

A. Zimmer

Beanspruchung und Streß in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven

Job strain and stress among geriatric caregivers: A review and a research agenda

Zusammenfassung Trotz der großen Bedeutung des Altenpflegeberufs für die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung älterer Menschen ist die Arbeitssituation in der Altenhilfe ein vernachlässigtes gerontologisches Forschungsfeld. Ausgehend von einschlägigen Forschungskonzepten werden in der folgenden Literaturübersicht empirische Arbeiten zu Beanspruchung und Streß in der Altenpflege aus der internationalen und deutschsprachigen Literatur vorgestellt und systematisiert. Typische Belastungsaspekte sind der Umgang mit schwerkranken und psychisch auffälligen BewohnerInnen, hoher Zeitdruck sowie Defizite in den Organisationsstrukturen. Als berufstypische Beanspruchungsreaktionen wurden vor allem Burnout, psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden und die hohe Mitarbeiterfluktuation thematisiert. Soziale Unter-

stützung und Tätigkeitsspielraum gelten als maßgebende protektive Faktoren. Die Beanspruchungssituation in der Altenpflege wurde nur in einem guten Dutzend deutschsprachiger Studien empirisch untersucht. Die vorgestellten Arbeiten weisen in konzeptueller und methodischer Hinsicht zum Teil erhebliche Defizite auf. Eine besonders lückenhafte Datenbasis besteht im Bereich der ambulanten Altenpflege, deren Bedeutung künftig zunehmen wird. Um Kenntnisse über effektive und effiziente Ansätze zur Reduzierung der Arbeitsbelastungen zu gewinnen, sind neben weiteren Grundlagenforschungen Interventionsstudien dringend erforderlich.

Schlüsselwörter Altenpflege – Beanspruchung – Streß – Burnout – Metaanalyse

Summary Providing adequate care of the aged, geriatric caregivers take a key position for the transfer of gerontological knowledge into practice. However, little attention has been focussed on the work conditions and staff distress by gerontologists. The purpose of this paper is to review studies on occupational stress relating to professional geriatric caregivers. Based on relevant research concepts and paradigms, findings of the international literature are summarized. The review shows that

occupational stress is affected by a number of work-related factors from behavior problems of the residents to time pressure and organizational deficits. The stress in turn can cause burnout, mental health problems, somatic complaints, and increased turnover. Social support and control at the workplace are supposed to contribute essentially to stress reduction. There are few empirical studies dealing with occupational stress among geriatric caregivers in Germany. Strengths and weaknesses of the studies will be analyzed and suggestions offered for future research in this area. Extending research is needed particularly on the work conditions in the increasing field of geriatric outpatient community services. In spite of its theoretical and methodological shortcomings, the findings highlight the need for strategies to prevent physical and mental health problems, burnout, and job turnover. It is a challenge for gerontological research to obtain more knowledge on the work-related factors leading to stress as well as to establish effective intervention strategies to reduce its long-term consequences.

Key words Care of the aged – occupational stress – job strain – burnout – review of the literature

Eingegangen: 12. April 1998
Akzeptiert: 12. August 1998

Dipl.-Psych. A. Zimmer (✉)
Arbeitsgruppe Psychogeriatric
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Postfach 12 21 20
D-68072 Mannheim

Ein vernachlässigtes gerontologisches Forschungsfeld

Gegenwärtig arbeiten in der Bundesrepublik Deutschland etwa 213 000 Personen in der Altenpflege. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und dem steigenden Pflegebedarf (41) sind AltenpflegerInnen eine Berufsgruppe von wachsender quantitativer Bedeutung. Nach der Tätigkeitsbeschreibung des Arbeitsamtes ist es Aufgabe von AltenpflegerInnen, „dem alten Menschen die körperliche, geistige und seelische Gesundheit so gut und so lange wie möglich zu erhalten oder zu ihrer Wiedererlangung zu verhelfen und ihm so eine verantwortliche Lebensgestaltung zu ermöglichen, ihn in seiner Persönlichkeit zu stärken, ihm Lebenshilfe im persönlichen und sozialen Bereich zu geben“ (11, S. 3). Die Realisierung von Fachlichkeit und einer hohen Pflege- und Betreuungsqualität bilden die Voraussetzung für eine adäquate, nach gerontologischen Zielsetzungen orientierte Versorgung älterer Menschen. Der Altenpflegeberuf ist somit ein klassisches gerontologisches Betätigungsfeld.

Trotz der wachsenden Bedeutung des Altenpflegeberufs hat sich die gerontologische Forschung erst seit wenigen Jahren der Arbeitssituation in der Altenhilfe zugewandt. Dies ist u. a. dadurch zu erklären, daß sich die Altenpflege als definiertes Berufsbild mit medizinisch-pflegerischer und sozialpflegerischer Ausbildung erst in den letzten zwei Jahrzehnten etabliert hat. Trotz einer zunehmenden Professionalisierung zeichnet sich dieses Tätigkeitsfeld im Vergleich zu anderen sozialen Dienstleistungen wie z. B. die Krankenpflege noch immer durch eine mangelnde Anerkennung aus. Durch aktuelle Entwicklungen, z. B. die Einführung der Pflegeversicherung, sind tiefgreifende Veränderungen nicht nur in der Versorgungssituation alter Menschen, sondern auch in der Arbeitssituation der Pflegenden zu erwarten. Daraus ergibt sich ein dringender Bedarf, sich mit den Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals und den Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit wissenschaftlich auseinanderzusetzen.

