions in attachment theory and research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 163–172.

- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper, & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25–48). New York: Wiley.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Simmons, B.L., Gooty, J., Nelson, D. & Little, L.M. (2009). Secure attachment: implications for hope, trust, burnout, and performance. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 233–247.
- Smith, E.R., Murphy, J. & Coats, S. (1999). Attachment to groups: theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 94–110.
- Sozialgesetzbuch [SGB] Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html [6.8.2016].
- Sozialgesetzbuch [SGB] Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046. Abgerufen von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/ [6.8.2016].
- Sozialgesetzbuch [SGB] Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337). Abgerufen von: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html [6.8.2016].
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (2009). Vorwort. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (5. Aufl.) (S. 9–16). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spence-Laschinger, H.K., Almost, J., Purdy, N. & Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured healthcare settings. *Nursing Leadership*, 17(4), 88–105.
- Statistisches Bundesamt (2015a). *Über 10 Millionen behinderte Menschen im Jahr 2013*. Pressemitteilung vom 11. Mai 2015 – 168 / 15. Abgerufen von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/05/PD15_168_122pdf.pdf;jsessionid=597F68AAC4D62E500E5F2E78821A08F8.cae1?__blob=publicationFile [25.2.2016].
- Statistisches Bundesamt [Stba] (2015b). *Gesundheit: Ausgaben 2013*. Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt [Stba] (2015c). *Gesundheit: Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2014*. Fachserie 12 Reihe 6.1.2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt [Stba] (2015d). *Gesundheit: Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2014*. Fachserie 12 Reihe 6.2.2. Wiesbaden.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Abgerufen von www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeiträge/Gd60.html [1.8.2013].
- Steinke, M., Luschnat, S. & Mc Call, T. (2013). Symptome erkrankter Organisationen – Der Einfluss des Sozialkapitals auf Mobbing und innere Kündigung. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle & M. Behr (Hrsg.), *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. Aufl.) (S. 187–210). Berlin: Springer Gabler.

- Stöbel-Richter, Y. Daig, I., Brähler, E. & Zenger, M. (2013). Prävalenz von psychischer und physischer Erschöpfung in der deutschen Bevölkerung und deren Zusammenhang mit weiteren psychischen und somatischen Beschwerden. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63 (03/04), 109–114.
- Stoesz, B.M., Hare, J.F. & Snow, W.M. (2013). Neurophysiological mechanisms underlying affiliative social behavior: insights from comparative research. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 37, 123–132.
- Strathearn, L. (2011). Maternal neglect: Oxytocin, Dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of Neuroendocrinology*, 23(11), 1054–1065.
- Striepens, N., Kendrick, K.M., Maier, W. & Hurlemann, R. (2011). Prosocial effects of oxytocin and clinical evidence for its therapeutical potential. *Frontiers of Neuroendocrinology*, 32, 426–450.
- Süddeutsche Zeitung (SZ) (16. März 2016). *Über die Belastungsgrenze: Burn-out in den Griff bekommen*. Abgerufen von <http://www.sueddeutsche.de/news/gesundheit/gesundheit-ueber-die-belastungsgrenze---burn-out-in-den-griff-bekommen-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-160209-99-594218> [16.7.2016].
- Sulkava, S., Ollila, H.M., Ahola, K., Partonen, T., Viitasalo, K., Kettunen, J., Lappalainen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., Lindström, J., Härmä, M., Puttonen, S., Salomaa, V. & Paunio, T. (2013). Genome-wide scan of job-related exhaustion with three replication studies implicate a susceptibility variant at the UST gene locus. *Human Molecular Genetics*, 22(16), 336–3372.
- Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU) (2014). Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 223. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Retrieved from http://www.sbu.se/contentassets/800ad7aecf9146c795d3a89c7a957048/arbetsmiljo_depression_2014.pdf [6.8.2016].
- Swider, B.W. & Zimmerman, R.D. (2010). Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487–506.
- Tan, D. S. K., & Akhtar, S. (1998). Organizational commitment and experienced burnout: an exploratory study from a Chinese cultural perspective. *International Journal of Organizational Analysis*, 6, 310–333.
- Tanner, C., Brügger, A., van Schie, S., Leberherz, C. (2010). Actions speak louder than words: the benefits of ethical behaviors of leaders. *Journal of Psychology*, 218(4), 225–233.
- Taris, T., Houtman, I., Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241–257.
- Taylor, A.B. (2008) *Two new methods of studying the performance of SEM fit indexes*. Dissertation, Arizona State University. Retrieved from http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.882004&res_dat=xri:pqdiss&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&rft_dat=xri:pqdiss:3318439 [10.2.2016].
- Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis, B.P., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A.R. & Updegraff, J.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight or flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–429.