Forschungskonzepte

Wegen ihrer uneinheitlichen Verwendung erfolgt zunächst eine Klärung der Begriffe Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Streß und Burnout (vgl. 25, 30, 72). In der Arbeitswissenschaft werden unter *Arbeitsbelastungen* auf das Individuum von *außen* einwirkende Faktoren wie z. B. Lärm, Hitze oder Zeitdruck verstanden (61, 67). Die Auswirkungen solcher Belastungen können zu *Beanspruchungen* führen. Darunter werden somatisch-physiologische sowie psychische Reaktionen (z. B. Ermüdung, Sättigung, Monotonie) gefaßt, die während des Arbeitsprozesses oder kurz danach auftreten. *Streß* als „unspezifische Reaktion des Organismus auf eine Anforderung“ (69) wird häufig als eine Sammelbezeichnung für

psychische Belastungsreaktionen herangezogen. Die Entstehung von Beanspruchung und Streß wird durch individuelle „Ressourcen“ wie z. B. soziale Unterstützung oder Handlungsspielräume moderiert (29, 73). Werden die Beanspruchungen nicht kompensiert, können negative *Beanspruchungsfolgen* physiologischer, psychischer oder behavioraler Art resultieren, die auch als *Streßreaktionen* oder *Streßfolgen* bezeichnet werden (42). Je länger sich Personen in stark beanspruchenden Arbeitssituationen befinden, um so höher ist die Wahrscheinlichkeit langfristiger und z. T. irreversibler Folgen wie körperliche Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen. Eine in den sozialen Berufen häufig beobachtete Beanspruchungsfolge ist das sog. „*Burnout-Syndrom*“, eine Symptomkombination aus emotionaler Erschöpfung, Abneigung gegenüber den Betreuten und nachlassendem beruflichen Engagement (12, 23, 55).

Zur Erklärung von Beanspruchung und Streß in der Altenpflege wurden in jüngerer Zeit zwei Streßmodelle (14, 62) vorgelegt, die Elemente aus der Belastungs-Beanspruchungs-Forschung (vgl. 67), der arbeitspsychologischen Streßforschung (vgl. 8, 29) und der Coping-Forschung (51) integrieren. Nach diesen Modellen wird die Beanspruchung neben beruflichen auch durch außerberufliche Stressoren und Ressourcen bedingt. Von zentraler Bedeutung für das Beanspruchungsgeschehen ist das Gleichgewicht von beruflichen bzw. außerberuflichen Anforderungen und individuellen Bedürfnissen („Person-Environment-Fit“). Trotz ihrer hohen inhaltlichen Plausibilität handelt es sich um schwer operationalisierbare Modelle von eher heuristischem Wert, für die eine empirische Überprüfung noch weitgehend aussteht.

Forschungsthemen in der internationalen Literatur

Zur Belastung und Beanspruchung in der Altenpflege existiert eine Vielzahl von Beiträgen vor allem aus dem angloamerikanischen und dem skandinavischen Bereich. Zur Systematisierung des Forschungsstandes wurden in der folgenden Literaturübersicht empirische Arbeiten aus der internationalen Literatur nach Forschungsthemen geordnet. Arbeiten zur nichtprofessionellen Pflege z. B. durch pflegende Angehörige blieben hingegen unberücksichtigt, da diese aufgrund spezifischer Belastungs- und Umgebungsbedingungen nur eingeschränkt auf die professionelle Pflege zu übertragen sind. Aufgrund der raschen Entwicklung der Versorgungssysteme wurde auch auf Beiträge, die vor Beginn der 80er Jahre entstanden, verzichtet. Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr soll der Forschungsstand exemplarisch dargestellt werden.

Zur Beanspruchungsanalyse wurden verschiedene Konstrukte herangezogen, vor allem Burnout, psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden und Mitarbeiterfluktuation. Zur Beschreibung von *psychischen Beeinträchtigun-*

gen wurde in der internationalen Literatur häufig der „General Health Questionnaire (GHQ)“ (28) eingesetzt (z. B. 3, 53). In den Studien zeigte sich bei den untersuchten Kollektiven eine hohe Variabilität der Symptomausprägungen, so daß generalisierende Aussagen zur Verbreitung in den Pflegeberufen schwierig sind: Die ermittelten Prävalenzraten lagen bei den untersuchten Personen zum Teil unter (53), zum größeren Teil aber deutlich über den in der Allgemeinbevölkerung ermittelten Raten. Eine bei Pflegepersonen sehr intensiv untersuchte Beanspruchungsfolge ist das sogenannte „Burnout-Syndrom“. Zu diesem Konstrukt existiert eine große Zahl von Arbeiten, die jedoch nur teilweise auf einschlägige Konzepte rekurrieren. Nach der Definition von Maslach (54), die auch in das weit verbreitete „Maslach Burnout-Inventory (MBI)“ Eingang fand (55; deutsche Fassungen: 9, 23), wird Burnout als eine Kombination von emotionaler Erschöpfung, Leistungsrückgang und Distanzierung von den Betreuten („Depersonalisation“) verstanden. Ein alternatives Konzept wurde mit dem „Tedium Measure (TM)“ (2; deutsche Fassung: 23) entwickelt. Aus jüngeren Literaturübersichten geht hervor, daß Pflegepersonen ein deutlich erhöhtes Risiko für Burnout-Symptome haben (21, 52, 68). In einer Reihe von Studien wurden *körperliche Beschwerden* thematisiert. Im Mittelpunkt stehen hierbei Schmerzsymptome, insbesondere Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen, die bei Pflegenden überdurchschnittlich häufig vorzufinden sind (1, 63). Statistische Analysen von Gesundheitsdaten aus US-Bundesstaaten ergaben bei Pflegepersonen in stationären Einrichtungen ein im Vergleich zu Industriearbeitern sechsfach erhöhtes Risiko für einen Bandscheibenvorfall (16). Das hohe Risiko ging vor allem zu Lasten von jüngeren, wenig qualifizierten Pflegepersonen. Bandscheibenvorfälle stellen in den Pflegeberufen sehr häufig eine Ursache für Frühberentungen dar (7). Weitere Studien gehen auf die in den Pflegeberufen sehr hohe *Mitarbeiterfluktuation* ein, die im Zusammenhang mit Berufsstreß und geringer Arbeitszufriedenheit stand (37, 65).

In einigen Arbeiten wurden *soziodemographische Korrelate* von Beanspruchungsfolgen analysiert. Hierbei wurden vor allem das Geschlecht, das Alter, der Familienstand, die berufliche Position und die Berufserfahrung der Pflegepersonen berücksichtigt. Allerdings sind die Befunde widersprüchlich: Eine niedrige Position war in einer Studie (3) mit einer höheren psychischen Beanspruchung assoziiert, andere konnten diesen Zusammenhang wiederum nicht bestätigen. Dagegen besteht weitgehend Konsens bezüglich der Rolle des Familienstandes, wonach Personen in festen Beziehungen besser vor einer hohen psychischen Beanspruchung geschützt sind als alleinstehende Personen (66).

Eine unter dem Aspekt der Intervention und Prävention zentrale Frage betrifft die *Ursachen* von Beanspruchung und Streß. Die vorhandenen Arbeiten unterscheiden sich in den Erhebungskonzepten und -methoden beträchtlich, was eine vergleichende Gegenüberstellung erschwert. Gängige Ein-

teilungen von Bedingungsfaktoren beziehen sich auf Arbeitsbedingungen („Work“), außerberufliche Bedingungen („Home“) und Persönlichkeitsmerkmale („Personality“) (vgl. 21, 58). Aus plausiblen Gründen wurden Belastungsaspekte innerhalb der Arbeit am häufigsten untersucht. Dabei wurden als wesentliche Belastungsaspekte genannt:

- *Belastungen durch die betreuten Personen*: Probleme im Umgang mit den PatientInnen bzw. BewohnerInnen werden in einigen Studien maßgeblich für eine hohe Beanspruchung verantwortlich gemacht (20, 26). Als besonders belastend erwiesen sich die Konfrontation mit Tod und Sterben (18) sowie der Umgang mit Demenzkranken (4, 34, 49) und verhaltensauffälligen, z. B. agitierten, aggressiven oder umherirrenden Personen (15, 24, 53).
- *Belastungen durch ungünstige Arbeitsbedingungen*: Aus einer Reihe von Studien geht hervor, daß sich Probleme in der Arbeitsorganisation und im sozialen Kontext ebenfalls streßfördernd auswirken. Innerhalb der Arbeitsbedingungen werden besonders häufig Personalmangel und mangelnde Qualifizierung (13, 35), Überlastung durch hohen Zeitdruck (3), Rollenkonflikte in den Pflegeteams (17), mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen (1, 53, 71) und mangelhafte Belohnungsstrukturen z. B. durch fehlendes Feedback (13) genannt.

Einige Autoren sehen auch *außerberufliche Belastungsfaktoren* wie kritische Lebensereignisse und Alltagsstressoren als maßgeblich am Streßgeschehen beteiligt. Nur wenige Studien beziehen allerdings außerberufliche Faktoren zur Erklärung von Berufsstreß heran. In einer Studie (66) wurde gezeigt, daß eine mangelhafte außerberufliche soziale Unterstützung, z. B. durch das Fehlen eines Partners oder eines Freundeskreises, für psychische Beanspruchungsfolgen mitverantwortlich war.

Für die Vorhersage von Beanspruchungsfolgen sind, wie Ergebnisse zahlreicher Studien belegen, nicht nur belastende, sondern auch *protektive Faktoren* bedeutsam:

- soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und im außerberuflichen Bereich (17, 21, 62);
- Handlungskompetenzen, z. B. der direkte Ausdruck emotionaler Aspekte in der Beziehung zu den Betreuten (34);
- aktive Coping-Strategien (21, 62) im Gegensatz zu passiven Strategien wie Vermeidung und sozialer Rückzug, die das Risiko von Streß, Anspannung und emotionaler Erschöpfung erhöhen (19, 71);
- Persönlichkeitseigenschaften wie emotionale Stabilität, hohe Selbstwertschätzung, Selbstwirksamkeit und interne Kontrollüberzeugungen (21).

Nicht in allen Studien, in denen die sog. „Puffer-Hypothese“ überprüft wurde, konnte allerdings der erwartete Effekt bestätigt werden (vgl. 13, 71).

Tab. 1 Empirische Untersuchungen zur Beanspruchung von AltenpflegerInnen in der Bundesrepublik

Autoren	Gegenstand	Zielgruppe Stichprobe	Design	Methoden
Knobling (1985)	Konfliktsituationen im Altenheim	STATALT N = 18	Q	Interviews (qualitativ)
Landau et al. (1991)	Arbeitswissenschaftliche Analyse, psychophysische Beanspruchung und Burnout	STATALT N = 44	Q	Arbeitsanalyse, Selbstaufschreibung zu Arbeitsinhalten, psychophysiologische Messungen, Eigenzustandsskala, MBI, TM, Gesundheits- und Beschwerdefragebogen
Windisch (1991)	Burnout in der Altenpflege	STATALT N = 42	Q	Selbstkonstruierter Fragebogen
Kempe et al. (1991, 1991/1992)	Burnout-Risiko, Burnout-Prophylaxe	STATALT N = 1025	Q/L	Fragebogenerhebung (Betriebsklima-Fragebogen, TM)
Kruse et al. (1991)	Konflikt- und Belastungssituationen in Altenheimen	STATALT N = 100	Q	(halbstandardisierte) Exploration
Muthny et al. (1993), Bermejo & Muthny (1994)	Erlebte Belastungen, motivierende Faktoren, Fortbildungs- und Supervisionsbedarf	STATALT N = 255	Q	Selbstkonstruierter Fragebogen
Sowinski (1994)	Belastungsfaktoren, Bewältigungsstrategien	STATALT N = 30	Q	Tiefeninterviews (qualitativ)
Hofmann et al. (1995), Michaelis et al. (1995)	Epidemiologie von Wirbelsäulenerkrankungen	KP und STATALT N = 3332	Q	Objektive Gesundheitsdaten, Gesundheitsfragebogen
Gusy (1995)	Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout	KP und STATALT N = 266	L	Fragebogen (MBI etc.)
Meifort & Becker (1996)	Berufseinmündung und Berufsverbleib bei AltenpflegeschülerInnen	APS, N > 6700	L	Selbstkonstruierter Fragebogen
Berger (1997)	Qualitätsdiagnose von Altenpflegeheimen	STATALT N > 600	Q	Fragebogen (SIESTA, Modul C)
Weyerer & Zimmer (1997), Zimmer (1997a, b, c)	Materielle, organisatorische und soziale Arbeitsbedingungen, psychische Beanspruchung	STATALT AP N = 304	L	Fragebogen (TAA-KH, BHD etc.), standardisierte Interviews mit Leitungskräften, Setting-Begehungen (SIESTA)
Heinemann-Knoch (1997)	Arbeitsplatzwahl, Arbeitsbelastungen, Erfolgserlebnisse und selbstständigkeitsförderndes Arbeiten	STATALT N = 348	Q	Teilnehmende Beobachtung, Interviews, schriftliche Befragung
Polak, Garms-Homolova (1997)	Arbeitsbelastungen durch neue Anforderungen an Dokumentation	AMBALT N = 23	Q	Interviews (qualitativ)