- Techniker Krankenkasse (TK) (2013). *Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stressbelastung der Nation*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Thalhammer, M. & Paulitsch, K. (2014). Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. *Neuropsychiatrie*, 28(3), 151–159.
- Thelen, P. (12. Juli 2015). Deutschland – völlig ausgebrannt? *Handelsblatt*. Abgerufen von <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/burnout-deutschland-voellig-ausgebrannt/12034400.html> [17.7.2016].
- Thomas-Shaw, S.A. (2004). *An examination of an extension of Job Characteristics Theory to include role stress among secondary school administrators*. Dissertation, University of California.
- Toker, S. & Biron, M. (2012). Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 699–710.
- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D. & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine* 74(8), 840–847.
- Tomasello, M. & Vaish, A. (2013). Origins of human cooperation and morality. *Annual Review of Psychology*, 64, 231–255.
- Toppinen-Tanner, S. (2011). Process of burnout: structure, antecedents, and consequence. People and Work Research Reports 93. Tampere: Juvenes Print
- Tops, M., Boksem, M.A.S., Wijers, A.A., Duinen, v.H., Den Boer, J.A. & Korf, J. (2007). The psychobiology of burnout: are there two different syndromes? *Neuropsychology*, 55, 143–150.
- Tzanakis, M. (2013). Social capital in Bourdieu's, Coleman's and Putnam's theory: empirical evidence and emergent measurement issues. *Educate*, 13(2), 2–23.
- Üvnäs-Moberg, K., Arn, I., Magnusson, D. (2005). The psychobiology of emotion: the role of the Oxytocinergic system. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 59–65.
- Van Bogaert, P., Timmerman, O., Weeks, S.M. (2014). Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events – a cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1123–1134.
- Veninga, R.L. & Spradely, J. P. (1981). *The work/stress connection: how to cope with job burnout*. Boston: Little Brown.
- Vogel, H. (1998). Berufsgruppen in der Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin. Ambulant, teilstationäre, stationär* (2. Aufl.) (S. 117–131). München: Urban und Schwarzenberg.
- Wagner, F. (2012). Geleitwort: Rehabilitation und Pflege – Eine Chance für Betroffene und die Pflegeberufe. In H. Thiele & A. Leibig (Hrsg.), *Pflege in der Rehabilitation: Medizinische Rehabilitation und Pflegeintervention* (S. 5–6). Stuttgart: Kohlhammer

- Walter, H. (2010). Die totale Erschöpfung. Differenzialdiagnose und Behandlung des Burn-out-Syndroms. *Ärzteweche*, 47. Abgerufen von <http://www.springermedizin.at/artikel/19668-die-totale-erschopfung> [1.3.2015].
- Walter, U. (2010). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Aufl.) (S. 147–161). Berlin: Springer.
- Walter, U., Krugmann, C.S. & Plaumann, M. (2012). Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematisches Review zur Effektivität individuumbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt*, 55, 1–11.
- Watts, J. (2013). Evaluation of organizational culture and nurse burnout. *Nursing Management*, 20(6), 24–29.
- Weber, A. (2014). Burnout und Mobbing. In G. Triebig, M. Kentner & Schiele (Hrsg.), *Arbeitsmedizin: Handbuch für Theorie und Praxis* (4. Aufl.) (S. 459–490). Stuttgart: Gentner.
- Weber, M. (1965). *Die protestantische Ethik*. Herausgegeben von Johannes Winkelmann. Tübingen: Verlag J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung: Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS* (2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler .
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2005). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation. DIMDI Klassifikationen. Neu-Isenburg: MMI, Med. Medien-Informations-GmbH.
- Westle, B. & Roßteutscher, S. (2008). Kritische Sichten auf das Konzept des Sozialkapitals und die Forschung zum Sozialkapital. In B. Westle & O.W. Gabriel (Hrsg.), *Sozialkapital: eine Einführung* (S. 157–187). Baden Baden: Nomos.
- Westphal, A. (2011). *Ethikbasierte Unternehmensführung und Commitment der Mitarbeiter*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- White, H. (1980). A heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator and direct test for heteroskedasticity. *Econometrica*, 48(4), 817–838.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: a normative view. *Academy of Management Review*, 7(3), 418–428.
- Wiener, Y. & Vardi, Y. (1980). Relationships between job, organization and work outcomes. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 26, 81–96.
- Winewood, P. & Winefield, A.H. (2004). Comparing two measures of burnout among dentists in Australia. *International Journal of Stress Management*, 11, 282–289.
- Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabilitation* 43(2), 109–115.

World Health Organization [WHO] (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [17.2.2014].

Wright, P.M. & Kehoe, R.P. (2009). Organizational-level antecedents and consequences of commitment. In H.J. Klein T.E. Becker & J.P. Meyer (Eds.), *Commitment in organizations: accumulated wisdom and new directions* (pp. 285–308). New York: Routledge, Taylor & Francis.

Zimmermann, L. & Körner, M. (2014). Emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden bei Gesundheitsfachberufen. *Public Health Forum*, 22(82), 31–32.

Zimmermann, L., Michaelis, M., Quaschnig, K., Müller & C., Körner, M. (2014). Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. *Rehabilitation*, 53, 219–223.