Erklärung: AMBALT = ambulante Altenpflege, AP = AltenpflegerInnen, APS = AltenpflegeschülerInnen, KP = Krankenpflege, L = Längsschnittstudie, N = Fallzahl, Q = Querschnittstudie, STATALT = stationäre Altenpflege

Empirische Arbeiten in der Bundesrepublik Deutschland

Für AltenpflegerInnen in der Bundesrepublik besteht zwar ein mit anderen Ländern vergleichbares Tätigkeitsspektrum, doch existieren eine Reihe historischer und berufspolitischer Besonderheiten: So besteht z. B. in den Vereinigten Staaten keine berufsständische Differenzierung zwischen der Alten- und Krankenpflege. Zudem genießen Pflegende aufgrund besserer – auch akademischer – Bildungswege und einer besseren Bezahlung eine höhere gesellschaftliche Anerkennung. Die Ergebnisse aus der internationalen Literatur lassen sich daher nicht vorbehaltlos auf deutsche AltenpflegerInnen übertragen. Im folgenden werden empirische Untersuchungen zu Beanspruchung und Streß in der Bundesrepublik Deutschland vorgestellt (Tab. 1). Um eine möglichst aktuelle Übersicht zum empirischen Forschungsstand zu geben, wurden auch laufende und im Rahmen von Vorträgen und Projektberichten veröffentlichte Untersuchungen aufgenommen. Die Ergeb-

nisse werden in der Reihenfolge der oben genannten Forschungsthemen besprochen.

Im Mittelpunkt mehrerer Studien steht *Burnout* als häufige Folge berufstypischer Belastungen: Landau und Mitarbeiter (40, 50) untersuchten 44 Beschäftigte eines Altenpflegeheims in Baden-Württemberg. Die Mittelwerte für die drei Dimensionen des Maslach-Burnout-Inventory (MBI) lagen im mittleren bis unteren Bereich und damit niedriger als in Vergleichsuntersuchungen im Pflegebereich. Etwa ein Drittel der Befragten wies allerdings einen hohen Grad an emotionaler Erschöpfung auf. Kempe und Mitarbeiter (44, 45) erhoben im Rahmen einer bundesweiten Befragung zum Arbeitsklima in Alteneinrichtungen u. a. Burnout bei 920 AltenpflegerInnen mit Hilfe des „Tedium Measure“ (TM). Sie stellten einen gegenüber Krankenschwestern signifikant erhöhten Mittelwert fest. In einer Untersuchung von Weyerer & Zimmer bei 304 AltenpflegerInnen in 15 Mannheimer Heimen (74, 76, 77, 78) ergab sich nach dem „Beanspruchungsscreening für Humandienstleistungen (BHD)“ (32) für ein knappes Drittel der Be-

fragten eine kritische Ausprägung von emotionaler Erschöpfung.

Einen weiteren Untersuchungsschwerpunkt bilden *körperliche Beschwerden und Erkrankungen*: Unter den körperlichen Beschwerden wurden bei Landau et al. (40, 50) und in der eigenen Studie (76, 78) Rückenbeschwerden mit über 70 % bzw. 85 % mindestens einmal in der Woche am häufigsten genannt. In beiden Untersuchungen traten diese bereits bei Berufsneulingen sehr häufig auf. Kopfschmerzen wurden von 39 bzw. 65 %, Ein- und Durchschlafstörungen von jeweils 31 %, Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit von 45 bzw. 20 % der Befragten berichtet. Kempe und Mitarbeiter (44, 45) fanden bei AltenpflegerInnen ein erhöhtes Ausmaß somatischer Beschwerden, das mit steigendem Dienstalter signifikant zunahm. In der Gesundheitsuntersuchung bei Landau et al. (40, 50) nahmen Krankheiten der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates (57 %) sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten (48 %) und Allergien (30 %) bei den Erkrankungsraten die ersten Stellen ein. Bluthochdruck und Magen-Darm-Erkrankungen wiesen hohe Korrelationen mit den Burnout-Ausprägungen auf. Bei Pflegenden mit langer Berufspraxis traten körperliche Erkrankungen, insbesondere der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates, vermehrt auf. In der eigenen Studie (76) gab ebenfalls ein hoher Anteil (52,5 %) Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen an; Atemwegserkrankungen (15 %), Hypertonie (14,5 %), Hautkrankheiten (13,5 %), Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Erkrankungen (jeweils 11 %) folgten mit deutlichem Abstand. Hofmann und Mitarbeiter (39, 57) ermittelten in einer epidemiologischen Studie bei 3332 Pflegepersonen in Akutkrankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen den Anteil an Wirbelsäulenerkrankungen. Bei allen untersuchten Symptombereichen lagen die Prävalenzraten der Pflegekräfte signifikant über den Raten der nicht durch Heben und Tragen belasteten Vergleichsgruppe („Büroberufe“). Pflegepersonen hatten ein um den Faktor vier erhöhtes Risiko für einen Bandscheibenvorfall.

Mitarbeiterfluktuation bei AltenpflegerInnen wurde lediglich in einer deutschsprachigen Studie ausführlich thematisiert: Meifort & Becker (56) untersuchten den Berufsverbleib im Rahmen einer Längsschnittstudie bei über 6700 Auszubildenden in den alten Bundesländern. Jeder dritte Absolvent eines Ausbildungsjahres plante oder erwog einen Berufsausstieg in unmittelbarer Zukunft. Auch in der eigenen Studie gab ein relativ hoher Anteil der Befragten an, den Arbeitsplatz wechseln zu wollen: 22 % den Arbeitsbereich, 18 % den Beruf (76).