Anhang

Anh. 1: Ein- und Ausschlusskriterien im Rahmen der Literaturrecherche zum Bindungsmodell

Einschluss	Ausschluss
Alle drei Merkmale müssen vorhanden sein (Burn-out, affektives Commitment, Sozialkapital)	Konzeptualisierung von Commitment als <i>Outcome</i> von Burn-out
Outcome Burn-out gemäß MBI oder wenigstens ein Item zu emotionaler Erschöpfung (Kernmerkmal)	Bindung bezieht sich ausschließlich auf Kunden oder die Arbeitsaufgabe oder andere Merkmale, die sich <i>nicht</i> auf das soziale System und die Organisationskultur und die Sinnhaftigkeit der Arbeit beziehen.
Wenigstens eine Facette von Sozialkapitalmerkmalen, z. B. Gerechtigkeit	
Statistische Modellierung 1. von Commitment als Mediator zwischen a) Sozialkapital oder b) der Sinnhaftigkeit der Arbeit und Burn-out oder 2. direkte Messung von affektiver Bindung an Vorgesetzte, Kollegen oder gemeinsame Werte, Regeln, Überzeugungen und Untersuchung des Zusammenhangs mit Burn-out	
Studien in englischer und deutscher Sprache	

Anh. 2: Imputationsmodell für das Merkmal Patientenorientierung

Filter: Berufsgruppen: Ärzte, Pflege, Psychologen/Sozialarbeiter, Therapeuten, die angeben an der Behandlung des Patienten beteiligt zu sein
die folgenden Variablen* wurden als erklärende Variablen in das Imputationsmodell einbezogen (Variablen des Untersuchungsmodells bzw. theoretisch relevante Merkmale; Variablen, die einen Bezug zu fehlenden Werten aufweisen $p < 0,05$; Hilfsvariablen $r > 0,3$)
Führung, Kultur, Beziehungsklima, Sinnhaftigkeit der Arbeit, Zeitdruck, Autonomie, Burn-out, Commitment, Depressivität (Wohlbefinden); Geschlecht, Position, Alter, Dauer der Einrichtungszugehörigkeit, Rollenklarheit; fachliche Qualifikation; Berufsgruppe: Pflege, Sozialarbeiter, Indikationsbereich Stoffwechselerkrankungen, Indikationsbereich Dermatologie, Indikationsbereich Gastroenterologie; Partizipation, Innere Kündigung, Durchführung von Supervisionen, Interesse und Engagement wecken, Items zur Patientenorientierung (Transparente Behandlungsstruktur, Hinweise auf Unterstützungsangebote am Wohnort, flexible Anpassung von Therapieplänen), Items zur Zufriedenheit (Organisation des Arbeitsbereiches, Informationsweitergabe, Arbeitszeitregelung), Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, wahrgenommener Krankenstand; Umgang mit Problemen

*hier sind auch Variablen einbezogen, die im Datensatz enthalten waren, nicht jedoch Bestandteil der Dissertation sind

Anh. 3: Ergebnisse der psychometrischen Testung

Skala/Items	KMO	Bartlett	extrahierte Faktoren/Varianz aufklärung	Faktorladungen (niedrigster bzw. höchster Wert)	KITK (niedrigster bzw. höchster Wert)	IJK	α
Burn-out/6	0,909	<0,001	1/72,403%	0,769 (müde); 0,909 (ausgelaugt)	0,677 (müde); 0,848 (ausgelaugt)	0,667	0,923
Commitment/5	0,780	<0,001	1/50,163%	0,521 (hohe Identifikation mit Einrichtung); 0,844 (stolz, hier zu arbeiten)	0,342 (hohe Identifikation); 0,679 (stolz, hier zu arbeiten)	0,367	0,743
Commitment Kreuzvalidierung/5	0,759	<0,001	1/47,921	0,512 (hohe Identifikation); 0,836 (stolz, hier zu arbeiten)	0,327 (Identifikation); 0,656 (stolz, hier zu arbeiten)	0,339	0,719
Führung/10	0,962	<0,001	1/70,374 %	0,716 (Weiterentwicklung); 0,879 (absolute Vertrauensperson)	0,751 (berufliche Weiterentwicklung); 0,887 (absolute Vertrauensperson)	0,669	0,953
Beziehungsklima/10	0,963	<0,001	1/70,212%	0,760 (steht keiner außerhalb); 0,889 (guter Zusammenhalt)	0,709 (steht keiner außerhalb); 0,857 (guter Zusammenhalt)	0,667	0,951
Kultur/10	0,944	<0,001	1/61,026%	0,655 (Einsatz für Organisationsziele); 0,845 (Wertschätzung der Mitarbeiter)	0,586 (Einsatz für Organisationsziele); 0,796 (Wertschätzung)	0,564	0,929
Sozialkapital/30	0,975	<0,001	3/67,639%	0,678 (Einsatz Organisationsziele); 0,889 (absolute Vertrauensperson)	0,513 (Einsatz für Organisationsziele); 0,738 (faire und gerechte Behandlung)	0,463	0,963
Sinnhaftigkeit/3	0,694	<0,001	1/67,705%	0,810 (Beitrag zum Organisationserfolg); 0,839 Arbeit ist wirklich wichtig	0,573 (Beitrag zum Organisationserfolg); 0,617 (Arbeit ist wirklich wichtig)	0,515	0,759
Wohlbefinden/Depressivität/5	0,872	<0,001	1/72,865%	0,791 (Alltag voller interessanter Dinge); 0,884 (energisch und aktiv)	0,683 (Alltag voller interessanter Dinge); 0,808 (energisch und aktiv)	0,660	0,904
Patientenorientierung/4	0,697	<0,001	1 / 59,55%	0,454 (Hilfe beim Verstehen von Infos); 0,903 (Erläuterung von Vor- und Nachteilen der Behandlung)	0,283 (Hilfe beim Verstehen von Infos); 0,773 (Erläuterung von Vor- und Nachteilen der Behandlung)	0,433	0,754

α =Cronbachs alpha; KITK=korrigierte Item-to-Total-Korrelation; IJK=Inter-Item-Korrelation

Anh. 4: Messmodelle der untersuchten Merkmale

	Ladung standardisiert	Residualvarianz	R ²
Commitment			
Einrichtung ist etwas Besonderes	0,679	0,539	0,461
egal, wo ich mein Geld verdiene	0,536	0,713	0,287
rede gern privat über Arbeit	0,597	0,643	0,357
hohe Identifikation mit Einrichtung	0,382	0,854	0,146
stolz, hier zu arbeiten	0,848	0,281	0,719
Sozialkapital⁴³			
Organisationskultur	0,911	0,170	0,830
Beziehungsklima	0,629	0,605	0,395
Führung	0,788	0,379	0,621
Organisationskultur			
Großes Engagement für die Ziele des Unternehmens	0,606	0,633	0,367
Voll und ganz auf Unternehmensleitung verlassen	0,769	0,408	0,592
Gemeinsame Visionen und Vorstellungen	0,654	0,572	0,428
Großer Teamgeist	0,766	0,414	0,586
Wertschätzung	0,831	0,309	0,691
Gemeinsame Regeln und Werte	0,774	0,400	0,600
Konflikte und Meinungsverschiedenheiten	0,714	0,490	0,510
Alle Beschäftigten gleich behandelt	0,771	0,406	0,594
Fairness und Gerechtigkeit	0,814	0,337	0,663
Große Familie	0,790	0,376	0,624
Beziehungsklima			
Der Umgangston ist meistens gut	0,753	0,433	0,567
Bereit, sich füreinander einzusetzen	0,847	0,283	0,717
Passen menschlich gut zusammen	0,850	0,277	0,723
Durch dick und dünn	0,833	0,305	0,695
Fühle mich insgesamt sehr wohl	0,837	0,299	0,701
Auf Kollegen verlassen	0,832	0,307	0,693
Guter Zusammenhalt	0,880	0,225	0,775
Gegenseitige Unterstützung	0,855	0,269	0,731
Keiner steht außerhalb	0,724	0,477	0,523
Gegenseitiges Vertrauen	0,745	0,444	0,556
Führung			
Steht zu dem, was er sagt	0,826	0,317	0,683
Informiert schnell und zuverlässig	0,775	0,400	0,600
Offenes Ohr	0,833	0,306	0,694
Absolute Vertrauensperson	0,877	0,231	0,769
Achtet auf berufliche Weiterentwicklung	0,709	0,497	0,503
Behandelt alle fair und gerecht	0,864	0,254	0,746
Echtes Vorbild	0,862	0,257	0,743
Als „Chef“ anerkannt	0,753	0,433	0,567
Erkennt Leistung der Mitarbeiter an	0,821	0,326	0,674
Versteht sich insgesamt sehr gut	0,813	0,340	0,660
Sinnhaftigkeit der Arbeit			
Arbeit ist wirklich wichtig	0,689	0,526	0,474
Persönliche Bereicherung	0,716	0,488	0,512
Beitrag zum Organisationserfolg	0,741	0,451	0,549

*für die Messmodelle von Burn-out vgl. Abb. 23/Patientenorientierung vgl. Abb. 24., Werte sind zweiseitig signifikant auf dem Niveau von 0,001

⁴³ Sozialkapital wurde als latentes Konstrukt 2. Ordnung modelliert, mit Führung, Organisationskultur und Beziehungsklima als Konstrukte 1. Ordnung, die sich ihrerseits aus jeweils 10 Indikatoren konstituieren (vgl. auch Anhang 12).

Anh. 5: Statistiken zur Schiefe und Kurtosis

		Statistiken								
		BO	Co	SK	FK	NK	WK	Sinn	ZD	Aut.
N	Gültig	1939	1855	1873	1931	1945	1923	1933	1952	1957
	Fehlend	41	125	107	49	35	57	47	28	23
Schiefe		.433	-.308	-.227	-.378	-.336	.025	-.423	.198	-.795
Standardfehler der Schiefe		.056	.057	.057	.056	.055	.056	.056	.055	.055
Kurtosis		-.244	-.036	-.222	-.333	-.291	-.249	.118	-.512	-.033
Standardfehler der Kurtosis		.111	.114	.113	.111	.111	.112	.111	.111	.111

Bo=Burn-out; Co=Commitment, SK=Sozialkapital, FK=Führungskapital, NK=Netzwerkkapital, WK=Wertekapital, Sinn=Sinnhaftigkeit der Arbeit, ZD=Zeitdruck, Aut.=Autonomie

Anh. 6: Korrelation der Untersuchungsmerkmale auf Basis von SPSS (Summenscores)

	Burn-out	Commitment	Führung	Beziehungsklima	Organisationskultur	Sozialkapital
Burn-out	1					
Commitment	-0,360***	1				
Sozialkapital	-0,429***	0,576***				
Führung	-0,351***	0,430***	1			
Beziehungsklima	-0,323***	0,426***	0,479***	1		
Organisationskultur	-0,402***	0,615***	0,665***	0,543***	1	
Sinnhaftigkeit	-0,323***	0,654***	0,364***	0,368***	0,443***	0,460***
Zeitdruck	0,341***	-0,269***	-0,321***	-0,250***	-0,382***	-0,376***
Autonomie	-0,322***	0,414***	0,418***	0,370***	0,443***	0,485***