Soziodemographische Korrelate der Beanspruchung wurden in bezug auf den Qualifizierungsgrad, das (Dienst-)Alter und das Geschlecht der Pflegepersonen untersucht: Landau et al. (50), Kempe et al. (44, 45) und Zimmer (76) ermittelten bei qualifizierten Pflegekräften häufiger ein hohes Ausmaß an emotionaler Erschöpfung bzw. Burnout. Bezüglich des Ge-

schlechtes, des Alters und Dienstalters liegen differierende Ergebnisse vor: In der Studie von Landau et al. (50) waren Männer höher Burnout-gefährdet als Frauen. In der eigenen Studie (76) wurden keine Geschlechtsunterschiede beim Ausmaß der emotionalen Erschöpfung, hingegen Somatisierungssymptome häufiger bei Frauen gefunden. Kempe et al. (44, 45) berichten ein deutlich erhöhtes Burnout-Risiko bei langgedienten Pflegepersonen, während in anderen Studien (50, 76) kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß emotionaler Erschöpfung und dem Alter bzw. Dienstalter gefunden wurde. Übereinstimmend mit Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung wurden gesundheitliche Beeinträchtigungen bei älteren Pflegepersonen häufiger festgestellt. Bei Hofmann et al. (39) sowie Landau et al. (50) stieg das Risiko für Wirbelsäulenerkrankungen mit zunehmendem Dienstalter an, was die Autoren als Hinweis auf eine berufliche Bedingtheit interpretieren.

Eine Reihe von Arbeiten beschäftigen sich mit berufsspezifischen *Arbeitsbelastungen*, die mit einer erhöhten Beanspruchung einhergehen können. Mehrere Untersuchungen, die qualitative Methoden einsetzten, gehen auf Probleme in der Interaktion mit den betreuten Personen ein: Knobling (46) fand auf der Grundlage nicht standardisierter Interviews den Umgang mit der Aggressivität, der Sexualität, Tod und Sterben der BewohnerInnen als häufig wiederkehrende Konfliktsituationen. Sowinski (70) ermittelte mit Hilfe von Tiefeninterviews bei 30 Pflegepersonen berufsspezifische „Grundkonflikte“ wie Nähe und Distanz, Ordnung und Chaos sowie Ekel beim Umgang mit Urin, Exkrementen und Erbrochenem. Kruse und Mitarbeiter (47) fanden in Explorationen mit 100 AltenpflegerInnen typische Belastungssituationen, die sich sowohl auf Schwierigkeiten mit den BewohnerInnen (z. B. Umgang mit Tod und Sterben, Verwirrtheit und Depressivität) als auch auf Probleme mit Angehörigen, Kollegen und dem Berufsbild der Altenpflege beziehen. In bezug auf die Arbeitsorganisation wurde in mehreren Studien ein hoher Zeitdruck als zentraler Belastungsfaktor gefunden (5, 36, 50, 56, 59, 74): In einer Untersuchung von Muthny und Mitarbeitern (6, 59) bei 255 Beschäftigten wurde der gedrängte Zeitplan bzw. Hektik (59 %) weitaus häufiger als Stressoren genannt als Organisationsmängel (22 %) und Belastungen durch das Leid der Bewohner (20 %). Auch bei Meifort & Becker (56) nahmen Belastungen durch die Arbeitseinstellungen und Kompetenz von Kollegen (22 %), durch die Arbeitszeitregelung (19 %) und die Situation der Betreuten (13 %) eine nachgeordnete Stellung gegenüber den Belastungsfaktoren Zeitdruck und Personalmangel (34 %) ein. Heinemann-Knoch (36) fand in einer Untersuchung bei 348 Pflegekräften in ost- und westdeutschen Alteneinrichtungen Spannungen mit Angehörigen, zu wenig Zeit für die BewohnerInnen, hohen Zeitdruck und Personalmangel als wesentliche Belastungen. Darüber hinaus wurde häufig auch die fehlende gesellschaftliche Anerkennung als berufstypische

Belastung angegeben (56, 74). Meifort & Becker (56) fanden bei den subjektiven Arbeitsbelastungen deutliche Unterschiede zwischen der stationären und der ambulanten Altenpflege: Während berufssozialisatorische Bedingungen wie fehlende gesellschaftliche Anerkennung und schlechte Bezahlung von beiden Gruppen als belastend empfunden wurden, waren organisationsbedingte Probleme wie Zeitmangel, die Anzahl der Betreuten und Schwierigkeiten bei der Aktivierung weit- aus häufiger in der stationären Pflege verbreitet. Landau et al. (50) konnten Verantwortungsdruck, mangelnde Rückmeldung und Unsicherheit über den Erfolg des pflegerischen Handelns als weitere Belastungsfaktoren identifizieren. Auch Berger (5) ermittelte in einer Untersuchung von AltenpflegerInnen in 20 Alten- und Pflegeheimen im Kreis Heidenheim neben dem Zeitdruck den defizitären Führungsstil sowie mangelnden Handlungs- und Gestaltungsspielraum als zentrales Problemfeld. Eine zusätzliche Belastung ergibt sich durch die seit Einführung der Pflegeversicherung gestiegenen Anforderungen an die Pflegedokumentation (64).

Einige Studien beschränkten sich nicht auf subjektiv beanspruchungsrelevante Belastungen, sondern erfaßten Belastungs- und Beanspruchungsmerkmale voneinander unabhängig: In einer Längsschnittstudie bei 266 Alten- und Krankenpflegekräften (31) ließen sich die Stressoren Zeitdruck in der Arbeit, Erfolgsunsicherheit und Probleme bei der Interaktion mit Klienten als wesentliche Determinanten des Burnout ermitteln. Berger (5) fand in Einrichtungen mit einer ungünstigen Personalausstattung, hohem Zeitdruck und einem Führungsstil mit defizitärer Rückmeldung eine höhere Beanspruchung. Bei einer Analyse der Arbeitssituation mit Hilfe des „Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus (TAA-KH)“ (10) erwiesen sich soziale Konflikte mit Kollegen, BewohnerInnen und Vorgesetzten sowie fehlende Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume als Prädiktoren arbeitsbezogener und gesundheitlicher Beanspruchungsfolgen (76, 78). Ein deutlicher Einfluß ging in letzterer Studie auch von *außerberuflichen Belastungen* aus. Weitere Ergebnisse zur Bedeutung außerberuflicher Faktoren liegen bislang nicht vor.

Als *protektive Faktoren* wurden im wesentlichen soziale Unterstützung und Kontroll- und Handlungsspielräume untersucht: In der Untersuchung von Kempe et al. (44, 45) lag bei Personen, die ein positives Arbeitsklima mit Bewohnern angaben, ein deutlich geringeres Burnout-Risiko vor. Gusy (31) konnte pfadanalytisch einen moderierenden Einfluß der sozialen Unterstützung über einzelne Stressoren wie z. B. Erfolgsunsicherheit auf das Ausmaß des Burnout nachweisen. Auf der Grundlage einer Fragebogenstudie bei 42 AltenpflegerInnen berichtet Windisch (75) ein positives Verhältnis zur Stationsleitung als wirkungsvollen Schutzfaktor gegen beruflichen Überdruß. In der eigenen Untersuchung (76) waren ein positives Arbeitsklima mit Kollegen, Vorgesetzten und Bewohnern, vorhandene Handlungs-, Gestaltungs- und Ent-

scheidungsspielräume sowie soziale Unterstützung im außerberuflichen Bereich mit einer geringeren Beanspruchung assoziiert. Auch Berger (5) sieht im Handlungs- und Gestaltungsspielraum einen zentralen protektiven Faktor, der durch die Einrichtung direkt beeinflußt werden kann. In einigen Studien wurden auch positive und motivierende Aspekte der Altenpflegetätigkeit als protektive Faktoren diskutiert, die ebenfalls vor negativen Berufseinstellungen und Fluktuation schützen können. In den Studien von Muthny et al. (59), Meifort & Becker (56), Weyerer & Zimmer (74) sowie Berger (5) wurde die Arbeit mit Menschen – alten Menschen sowie Kollegen – als zentraler motivierender Faktor beurteilt. Kontakte, Teamarbeit, auch „altruistische“ Motive, z. B. Hilfsbedürftigen zu helfen und dadurch Selbstbestätigung zu finden (vgl. 43), spielen hierbei eine maßgebende Rolle. Nach Meifort & Becker (56) sind dies typische Merkmale gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe, die im wesentlichen auch den Berufseinstieg in die Altenpflege erklären. Darüber hinaus stellen auch pflegerische Aufgaben (59, 76), Selbständigkeit und Verantwortung (5, 59), Spielraum bei der Arbeit (56), Anerkennung der geleisteten Arbeit sowie Unterstützung und Förderung durch Vorgesetzte (5) motivierende Tätigkeitsaspekte dar.

Forschungsdefizite und Forschungsperspektiven

Zu Beanspruchung und Streß in der Altenpflege existiert in der deutschsprachigen Literatur ein fragmentarischer Forschungsstand. Zwar herrscht darüber Konsens, daß es sich um eine Tätigkeit mit einer hohen körperlichen und psychischen Beanspruchung handelt, doch wurde diese Fragestellung nur in einem guten Dutzend Arbeiten empirisch untersucht. Eine besonders lückenhafte Datenbasis besteht zur Beanspruchungssituation in der *ambulanten* Altenpflege, die im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung versorgungspolitisch zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Die vorgestellten empirischen Arbeiten weisen in konzeptueller und methodischer Hinsicht zum Teil erhebliche Defizite auf: Forschungskonzepte zu Beanspruchung und Streß aus der Arbeitspsychologie oder der Klinischen Psychologie wie z. B. das transaktionale Streßmodell (51) wurden nur in wenigen der vorliegenden empirischen Arbeiten herangezogen. Auch kamen multimethodale Ansätze, die im Hinblick auf die Qualität der Informationen in derselben Untersuchung verschiedene Methoden und Datenquellen einsetzten (vgl. 52), kaum zum Einsatz. Die gewonnenen Ergebnisse sind überwiegend deskriptiv und lassen sich angesichts differierender Methoden nicht gegenüberstellen. In Studien mit einem eher heuristischen Zugang (47, 70) wurden zwar keine methodisch vergleichbaren, jedoch inhaltlich sehr interessante Ergebnisse vorgelegt, die durch Untersuchungen mit quantitativen Erhebungsmethoden vertieft werden sollten.

Mit Ausnahme weniger Studien (5, 31, 50, 76, 77) kamen einschlägige Verfahren der Arbeits- und Tätigkeitsanalyse bzw. Standardmethoden der Beanspruchungsmessung zugunsten selbst konstruierter Fragebogen nicht zum Einsatz. Da die Repräsentativität nur in sehr wenigen Untersuchungen (47, 56, 76) kontrolliert wurde und die Fallzahlen – auch in der Studie von Landau und Mitarbeitern (50) – überwiegend klein ausfallen, sind die Befunde nur eingeschränkt generalisierbar. Geschweige denn sind epidemiologische Aussagen zur Prävalenz und Inzidenz körperlicher und psychischer Beanspruchungsfolgen möglich, die lediglich in der „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ (39, 57) vorliegen. Aufgrund der wenigen Längsschnittstudien (31, 56, 78) existieren auch zur Entstehung und zum Verlauf von Beanspruchungsfolgen nur fragmentarische Ergebnisse. Schließlich wurden außerberufliche Faktoren und Persönlichkeitsmerkmale, die für das Beanspruchungsempfinden ebenso bedeutsam sein können, in der bisherigen Forschung kaum berücksichtigt.

Trotz bestehender Forschungsdefizite bestätigen die vorliegenden Befunde einen engen Zusammenhang zwischen berufstypischen Arbeitsbelastungen durch den Umgang mit BewohnerInnen sowie organisatorischen Mängeln einerseits und

überdurchschnittlich hohen körperlichen und psychischen Beanspruchungen andererseits. Hieraus ergibt sich nicht nur ein weiterer Forschungs-, sondern auch ein erheblicher *Interventionsbedarf*: Angesichts der seit Einführung der Pflegeversicherung verschärften Arbeitssituation im ambulanten und im stationären Bereich (64, 78) stellt sich die dringende Aufgabe, effektive und effiziente Maßnahmen zur langfristigen Vermeidung von Gesundheitsrisiken sowie zur Sicherung der Pflegequalität zu entwickeln und diese gezielt in der Berufspraxis umzusetzen. Die Maßnahmen müssen zum einen an der Verbesserung der Qualifikation von AltenpflegerInnen, zum anderen an der Optimierung des noch immer defizitären Pflegemanagements ansetzen. Durch die erfolgreiche Entwicklung und Evaluation von Fortbildungsprogrammen (z. B. 60), von Qualifizierungs- und Professionalisierungsstrategien (48), von Balint- und Supervisionsarbeit (38, 45) sowie Gesundheits- und Qualitätszirkeln (27) existieren bereits vielversprechende Ansätze zum Gesundheits- und Arbeitsschutz in der Altenhilfe. Deren Vertiefung und Umsetzung sollten in den nächsten Jahren eine vorrangige Aufgabe der gerontologischen Interventionsforschung darstellen.

Literatur

1. Ahlberg-Hulten GK, Thoerell T, Sigala F (1995) Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 21:435–439
2. Aronson E, Pines AM, Kafry D (1983) Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Klett-Cotta, Stuttgart
3. Baillon S, Scothern G, Neville PG, Boyle A (1996) Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11:219–226
4. Benjamin LC, Spector J (1990) The relationship of staff, resident and environmental characteristics to stress experienced by staff caring for the dementing. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5:25–31
5. Berger G (1997) Die Erfassung der Arbeitssituation von Pflegekräften im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten(pflege)heimen. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, München
6. Bermejo I, Muthny FA (1994) Burnout und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Reihe „Medizinische Psychologie“ (Band 6). LIT Verlag, Münster
7. Bjerkedal T, Wergeland E (1995) Disability pensions because of musculoskeletal diseases among of different occupations. *Tidsskr Nor Laegeforen* 115:3522–3527
8. Büssing A (1991) Streß und Streßbewältigung in der Krankenpflege. In: Ehle G, Schubert A (Hrsg) *Psychosoziale Praxis und Arbeitswelt*. dgvt-Verlag, Tübingen, S 18–44
9. Büssing A, Perrar KM (1992) Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica* 38:328–355
10. Büssing A, Glaser J (1998) Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). In: Dunckel H (Hrsg) *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. VDF, Zürich
11. Bundesanstalt für Arbeit (1995) *Blätter zur Berufskunde: Altenpfleger/Altenpflegerin*. Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg
12. Burisch M (1989) *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Springer, Berlin
13. Chappell NL, Novak M (1992) The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *Gerontologist* 32:351–359
14. Cohen-Mansfield J (1995) Stress in nursing home staff: A review and a theoretical model. *The Journal of Applied Gerontology* 14:444–466
15. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS (1989) A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology* 44: M77–84
16. Cohen-Mansfield J, Culpepper WJ, Carter P (1996) Nursing staff back injuries. Prevalence and costs in long term care facilities. *AAOHN Journal* 44:9–17
17. Constable JF, Russell DW (1986) The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress* 12:20–26
18. Cooper CL, Mitchell SJ (1990) Nursing the critically ill and dying. *Human Relations* 43:297–311
19. Dewe P (1993) Coping and the intensity of nursing stressors. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 3:299–311
20. Draper BM, Poulos RG, Poulos CJ, Ehrlich F (1995) Risk factors for stress in elderly caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11:227–231
21. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L (1994) Factors relating to nursing burnout: A review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 15: 337–358
22. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Ducharme F et al (1995) Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies* 32:443–456
23. Enzmann D, Kleiber D (1989) Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Asanger, Heidelberg
24. Everitt DE, Fields DR, Soumerai SS, Avorn J (1991) Resident behavior and staff distress in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society* 39:792–798
25. Frieling E, Sonntag K (1987) *Lehrbuch Arbeitspsychologie*. Huber, Bern

26. Gilleard CJ, Belford H, Gilleard E, Whittick JE, Gledhill K (1984) Emotional distress amongst the supporters of the elderly mentally infirm. *British Journal of Psychiatry* 145:172–177
27. Görres S (1992) Gesundheits- und Qualitätszirkel – ein partizipativer Ansatz in der Alten- und Krankenpflege (1. Teil). *Pflege* 2:126–146
28. Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ). *Psychological Medicine* 9: 139–145
29. Greif S, Bamberg E, Semmer N (Hrsg) (1991) Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Hogrefe, Göttingen
30. Gros E (1991) Analyse von Arbeitstätigkeiten: Ermittlung von Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz. In: Gros E (Hrsg) Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S 195–116
31. Gusy B (1995) Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout. Eine Kausalanalyse. Schriftenreihe „Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung“. Forschungsberichte (Band 1). Profil Verlag, München und Wien
32. Hacker W, Reinhold S, Darm A, Hübner I, Wollenberger E (1995) Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Forschungsberichte (Band 27). Technische Universität Dresden
33. Hackmann JR, Oldham GR (1975) Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology* 60:159–170
34. Hallberg IR, Norberg A (1995) Nurses' experiences of strain and their reaction in the care of severely demented patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10: 757–766
35. Hare J, Pratt CC (1988) Burnout: Differences between professionals and paraprofessional nursing staff in acute care and long-term care health facilities. *Journal of Applied Gerontology* 7:60–72
36. Heinemann-Knoch M (1997) Arbeitsbelastungen in der Altenpflege: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, München
37. Hinshaw AS, Atwood JR (1983) Nursing staff turnover, stress and satisfaction: Models, measures, and management. *Annual Reviews of Nursing Research* 1:133–153
38. Hirsch RD (1993) Balintgruppe und Supervision in der Altenarbeit. Reinhardt Verlag, München und Basel
39. Hofmann F, Michaelis M, Stöbel U, Siegel A (1995) Die „Freiburger Wirbelsäulenstudie“ – Epidemiologie arbeitsbedingter Wirbelsäulenerkrankungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst in Deutschland. *Gesundheitswesen* 57:467–475
40. Imhof-Gildein B, Meth H-M (1991) Subjektives Beanspruchungsempfinden und Gesundheitszustand von Altenpflegekräften. In: Landau K (Hrsg) Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, München
41. Infratest Burke Sozialforschung (1995) Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“. Infratest, München
42. Kaufmann E, Porschlegel H, Udris I (1982) Arbeitsbelastung und Beanspruchung. In: Zimmermann L (Hrsg) Humane Arbeit – Leitfaden für Arbeitnehmer. Band 5: Belastungen und Streß in der Arbeit. Rowohlt, Reinbek, S 13–48
43. Kempe P, Closs C (1984) Bedeutung und Hintergrund altruistischer Motivation in der Altenpflege. *Altenheim* 12/84:330–333
44. Kempe P, Lindner I, Sauter M (1991) Besonderheiten burnoutgefährdeter Altenpflegerinnen, welche von einem Angebot zur Burnout-Prophylaxe Gebrauch machten. In: Landau K (Hrsg) Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, München
45. Kempe P, Lindner I, Sauter M (1991/1992) Burn-Out. Ausbrennen. Abschlußbericht für das Projekt „Balintgruppen und TZ-Kurse zur Prophylaxe des Burn-Out bei Altenpflegerinnen“. Unveröffentlichter Projektbericht, Hamburg
46. Knobling C (1985) Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal. Lambertus, Freiburg
47. Kruse A, Kröhn R, Langerhans G, Schneider C (1992) Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren (Band 2). Kohlhammer, Stuttgart
48. Kühnert S (1995) Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie (Band 3). Vincentz, Hannover
49. Kuremyr D, Kihlgren M, Norberg A, Astrom S, Karlsson I (1994) Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing* 19:670–679
50. Landau K, Imhof-Gildein B, Schreiber G (1991) Beanspruchung des Pflegepersonals. Ministerium Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg, Stuttgart
51. Lazarus RS, Launier S (1981) Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch JR (Hrsg) Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Huber, Bern, S 213–259
52. Leiter MP, Harvie PL (1996) Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry* 42:90–101
53. Macpherson R, Eastley R, Richards H, Haq Mian I (1994) Psychological distress among workers caring for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9:381–386
54. Maslach C (1982) Burnout, the cost of caring. Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ)
55. Maslach C, Jackson SE (1986) Maslach Burnout Inventory. Manual (2nd edition). Consulting Psychologists Press, Palo Alto (CA)
56. Meifort B, Becker W (Hrsg) (1996) Berufseinstimmung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
57. Michaelis M, Siegel A, Stöbel U, Hofmann F (1995) Epidemiologie von Wirbelsäulenerkrankungen bei Pflegekräften. *Pflege* 8: 154–162
58. Moore KA, Cooper CL (1996) Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry* 42:82–89
59. Muthny FA, Bermejo I, v. Gierke E (1993) Erlebte Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung/Supervision in der stationären Altenpflege. *Zeitschrift für Gerontologie* 26:395–403
60. Neumann E-M, Zank S, Tzschätzsch K, Baltus M (1997) Selbständigkeit im Alter: ein Trainingsprogramm für Pflegenden, Trainer- und Teilnehmerband. Huber, Bern
61. Notebohm G (1991) Mehrfachbelastungen und Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz. In: Gros E (Hrsg) Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S 123–150
62. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM (1990) Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30:583–594
63. Petterson IL, Arnetz BB, Horte LG (1995) Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses – results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 64:20–31
64. Polak U, Garms-Homolova V (1997) Arbeitsbelastung in der Hauspflege. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, München
65. Price JL, Mueller CW (1981) Professional turnover: The case of nurses. Spectrum, New York
66. Ray EB, Miller KI (1994) Social support, home/work stress, and burnout: Who can help? *Journal of Applied Behavioral Science* 30:357–373
67. Rohmert W (1984) Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 38:193–200
68. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds) (1993) Professional burnout: Recent developments in theory and research. Hemisphere, New York

-
69. Selye H (1981) Geschichte und Grundzüge des Streßkonzeptes. In: Nitsch JR (Hrsg) Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Huber, Bern, S 161–187
70. Sowinski C (1994) Lust und Frust in der Altenpflege. Bewältigungsstrategien für den Alltag. *Altenpflege Forum* 2:97–109
71. Tyler P, Cushway D (1995) Stress in nurses: The effects of coping and social support. *Stress Medicine* 11:243–251
72. Udris I, Frese M (1988) Belastung, Streß, Beanspruchung und ihre Folgen. In: Greif S, Graf Hoyos C, Stahlberg D (Hrsg) *Angewandte Psychologie. Psychologie Verlags Union, München*, S 427–447
73. Ulich E (1984) Psychologie der Arbeit. In: *Management Enzyklopädie. Verlag Moderne Industrie, Landsberg*, S 914–929
74. Weyerer S, Zimmer A (1997) Viel Streß und wenig Anerkennung. *Altenheim* 3/97: 14–21
75. Windisch M (1991) Burnout in der Altenpflege. *Altenheim* 8/91:364–369
76. Zimmer A (1997) Abgespannt und ausgebrannt. Arbeitsbelastungen des Altenpflegepersonals und die Einführung der Pflegeversicherung. *Altenpflege Forum* 5: 115–126
77. Zimmer A (1997) Stationäre Altenpflege: 1 Jahr Pflegeversicherung. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 11/97:29–36
78. Zimmer A (1997) Auch Helfer brauchen Hilfe. Härterer Arbeitsalltag gefährdet die Gesundheit des Pflegepersonals. *Altenpflege Forum* 5:18–27