*signifikant auf dem Niveau von 0,05 bzw. **0,01 bzw. ***0,001

Anh. 7: Modell 1, Schritt 2, personenbezogene Merkmale, Burn-out und Commitment

direkte Pfade	Burn-out		Commitment	
	nichtstd.	standardisiert	nichtstd.	standardisiert
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	-0,289***	-0,106***	-0,242n.s.	-0,035 n.s.
Alter <small>Referenz unter 30</small>				
30-50 Jahre	0,166*	0,073*	-0,036 n.s.	-0,007 n.s.
> 50 Jahre	0,204*	0,087*	-0,132 n.s.	-0,025 n.s.
Bildungsgrad <small>Referenz konventionell</small>	-0,258**	-0,076**	-0,763***	-0,077****
Position <small>Referenz keine Führung</small>				
Mittleres Management	0,108 n.s.	0,034 n.s.	0,311*	0,038*
Oberes Management	0,053 n.s.	0,009 n.s.	0,376 n.s.	0,022 n.s.

n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05; *signifikant auf dem Niveau von 0,05 bzw. **0,01 bzw. ***0,001

Anh. 8: Modell 2, Zeitdruck, Autonomie und Burn-out

Outcome: Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95% KI
Zeitdruck	total	0,228	<0,001	0,182/0,274
	indirekt	-	-	-
	direkt	0,228	<0,001	0,182/0,274
Autonomie	total	-0,135	<0,001	-0,188/-0,082
	indirekt	-	-	-
	direkt	-0,135	<0,001	-0,188/-0,082

KI=Konfidenzintervall

Anh. 9: Modell 2, personenbezogene Merkmale Burn-out und Commitment

direkte Pfade	Burn-out		Commitment	
	nichtstd.	standardisiert	nichtstd.	standardisiert
Geschlecht <small>Referenz weiblich</small>	-0,281***	-0,102***	-0,193*	-0,039*
Alter <small>Referenz unter 30</small>	0,13n.s.	0,049n.s.	-0,060n.s.	-0,015n.s.
30-50 Jahre	0,137n.s.	0,057n.s.	-0,147n.s.	-0,035n.s.
> 50 Jahre				
Bildungsgrad <small>Referenz konventionell</small>	-0,172*	-0,050*	-0,391***	-0,064***
Position <small>Referenz keine Führung</small>	0,079n.s.	0,024n.s.	0,193*	0,033*
Mittleres Management	0,042n.s.	0,007n.s.	0,158n.s.	0,015n.s.
Oberes Management				

n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05; *signifikant auf dem Niveau von 0,05 bzw. **0,01 bzw. ***0,001

Anh. 10: Modell 2 Pfadkoeffizienten zu Zeitdruck

direkte Pfade	Zeitdruck				
	nichtstd.	p-Wert	stand.	p-Wert	95% KI
Organisationskultur	-0,037	<0,001	-0,281	<0,001	-0,342/-0,220
Beziehungsklima	-0,005	0,177	-0,037	0,176	-0,090/0,017
Führung	-0,014	<0,001	-0,129	<0,001	-0,192/-0,066

Anh. 11: Modell 2 Pfadkoeffizienten zu Autonomie

direkte Pfade	Autonomie				
	nichtstd. B	p-Wert	stand. B	p-Wert	95% KI
Organisationskultur	0,031	<0,001	0,222	<0,001	0,165/0,280
Beziehungsklima	0,018	<0,001	0,139	<0,001	0,087/0,190
Führung	0,026	<0,001	0,226	<0,001	0,169/0,283

Anh. 12: Messmodelle zum Hauptmodell (Modell 1, Schritt 3)

	Ladung standardisiert	Residualvarianz	R ²
Commitment			
Einrichtung ist etwas Besonderes	0,671	0,550	0,450
egal, wo ich mein Geld verdiene	0,531	0,718	0,282
rede gern privat über Arbeit	0,643	0,586	0,414
hohe Identifikation mit Einrichtung	0,400	0,840	0,160
stolz, hier zu arbeiten	0,811	0,342	0,658
Sozialkapital (Konstrukt 2. Ordnung)			
Organisationskultur	0,922	0,150	0,850
Beziehungsklima	0,628	0,606	0,394
Führung	0,766	0,413	0,587
Organisationskultur			
Großes Engagement für die Ziele des Unternehmens	0,608	0,630	0,370
Voll und ganz auf Unternehmensleitung verlassen	0,770	0,407	0,593
Gemeinsame Visionen und Vorstellungen	0,654	0,572	0,428
Großer Teamgeist	0,762	0,419	0,581
Wertschätzung	0,827	0,317	0,683
Gemeinsame Regeln und Werte	0,771	0,405	0,595
Konflikte und Meinungsverschiedenheiten	0,717	0,486	0,514
Alle Beschäftigten gleich behandelt	0,771	0,406	0,594
Fairness und Gerechtigkeit	0,819	0,329	0,671
Große Familie	0,793	0,371	0,629
Beziehungsklima			
Der Umgangston ist meistens gut	0,749	0,439	0,561
Bereit, sich füreinander einzusetzen	0,843	0,289	0,711
Passen menschlich gut zusammen	0,846	0,284	0,716
Durch dick und dünn	0,834	0,304	0,696
Fühle mich insgesamt sehr wohl	0,837	0,299	0,701
Auf Kollegen verlassen	0,834	0,305	0,695
Guter Zusammenhalt	0,882	0,222	0,778
Gegenseitige Unterstützung	0,854	0,271	0,729
Keiner steht außerhalb	0,722	0,479	0,521
Gegenseitiges Vertrauen	0,747	0,443	0,557
Führung			
Steht zu dem, was er sagt	0,831	0,309	0,691
Informiert schnell und zuverlässig	0,776	0,398	0,602
Offenes Ohr	0,832	0,307	0,693
Absolute Vertrauensperson	0,875	0,234	0,766
Achtet auf berufliche Weiterentwicklung	0,716	0,488	0,512
Behandelt alle fair und gerecht	0,866	0,250	0,750
Echtes Vorbild	0,861	0,258	0,742
Als „Chef“ anerkannt	0,756	0,428	0,572
Erkennt Leistung der Mitarbeiter an	0,822	0,325	0,675
Versteht sich insgesamt sehr gut	0,851	0,335	0,665
Sinnhaftigkeit der Arbeit			
Arbeit ist wirklich wichtig	0,708	0,499	0,501
Persönliche Bereicherung	0,781	0,391	0,609
Beitrag zum Organisationserfolg	0,649	0,578	0,422

alle Parameter sind signifikant auf dem Niveau 0,001; Messmodell Burn-out siehe Abb. 37.

Anh. 13: Messmodelle zu Modell 2

	Ladung standardisiert	Residualvarianz	R ²
Commitment			
Einrichtung ist etwas Besonderes	0,684	0,532	0,468
egal, wo ich mein Geld verdiene	0,523	0,726	0,274
rede gern privat über Arbeit	0,636	0,595	0,405
hohe Identifikation mit Einrichtung	0,406	0,835	0,165
stolz, hier zu arbeiten	0,811	0,343	0,657
Burn-out			
körperlich erschöpft	0,805	0,351	0,649
emotional erschöpft	0,816	0,334	0,666
müde	0,692	0,521	0,479
kann nicht mehr	0,872	0,239	0,761
ausgelaugt	0,896	0,197	0,803
schwach und krank	0,792	0,372	0,628

alle Parameter sind signifikant auf dem Niveau 0,001

Anh. 14: Burn-out-Ausmaß zwischen Organisationen, Post-hoc-LSD-Tests

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,040	n.s.	n.s.
2	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,009	n.s.	0,001	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,029	n.s.
3	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,028	n.s.	0,007	0,016	n.s.	n.s.	n.s.	0,010	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
4	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,015	n.s.	n.s.
5	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,027	n.s.	n.s.
6	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	0,019	0,046	n.s.	n.s.	n.s.	0,025	n.s.	n.s.	n.s.	0,008	n.s.	n.s.
7	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	0,030	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,049	n.s.	n.s.	n.s.	0,034	n.s.	n.s.
8	n.s.	0,009	0,028	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	0,019	n.s.	n.s.	n.s.	0,029	n.s.	n.s.	0,043	0,036	0,004	<0,001	n.s.	0,021
9	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,019	-	0,004	0,010	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
10	n.s.	0,001	0,007	n.s.	n.s.	0,019	0,030	n.s.	0,004	-	n.s.	n.s.	0,008	n.s.	n.s.	0,010	0,008	0,001	<0,001	n.s.	0,006
11	n.s.	0,004	0,016	n.s.	n.s.	0,046	n.s.	n.s.	0,010	n.s.	-	n.s.	0,017	n.s.	n.s.	0,024	0,020	0,002	<0,001	n.s.	0,012
12	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,034	n.s.	n.s.
13	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,029	n.s.	0,008	0,017	n.s.	-	n.s.	0,011	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
14	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
15	n.s.	0,001	0,010	n.s.	n.s.	0,025	0,049	n.s.	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	0,011	n.s.	-	0,014	0,011	0,001	<0,001	n.s.	0,009
16	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,043	n.s.	0,010	0,024	n.s.	n.s.	n.s.	0,014	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
17	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,036	n.s.	0,008	0,020	n.s.	n.s.	n.s.	0,011	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
18	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	n.s.	0,001	0,002	n.s.	n.s.	n.s.	0,001	n.s.	n.s.	-	n.s.	0,013	n.s.
19	0,040	n.s.	n.s.	0,015	0,027	0,008	0,034	<0,001	n.s.	<0,001	<0,001	0,034	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	-	0,001	n.s.
20	n.s.	0,029	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,013	0,001	-	n.s.
21	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,021	n.s.	0,006	0,012	n.s.	n.s.	n.s.	0,009	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05, Post-hoc-LSD-Test, Levene Test= 0,148

Anh. 15: Sozialkapital-Ausmaß zwischen Organisationen, Post-hoc-T-Tests

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	-	0,041	0,041	0,043	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	0,041	<0,001	0,018	0,048	n.s.	n.s.	0,001	0,037	0,041	n.s.	n.s.	0,001	n.s.
2	0,041	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,002	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,018	n.s.	n.s.	0,001	0,025	n.s.	n.s.
3	0,041	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,018	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,003	0,049	n.s.	n.s.
4	0,043	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,007	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,049	n.s.	n.s.	0,001	0,003	n.s.	n.s.
5	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,001	n.s.	n.s.	0,042	n.s.	0,004	n.s.
6	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	<0,001	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	0,031	n.s.	0,003	n.s.
7	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	<0,001	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	n.s.
8	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01	<0,001
9	0,041	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	-	0,009	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,042	n.s.	n.s.	0,003	0,046	n.s.	n.s.
10	<0,001	0,002	0,018	0,007	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,009	-	0,044	n.s.	<0,001	0,004	n.s.	0,004	0,020	<0,001	<0,001	n.s.	0,001
11	0,018	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,044	-	n.s.	0,045	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	0,008	n.s.	n.s.
12	0,048	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,005	n.s.	n.s.	n.s.
13	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,000	0,045	n.s.	-	n.s.	0,002	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	n.s.
14	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	-	0,010	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,028	n.s.
15	0,001	0,018	n.s.	0,049	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,042	n.s.	n.s.	n.s.	0,002	0,010	-	0,025	n.s.	<0,001	<0,001	n.s.	0,007
16	0,037	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,025	-	n.s.	0,002	n.s.	n.s.	n.s.
17	0,041	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,020	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	0,003	0,043	n.s.	n.s.
18	n.s.	0,001	0,003	0,001	0,042	0,031	n.s.	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	0,005	n.s.	n.s.	<0,001	0,002	0,003	-	n.s.	<0,001	n.s.
19	n.s.	0,025	0,049	0,003	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	0,046	<0,001	0,008	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,043	n.s.	-	<0,001	n.s.
20	0,001	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	0,003	0,004	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	0,028	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	<0,001	-	0,007
21	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	0,001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,007	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,007	-

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05, Post-hoc-T-Tests (Levene-Test=<0,001)

Anh. 16: Sinnhaftigkeit der Arbeit zwischen Organisationen, Post-hoc-LSD-Tests

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,030	n.s.	n.s.
2	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,026	n.s.	n.s.	n.s.	0,026	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	<0,001	n.s.	0,015
3	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	0,033	n.s.	n.s.	0,007	n.s.	n.s.	0,033	0,008	n.s.	0,031	0,037	0,045	0,001	<0,001	n.s.	0,004
4	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,033	n.s.	n.s.	n.s.	0,030	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,006	0,001	n.s.	0,018
5	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	0,037	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6	n.s.	n.s.	0,033	n.s.	n.s.	-	n.s.	0,016	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,019	n.s.	n.s.
7	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	0,023	n.s.	n.s.	n.s.	0,022	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,004	0,001	n.s.	0,013
8	n.s.	n.s.	n.s.	0,033	n.s.	0,037	n.s.	-	0,003	n.s.	n.s.	0,020	0,004	n.s.	0,014	0,020	0,025	<0,001	<0,001	n.s.	0,002
9	n.s.	0,026	0,007	0,033	n.s.	n.s.	0,023	0,003	-	0,016	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
10	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,016	-	n.s.	n.s.	0,016	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,003	<0,001	n.s.	0,009
11	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,025	n.s.	n.s.
12	n.s.	n.s.	0,033	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,020	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
13	n.s.	0,026	0,008	0,030	n.s.	n.s.	0,022	0,004	n.s.	0,016	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
14	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
15	n.s.	n.s.	0,031	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,014	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	0,013	n.s.	n.s.
16	n.s.	n.s.	0,037	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,020	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
17	n.s.	n.s.	0,045	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,025	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
18	n.s.	0,004	0,001	0,006	n.s.	n.s.	0,004	<0,001	n.s.	0,003	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-	0,048	n.s.	n.s.
19	0,030	<0,001	<0,001	0,001	n.s.	0,019	0,001	<0,001	n.s.	<0,001	0,025	n.s.	n.s.	n.s.	0,013	n.s.	0,048	n.s.	-	0,003	n.s.
20	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,014	0,003	-	0,038
21	n.s.	0,015	0,004	0,018	n.s.	n.s.	0,013	0,002	n.s.	0,009	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,038	n.s.

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05, Post-hoc-LSD-Test (Levene-Test=ist 0,103

Anh. 17: Mehrebenenmodell mit Commitment auf Level 1 (Grandmean zentriert)

Feste Effekte	B	S.E.	p-Wert	95% KI	Beta (β)	p-Wert
Organisationsebene (Level 2)						
Sozialkapital	-0,167	0,111	0,132	-0,385/0,051	0,464	0,149
Mitarbeitersebene (Level 1)						
Zeitdruck	5,721	0,721	<0,001	4,308/7,135	0,217	<0,001
Autonomie	-4,396	0,524	<0,001	-5,422/-3,369	-0,173	<0,001
Commitment*	-1,669	0,167	<0,001	-2,014/-1,325	-0,225	<0,001
Geschlecht	-4,796	1,059	<0,001	-6,872/-2,720	-0,097	<0,001
Alter <small>Ref. <30</small>						
30–50 Jahre	1,172	1,543	0,448	-1,852/4,196	0,028	0,445
>50 Jahre	0,887	1,784	0,619	-2,609/4,384	0,021	0,618
Bildungsgrad <small>Ref. konventionell</small>	-1,670	1,127	0,139	-3,880/0,540	-0,027	0,138
Position <small>Ref. keine Führung</small>						
mittleres Level	0,685	1,169	0,558	-1,606/2,976	0,012	0,559
oberes Level	.1,307	2,585	0,613	-6,372/3,759	-0,013	0,613
Zufallseffekte	Varianz	S.D.	p-Wert	R ²	p-Wert	
Organisationsebene	2,273		0,187	21,5%	0,471	
Mitarbeitersebene	336,290		<0,001	22,6%	<0,001	
n=21 Kliniken, 1.768 Fälle, γ_{00} =39,637, S.E. 0,536, $p<0,001$						
*grandmean zentriert						

Anh. 18: Mehrebenenmodell mit Commitment auf Level 1 (Groupmean-zentriert)

Feste Effekte	B	S.E.	p-Wert	95% KI	Beta (β)	p-Wert
Organisationsebene (Level 2)						
Sozialkapital	-0,369	0,113	0,001	-0,590/-0,147	-0,862	<0,001
Mitarbeiterenebene (Level 1)						
Zeitdruck	5,714	0,703	<0,001	4,336/7,092	0,217	<0,001
Autonomie	-4,332	0,526	<0,001	-5,364/-3,300	-0,171	<0,001
Commitment*	-1,737	0,176	<0,001	-2,082/-1,392	-0,224	<0,001
Geschlecht	-4,892	1,047	<0,001	-6,944/-2,840	-0,100	<0,001
Alter <small>Ref. <30</small>						
30-50 Jahre	1,212	1,534	0,429	-1,795/4,219	0,029	0,427
>50 Jahre	0,919	1,745	0,599	-2,502/4,340	0,021	0,597
Bildungsgrad <small>Ref. konventionell</small>	-1,750	1,122	0,119	-3,948/0,449	-0,029	0,119
Position <small>Ref. keine Führung</small>						
mittleres Level	0,845	1,164	0,468	-1,438/3,127	0,015	0,470
oberes Level	-1,246	2,568	0,682	-6,280/3,788	-0,012	0,627
Zufallseffekte						
	Varianz	S.D.	p-Wert	R²	p-Wert	
Organisationsebene	1,053		0,187	72,3%	0,003	
Mitarbeiterenebene	336,290		<0,001	22,1%	<0,001	
n=21 Kliniken, 1.768 Fälle, γ_{00} =39,637, S.E. 0,536, p<0,001						
*groupmean zentriert						

Anh. 19: Zeitdruck im Berufsgruppenvergleich, Post-hoc-T-Tests

	1	2	3	4	5	6	7
1: Ärzte	-	n.s.	n.s.	<0,001	0,011	n.s.	n.s.
2: Psychologen/Sozialarbeiter	n.s.	-	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.
3: Therapeuten	n.s.	n.s.	-	<0,001	0,008	n.s.	n.s.
4: Pflege	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001
5: Medizinische Hilfskräfte	0,011	n.s.	0,008	<0,001	-	0,038	n.s.
6: Verwaltung	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	0,038	-	n.s.
7: Service/Technik	n.s.	n.s.	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	-

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05; Levene-Test=0,039

Anh. 20: Autonomie im Berufsgruppenvergleich Post-hoc-T-Tests

	1	2	3	4	5	6	7
1: Ärzte	-	<0,001	0,019	<0,001	n.s.	n.s.	n.s.
2: Psychologen/Sozialarbeiter	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
3: Therapeuten	0,019	<0,001	-	0,040	n.s.	0,005	n.s.
4: Pflege	<0,001	<0,001	0,040	-	n.s.	<0,001	0,001
5: Medizinische Hilfskräfte	n.s.	<0,001	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.
6: Verwaltung	n.s.	<0,001	0,005	<0,001	n.s.	-	n.s.
7: Service/Technik	n.s.	<0,001	n.s.	0,001	n.s.	n.s.	-

angegeben sind die p-Werte, n.s.=nicht signifikant auf dem Niveau von 0,05, Levene-Test=0,002

Anh. 21: Modell Patientenorientierung übrige Pfade Burn-out, standardisiert

Outcome Burn-out				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95% Konfidenzintervall
Commitment	total	-0,429	<0,001	-0,493/-0,366
	indirekt	-	-	-
	direkt	-0,429	<0,001	-0,493/-0,366
Sozialkapital	total	-0,330	<0,001	-0,388/-0,273
	indirekt	-0,330	<0,001	-0,388/-0,273
	direkt	-	-	-
Sinnhaftigkeit	total	-0,288	<0,001	-0,339/-0,237
	indirekt	-0,288	<0,001	-0,339/-0,237
	direkt	-	-	-

Anh. 22: Modell Patientenorientierung übrige Pfade Commitment, standardisiert

Outcome Commitment				
Prädiktor	Pfad	Beta (β)	p-Wert	95% Konfidenzint.
Sozialkapital	total	0,769	<0,001	0,725/0,814
	indirekt	0,360	<0,001	0,303/0,418
	direkt	0,409	<0,001	0,339/0,479
Sinnhaftigkeit	total	0,670	<0,001	0,604/0,737
	indirekt	-	-	-
	direkt	0,670	<0,001	0,604/0,737

Eidesstattliche Versicherung und Erklärung

Eidesstattliche Versicherung

Die vorliegende Dissertation, so versichere ich hiermit, habe ich selbstständig angefertigt und keine anderen als die angeführten Hilfsmittel eingesetzt. Wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommene Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Ort, Datum

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertation bislang weder in gleicher noch in ähnlicher Fassung einer anderen Fakultät vorgelegt habe, und ich bisher keine weiteren Promotionsversuche unternommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift