

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften**

**Interventionsstudien zu Burnout bei Beschäftigten in der Alten-
und geriatrischen Langzeitpflege**

-Systematische Literaturanalyse-

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 06.01.2012

Vorgelegt von: Claudia Westermann

Matrikel Nr.: 1685654

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. med. Ralf Reintjes

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. med. Albert Nienhaus

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1	Burnout - Begriff und Definition	4
2.2	Burnout im beruflichen Kontext	6
2.3	Burnout in der Altenpflege.....	6
2.3.1	Gerontopsychiatrische Anforderungen in der Altenpflege.....	8
2.3.2	Pflegeanforderungen bei Patienten mit Demenz	8
3	Methodik.....	11
3.1	Suchstrategie und Auswahlkriterien	11
3.2	Darstellung der eingeschlossenen Studien	12
3.3	Darstellung der Interventionsansätze und ihrer Effekte.....	13
3.4	Instrumente zur Burnout-Erfassung.....	14
3.4.1	Maslach Burnout Inventory (MBI)	14
3.4.2	Andere Assessment Instrumente.....	17
3.5	Kriterien für die Zuordnung der Evidenz eingeschlossener Studien.....	18
4	Ergebnisse	22
4.1	Beschreibung der eingeschlossenen Studien	23
4.2	Interventionsschwerpunkt der eingeschlossenen Studien.....	25
4.3	Eingesetzte Erhebungsinstrumente.....	25
4.4	Effekte auf Burnout.....	26
4.4.1	Studienergebnisse mit einem arbeitsbezogenen Interventionsansatz	28
4.4.2	Studienergebnisse mit personenbezogenem Interventionsansatz.....	29
4.4.3	Studienergebnisse mit kombiniertem Interventionsansatz.....	34
4.5	Evidenz der eingeschlossenen Studien.....	36
5	Diskussion.....	38
5.1	Effekte auf Burnout durch Intervention.....	39

5.2	Auswirkungen auf die Lebensqualität der Klienten.....	41
5.3	Mögliche Gründe für fehlende Effekte	43
5.4	Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien	45
5.5	Limitationen dieser systematischen Literaturanalyse	46
6	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	48
	Literaturverzeichnis	51
	Abkürzungsverzeichnis.....	60
	Eidesstattliche Erklärung	61
	Anhang.....	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Systematik zur Übersetzung der englischen Berufsbezeichnungen	12
Tabelle 2:	MBI-Normwerte für medizinisches Personal	17
Tabelle 3:	Bewertungen der Ausprägungen im BHD-System	18
Tabelle 4:	Studiendesign und Evidenzstufen.....	20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Flowchart der Studienauswahl.....	22
Abbildung 2:	Länderübersicht der eingeschlossenen Studien	23
Abbildung 3:	Designs der eingeschlossenen Studien.....	24
Abbildung 4:	Teilnehmeranzahl der einzelnen Studien.....	25

Abstract

Die Arbeit in der stationären Altenpflege ist durch Faktoren gekennzeichnet, die die Entstehung von Burnout begünstigen. Sie ist arbeitsintensiv, komplex und emotional fordernd. Psychosomatische Beschwerden, Leistungsabfall, krankheitsbedingte Fehlzeiten und die Tendenz zum vorzeitigen Berufsausstieg werden in diesem Zusammenhang bei den Beschäftigten beobachtet. Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an Fachkräften in der Altenpflege und der aktuell bereits kritischen Personal-Ressourcen, ist ein präventiver Ansatz notwendig. Interventionen und Fortbildungen sind wichtige Maßnahmen um Altenpflegekräfte in ihren persönlichen, sozialen und beruflichen Kompetenzen sowie in ihrer Motivation im Beruf zu stärken. Ziel dieser systematischen Literaturanalyse ist es, Interventionsstudien, die Burnout beim Pflegepersonal im Bereich der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege methodisch untersuchen, für den Zeitraum von 2000 bis 2010 zu erfassen. Gibt es Studien, die belegen, dass Burnout durch Interventionen zu beeinflussen ist? Bei der systematischen Datenbankrecherche im Frühjahr 2011 werden 407 Interventionsstudien zu Burnout im Setting der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege identifiziert. Hierbei erfüllen 15 Studien die vorher festgelegten Einschlusskriterien. Als Erhebungsinstrument zur Messung von Burnout wird am häufigsten der Maslach Burnout Inventory (MBI) verwendet. Die Ergebnisse der Studien müssen aufgrund unterschiedlicher Konzeptualisierungen von Burnout und uneinheitlicher Verwendung der Erhebungsinstrumente kritisch betrachtet werden. Der überwiegende Anteil der untersuchten Studien zeigt keinen Effekt auf das Outcome Burnout bei dem Pflegepersonal. Unter den Studien (n=6), die einen Effekt hinsichtlich Burnout erzielen, weisen drei einen personenbezogenen, zwei einen arbeitsbezogenen und eine einen kombinierten Interventionsansatz auf. Obwohl nur wenige Interventionen einen positiven Effekt auf Burnout erzielen, scheinen Maßnahmen zur Qualifizierung der Mitarbeiter, aber auch zur Verbesserung der Klienten-Outcomes, potenziell geeignet, Burnout beim Pflegepersonal zu verringern, bzw. zu vermeiden.

1 Einleitung

Burnout ist ein relevantes Phänomen in der Arbeitswelt, vor allem in helfenden Berufen (Lewis et al., 2010, S. 308; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006, S. 105). Weltweit zeichnet sich ein deutlicher Wandel in der Natur der Arbeit ab. Es werden neben körperlichen, zunehmend geistige und emotionale Fertigkeiten gefragt (Ruotsalainen et al., 2008, S. 169). Mitarbeiter in pflegenden Berufen sind täglich emotionalen Erfahrungen und Belastungen ausgesetzt. Sie gelten als besonders burnout-gefährdet, weil sie in ihren Beziehungen die Gebenden, die Engagierten sind (Pines, Aronson, Kafry, 2006, S. 25). Burnout ist ein komplexes Syndrom mit vielen Symptomen, deren Auswirkungen weitreichende medizinische und ökonomische Konsequenzen haben (von Känel, 2008, S. 447). Es trifft den Einzelnen auf persönlicher und zwischenmenschlicher Ebene, die Gesellschaft in Form von volkswirtschaftlichen Kosten, verursacht durch Ineffizienz und den Ausfall von Arbeitskräften (Freudenberger, 1974, S. 159; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 397ff; Camerino et al., 2006, S. 543). Die weitreichenden Auswirkungen von psychosomatischen Störungen, insbesondere im beruflichen Bereich sind gravierend. Psychosomatische Störungen erfüllen nicht die Kriterien gängiger Diagnosesysteme (Linden et al., 1996, S. 206ff). Weder der Begriff Burnout noch seine Symptomatik sind bislang klar definiert worden. Burnout gilt als Gesundheitsrisiko, als eigenständiges medizinisches Krankheitsbild ist es bis heute nicht anerkannt (Driller, 2008, S. 13; Korczak, Kister, Huber, 2010, S. 7; Moosler, 2006, S. 5).

Bei steigender Anzahl pflegebedürftiger Menschen, bedingt durch den demografischen Wandel und veränderten Familienstrukturen und aktuell bereits nicht ausreichenden Altenpflegekräften (Camerino et al., 2006, S. 543; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006, S. 105; Vierter Altenbericht 2002, S. 109), wird schon heute deutlich, dass die vorhandenen Mitarbeiter in ihrer Gesundheit und in ihrer Bleibemotivation im Job gestärkt werden müssen (Evers, Tomic, Brouwers, 2002, S. 2; Vierter Altenbericht 2002, S. 40; Borritz et al., 2006, S. 49). Der vierte Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Menschen, stellte bereits 2002 einen großen Forschungsbedarf im Bereich der Interventionen zur Vermeidung

von Arbeitsbelastungen der professionell Pflegenden fest (Vierter Altenbericht 2002, S. 75).

In den vergangenen 10 Jahren wurden 3 Reviews veröffentlicht (van Wyk, Pillay-Van Wyk, 2010; Marine et al., 2006; Edwards, Burnard, 2003), die Interventionsstudien im Setting der Gesundheitsberufe zu Burnout zum Inhalt hatten. Hierbei wurden berufsübergreifend Studien eingeschlossen (z.B. Sozialarbeiter, klinische Psychologen, Krankenpflegepersonal, Psychiater) und deren Ergebnisse betrachtet. Eine systematische Literaturanalyse, die Interventionsansätze im Setting der Altenpflege betrachtet, fehlt jedoch bisher. Wegen des demografischen Wandels kommt dieser Berufsgruppe jedoch eine besondere Bedeutung zu.

Folgende Fragen sollen in der vorliegenden systematischen Literaturanalyse beantwortet werden:

1. Welche Interventionsansätze zu Burnout für den Bereich der Altenpflege und geriatrischen Langzeitpflege wurden seit dem Jahr 2000 publiziert?
2. Gibt es Studien die belegen, dass Burnout durch Interventionen beeinflussbar ist?
3. Welche Empfehlungen für zukünftige Interventionen können abgeleitet werden?

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 *Burnout - Begriff und Definition*

Der Begriff Burnout wurde wissenschaftlich erstmals von dem New Yorker Psychoanalytiker Herbert Freudenberger 1974 im Zusammenhang mit Helferberufen eingeführt (Freudenberger, 1974, S. 160f). Im folgenden Kapitel wird der Begriff anhand von Erklärungsansätzen und Definitionen verschiedener Burnout-Forscher hauptsächlich aus der strukturellen beruflichen Perspektive näher beleuchtet. Freudenberger definiert Burnout als einen Zustand von Erschöpfung aufgrund psychischer und physischer Überforderung und Überlastung, als Verschleiß und Energieverlust nach vorangegangenem beruflichen Engagement. Der Autor beschreibt Burnout als einen Komplex von körperlichen, emotionalen, kognitiven und verhaltensorientierten Symptomen (Freudenberger, 1974, S. 160f; von Känel, 2008, S. 477).

Pines et al. (2006, S. 25) sehen Burnout als das Ergebnis anhaltender emotionaler Belastung im Zusammenhang mit einem langfristigen und intensiven Einsatz für andere. Nach Maslach et al. (2001, S. 401ff) entwickelt sich Burnout langsam und fortschreitend aufgrund von chronisch erlebtem Stress. Dank der psychometrischen Untersuchungen von Maslach et al. rückten die Kernelemente von Burnout in den Mittelpunkt der Forschung (Driller, 2008, S. 18). Laut Maslach et al. (2001, S. 401ff) ist Burnout anhand spezifischer Symptome, die den 3 Kerndimensionen von Burnout zugeordnet werden, zu erfassen.

Diese Dimensionen werden wie folgt beschrieben (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 400; Diestel, Schmidt, 2010, S. 160):

1. Die Depersonalisation / Depersonalization (DP), gekennzeichnet durch eine distanzierte, gleichgültige zynische Haltung gegenüber der Arbeit und anderen.
2. Die persönliche berufliche Leistungsfähigkeit / Personal Accomplishment (PA), gekennzeichnet durch eine beruflichen Leistungsabnahme, die bis zur Ineffizienz reichen kann und durch das Gefühl des beruflichen Versagens und Vertrauensverlustes in die eigenen Fähigkeiten begleitet wird.

3. Die emotionale Erschöpfung / Emotional Exhaustion (EA), ausgelöst durch eine berufliche Überbeanspruchung und Überforderung, gekennzeichnet durch den Verlust adäquater emotionaler und physischer Ressourcen.

Burnout manifestiert sich symptomatisch und in seiner Ausprägung individuell unterschiedlich. Viele der Symptome sind unspezifisch, ihr Vorhandensein lässt nicht automatisch auf das Vorliegen eines Burnout-Syndroms schließen (Freudenberger, 1974, S. 160ff; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 397ff). Die Auswirkungen von Burnout sind mit hohen Kosten für die Unternehmen und die Gesundheitssysteme verbunden. Sie betreffen den Einzelnen, durch Symptome wie z.B. dauerhafte Kopfschmerzen, Müdigkeit, Veränderungen im zwischenmenschlichen Verhalten, angespannt sein bis hin zu konkreten organischen und psychischen Beschwerden (Freudenberger, 1974, S. 159; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 397ff; Kaschka, Korczak, Broich, 2011, S. 785). Die Organisationen (Unternehmen, Einrichtungen) betreffen sie beispielweise wegen der fehlenden Effizienz der betroffenen Mitarbeiter, des hohen Krankenstands und der zunehmenden Tendenz zum Berufswechsel (Freudenberger, 1974, S. 159; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 397ff; Camerino et al., 2006, S. 547f; Glaser, Lampert, Weigl, 2005, S. 10; von Känel, 2008, S. 478).

Mögliche Faktoren, die die Entstehung von Burnout begünstigen, können in der persönlichen Struktur des Einzelnen, in seinem arbeitsbezogenen Verhalten, sowie in den Arbeits- und Organisationsstrukturen, aber auch im persönlichen Umfeld des Betroffenen liegen (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 407ff; Driller, 2008, S. 14ff).

Individuen, die ein hohes Risiko haben, Burnout zu bekommen, unterschätzen ihre Anfälligkeit häufig, sodass dieses sich von ihnen unbemerkt entwickeln kann (Maslach, Goldberg, 1998). Aufgrund von inadäquater Bewältigungsmechanismen, sogenannter Coping-Strategien, gilt Burnout häufig als sich selbsterhaltend (Schaufeli, Buunk zitiert nach Ruotsalainen et al., 2008, S. 169).

2.2 *Burnout im beruflichen Kontext*

Burnout im beruflichen Kontext wird in der Literatur als ein psychologisches Syndrom beschrieben, das schleichend als individuelle Antwort des Betroffenen auf eine dauerhafte Stresseinwirkung entsteht (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 399; Pines, Aronson, Kafry, 2006, S. 25). Diese Erfahrung resultiert aus den zu Verfügung stehenden persönlichen Ressourcen¹ und Erwartungen des einzelnen Mitarbeiters und aus den an ihn gestellten Anforderungen (Montero-Marin et al., 2009, S. 32; Garrosa et al., 2011, S. 480). Im Bewusstsein der Diskrepanz zwischen Anforderungen und den persönlichen Ressourcen, bei anhaltend fehlender positiver Rückmeldung von Seiten der Kollegen und Vorgesetzten fühlt sich der Betroffene auf Dauer unfähig, eine adäquate Antwort geben zu können. Das persönliche Engagement nimmt ab, die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und der Arbeitswelt wird zunehmend negativ geprägt (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, S. 399f; Montero-Marin et al., 2009, S. 32f).

Burnout wird mit einem erhöhten Risiko des Arbeitsausfalls assoziiert, einem erhöhten persönlichen Krankenstand sowie Arbeitsunfähigkeit und ebenfalls mit einer geringen Arbeitszufriedenheit und einer hohen Tendenz zur Berufsaufgabe (Borritz et al., 2006, S. 50; Edwards, Burnard, 2003, S. 370). Das Risiko für Burnout in helfenden Berufen wurde in vielen wissenschaftlichen Studien untersucht (Edwards, Burnard, 2003; Baldelli et al., 2002; Borritz et al., 2006; Andersen et al., 2010). Stress am Arbeitsplatz ist in diesem Zusammenhang ein bedeutendes Problem für Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen, speziell für Beschäftigte in der Krankenpflege (Lewis et al., 2010, S. 307; Garrosa et al., 2011, S. 487).

2.3 *Burnout in der Altenpflege*

In der Altenpflege sind die Mitarbeiter ebenfalls vom Risiko, Burnout zu entwickeln, betroffen (Evers, Tomic, Brouwers, 2002, S. 3; Cocco, 2010, S. 69; Gandoy-Crego

¹ Individuelle Voraussetzungen, die sich positiv auf den Menschen auswirken und ihm einen besseren Umgang mit Belastungen ermöglichen (Haberstroh et al., 2009, S. 109).

et al., 2009, S. 248; Zimber, 1998, S. 417). Faktoren, die diese Entwicklung begünstigen sind berufsbedingt u. a. Zeitdruck, hohes Arbeitsaufkommen, geringe Möglichkeiten der Einflussnahme, tägliche Konfrontation mit Leid, bis hin zum Tod von Klienten, Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, physische Belastungen², sowie wechselnder Schichtdienst und Unterbesetzung (Gandoy-Crego et al., 2009, S. 246; van Weert et al., 2005, S. 408; Glaser, Lampert, Weigl, 2005, S. 67; Edwards et al., 2003, S. 370; Zimber, 1998, S. 418). Ebenfalls gelten als begünstigende Faktoren die fehlende Unterstützung und Anerkennung im Kollegenteam und vom Management (Lewis et al., 2010, S. 308), sowie Absentismus und Fluktuation der Mitarbeiter³ (Borritz et al., 2006, S. 50; Glaser, Lampert, Weigl, 2005, S. 60). Arbeitsunabhängige Faktoren, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen, sind die Persönlichkeit des einzelnen Mitarbeiters und die sozialen Beziehungen.

Die potenziellen Folgen belastender Arbeitsbedingungen auf die Mitarbeiter sind die typischen Kernpunkte von Burnout: Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Sie sind u. a. gekennzeichnet durch wiederkehrende Erschöpfungs- und Ärger-Zustände, die in den Arbeitspausen nicht angemessen abgebaut werden können (Glaser, Lampert, Weigl, 2005, S. 75). Psychische Ressourcen wie z. B. Konzentration und Ausgeglichenheit, die elementar sind für eine erfolgreiche Arbeitsbewältigung, werden nicht entsprechend regeneriert. Eine weitere Herausforderung und burnout-begünstigend für die Mitarbeiter in der Altenpflege, ist die Pflege von Demenzkranken (Mackenzie, Peragine, 2003, S. 291). Diese ist arbeitsintensiv und emotional stark fordernd (Opie, Doyle, O'Connor, 2002, S. 6; van Weert et al., 2005, S. 408; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008, S. 697; Haberstroh et al., 2009, S. 109). Während der Berufseinstieg in der Altenpflege für jüngere Menschen nicht attraktiv erscheint, steigt mit zunehmendem Alter und gleichzeitiger Abnahme der

² Wie das Heben, Tragen und Lagern von Pflegebedürftigen.

³ Sie erhöht das Arbeitsaufkommen durch die notwendige Reorganisation von Arbeitsabläufen, soziale Ressourcen fallen potenziell weg.

Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten die Motivation, aus dem Beruf auszusteigen (Camerino et al., 2006, S. 547f).

2.3.1 Gerontopsychiatrische Anforderungen in der Altenpflege

Mit der Zunahme alter Menschen in der Gesamtgesellschaft, geht eine überproportionale Zunahme von über Achtzigjährigen einher, verbunden mit einer Zunahme der Demenzprävalenz. Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen im höheren Lebensalter, mit ihrer altersspezifischen Multimorbidität und die damit einhergehenden Veränderung im Verhalten und in der Persönlichkeit, stellt eine große gesellschaftliche Herausforderung dar (Vierter Altenbericht 2002, S. 19ff).

Die pflegerische Versorgung dieser Menschen erfordert eine gerontopsychiatrische Pflegekompetenz der betreuenden Mitarbeiter. Diese ist insbesondere notwendig wegen Einschränkungen der Alltagskompetenz aufgrund kognitiver Einbußen und der Notwendigkeit der Rund-um-die-Uhr-Betreuung von psychisch veränderten Menschen (Kämmer, 2002, S. 187ff). Das hohe Arbeitsaufkommen und die steigende Arbeitsbelastung sind bekannte Probleme in der gerontopsychiatrischen Pflege (van Weert et al., 2005, S. 408). Laut Haberstroh et al. (2009, S. 109) wird der zunehmende Bedarf an gerontopsychiatrischem Fachwissen in der Altenpflege kaum gedeckt werden können durch die bisherige Ausrichtung in der Altenpflegeausbildung und durch die gängigen Fort- und Weiterbildungsangebote für die Altenpflegekräfte.

2.3.2 Pflegeanforderungen bei Patienten mit Demenz

In Deutschland liegt der Anteil der Heimbewohner die an einer Form von Demenz leiden, bei 60% (Weyerer et al., 2004, S. 343). Diese Entwicklung nimmt aufgrund des demografischen Wandels stark zu (Vierter Altenbericht 2002, S. 19ff). International wurde bereits 1993 von Tariot et al. (1993, S. 1063) festgestellt, dass mehr als 91% der Heimbewohner wahrscheinlich an einer psychischen Erkrankung

leiden, Demenz ist die am häufigsten gestellte Diagnose in diesem Zusammenhang (Hillman et al., 2001, S. 282).

Der Begriff Demenz wird als klinisches Syndrom verstanden, das infolge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einhergeht. Betroffen sind u. a. folgende Funktionen: Gedächtnis, Orientierung, die Denk-, Auffassungs- und Lernfähigkeit, Sprache, Sprach- und Urteilsvermögen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2009, S. 14). Demenzerkrankungen sind definiert durch den Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen, die einhergehen können mit einer Vielzahl nicht kognitiver Symptome, wie z.B. Angst, Depression, Agitation, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus, Wahn, Halluzinationen und Aggressionen (Theison, 2008, S. 5). Die verschiedenen Formen von Demenz unterscheiden sich in ihrem Verlauf und ihrer Prognose. Sie werden nach ihrer Ätiologie hauptsächlich unterschieden in neurodegenerative und vaskuläre Demenzerkrankungen, können jedoch auch in kombinierter Form auftreten. Die neurodegenerativen Demenzerkrankungen (Alzheimer-Demenz, Fronto-Temporale Demenz, Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz) sind durch ihre progressiven Verläufe gekennzeichnet, die alle in eine weitreichende Pflegebedürftigkeit münden. Dem gegenüber stehen die vaskulären Demenzerkrankungen, mit ihren stufenförmigen Verläufen und Phasen ohne Progredienz und möglicher leichter Besserungen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2009, S. 24ff).

Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten und das Einbüßen von Alltagskompetenzen, verstärkt durch kommunikative Schwierigkeiten und ein verändertes herausforderndes Verhalten⁴, kann bei Demenzkranken zu einer sozialen Passivität und letztlich zu einem sozialen Desinteresse führen. Diese Faktoren begünstigen zusätzlich die Verstärkung der kognitiven Einbußen (Fritsch et al., 2009, S. 118).

Die Pflege von Menschen mit Demenz ist aufgrund der zuvor genannten Faktoren aufwendig und komplex, für den Pflegenden oftmals mit Stress verbunden

⁴ Das herausfordernde Verhalten wird hervorgerufen durch Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, häufig beeinflusst durch Angst- und Depressionszustände (Fritsch et al., 2009, S. 118).

(Mackenzie, Peragine, 2003, S. 291; Davison et al., 2007, S. 865; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008, S. 697; Zimber, Rudolf, Teufel, 2001, S. 402). Die Kontaktaufnahme ist diffizil und kann zu einer Verstärkung des herausfordernden Verhaltens führen. Aufgrund dieser psychogeriatrischen Probleme können Arbeitsaufgaben nicht ausgeführt werden, das Arbeitsaufkommen und die Arbeitsbelastung für die Pflegenden steigen, die Arbeitskomplexität nimmt zu (Kuske et al., 2009, S. 295; van Weert et al., 2005, S. 408; Schrijnemaekers et al., 2003, S. 50; Mackenzie, Peragine, 2003, S. 291). Auch zeigen Menschen mit Demenz häufiger als andere Heimbewohner ein aggressives Verhalten, das bis hin zu Tritten, Bissen und Schlägen reichen kann (Hillman et al., 2001, S. 282). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit Demenz nicht auf alle Pflegenden mit einem herausfordernden Verhalten reagieren. Es werden Qualifizierungsmaßnahmen für die professionell Pflegenden im Umgang mit Klienten mit Demenz empfohlen (Opie, Doyle, O'Connor, 2002, S. 7; Davison et al., 2007, S. 865ff; Visser et al., 2008, S. 47ff). Die Verbesserung des Kenntnisstandes über Pflege und Umgang von Menschen mit Demenz, ermöglicht einen adäquateren Umgang mit diesen (Kuske et al., 2009, S. 295). Die Pflege von Demenzkranken beinhaltet ebenso die psychosoziale Betreuung wie die Pflege des Körpers. Ohne eine Beziehungsgestaltung zur Person (und seinen Angehörigen), ist eine Annäherung an den Körper schwierig (Kämmer, 2002, S. 189; Mackenzie, Peragine, 2003, S. 291). Die spezielle Pflege von Klienten mit Demenz wird mit einem erhöhtem Level an Stress und Burnout bei den Mitarbeitern assoziiert (Rodney, 2000, S. 172; Astrom et al., 1996, zitiert nach Mackenzie, Peragine, 2003, S. 219).

3 Methodik

Im folgenden Abschnitt wird die methodische Herangehensweise dieser systematischen Literaturanalyse dargestellt und erläutert.

3.1 Suchstrategie und Auswahlkriterien

Im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) wurde im Oktober (2010) und im Januar 2011 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Embase und PsycNet durchgeführt. Eingeschlossen wurden Interventionsstudien im Setting der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege, die im Zeitraum von 2000 bis einschließlich 2010 veröffentlicht wurden und in denen Burnout methodisch erfasst wurde. Die Suchkriterien umfassten folgende Begriffe: „((burnout) AND occupation*) AND intervention“, „((burnout) AND employ*) AND intervention“, „(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND geriatric“ und „(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND homes“. In Form einer Sekundärsuche wurden aus der Referenzliste eingeschlossener Artikel und anderer Reviews weitere Literaturquellen entnommen.

Im Vorfeld der Studie wurde ein Screening-Instrument entwickelt, das folgende Einschlusskriterien enthält (vgl. Anhang 6):

- Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Portugiesisch und Italienisch
- Zeitraum der Veröffentlichung: 2000-2010
- Studienpopulation: Pflegepersonal in der Alten- und geriatrischen Langzeitpflege
- Erfasste Variable: Burnout
- Interventionsstudie

Studien, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten und Dubletten wurden ausgeschlossen und die Gründe dafür vermerkt. Wenn es anhand des Abstracts nicht möglich war, über Ein- oder Ausschluss zu entscheiden, wurde der Volltext

herangezogen. Die Abstracts wurden von zwei Personen unabhängig voneinander gesichtet. Bei abweichender Einschätzung wurde eine dritte Person hinzugezogen.

3.2 Darstellung der eingeschlossenen Studien

Alle eingeschlossenen Studien werden in Tabellenform dargestellt. In den Tabellen finden sich Informationen u.a. zum Erscheinungsjahr, Design, Population und Intervention. Besonderes Augenmerk wird entsprechend der Fragestellung auf die Erfassung von Burnout und die in den Studien diesbezüglich verwendeten Instrumente gelegt (siehe Kapitel 3.4).

Im folgenden Text wird der Begriff Klient benutzt im Sinne von Bewohner (Altenpflegeeinrichtungen) bzw., im Krankenhaus-Setting im Sinne von Patient (Langzeitpflegestationen). Um eine Ergebnisaufbereitung vornehmen zu können, wird in diesem Review mit folgender Übersetzung der im englischsprachigen Raum vorkommenden Berufsbezeichnungen, gearbeitet:

Tabelle 1: Systematik zur Übersetzung der englischen Berufsbezeichnungen

Deutschsprachige Kategorisierung	Englische Berufsbezeichnungen
<i>Examierte Altenpflegekräfte</i>	registered nurses, geriatric nurses, enrolled nurses, licensed practical nurses, nursing home nurses
<i>Pflegehelfer / nicht-examierte Pflegekräfte</i>	certified nurse's assistants, nurse aides, nursing aides, care aides, unlicensed nursing assistants, assistant nurses, paraprofessional caregivers
<i>Beschäftigte in der stationären Altenpflege / Pflegepersonal* (positionsübergreifend)</i>	nursing staff, nursing caregivers, health care workers in nursing homes, nursing personnel from care-centers for the elderly

Quelle: Kuhnert, Nienhaus, 2010

Um die oben genannte Fragestellung zu beantworten, werden in den Tabellen, die die eingeschlossenen Studien beschreiben, ausschließlich Erfassungsinstrumente genannt, die zur Messung von Burnout bei Pflegepersonen eingesetzt wurden. Weitere Outcomes und die verwendeten Instrumente in den jeweiligen Studien werden im Anhang 4 aufgeführt und gemäß der jeweiligen Studienautoren erläutert.

3.3 Darstellung der Interventionsansätze und ihrer Effekte

Eine Gruppierung nach Art der Intervention findet im Anhang 1, statt. Nach Marine et al. (2006, S. 3) werden zwei Interventionstypen unterschieden: arbeits- (verhältnisorientiert) und personenbezogene (verhaltensorientiert). Diese können jedoch auch als Mischform auftreten, sodass in der vorliegenden Arbeit eine dritte Studiengruppe unterschieden wird, die der kombinierten Interventionen. Im Folgenden werden die Interventionsansätze ausführlicher beschrieben:

Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Interventionen richten sich auf Arbeitsfaktoren und beinhalten Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitswelt, Arbeitsaufgaben oder Arbeitsmethoden. Diese Prävention setzt an den Arbeitsbedingungen an. Das Ziel ist eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsumwelt im Sinne der Reduktion von Gefährdungsfaktoren und der Begrenzung von Belastungen, z.B. Interventionen zur Verringerung des Arbeitsaufwands, der Arbeitsbelastung oder der Veränderungen in der Arbeitsorganisation.

Personenbezogene Interventionen

Personenbezogene Interventionen zielen auf das Vermitteln von persönlichen Kompetenzen, Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des individuellen Stresserlebens. Sie umfassen die Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen und richten sich vorwiegend an Individuen, z.B. Techniken zur Verbesserung der eigenen Coping-Strategien (persönliche Bewältigungsmechanismen), wie Verhaltens- und Entspannungstechniken.

Kombinierte Interventionen

Diese Interventionen zielen auf das Vermitteln von persönlichen Kompetenzen und beinhalten Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitswelt, -aufgaben oder -methoden. Unter der Kategorie kombinierter Intervention werden Studien zusammengefasst, in denen das Pflegepersonal fachliche Techniken erlernt, die

Bestandteil der zukünftigen Arbeit sein werden und Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation und -methoden haben (z.B. Snoezelen als Pflegemethode integriert in die 24-Stunden-Pflege, die ein spezifisches Verhalten im Umgang mit und in der Pflege von Klienten mit Demenz vorgibt).

Entsprechend der Fragestellung werden Burnout relevante Interventionseffekte (vgl. Anhang 1) erfasst. Ein Effekt liegt dann vor, wenn die angewandte Intervention sich auf eine der Subskalen positiv, d.h. signifikant gesundheitsfördernd auswirkt. In diesem Zusammenhang liegt eine statistisch signifikante Reduktion in den Subskalen des Maslach Burnout Inventory (MBI) *Emotionale Erschöpfung* (EE) oder *Depersonalisation* (DP) sowie in der Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* (PA) eine signifikante Erhöhung der Werte vor.

Ein bedeutender Effekt wird mit dem Vermerk Plus [+] bzw. kein Effekt mit Minus [-] gekennzeichnet. Effekte auf Burnout werden ferner gemäß Marine et al. (2006, S. 4) klassifiziert in kurzfristig (bis zu einem Monat), mittelfristig (von einem Monat bis zu einem Jahr) und langfristig (über ein Jahr).

Die Auswertung der einzelnen Studien und der Interventionseffekte, erfolgt gruppiert in diese drei Kategorien: arbeits-, personenbezogene und kombinierte Interventionen.

3.4 Instrumente zur Burnout-Erfassung

Im Anhang 2 werden die in den jeweiligen Studien verwendeten Instrumente zur Messung von Burnout, die gemessenen Scores (wenn in der Studie angegeben), als Mittelwerte ausgedrückt, sowie die Standardabweichung aufgelistet. Statistisch signifikante Effekte werden in der jeweiligen Subskala kenntlich gemacht.

3.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Das am häufigsten verwendete Instrument zur Erfassung von Burnout im beruflichen Kontext, ist der Maslach Burnout Inventory (Driller, 2008, S. 51; Edwards, Burnard, 2003, S. 195). Es wurde 1981 von Maslach und Jackson entwickelt und in den Folgejahren 1986 und 1993 von ihnen überarbeitet. Weitere Überarbeitungen erfolgten 1996 und 1997 durch Maslach, Jackson und Leiter. Die dritte Überarbeitung des MBI ist der Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), entwickelt für Humandienstleistungsberufe. Den Schwerpunkt des Fragebogens bilden die Beziehung und die Einstellung zu Klienten (Maslach, Jackson, Leiter, 1996; Driller, 2008, S. 51). Neben dem MBI-HSS existieren noch zwei weitere Versionen, nämlich der MBI-General Survey⁵ (Schaufeli et al. 1996, zitiert nach Driller, 2008, S. 51f) und der MBI-Educators Survey⁶ (Maslach, Jackson, Schwab, 1996, zitiert nach Driller, 2008, S. 51f), auf die in der vorliegenden Analyse nicht näher eingegangen wird. Hauptinstrument zur Erfassung von Burnout in den eingeschlossenen Studien bildet der MBI-HSS, bzw. die Versionen aus der Zeit vor 1996, die ebenfalls auf Berufe im Humandienstleistungsbereich ausgerichtet sind.

Der MBI ist ein Phasenmodell, das drei Burnout-Dimensionen beinhaltet und aus 22 Items⁷ besteht. Diese bilden die Subskalen des MBI und werden im Folgenden erläutert:

1. Emotionale Erschöpfung (EE) umfasst neun Items und spiegelt den Grad der emotionalen Erschöpfung wieder. Hohe Mittelwerte entsprechen einem hohen Burnout-Grad in dieser Subskala.
2. Depersonalisation (DP) umfasst fünf Items und spiegelt das Ausmaß des persönlichen emotionalen Rückzugs und die daraus resultierende zynische

⁵ Schwerpunkt des MBI-GS ist die Krise des Befragten bezogen auf seine Arbeitstätigkeit, er beinhaltet 16 Items und kann berufsgruppenübergreifend angewendet werden (Driller, 2008, S. 51).

⁶ Der MBI-ES ist insbesondere auf pädagogische Berufe ausgerichtet.

⁷ In den ersten beiden Fassungen und in der MBI-HSS Fassung.

Einstellung zu Klienten und zur Arbeit wieder. Hohe Mittelwerte entsprechen einem höheren Burnout-Grad in dieser Subskala.

3. Persönliche Leistungsfähigkeit (PA) umfasst acht Items und beschreibt Gefühle der Kompetenz und des Erfolgs bei der Arbeit. Im Gegensatz zu den anderen beiden Skalen, entsprechen niedrige Mittelwerte einem erhöhten Risiko für Burnout.

Gemäß Maslach et al. ist eine Person umso stärker von Burnout betroffen, je höher die Werte in den Subskalen EE und DP sind bei gleichzeitig niedrigen Werten in der Subskala PA (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Die einzelnen Items sind in Form von Statements konzipiert, es sind Aussagen über die persönlichen Gefühle oder des persönlichen Verhaltens. Sie werden in zwei Dimensionen erfasst: Frequenz⁸ und Intensität⁹ (Maslach, Jackson, 1981, S. 104). Aus den Antworten (z.B. Ratingskala 1= „nie“ bis 7= „täglich“) werden Mittelwerte für die einzelnen Subskalen ermittelt. Durch die gewonnenen Mittelwerte ist eine Einstufung von Burnout in niedrig, mittel und hoch, möglich. Diese Einstufung wird anhand einer Normierungsstichprobe¹⁰ (Maslach, Jackson, 1986, zitiert nach Moosler, 2006, S. 22) vorgenommen. Statistische Auswertungen können in Form von Mittelwertvergleichen mittels einer Varianzanalyse erfolgen (Moosler, 2006, S. 22). Die Varianzanalyse (ANOVA¹¹) prüft den Einfluss einer oder mehrerer unabhängiger Variablen (z.B. Intervention) auf eine oder mehrere abhängigen Variablen (z.B. Burnout). Sie findet in solchen Fällen Anwendung, in denen die Mittelwerte von mindestens zwei Stichproben verglichen werden sollen, hierbei werden die Unterschiede zwischen den Mittelwerten auf Signifikanz geprüft (Rasch et al., 2010, S. 244).

⁸ Die Häufigkeit wird in einer sechs-stufigen Skala von 1 = einige Male im Jahr und seltener bis 6 = täglich erfasst.

⁹ Die einzelnen Items werden von 1 bis 7 skaliert, wobei 1 nie und 7 täglich bedeutet.

¹⁰ Normierungsstichprobe aus dem Jahr 1986, sie bestand aus 11.067 Personen aus verschiedenen Berufsgruppen.

¹¹ ANOVA steht für den englischen Ausdruck „Analysis of Variance“.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Burnout-Normwerte (ausgedrückt in Mittelwerte) des MBI-HSS für medizinisches Personal, Ärzte und Krankenpflegepersonal.

Tabelle 2: MBI-Normwerte für medizinisches Personal

Subskalen	Anzahl der Items	Spanne der Scores	Grad des Burnouts gemessen in Scores		
			niedrig	mittel	hoch
EE	9	0–54	≤18	19–26	≥27
DP	5	0–30	≤5	6–9	≥10
PA	8	0–48	≥40	39–34	≤32

Quelle: Kravits et al., 2010, S. 134

Mit dem MBI können die dem Burnout assoziierten Symptome in standardisierter Form erfasst und der Grad eines Burnout-Syndroms anhand der Mittelwerte ermittelt werden (von Känel, 2008, S. 478). Burnout ist als fortwährende menschliche Erfahrung zu verstehen, sie wird als eine Intervall-Variable von niedrig bis hoch und nicht als eine dichotome Variable, die vorhanden ist oder nicht, gemessen (Baldelli et al., 2002, S. 25). Der MBI ist ein quantitatives Messinstrument, mit etablierter Reliabilität und Validität (Maslach, Jackson, 1981, S. 105).

Die autorisierte deutsche Version des MBI-HSS-Fragebogens von Büssing und Perrar (1992) ist im Anhang zu finden.

3.4.2 Andere Assessment Instrumente

General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, Hillier, 1979)

Der GHQ wurde 1972 von Goldberg entwickelt, er untersucht den psychischen Gesundheitszustand in der Allgemeinbevölkerung. Die deutsche Übersetzung der 28-Item-Version umfasst die vier Subskalen somatische Symptome, Angst und Schlafstörungen, soziale Dysfunktionen und schwere Depression. Der GHQ ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung, abgefragt wird das persönliche Befinden der vorangegangenen Wochen. Es wird ein Rohwert über alle Skalen hinweg berechnet, der zwischen 0 und 28 liegen kann. Niedrige Werte liegen in den

Bereichen 0 bis 4, höhere Werte als 6 weisen auf einen kritischen psychischen Gesundheitszustand hin (Gauggel, Rößler, 1999, S. 177).

BHD-System (Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistern) (Hacker et al., 1995)

Das BHD-System dient der Analyse der psychischen Arbeitsbeanspruchungen von Personen, die im Humandienstleistungssektor tätig sind. Analysiert werden organisations-, tätigkeits- und klientenbedingte Arbeitsbeanspruchungen. Das BHD besteht aus einem Fragebogen und einer Checkliste. Mit dem BHD-Fragebogen werden Beanspruchungsfolgen abgefragt. Burnout wird im Fragebogen mehrfaktoriell erfasst. Erhoben werden fünf Bereiche: Emotionale Erschöpfung, Aversion gegen Klienten, Reaktives Abschirmen, (Un)Zufriedenheit mit der Arbeit und Intrinsische Motivierung. Die BHD-Checkliste erfasst die organisations-, patienten- und tätigkeitsbedingten Anforderungen an das Pflegepersonal.

Tabelle 3: Bewertungen der Ausprägungen im BHD-System

	Positive Ausprägung	Neutraler Bereich	Kritische Ausprägung
Emotionale Erschöpfung	12-26	27-43	44-84
Klientenaversion	5-9	10-17	18-35

Quelle: BHD nach Hacker et al., 1995, In: Metz, Degener, Pitack, 2004, S. 31

3.5 Kriterien für die Zuordnung der Evidenz eingeschlossener Studien

Als zentrale Komponente zur Qualitätsermittlung der Evidenz¹² der berücksichtigten Studien wird in der vorliegenden Arbeit das Studiendesign

¹² „In der Medizin wird Evidenz als ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen bezeichnet, es ist die Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die medizinische Praxis“ (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 2003, S. 34)

herangezogen. Die Randomisierung gilt als die sicherste Methode zur Vermeidung von systematischen Fehlern, die bei der Durchführung oder Analyse einer Studie zu einer falschen Einschätzung der Auswirkung einer Exposition auf das Krankheitsrisiko führen können (Gordis, 2000, S. 242). Im Kontext der evidenzbasierten Medizin, bzw. Praxis, wird den randomisiert kontrollierten Studien in der Regel die bestmögliche Evidenz zugesprochen, da es sich um Studien handelt, die systematische Fehler im Design unwahrscheinlicher machen (Kunz (Kunz, Burnand, Schunemann, 2008, S. 677; Des Jarlais, Lyles, Crepaz, 2004, S. 361). Das Studiendesign bestimmt entscheidend über die Qualität der beobachteten Effekte. „Das Vertrauen, dass die Ergebnisse einer Studie den ‚wahren Effekt‘ bei den untersuchten (...) Studienteilnehmern auch möglichst genau wiedergeben, hängt wesentlich davon ab, wie solide das Design dieser Studie ist“ (Kunz et al., 2009, S. 17). Allerdings erfordern die Bedingungen im Bereich des Gesundheitswesens und unterschiedliche Fragestellungen oftmals unterschiedliche Studiendesigns (Kunz et al., 2009, S. 17). Randomisierungen sind nicht immer ethisch vertretbar oder aufgrund von organisationalen Faktoren durchführbar. Nicht randomisierte Designs können deshalb ebenfalls wichtige Erkenntnisse zur Datenlage beitragen und helfen ein ganzheitliches Bild der tatsächlichen Evidenz zu erhalten (Gordis, 2000, S. 120ff; Des Jarlais, Lyles, Crepaz, 2004, S. 361).

In der vorliegenden Literaturanalyse werden die eingeschlossenen Studien anhand ihres Studiendesigns gemäß Kunz und Kollegen wie folgt eingestuft (vgl. Tabelle 4):

Tabelle 4: Studiendesign und Evidenzstufen

Beschreibung des Designs	Evidenzstufen in Abhängigkeit von der Designqualität
<p>Experimentelle Studie</p> <p>Eine vergleichende Studie¹³, in der der Untersucher die Teilnehmer unterschiedlichen Interventionen zuordnet.</p> <p>Randomisierte, kontrollierte Studie (mit verdeckter Zuordnung)</p> <p>Randomisierte Zuordnung der Teilnehmer zu einer Interventions- und einer Kontrollgruppe ohne Intervention mit Nachbeobachtung, um die Ergebnisunterschiede zwischen beiden Gruppen zu untersuchen. Randomisierungen (mit Verdeckung der Zuordnungsfolge gegenüber dem einschließenden Studienarzt) vermeidet systematische Verzerrungen (BIAS), da abgesehen von der Intervention bekannte wie auch unbekannte Ergebnisdeterminanten im Durchschnitt gleichmäßig auf beide Gruppen verteilt sind.</p>	I
<p>Experimentelle Studie ohne Randomisierung</p> <p>(zuweilen fälschlich als quasi- oder pseudo-randomisierte Studie bzw. quasi-experimentelle Studie bezeichnet)</p> <p>Eine Studie, in der die Zuordnung der Teilnehmer zu den verschiedenen Behandlungsalternativen vom Untersucher gesteuert wird, aber die Methode der Zuordnung nicht einer echten Randomisierung entspricht (z.B. Zuordnung nach geradem und ungeradem Datum). Mit solchen Verfahren kann die Zuordnungsfolge von den einschließenden Studienärzten nicht geheim gehalten werden.</p>	II
<p>Beobachtungsstudie mit Kontrollgruppe</p> <p>Eine vergleichende Studie, in der die Zuordnung der Teilnehmer zu den verschiedenen Interventionen nicht durch den Untersucher erfolgt, sondern dieser lediglich beobachtet.</p> <p>Kohortenstudie</p> <p>Nachbeobachtung von Teilnehmern, die eine Intervention erhalten (die nicht vom Untersucher zugeteilt wurde) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (z.B. Teilnehmer, die keine Behandlung erhalten), um die Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zu erfassen.</p> <p>Fall-Kontroll-Studien</p> <p>Vergleich der Interventionsraten zwischen Personen mit einem bestimmten Endpunkt¹⁴ (Fälle) und solchen ohne den Endpunkt (Kontrollen)</p>	II

¹³ Eine Vergleichsstudie bewertet die Wirkung einer Intervention anhand von Vergleichsgruppen.

Beschreibung des Designs	Evidenzstufen in Abhängigkeit von der Designqualität
<p>Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppen</p> <p>Querschnittstudie</p> <p>Untersuchung der Beziehung zwischen Behandlungsergebnissen und anderen interessierenden Parametern (einschl. Interventionen), die zu einem gegebenen Zeitpunkt in einer relevanten Population erfasst werden.</p> <p>Vorher-Nachher-Studie</p> <p>Vergleich der Endpunkte bei Studienteilnehmern vor und nach der Intervention.</p> <p>Fallserien</p> <p>Beschreibung einer Anzahl von Fällen, die eine Intervention erhalten haben, und ihre Ergebnisse</p>	III
<p>Fallberichte</p> <p>Pathophysiologische Studien oder Laboruntersuchungen</p> <p>Expertenmeinung oder Expertenkonsens</p>	IV

Quelle: Kunz et al., 2009, S. 18

Den randomisierten Studien wird eine hohe Qualität zugesprochen, die zu starken Empfehlungen führen können (Schünemann, 2009, S. 396). Limitationen im Design können potentiell Einfluss auf die Qualität der Ergebnisse haben.

Ebenso kann die Qualität der Evidenz aus nicht randomisierten Studien unter besonderen Umständen (mit z.B. repräsentativer Stichprobe, ausreichenden Untersuchungsperioden, transparenter Durchführung der Intervention) als hoch eingestuft werden (Schünemann, 2009, S. 396). Interventionen die in diesen Studien einen positiven Effekt erzielen, können zu Empfehlungen in der Praxis führen.

¹⁴ „Änderung des Gesundheitszustands aufgrund einer Intervention oder Exposition. Die Ergebnisse solcher Änderungen werden herangezogen, um den Effekt einer Maßnahme zu schätzen.“ (Kunz et al., 2009, S. 130).

4 Ergebnisse

Die systematische Literaturrecherche brachte ein Ergebnis von 404 Studien, darunter drei Reviews zu Burnout bei Beschäftigten im Gesundheitswesen (van Wyk, Pillay-Van Wyk, 2010; Marine et al., 2006; Edwards, Burnard, 2003). Weitere drei Artikel wurden über die Sekundärsuche (Referenzlisten und Handrecherche) hinzugefügt.

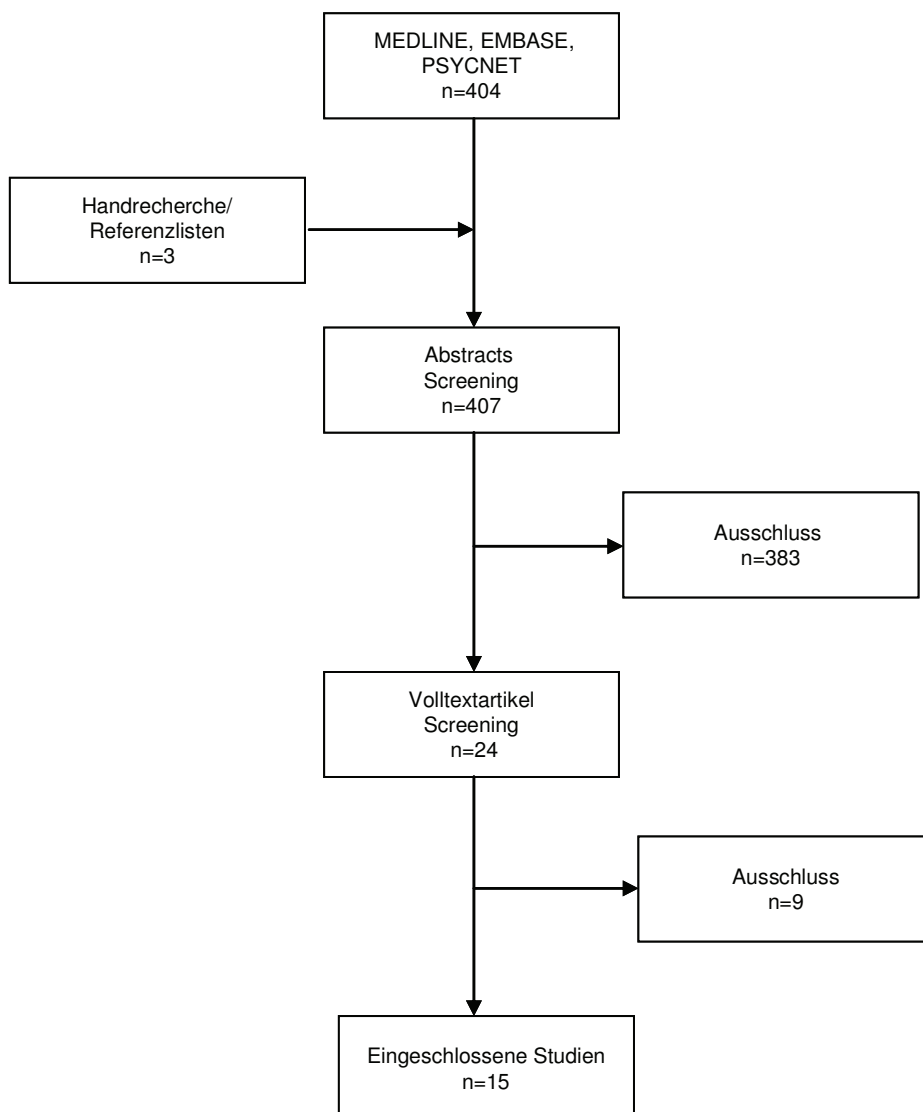


Abbildung 1: Flowchart der Studienauswahl

Es wurden insgesamt 383 Studien einvernehmlich ausgeschlossen. 24 Abstracts erfüllten die Einschlusskriterien (Burnout-Intervention im Setting der Alten- und geriatrischen Langzeitpflege) und wurden als Volltextversion gesichtet. Davon wurden neun Studien ausgeschlossen, berücksichtigt im vorliegenden Review werden somit 15 Studien.

4.1 Beschreibung der eingeschlossenen Studien

Länderübersicht

Von den insgesamt 15 eingeschlossenen Studien stammen jeweils drei aus Deutschland und Kanada, jeweils zwei aus den USA, Australien und den Niederlanden und jeweils eine aus Dänemark, Italien und aus Großbritannien (vgl. Abbildung 2)

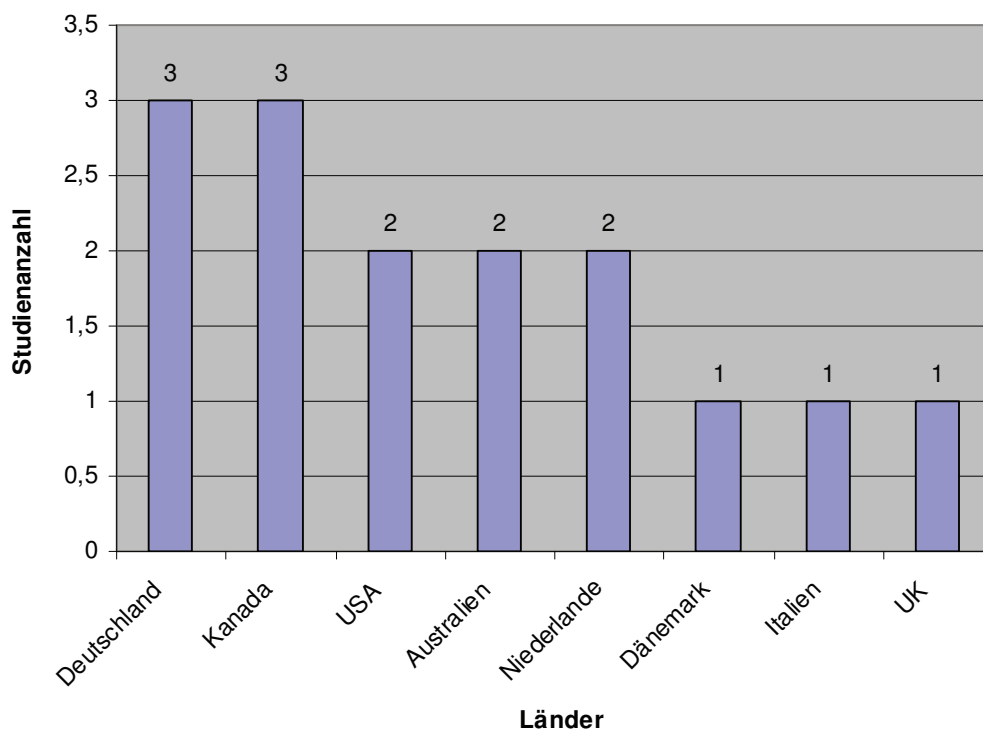


Abbildung 2: Länderübersicht der eingeschlossenen Studien

Studiendesign der eingeschlossenen Studien

Neun Studien haben ein randomisiertes kontrolliertes Design, jeweils vier ein quasi-experimentelles Design sowie jeweils eine Studie ein Prä-Post- und ein vergleichendes Längsschnittdesign (vgl. Abbildung 3).

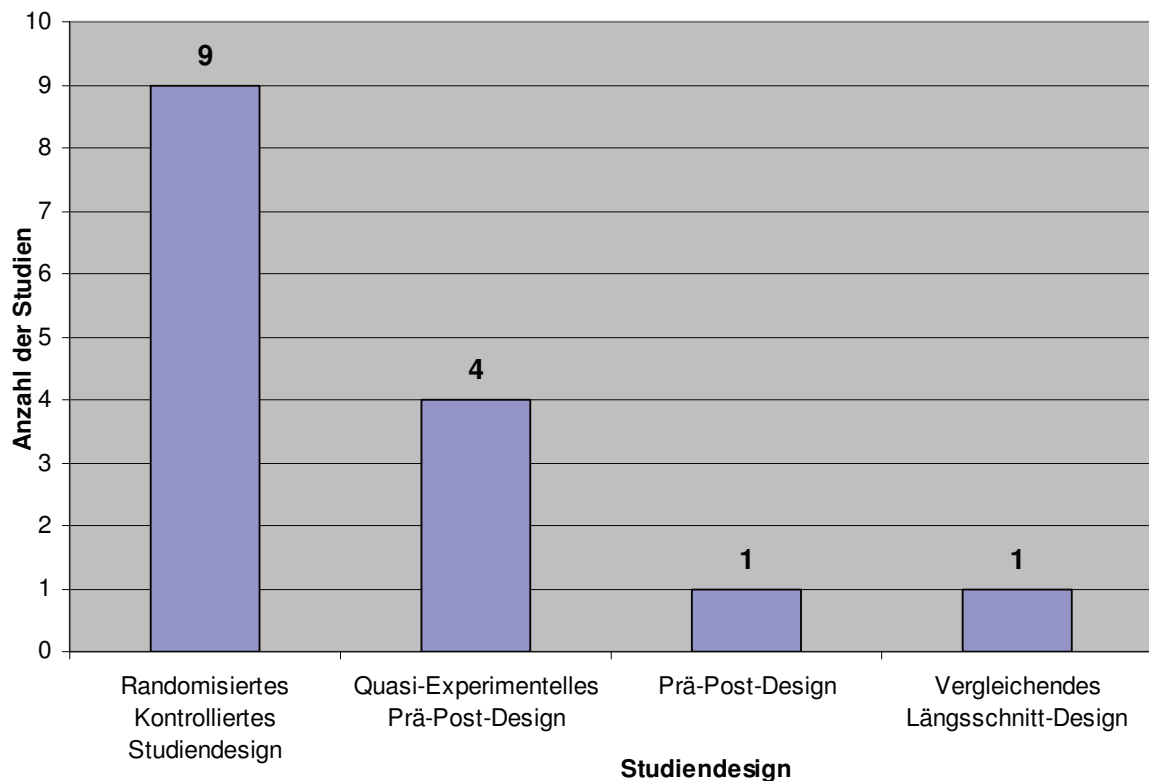


Abbildung 3: Designs der eingeschlossenen Studien

Population der eingeschlossenen Studien

Die untersuchten Studien unterscheiden sich zum Teil wesentlich hinsichtlich ihrer Teilnehmerzahl. So weisen Baldelli und Kollegen (2004) mit 21 Teilnehmern die kleinste, Robison und Kollegen (2007) mit 384 Teilnehmern die größte Studienpopulation auf (vgl. Abbildung 4). Weitere Details zur Studienpopulation sind im Anhang 4 beschrieben. Fragen zur Repräsentativität werden im Kapitel 4.5 (Evidenz der eingeschlossenen Studien) erläutert.

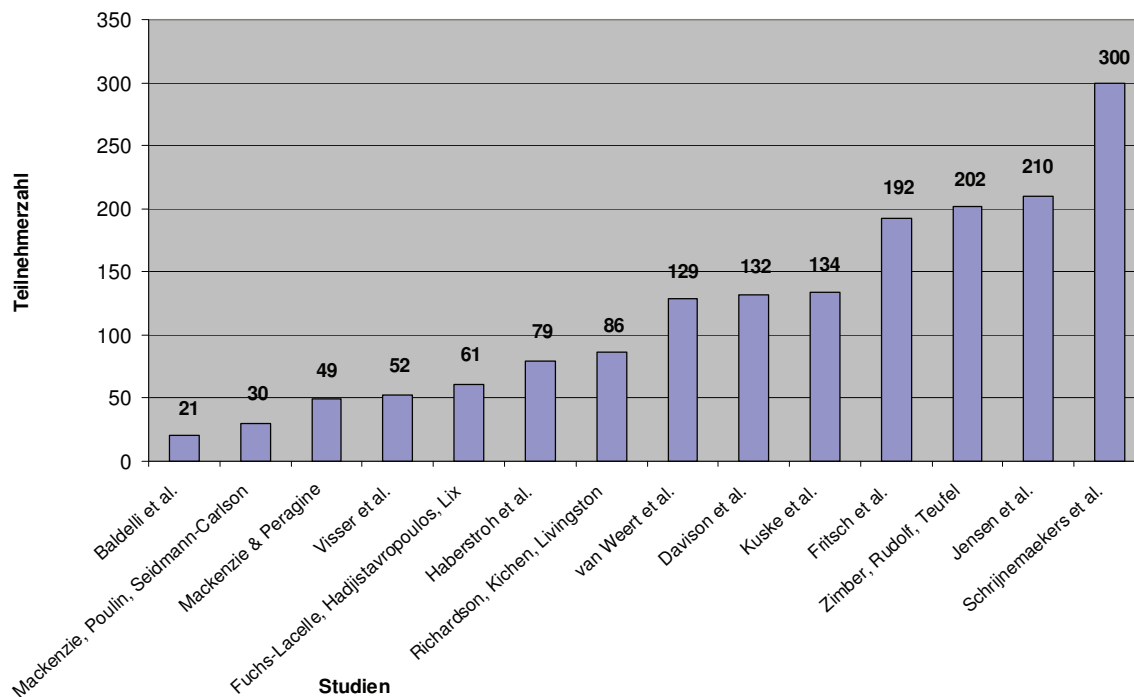


Abbildung 4: Teilnehmeranzahl der einzelnen Studien

4.2 Interventionsschwerpunkt der eingeschlossenen Studien

Der Interventionsschwerpunkt der eingeschlossenen Studien liegt bei 14 von 15 Studien im Bereich der psychogeriatrischen Pflege, in 13 davon in der speziellen Betreuung von Klienten mit Demenz. Lediglich in einer Studie findet die Intervention im Bereich der Altenpflege im Allgemeinen statt.

Des Weiteren unterscheiden sich die Studien in ihren Interventionsansätzen. Eine Übersicht der Studien mit einer Erläuterung der Teilnehmerzahlen und der Settings, der Interventionen sowie der untersuchten Outcomes und der eingesetzten Instrumente ist im Anhang 4 dargestellt.

4.3 Eingesetzte Erhebungsinstrumente

Als Erhebungsinstrument zur Messung von Burnout wird am häufigsten der Maslach Burnout Inventory (MBI) verwendet. Von den eingeschlossenen 15 Studien verwenden 13 Studien den MBI. Im Anhang 2 werden die eingesetzten

MBI-Versionen, sowie die erhobenen Burnout-Mittelwerte im Überblick dargestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die dargestellten Werte nicht generell zu vergleichen sind, da in den Studien unterschiedliche Auflagen des MBI zur Anwendung kommen. Ebenso findet die Nutzung einer einheitlichen Itemanzahl nur eingeschränkt statt. Eine 22-Items-Version wird von Richardson, Kitchen, Livingston (2002), in der Version von 1981, angewandt, von Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos & Lix (2008), in der Version von 1981 und 1997, von Baldelli et al. (2004), in der Version von 1986 und 1993, von Visser et al. (2008), von Davison et al. (2007), von Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson (2006) und von Mackenzie & Peragine (2003) in der Version von 1996. Kuske et al. (2009) verwenden die deutsche Version von 2003, mit 21 Items. Eine 20-Items-Version kommt zur Anwendung bei Schrijnemaekers et al. (2003) in der niederländischen Version von 1993 und 1994 und ebenfalls bei van Weert et al. (2005) in der niederländischen Version von 1993, 1994, 1995 und 2000. Vierzehn Items benutzen Fritsch et al. (2009) in der Version von 1981 und elf Items verwenden Robison et al. (2007) in der Version von 1982.

In lediglich zwei Studien werden andere Erhebungsinstrumente als der MBI verwendet: das Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistern (BHD-System) nach Hacker¹⁵ und Reinhold¹⁶ und die Messung der Beanspruchung nach Goldberg und Hillier¹⁷. Hieraus ergibt sich, dass in insgesamt sieben von 15 Studien ein Erfassungsinstrument in vergleichbarer Ausführung angewandt wird.

4.4 Effekte auf Burnout

Aufgrund der konzeptionellen Unterschiede der Interventionen in den untersuchten Studien werden die einzelnen Studien gruppiert nach ihrem Interventionsansatz aufgeführt (vgl. Anhang 1). Von den 15 untersuchten Studien weisen sechs

¹⁵ Das BHD-System nach Hacker, in der Version von 1995 wird von Zimmer, Rudolf, Teufel (2001) angewendet.

¹⁶ BHD-System nach Hacker und Reinhold (1999) findet bei Haberstroh et al. (2009) Anwendung.

¹⁷ Die deutsche Übersetzung der Messung der Beanspruchung nach Goldberg und Hillier (1979) findet Anwendung bei Zimmer, Rudolf, Teufel (2001).

Interventionen gesundheitsfördernde Effekte hinsichtlich der gemessenen Burnout-Mittelwerte bei den Beschäftigten auf (Baldelli et al., 2004; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008; Haberstroh et al., 2009; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006; Schrijnemaekers et al., 2003; van Weert et al., 2005). Hierbei ist zu beobachten, dass in fünf dieser sechs Studien die Intervention im Bereich der Pflege Demenzkranker stattfindet (Baldelli et al., 2004; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008; Haberstroh et al., 2009; Schrijnemaekers et al., 2003; van Weert et al., 2005) und bei Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson (2006) in der geriatrischen multidisziplinären Pflege von hochgradig hilfsbedürftigen Klienten. Des Weiteren haben von den insgesamt sechs Studien, die Effekte auf Burnout erzielen, drei einen personenbezogenen (Haberstroh et al., 2009; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006; Schrijnemaekers et al., 2003), zwei einen arbeitsbezogenen (Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008; Baldelli et al., 2004) und eine einen kombinierten Interventionsansatz (van Weert et al., 2005). Ebenso ist festzustellen, dass die Studien (n=2) mit einem reinen arbeitsbezogenen Interventionsansatz in der speziellen Pflege demenzkranker Klienten, einen signifikanten Burnout reduzierenden Effekt für das Pflegepersonal erzielen (Baldelli et al., 2004; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interventionsstudien gruppiert nach Art der Intervention, beschrieben. Die Kategorisierung in kombiniert, personenbezogen oder arbeitsbezogen erfolgt streng nach der Interventionsausrichtung.

Gemäß Anhang 1 sind personenbezogene Interventionen mit zehn Studien die am häufigsten vorkommenden in dieser Literaturanalyse (Haberstroh et al., 2009; Kuske et al., 2009; Visser et al., 2008; Davison et al., 2007; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006; Schrijnemaekers et al., 2003; Richardson, Kitchen, Livingston, 2002; Zimmer, Rudolf, Teufel, 2001), gefolgt von drei Studien mit kombiniertem Interventionsansatz (Fritsch et al., 2009; Robison et al., 2007; van Weert et al., 2005) und zwei mit einem arbeitsbezogenen Interventionsansatz (Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008; Baldelli et al., 2004).

4.4.1 Studienergebnisse mit einem arbeitsbezogenen Interventionsansatz

Schmerz-Assessment in der stationären Betreuung demenzkranker Klienten (PACSLAC)

Die Implementierung eines speziell auf Klienten mit Demenz ausgerichteten standardisierten, systematischen Schmerz-Assessments führt hypothesenkonform zu einer vermehrten Vergabe von Schmerzmitteln an Klienten mit Demenz. Ausgehend von vergleichbaren niedrigen Burnout-Mittelwerte in allen 3 Burnout-Subskalen in beiden Studiengruppen (t0) weisen Fuchs-Lacelle und Kollegen (2008, S. 512) zu t3 mittels linearer Regressionsanalyse eine signifikante Abnahme der Mittelwerte in der Subskala *Emotionale Erschöpfung* ($p < 0,03$) zugunsten der Interventionsgruppe im Gruppenvergleich nach. Ebenso berichten Interventionsteilnehmer über einen allgemeinen Rückgang des berufsbedingten *Stresses* (*Nursing-Stress-Skala: Inadäquate Vorbereitung, Mangelnde Unterstützung und Handlungsunsicherheiten*). Die PASLAC-Implementierung wirkt sich nicht auf die Burnout-Subskalen *Depersonalisation* und *Persönliche Leistungsfähigkeit* aus, hier lassen sich keine Veränderungen zugunsten der Interventionsgruppe nachweisen. Der als statistisch signifikant nachgewiesener Effekt wird gemäß Marine und Kollegen (2006) als mittelfristig klassifiziert.

Kognitives Rehabilitationsprogramm (CR) und Beschäftigungstherapie (OT) für Klienten mit Demenz

Das kontinuierliche Bewegungs- und Beschäftigungsangebot (CR und OT) für die an Demenz erkrankten Klienten über den Zeitraum eines Jahres zeigt signifikante Effekte in den Klienten-Outcomes. Die Verbesserung der Lebensqualität der demenzkranken Klienten wirkt sich auf ihr Verhalten positiv aus. Die auf Verhältnisse ausgerichtete Intervention zeigt bei Baldelli und Kollegen (2004, S. 53) in den mitarbeiterrelevanten Outcomes (alle Subskalen des MBI) signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (12 Monate): *Emotionale Erschöpfung* (LG Lack of Gratification) t0 MW=13,3(7,2), t1 MW=9,2(5,8), $p < 0,018$, *Depersonalisation* t0 MW=5,5(4,2), t1 MW=2,2(3,3), $p < 0,006$; *Persönliche Leistungsfähigkeit* (PS Personal Satisfaction) t0 MW=36,1(8,5), t1 MW=40(8,4), $p < 0,010$. Die nachgewiesenen Effekte werden nach Marine und

Kollegen (2006) als mittelfristig eingestuft. Hierbei ist festzustellen, dass die gemessenen Mittelwerte in den Subskalen *Lack of Gratification* und *Depersonalisation* im niedrigen Bereich zu beiden Messzeitpunkten liegen, dieses entspricht einer niedrigen Burnout-Prävalenz. In der Subskala *Personal Satisfaction* befinden sich die gemessenen Mittelwerte im moderaten Bereich zu T0, zu T1 im Bereich eines niedrigen Burnout-Grades (MW=40). Diese Effekte zeigten sich bei differenzierter Betrachtung vor allem bei den Pflegehelfern (n=17).

4.4.2 Studienergebnisse mit personenbezogenem Interventionsansatz

Mitarbeiter-Training zur Verbesserung der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Klienten mit Demenz

Nach der Intervention lässt sich kurzfristig eine Zunahme bei dem Fachwissen und der Kompetenz des Pflegepersonals im Umgang mit demenziellen Klienten in der Interventionsgruppe nachweisen. Nach sechs Monaten werden diese Effekte jedoch nicht bestätigt. Ausgehend von vergleichbaren Burnout-Werten gemessen zu t0 in allen drei Studiengruppen, werden durch das Mitarbeiter-Training nach der Intervention keine gesundheitsfördernden Effekte für die Mitarbeiter im Outcome Burnout festgestellt. Im Outcome Beschwerdeliste (health complains) lässt sich jedoch ein signifikant gesundheitsfördernder Effekt im Gruppenvergleich zwischen der Kontrollgruppe mit Entspannungstraining und der Kontrollgruppe ohne Intervention ($p=0,051$, $F=3,965$, $df=1$, Greenhouse Geisser¹⁸) für die Kontrollgruppe mit Entspannungstraining nachweisen. Kuske und Kollegen (2009) merken an, dass ein Entspannungstraining als ergänzende Komponente zum Kompetenz-Training, die gesundheitsbezogenen Outcomes potenziell positiv zu beeinflussen vermag.

Training der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzsymptomen der Klienten plus Peer-Support

Ein Training der Mitarbeiter im Umgang mit demenziellem Verhalten der Klienten mit Peer-Support untersuchen jeweils Davison et al. (2007) und Visser et al.

¹⁸ Greenhouse Geisser: Korrekturverfahren, um die Verletzung der Voraussetzung der Zirkularität (Sphärizität) zu kompensieren (Rasch et al., 2010, S. 110).

(2008). In beiden Studien hat das Training keine Effekte auf die gemessenen Burnout-Werte des Pflegepersonals, ebenfalls erzielen die Peer-Treffen keinen Effekt auf das Outcome Burnout.

Obwohl sich bei Davison et al. (2007, S. 870) durch das Training signifikant positive Effekte im Outcome Selbstwirksamkeit in der Pflege von Klienten mit Demenz (kein Einfluss durch Peer-Support) und auf das Outcome Leistungen des Pflegepersonals (Training plus Peer-Support) im Gruppenvergleich nachweisen lassen, werden weder Effekte im Outcome Burnout bei den Mitarbeitern noch in den Outcomes der Klienten festgestellt. Die gemessenen Mittelwerte befinden sich in den Subskalen *Emotionale Erschöpfung* und *Persönliche Leistungsfähigkeit* zu allen drei Messzeitpunkten im moderaten und in der Subskala *Depersonalisation* im niedrigen Bereich.

Visser et al. (2008, S. 52) können ebenfalls keine Verbesserung der Strategie beim Pflegepersonal im Umgang mit dem herausfordernden Verhalten von Demenzkranken nachweisen, auch eine Verbesserung der Lebensqualität für die Klienten (Trainingsprogramm plus Peer-Support) lässt sich nicht beobachten. Zu allen Messzeitpunkten befinden sich die Burnout-Mittelwerte der Interventionsgruppe mit Peer-Support und der Kontrollgruppe ohne Intervention in allen drei Subskalen des MBI im moderaten Bereich. Die Burnout-Mittelwerte gemessen in der Vergleichsgruppe mit Schulung ohne Peer-Support sind zu allen Messzeitpunkten im niedrigen Bereich angesiedelt.

Peer-Support

Die begleitenden Peer-Support-Treffen werden von den Mitarbeitern gut bis sehr gut angenommen, haben auf das Outcome Burnout jedoch keine signifikanten Effekte. Davison und Kollegen sowie Visser und Kollegen berichten, dass die Treffen nach der Intervention von den Mitarbeitern nicht weitergeführt worden seien (Davison et al., 2007, S. 871f; Visser et al., 2008, S. 53).

Kommunikationstraining in der Betreuung von Klienten mit Demenz

Als personenbezogenen Interventionsansatz in der speziellen Pflege von demenzkranken Klienten bieten Haberstroh und Kollegen (2009), sowie Zimber und Kollegen (2001) (plus *Umgang mit Stress und Mitarbeiter-Führung*) ein Kommunikationstraining für die professionell Pflegenden an.

Hierbei werden bei Haberstroh et al. (2009) im Vergleich zu den Kontrollgruppen statistisch signifikante Effekte im kombinierten Kommunikationstraining mit Demenzkranken und mit Kollegen erzielt, die nach Marine et al. (2006) als kurzfristig klassifiziert werden (vgl. Anhang 1). Die psychische Beanspruchung der Teilnehmer reduziert sich signifikant. Diese Effekte zeigen sich in den Beanspruchungs-Subskalen *Emotionale Erschöpfung* $F(1/24)=5,33$, $p<0,05$, *Intrinsische Motivierung* $F(1/24)=6,62$, $p<0,05$ und *Arbeits(un)zufriedenheit* $F(1/24)=5,67$, $p<0,05$. Ebenfalls positive Effekte gibt es im Hinblick auf die *soziale Kompetenz* der Mitarbeiter. Dabei ist hervorzuheben, dass die *soziale Kompetenz* mit der *psychischen Beanspruchung* signifikant negativ korreliert. Zeitgleich werden Zusammenhänge zwischen der *sozialen Kompetenz* des Pflegepersonals und der Lebensqualität demenzkranker Klienten bestätigt. Die Lebensqualität und deren Subskalen Kommunikationsfähigkeit und Bewegung nehmen im Trainingsverlauf bei den Klienten signifikant zu. Die Effekte der Selbstevaluation lassen sich anhand dieser Studie nicht überprüfen.

Zimber und Kollegen (2001) weisen in den burnout-relevanten Outcomes einen nur annähernd signifikanten Effekt im Prä-Post-Vergleich in der Beanspruchungssubskala *Aversion gegen Klienten* ($p= 0,10$) zugunsten der Interventionsgruppe nach. Ausgehend von vergleichbaren Ausprägungen im Outcome Arbeitsbelastung in den untersuchten Studiengruppen wird nach der Intervention in der Trainingsgruppe eine signifikante Reduzierung ($p=0,01$) beobachtet. Im Outcome Soziale Ressourcen in der Subskala Beziehung zu Bewohnern werden ebenfalls signifikante Effekte in der Trainingsgruppe und in der Kontrollgruppe festgestellt.

Ergonomisches und psychosoziales Training

Jensen und Kollegen (2006) untersuchen die Effekte der angebotenen dreiarmligen Intervention für professionell Pflegende, im Setting der häuslichen und stationären Pflege, sowie des betreuten Wohnens. Die angebotenen Schulungen (ergonomische Schulung und Stressbewältigungstraining) zur Prävention von tiefen Rückenschmerzen und Burnout (sekundäres Outcome) zeigen zu keinem Messzeitpunkt (trotz des randomisiertem Designs und der langen Follow-up-Periode von bis zu zwei Jahren) Effekte beim Pflegepersonal, weder im Outcome

Rückenbeschwerden noch im Outcome Burnout. Zur gemessenen Burnout-Prävalenz werden in dieser Studie keine Angaben gemacht.

Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining

Die Autoren Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson (2006) untersuchen die Effekte eines Achtsamkeitstrainings für das Pflegepersonal in einem geriatrischen Lehrkrankenhaus. Obwohl die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höhere Burnout-Werte in der Burnout-Subskala *Emotionale Erschöpfung* im Prä-Training aufweist, kommt es im Verlauf der Intervention zu einer statistisch signifikanten Abnahme der Mittelwerte, in der Kontrollgruppe hingegen zu einem Anstieg (Interventionsgruppe: t0 MW=26,38, SD 10,43/ t1 MW=20,67, SD 10,39; Kontrollgruppe: t0 MW=16,15, SD 8,76/ t1 MW=17,23, SD 10,62). Der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit ist statistisch signifikant ($F=4.96$, $p<0.05$). Es ist dennoch festzustellen, dass sich die gemessenen Mittelwerte der Teilnehmer aus der Kontrollgruppe auch zu t1 noch im niedrigen Bereich und die Mittelwerte der Interventionsteilnehmer weiterhin im moderaten Bereich bewegen (S. 107). In der Subskala *Depersonalisation* bleiben in der Trainingsgruppe die gemessenen Mittelwerte der Teilnehmer weitestgehend unverändert im niedrigen Bereich, während sie in der Kontrollgruppe statistisch signifikant ansteigen (Interventionsgruppe: t0 MW=4,75, SD 4,49/ t1 MW=4,80, SD 4,43; Kontrollgruppe: t0 MW=3,42, SD 5,12/ t1 MW=5,00, SD 5,89; $F=4,88$, $p<0,05$), letztere bleiben jedoch weiterhin im niedrigen Bereich. Im Prä-Post-Vergleich zeigt sich in der Trainingsgruppe ein Effekt in der Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* (gemessener Burnout-Grad: t0 moderat, t1 niedrig), der knapp das Signifikanzniveau verfehlt. Bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe bleiben die Mittelwerte im moderaten Bereich. Die nachgewiesenen Effekte im Outcome Burnout werden als kurzfristig klassifiziert (Anhang 1). Signifikante Effekte beim Pflegepersonal gibt es ebenfalls in den Outcomes Lebenszufriedenheit und Entspannung.

Selbstwirksamkeitstraining in der Betreuung von Demenzkranken

Folgt man den Untersuchungen von Mackenzie & Peragine (2003, S. 295), so weisen Interventionsteilnehmer nach der Intervention einen statistisch signifikant höheren Selbstwirksamkeitslevel auf als Mitarbeiter aus der Kontrollgruppe. Auf

das Outcome Burnout gibt es lediglich einen kurzfristigen gesundheitsfördernden Effekt in der Interventionsgruppe in der Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* ($p < 0,05$). Dieser lässt sich jedoch nach drei Monaten nicht mehr nachweisen (Interventionsgruppe t0 MW= 37,5, SD 7,8, t1 MW=39,9, SD 5,9, t3 MW=37,4, SD 7,2). Der Grad des Burnouts der Beschäftigten ist zu allen Messzeitpunkten in den Subskalen *Emotionale Erschöpfung* und *Depersonalisation* im niedrigen Bereich. In der Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* befinden sich die gemessenen Mittelwerte im moderaten Bereich zu t0 und t3.

Emotionsorientierte Pflege für kognitiv eingeschränkte Menschen

Schrijnemaekers et al. (2003) weisen mittels linearer Trendanalysen signifikante Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und den Kontrollgruppen nach der Mitarbeiterschulung nach. In der Burnout-Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* zeigt sich nach der Intervention ein signifikant gesundheitsfördernder Effekt in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Gemäß Marine und Kollegen (2006) wird der Effekt als mittelfristig eingestuft. Zur Prävalenz von Burnout werden keine Angaben gemacht. Weitere positive Effekte lassen sich bei der *Arbeitszufriedenheit* beobachten. Obwohl die Intervention von den Mitarbeitern positiv bewertet wird, werden in den Altenpflegeeinrichtungen elf Monate nach Beginn der Intervention keine Unterschiede in der Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonal und Klienten mit Demenz im Gruppenvergleich festgestellt.

Mitarbeiter-Schulung zum Management von Übergriffen des Pflegepersonals auf ältere Menschen

Beide Interventionsansätze von Richardson, Kitchen & Livingston (2002, S. 340) (Mitarbeiter-Schulung durch Training und Informationsmaterialausgabe ohne Schulung) führen zu keiner Änderung im Verhalten der Mitarbeiter, trotz Wissenszugewinn vor allem in der Trainingsgruppe. Im Outcome Burnout lassen sich keine signifikanten Veränderungen nachweisen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Ausgangswerte der Mitarbeiter, entgegen den Erwartungen der Autoren, in den Subskalen *Emotionale Erschöpfung* und *Depersonalisation* im niedrigen Bereich und in der Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* im moderaten Bereich liegen. Dies entspricht einer niedrigen

Burnout-Prävalenz. Gemäß den Autoren, kann diese möglicherweise durch die Berufserfahrung der befragten Mitarbeiter erklärt werden. Der Mittelwert der gemessenen Berufserfahrung liegt bei mehr als 12 Jahren. Die Autoren verweisen auf den Umstand, dass gestresste und unzufriedene Mitarbeiter eine Tendenz zum schnelleren Wechsel der Tätigkeit aufweisen, als Mitarbeiter mit einer eher positiven Einstellung zum Beruf (healthy worker effect, S. 340).

4.4.3 Studienergebnisse mit kombiniertem Interventionsansatz

Aktivierendes kreatives Ausdrucksprogramm – Time Slips (TS)

Im Post-Only-Design bieten Fritsch et al. (2009) die TS-Implementierung in der stationären Pflege von Demenzkranken an. In den Interventionseinrichtungen zeigen sich deutlich mehr soziale Interaktionen zwischen dem Pflegepersonal und den Klienten als in den Einrichtungen ohne TS. Entgegen der Studienhypothese zeigen die Klienten in den Interventionseinheiten häufiger ein herausforderndes Verhalten und Anzeichen von Traurigkeit als Klienten in den Kontrolleinrichtungen. Gemäß den Autoren lassen sich im Outcome Burnout regressionsanalytisch keine signifikanten Unterschiede zwischen den TS-Einrichtungen und den Kontrolleinrichtungen feststellen. Zum Outcome Burnout werden im Ergebnis keine gemessenen Mittelwerte dargestellt bzw. im Text keine Angaben zur Burnout-Prävalenz gemacht, obwohl in der Methodenbeschreibung der Einsatz des MBI (1981, 14-Items-Version) bestätigt wird.

Kommunikations- und Konfliktlösungs-Training für Mitarbeiter und Angehörige von Klienten mit Demenz

Als kombinierten Interventionsansatz in der speziellen Pflege von demenzkranken Klienten untersuchen Robison und Kollegen (2007) ein Kommunikation- und Konfliktlösungs-Training für Mitarbeiter und Angehörige. Die Burnout-Mittelwerte (MBI-Subskala *Depersonalisation*) bleiben für die examinierten Pflegekräfte in der Interventionsgruppe nahezu konstant (t1=11,71, t3=11,68), bei den TeilnehmernInnen der Kontrollgruppe (examiniert t1 MW=10,88, t3 MW=11,65, Pflegehelfer t1 MW=11,66, t3 MW=12,19) und den PflegehelferInnen (t1 MW=11,64, t3 MW=12,67) in der Interventionsgruppe kommt es zu einem Anstieg

der Mittelwerte (S. 512). Die Mittelwerte aller Studienteilnehmer befinden sich zu allen Messzeitpunkten im hohen Bereich (>10), was einem höheren Burnout-Grad in dieser Subskala entspricht (Kravits et al., 2010, S. 134). In den Klienten-Outcomes lassen sich Verbesserungen in fünf¹⁹ von 14 gemessenen Verhaltenskategorien nachweisen ($p < 0.05$). Diese wurden von den professionell Pflegenden zwei Monaten (t2) nach der Intervention gemessen. Die Klienten erfahren keine Intervention. Die verbesserte Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegenden wirkt sich potenziell positiv auf das Verhalten der Klienten aus. Zu t3 (6 Monate nach der Intervention) werden keine Klienten-Outcomes gemessen.

Darüber hinaus führen die Interventionsmaßnahmen kurzfristig zu einer Abnahme der Konflikte zwischen Beschäftigten und Angehörigen in der Interventionsgruppe, während in der Kontrollgruppe die Zahl der Konflikte steigt. Ebenso wird eine kurzfristige Abnahme der Depressionssymptome in der Interventionsgruppe festgestellt, während in der Kontrollgruppe ein Anstieg der Symptome zu beobachten ist. In beiden Fällen wird nach sechs Monaten kein Unterschied zwischen t0 und t3 festgestellt.

Multisensorische Pflege – Snoezelen

Snoezelen wird als ein multisensorischer Therapie-Ansatz beschrieben, in dem Menschen mit eingeschränkten kognitiven Funktionen in einer positiven und möglichst stressfreien Umgebung in ihren Funktionen gefördert werden (Chung et al., 2002, S. 2). Die Snoezelen-Intervention (van Weert et al., 2005, S. 421) führt zu Effekten in der Burnout-Subskala *Emotionale Erschöpfung* bei den in der Pflege beschäftigten Mitarbeitern. Es kommt zu einer statistisch signifikanten Abnahme der gemessenen Mittelwerte in der Trainingsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Chi Quadrat 6,52, df 1, $p < 0,01$).

Die nachgewiesenen Effekte im Outcome Burnout werden nach Marine et al. (2006) als langfristig klassifiziert (vgl. Anhang 1). Darüber hinaus werden signifikant positive Effekte zugunsten der Trainingsgruppe in den Skalen

¹⁹ Fluchen oder verbale Aggression, andere Art von Aggression, Selbststimulation oder sexuelle Annäherungen, umfassende Entblößung oder Nacktheit, anhaltende Bitte um Hilfe und Umherirren.

Stressreaktion und Arbeitszufriedenheit nachgewiesen. Ein weiterer begünstigender Effekt ist die Abnahme des subjektiv empfundenen Zeitdrucks bei der Arbeit. Die wahrgenommenen Probleme können durch Trainingseinheiten positiv beeinflusst werden, indem der Mangel an Selbstvertrauen und Unsicherheiten in der Pflege verringert werden. Pflegende, die auf Stationen arbeiten, in denen Snoezelen in die 24-Stunden-Pflege integriert wird, erleben weniger Stressreaktionen und weisen eine niedrigere *Emotionale Erschöpfung* auf. Im Vergleich zu den Kollegen in den Kontrolleinrichtungen sind die Beschäftigten in Snoezelen-Einrichtungen zufriedener mit der Qualität der Pflege und mit der Interaktion mit den Demenzkranken. In einer parallel durchgeführten Auswertung hinsichtlich der Auswirkungen von Snoezelen auf die Klienten, wiesen die Autoren positive Effekte auf das Verhalten und auf die Lebensqualität der Demenzerkrankten nach.

4.5 Evidenz der eingeschlossenen Studien

Der Anteil der Studien mit einem randomisierten Design ist unter den eingeschlossenen Studien in der vorliegenden Arbeit vergleichsweise hoch. Neun der fünfzehn Studien haben ein randomisiertes kontrolliertes Design. Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) werden nach Kunz und Kollegen (2009, S. 18) der höchsten Qualitätsstufe zugeordnet [I]. Allerdings weisen fünf der neun Studien Limitationen im Design auf, die potentiell Einfluss auf die Qualität der Ergebnisse haben können (Davison et al., 2007; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006; Jensen et al., 2006; Richardson, Kitchen, Livingston, 2002; Fritsch et al., 2009).

Einen potenziell positiven Einfluss auf die Qualität der Evidenz haben die repräsentative Stichprobe sowie die ausreichenden Untersuchungsperioden und die transparente Durchführung der Intervention insbesondere bei van Weert und Kollegen (2005) [II].

Eine Übersicht über die Zuordnung der Evidenz in den einzelnen Studien ist im Anhang 1 dargestellt.

Im Folgenden werden die Limitationen, die in den einzelnen Studien potenziell einen Einfluss auf die Qualität der Ergebnisse haben, aufgeführt.

Die Repräsentativität der Stichprobe variiert in den einzelnen eingeschlossenen Studien. Diese ist entscheidend, um Rückschlüsse auf die gesamte Population (Altenpflegekräfte) ziehen zu können. Stichproben dienen dazu, möglichst exakte Schätzungen über die Population zu gewinnen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch eine ausreichend große Stichprobe, und dass die relevanten Merkmale der Population wiedergespiegelt werden (Rasch et al., 2010, S. 23).

Von den 15 untersuchten Studien arbeiten zwei mit einer kleinen Stichprobe, die weniger als 50 Teilnehmer umfasst (Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006, S. 106; Baldelli et al., 2004, S. 53). Des Weiteren untersuchen zwei Studien neben dem Pflegepersonal auch Betreuungspersonal wie Bewegungstherapeuten bzw. Sozialarbeiter (Fritsch et al., 2009, S. 51; Richardson, Kitchen, Livingston, 2002, S. 339). Ebenfalls lässt sich in drei Studien eine Variabilität im Setting innerhalb der untersuchten Stichprobe feststellen. Teilnehmer derselben Stichprobe arbeiten auf Pflegestationen mit unterschiedlicher Klientel, d.h. mit Klienten, die ausschließlich einen geringen bzw. einen hohen Pflegebedarf haben (Davison et al., 2007, S. 869). Das macht einen Unterschied in den Anforderungen in der Pflege. Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos & Lix (2008, S. 698) untersuchen die Interventionseffekte anhand einer Stichprobe, die aus verschiedenen Settings stammt (Krankenhaus und Pflegeheime). Ebenso setzt sich die untersuchte Stichprobe bei Jensen et al. (2006, S. 1762) aus Altenpflegekräften zusammen, die in unterschiedlichen Bereichen innerhalb der Altenpflege arbeiten (häusliche Pflege, betreutes Wohnen und stationäre Altenpflege).

In der Studie von Fritsch und Kollegen (2009, S. 51) lassen sich keine Aussagen zum Stand der Burnout-Betroffenheit der Mitarbeiter vor Trainingsbeginn durch das gewählte Post-Only Design machen. Aussagen zu Trainingseffekten sind daher eingeschränkt und sollten kritisch betrachtet werden.

In der Studie von Baldelli und Kollegen (2004, S. 53) werden die Effekte der Intervention ohne Kontrollgruppe untersucht.

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit bietet eine Übersicht der Interventionsstudien zu Burnout im Setting der Alten- und geriatrischen Langzeitpflege für den Zeitraum von 2000 bis 2010. Positiv hervorzuheben ist die vergleichsweise überraschend hohe Anzahl hochwertiger Studien. Die vorliegenden Veröffentlichungen lassen jedoch nur bedingt einen Vergleich der erzielten Effekte zu. Zum einen unterscheiden sich die Studien in ihren konzeptionellen Ansätzen (Design, Intervention, Teilnehmerzahl, Teilnehmergruppe) und zum anderen in der Anwendung der eingesetzten Erhebungsinstrumente. Obwohl 13 der eingeschlossenen 15 Studien den MBI verwenden, ist ein Vergleich aufgrund der heterogenen Verwendung des Instruments (Auflage, Skalen-Items) nur bedingt möglich.

Die Notwendigkeit, den steigenden psychogeriatrischen Anforderungen in der Altenpflege gerecht zu werden, spiegelt sich im gewählten Setting der Interventionen wieder. Die meisten Interventionen finden in der psychogeriatrischen Pflege statt.

In neun der eingeschlossenen Studien lassen sich keine gesundheitsfördernden Effekte auf das Outcome Burnout bei den Mitarbeitern feststellen. In sechs der 15 Studien werden jedoch statistisch signifikante Effekte nachgewiesen (vgl. Anhang 1).

Von den vier randomisierten Studien ohne Limitationen zeigt eine Studie positive Zusammenhänge zwischen der untersuchten personenbezogenen Intervention und das Outcome Burnout bei den Mitarbeitern (Schrijnemaekers et al., 2003). Von den fünf randomisierten Studien mit methodischen Schwächen zeigen sich positive Effekte auf Burnout in der Studie mit einer personenbezogenen Intervention (Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006). Drei von fünf Studien, die den Evidenzstufen II zugeordnet wurden zeigen positive Effekte auf Burnout (Haberstroh et al., 2009; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008; van Weert et al., 2005). Van Weert et al. (2005) untersuchen die Effekte einer kombinierten, Haberstroh und Kollegen die Effekte einer personenbezogenen Intervention. Die durch die arbeitsbezogenen Intervention erzielten positiven Effekte auf Burnout bei Fuchs-Lacelle und Kollegen (2008) müssen allerdings kritisch betrachtet werden aufgrund der mangelnden Repräsentativität der ausgewählten Stichprobe

(Variabilität im Setting). Darüber hinaus zeigt eine Studie (Baldelli et al., 2004), die der Evidenzstufe III zugeordnet wird und methodische Schwächen im Design aufweist ebenfalls Effekte auf Burnout bei den Mitarbeitern durch eine arbeitsbezogene Intervention (kleine Stichprobe, keine Kontrollgruppe).

5.1 Effekte auf Burnout durch Intervention

In der vorliegenden Untersuchung wurden Studien identifiziert, in denen Interventionen zur Vorbeugung von Burnout mit arbeits-, personenbezogenen und kombinierten Ansätzen durchgeführt wurden.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse unter Einbeziehung weiterer relevanter Literatur diskutiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen den einzelnen Ansätzen sich Überschneidungen ergeben, die eine strikte Trennung erschweren können.

Schulungen im Umgang mit Demenzkranken

Als Interventionsmaßnahme zur Vorbeugung von berufsbedingtem Burnout bei professionell Pflegenden in der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege hat die gezielte Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken in fünf Studien statistisch signifikante positive Effekte auf das Outcome Burnout.

Darunter befindet sich eine Studie mit einem arbeitsbezogenen (Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008), drei Studien mit personenbezogenem (Haberstroh et al., 2009; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006; Schrijnemaekers et al., 2003) sowie eine mit kombiniertem Interventionsansatz (van Weert et al., 2005).

Arbeitsbezogene Intervention

Unter den angebotenen Mitarbeiterschulungen mit statistisch signifikanten Effekten auf das Outcome Burnout bei den Mitarbeitern, ist die von Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix (2008) untersuchte Intervention hervorzuheben. Obwohl die Mitarbeiter keine gezielte Schulung im Umgang mit Demenzkranken im Allgemeinen, sondern lediglich eine Einführung in standardisierte, systematische Schmerzerfassung für dieses Klientel erhalten, wirkt sich diese Maßnahme auf ihr Stresserleben im Berufsalltag positiv aus. Ein als mittelfristig klassifizierter signifikanter Effekt in der Burnout-Subskala Emotionale Erschöpfung wird nach der

Intervention in der Trainingsgruppe nachgewiesen. Die Mitarbeiter fühlten sich adäquater vorbereitet, besser unterstützt und klagten weniger über Handlungsunsicherheiten im Umgang mit Demenz-Klienten.

Eine weitere arbeitsbezogene Intervention (Baldelli et al., 2004), die ebenfalls Effekte auf Burnout erzielt, wird unter Punkt 5.3 (Auswirkungen auf die Lebensqualität der Klienten) aufgeführt.

Personenbezogene Interventionen

Unter den drei Studien mit positiven Ergebnissen auf Burnout, hat ein Achtsamkeitstraining für die Mitarbeiter einen signifikant gesundheitsfördernd Effekt auf die Burnout Subskala Emotionale Erschöpfung (Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006). Im Unterscheid zu der vorliegenden Untersuchung stellen die Autoren van Wyk & Pillay-Van (2010) keine Effekte fest. Die Autoren analysieren in ihrem Review Studien mit Interventionen zur Stressreduktion und zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass lediglich die Mittelwerte der Postbefragung zwischen den untersuchten Gruppen (Differenz von 3,4 Punkten) berücksichtigt werden. Somit werden die unterschiedlichen Ausgangswerte beider Gruppen vernachlässigt, was zu einer Unterschätzung des Effekts führt. Die Mittelwerte in der Kontrollgruppe (MW 16,15) waren zu Beginn der Intervention deutlich niedriger als in der Interventionsgruppe (MW 26,38), diese wies einen um 10 Punkte höheren Mittelwert auf. Betrachtet man aber die Mittelwertentwicklung zwischen t0 und t1, so lassen sich signifikante Effekte zugunsten der Trainingsgruppe nachweisen. Diese Effekte werden als kurzfristig klassifiziert (vgl. Anhang 1).

Haberstroh et al. (2009) erzielen ebenfalls durch das angebotene kombinierte Training der Mitarbeiter (Kommunikation mit Demenzkranken und Kollegen) statistisch signifikante Effekte auf das Outcome Burnout. Diese Effekte werden als kurzfristig klassifiziert. Interessant in diesem Zusammenhang sind die ebenfalls erzielten positiven Effekte in Hinblick auf die soziale Kompetenz der Mitarbeiter. Anhand der Prä-Post-Daten konnten statistisch signifikante negative Korrelationen der sozialen Kompetenz und der psychischen Beanspruchung des Pflegepersonals nachgewiesen werden.

Das Training zur emotionsorientierten Pflege für kognitiv eingeschränkte Klienten (Schrijnemaekers et al., 2003) zeigt in der Burnout-Subskala Persönliche Leistungsfähigkeit nach der Intervention einen signifikanten mittelfristigen Effekt in der Interventionsgruppe.

Kombinierte Interventionen

Die von van Weert und Kollegen (2005) untersuchte .Snoezelen-Intervention hat statistisch signifikante Effekte auf die Burnout-Subskala Emotionale Erschöpfung, die als langfristig klassifiziert (vgl. Anhang 1) werden. Insgesamt sind die Beschäftigten in Snoezelen-Einrichtungen zufriedener mit der Qualität der geleisteten Pflege und in der Interaktion mit den Demenzkranken als Beschäftigte aus Kontrolleinrichtungen. Diese positiven Effekte lassen sich in den Skalen Stressreaktion, Arbeitszufriedenheit und wahrgenommenen Probleme (mangelndes Selbstvertrauen, Unsicherheiten in der Pflege) nachweisen.

Kurzfristige unbestätigte Effekte auf das Outcome Burnout

Kurzfristige Effekte hat das Selbstwirksamkeitstraining in der Betreuung von Klienten mit Demenz auf das Outcome Burnout der Beschäftigten, die sich in der Folgemessung jedoch nicht bestätigen lassen (vgl. Anhang 2). Mackenzie & Peragine (2003) sprechen sich für einen kontinuierlichen Ansatz (ongoing support) aus, um die erzielten Effekte zu erhalten. In diesem Zusammenhang sprechen Zimmer und Kollegen (2001, S. 407) von dem Problem der (fehlenden) Kontinuität in den angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen. Sie argumentieren, dass von zeitlich begrenzten Maßnahmen nur eine begrenzte Wirkung ausgehen könne.

5.2 Auswirkungen auf die Lebensqualität der Klienten

In vier Studien wird auf die Verbesserung der Lebensqualität der Klienten durch die Intervention hingewiesen (Baldelli et al., 2004, S. 54; Haberstroh et al., 2009, S. 114; Robison et al., 2007, S. 511; van Weert et al., 2005, S. 422).

In den meisten untersuchten Studien wird jedoch zu diesem Aspekt im Ergebnis kein Bezug genommen (Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008; Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006; Mackenzie, Peragine, 2003; Richardson, Kitchen, Livingston, 2002; Zimmer, Rudolf, Teufel, 2001).

Obwohl Fuchs-Lacelle und Kollegen (2008) mit der Einführung einer systematischen und standardisierten Schmerzerfassung indirekt Effekte auf die Burnout-Symptomatik der Mitarbeiter durch die Abnahme des herausfordernden Verhaltens der Klienten erwarten, nehmen sie später dazu keine Stellung. Baldelli et al. (2004) untersuchen ebenfalls einen rein arbeitsbezogenen Interventionsansatz. Die Klienten mit Demenz bekommen über den Zeitraum eines Jahres kontinuierlich eine Beschäftigungstherapie und ein Rehabilitationsprogramm. Burnout reduzierende Effekte lassen sich auch hier bei den Mitarbeitern nachweisen, obwohl sie selbst keine Intervention erfahren. Klienten-Outcomes und psychologische Outcomes bei den Mitarbeitern interagieren möglicherweise in beiden Studien. Allerdings bleibt der Nachweis bei Fuchs-Lacelle und Kollegen (2008) aus und bei Baldelli et al. (2004) müssen Limitationen im Studiendesign berücksichtigt werden (Prä-Post-Design, keine Kontrollgruppe, kleine Studienpopulation).

Haberstroh und Kollegen (2009) beobachten in einem personenbezogenen Ansatz nach dem Mitarbeitertraining neben den positiven Effekten auf die psychische Beanspruchung und auf die soziale Kompetenz der Mitarbeiter, ebenfalls eine Verbesserung der Lebensqualität der demenzkranken Klienten. Insbesondere verbessern sich die Kommunikationsfähigkeit und Mobilität der Klienten. Es werden anhand der Prä-Post-Daten signifikante zeitgleiche Zusammenhänge der sozialen Kompetenz des Pflegepersonals mit der Lebensqualität der Klienten bestätigt.

Van Weert et al. (2005) untersuchen in einem kombinierten Interventionsansatz die Auswirkungen von Snoezelen integriert in die 24-Stunden-Pflege. Die Autoren weisen langfristige Effekte im Outcome Burnout in der Subskala Emotionale Erschöpfung nach. Ebenfalls werden positive Effekte in den Klienten-Outcomes nachgewiesen. Van Weert und Kollegen sprechen in diesem Zusammenhang von einer möglichen starken Interaktion der Faktoren wie Arbeitsbelastung, Klienten-Outcomes und psychologische Outcomes, wie Stressreaktionen, Arbeitszufriedenheit und Burnout bei den Mitarbeitern.

Als kombinierten Interventionsansatz in der speziellen Pflege von demenzkranken Klienten untersuchen Robison und Kollegen (2007) ein Kommunikation- und Konfliktlösungs-Training für Mitarbeiter und Angehörige. Die Burnout-Mittelwerte (MBI-Subskala Depersonalisation) der Mitarbeiter bleiben auch nach der Intervention im hohen Bereich. In den Klienten-Outcomes lassen sich zwei Monate nach der Intervention (t2) Verbesserungen in fünf der 14 gemessenen Verhaltenskategorien nachweisen, obwohl die Klienten keine Intervention erhalten. Robison und Kollegen (2007) stellen fest, dass die verbesserte Kommunikation zwischen Angehörige und dem Pflegepersonal sich potenziell positiv auf das Verhalten der Klienten auswirken kann. Zu t3 (6 Monate nach der Intervention) werden keine Klienten relevanten Outcomes gemessen.

5.3 Mögliche Gründe für fehlende Effekte

Keinen linearen Einfluss auf das Outcome Burnout haben gezielte Maßnahmen zur Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken in neun Studien (Fritsch et al., 2009; Robison et al., 2007; Kuske et al., 2009; Davison et al., 2007; Visser et al., 2008; Jensen et al., 2006; Mackenzie, Peragine, 2003; Zimber, Rudolf, Teufel, 2001; Richardson, Kitchen, Livingston, 2002).

Mögliche Gründe für das Ausbleiben der Effekte werden im Folgenden aufgezählt:

- Mangelnde organisatorische Ausrichtung der Trainingseinheiten auf die Teilnehmer (Robison et al., 2007, S. 513f; Zimber, Rudolf, Teufel, 2001, S. 406f)
- Mangel an objektiven Messinstrumenten zwecks optimaler Steuerung der Interventions-Implementierung (Jensen et al., 2006, S. 1767f)
- Unterschiedliche Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen in den untersuchten Settings (Jensen et al., 2006, S. 1767f)
- Die zu geringe Teilnehmerzahl in der jeweiligen Einrichtung (Davison et al., 2007, S. 871f; Mackenzie, Peragine, 2003, S. 296f; Visser et al., 2008, S. 53)

- Fehlende Evaluation auf administrativer Ebene im Sinne der Nachhaltigkeit (Robison et al., 2007, S. 513f; Zimmer, Rudolf, Teufel, 2001, S. 406f)
- Fehlende kontinuierliche Unterstützung der Mitarbeiter (Davison et al., 2007, S. 871f; Kuske et al., 2009, S. 303; Mackenzie, Peragine, 2003, S. 296f; Zimmer, Rudolf, Teufel, 2001, S. 406f)
- Mangel an Zeit in der Pflege und starre Arbeitsbedingungen (Kuske et al., 2009, S. 303)
- Inadäquate Klienten-Pflegekraft-Quote und zu hohes Arbeitsaufkommen (Davison et al., 2007, S. 871f)
- Unzureichende Ausstattung der Einrichtungen, wie z.B. räumliche Enge, Mangel an Hilfs- und Transportmitteln (Jensen et al., 2006, S. 1767)
- Ethische Probleme bei der Klienten-Beobachtung (Jensen et al., 2006, S. 1767) genannt

Peer-Support

Die begleitenden Peer-Support-Treffen werden (Davison et al., 2007; Visser et al., 2008) von den Mitarbeitern gut angenommen, haben auf das Outcome Burnout jedoch keine signifikanten Effekte. Mögliche Gründe sind u.a. die zu kurze Phase des Angebots, fehlende Freistellung der Mitarbeiter und zu geringe Teilnehmerzahl. Gründe für das Ausbleiben der Peer-Treffen nach der Intervention sind u. a. der Mangel an Zeit sowie die fehlende Unterstützung (administrativ) für die Ausführung der Treffen.

Mehrere Studien zeigen auf, dass mögliche hemmende Ursachen (Barriers to Change), weshalb Trainingseffekte nicht in eine Verhaltensänderung bei den Beschäftigten münden, bei der Einrichtung selbst zu suchen sind (Davison et al., 2007, S. 872; Schrijnemaekers et al., 2003, S. 56; Visser et al., 2008, S. 53; Zimmer, Rudolf, Teufel, 2001, S. 406). Als wichtigster Faktor wird die fehlende Unterstützung auf der Managementebene genannt. Diese übt einen direkten Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Interventionen, auf die zeitlichen und räumlichen Ressourcen der Mitarbeiter und deren Arbeitsbedingungen aus.

5.4 Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien

Die in dieser Literaturanalyse identifizierten Reviews (Edwards, Burnard, 2003; Marine et al., 2006; van Wyk, Pillay-Van Wyk, 2010) untersuchten die Effektivität von Interventionen zum Stressmanagement in Gesundheitsberufen.

Edwards & Burnard (2003) beschreiben in ihrem Review, das u.a. die mangelnde Zeit für den Klienten-Kontakt mit einem hohen Level an Stress bei Beschäftigten im Gesundheitswesen assoziiert ist, insbesondere in Pflegeberufen. Sie untersuchten ferner die Wirksamkeit von Interventionen zum Umgang mit Stress. Burnout reduzierende Effekte für das Pflegepersonal wurden in der Psychiatrie durch Stressmanagement-Schulungen in Verbindung mit Entspannungsübungen, Qualifizierungsschulungen der Mitarbeiter sowie psychosoziale Trainingseinheiten erzielt.

Marine et al. (2006) untersuchten ebenfalls die Effektivität von Interventionsmaßnahmen zur Stressreduktion bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Autoren stellten sowohl Effekte durch Interventionen mit personenbezogenen (z.B. Stärkung individueller Ressourcen und Kompetenzen) als auch mit arbeitsbezogenen Ansätzen (z.B. Veränderungen in der Kommunikations- und Arbeitsstruktur) fest. Stress reduzierende Effekte lassen sich gemäß der Autoren am besten in einem Zeitraum von sechs Monaten bis zu zwei Jahren nach der Intervention nachweisen.

Van Wyk & Pillay-Van Wyk (2010) untersuchten Interventionen zur Stress- und Burnout-Reduktion bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Kurzfristige Maßnahmen führten zu keinen Effekten. Den stärksten Nachweis brachten langfristig angelegte Maßnahmen. Die Autoren sprechen sich für periodische Auffrischkurse (innerhalb von 18 Monaten) nach erfolgter Intervention aus, andernfalls lassen sich positive Effekte bei den Mitarbeitern nicht halten.

Die demografische Entwicklung in westlichen Ländern führt dazu, dass der Anteil pflegebedürftiger Menschen mit Demenz kontinuierlich ansteigt. Interventionsmaßnahmen für Klienten mit Demenz können sich positiv auf das

Auftreten von bestimmten Verhaltenssymptomen auswirken (Haberstroh et al., 2009; Robison et al., 2007; van Weert et al., 2005), die einen erheblichen Einfluss auf das Arbeitsaufkommen für die Beschäftigten haben.

In einer australischen Studie untersuchten die Autoren Opie, Doyle & O'Connor (2002, S. 6f) psychosoziale, pflegerische und medikamentöse Interventionen (Schmerzmittelmanagement) für demenzkranke Klienten in stationären Pflegeeinrichtungen. Das Pflegepersonal wurde ebenfalls im Umgang mit der Klientel geschult. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Abnahme des herausfordernden Verhaltens bei den Klienten (Frequenz und Intensität). Die Outcomes der Mitarbeiter wurden in dieser Studie nicht untersucht.

Den Stellenwert von arbeitsbezogenen Maßnahmen in der Betreuung von Demenzkranken wird von Weyerer und Kollegen (2004) bestätigt. Die Autoren untersuchten Klienten mit Demenz in Einrichtungen der Altentagespflege und in der stationären Pflege. Der Anteil der Klienten mit mittelschweren bis schweren demenziellen Störungen war in beiden Einrichtungen vergleichbar. Im Vergleich zu den Klienten aus der Tagespflege wiesen die Klienten in der stationären Pflege stärkere Einschränkungen in ihren Alltagskompetenzen, insbesondere in ihrer Mobilität, auf. Im Gegensatz zur stationären Betreuung stehen in Tageseinrichtungen dem hohen Bedarf an gerontopsychiatrischer Betreuung entsprechende Betreuungs- und sozialtherapeutische Maßnahmen sowie ein günstiger Personalschlüssel mit vergleichsweise hoher Berufsqualifikation der Beschäftigten zur Verfügung (Weyerer et al., 2004, S. 344). Im stationären Bereich hat die Betreuung von Demenz-Klienten ihren Schwerpunkt in der Grund- und Behandlungspflege, in der Tagespflege steht die sozial- und einzeltherapeutische Betreuung im Mittelpunkt.

5.5 Limitationen dieser systematischen Literaturanalyse

Die Ergebnisse können von Publikationsfehlern beeinflusst sein. Publikationsfehler ergeben sich aus der Wahrscheinlichkeit, dass Studien mit signifikantem Effekt eher in Zeitschriften publiziert werden, die in internationalen Datenbanken wie Medline und Embase gelistet sind. Studien, die in Zeitschriften publiziert werden,

die nicht in internationalen Datenbanken gelistet sind, werden durch diese Datenbankrecherche nicht identifiziert.

Aufgrund der vorgefundenen methodischen Heterogenität der Studien, wurde auf einen Vergleich der Effektschätzer verzichtet. Diese systematische Literaturanalyse ist rein deskriptiv. Die Ergebnisse müssen aufgrund der fehlenden statistischen Bewertung der Heterogenität kritisch betrachtet werden.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

In den untersuchten Studien wurden unterschiedliche Handlungsfelder und Maßnahmen zur Reduzierung der Arbeitsbelastung der in der Altenpflege beschäftigten Mitarbeiter aufgezeigt.

In sechs der 15 Studien wurden statistisch signifikante Effekte nachgewiesen (vgl. Anhang 1). Darunter befinden sich zwei Studien mit einem arbeitsbezogenen Ansatz, drei mit einem personenbezogenen Ansatz und eine mit einem kombinierten Ansatz. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass beide Interventionen mit einem arbeitsbezogenen Ansatz Effekte auf das Outcome Burnout bei den Mitarbeitern in der Pflege von demenzkranken Klienten erzielen.

Wenngleich der Förderung personaler Kompetenzen, vor allem der persönlichen Ressourcen, eine große praktische Bedeutung zukommt, insbesondere wenn sich Belastungsstrukturen nicht direkt beeinflussen lassen (Haberstroh et al., 2009, S. 109), verlangt die Entwicklung in der stationären Altenpflege hin zu immer komplexeren Anforderungen in der Betreuung von Demenzerkrankten, einen multimodalen Interventionsansatz um die Belastungen für die Mitarbeiter langfristig zu verringern. Die Betreuung von Klienten mit Demenz lässt sich nicht auf die Grund- und Behandlungspflege reduzieren, die notwendige sozial- und einzeltherapeutische Betreuung muss ebenso Berücksichtigung finden.

Obwohl nur wenige Interventionen einen positiven Effekt auf Burnout erzielen, sind Maßnahmen zur Qualifizierung der Mitarbeiter, aber auch zur Verbesserung der Klienten-Outcomes, potenziell geeignet, Burnout beim Pflegepersonal zu verringern, bzw. zu vermeiden.

Die gezielte Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken ist ein entscheidender Faktor für die Qualität der Pflege (van Wyk, Pillay-Van Wyk, 2010, S. 2; Kuske et al., 2009, S. 296) und für die Lebensqualität der Klienten (van Wyk, Pillay-Van Wyk, 2010, S. 2; Haberstroh et al., 2009, S. 114).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Interventionen im Setting der Demenzpflege in drei von vier Studien mit positiven Effekten auf die Klienten-Outcomes ebenfalls positive Ergebnisse auf das Outcome Burnout bei den

Mitarbeitern erzielen. Darunter befinden sich jeweils eine Intervention mit einem arbeitsbezogenen (Baldelli et al., 2004), einem personenbezogenen (Haberstroh et al., 2009) und einem kombinierten Ansatz (van Weert et al., 2005).

Empfehlungen für die Praxis

Die hohen quantitativen und qualitativen Anforderungen in der psychogeriatrischen Pflege können die Mitarbeiter ohne das erforderliche Fachwissen nicht erfüllen. Personenbezogene Interventionen, wie z.B. Maßnahmen zur Qualifikation der Mitarbeiter, sind im Kontext der Pflege Demenzkranker von Nutzen für die Qualität der Pflege und der Lebensqualität der Bewohner sowie zur Reduzierung von Beanspruchungssymptomen (z.B. Burnout) bei den Mitarbeitern.

Das Wissen über und Kompetenz in der Kommunikation mit Demenzkranken sind Schlüsselqualifikationen, die gemäß Haberstroh, Neumeyer, Pantel (2009, S. 16) zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Demenzkranken und einer Entlastung in der Pflege führen.

Allerdings zeigen die Ergebnisse dieser Literaturanalyse das eine Überprüfung der traditionellen Ausrichtung in der stationären Versorgung von Klienten mit Demenz stattfinden muss, weg von der Grund- und Behandlungspflege, hin zu einer am Klienten orientierten Versorgung. Arbeitsbezogene Interventionen, die Maßnahmen zur Förderung kognitiver Kompetenzen bis hin zu Rehabilitationsmaßnahmen und eine psycho-sozialen Betreuung der Klienten zum Inhalt haben, sind notwendig. Darüber hinaus sind Aspekte wie die der Mitarbeiter-Klienten-Quote zu berücksichtigen. Die personelle Besetzung mit entsprechend qualifiziertem Betreuungspersonal, zusätzlich zum Pflegepersonal, ist zu berücksichtigen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit von Trainingseffekten ist ein kontinuierlicher Ansatz mit Einbindung des Managements wichtig. Um regelmäßige Auffrischungen der Inhalte zu gewährleisten, können Mitarbeiter-Qualifizierungsmaßnahmen in laufende Prozesse eingebunden werden (Zimber, Rudolf, Teufel, 2001, S. 407).

Empfehlungen für die Forschung

Eine umfassende Untersuchung der Wirkzusammenhänge zwischen Burnout und anderen Faktoren, wie z.B. Klienten-Outcomes und fachliche Kompetenz des Pflegepersonals, ist wünschenswert.

Wichtige Voraussetzung für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist eine einheitliche und international anerkannte Definition von Burnout sowie die Verwendung einheitlicher Erhebungsinstrumente. Ebenso wünschenswert sind weitere Längsschnittstudien mit repräsentativen Stichproben und ausreichend langen Untersuchungsperioden.

Literaturverzeichnis

Andersen,I., Borritz,M., Christensen,K.B., Diderichsen,F. (2010). Changing job-related burnout after intervention--a quasi-experimental study in six human service organizations, in: Journal of occupational and environmental medicine, 52. Jg., Nr. 3, S. 318-323.

Baldelli,M.V., Boiardi,R., Fabbo,A., Santopuoli,A., Neri,M. (2002). Institutionalized elderly, professional burden and job burnout, in: Archives of Gerontology and Geriatrics - Supplement, 8. Jg., S. 23-28.

Baldelli,M.V., Fabbo,A., Costopoulos,C., Carbone,G., Gatti,R., Zucchi,P. (2004). Is it possible to reduce job burnout of the health care staff working with demented patients?, in: Archives of Gerontology and Geriatrics - Supplement, Nr. 9, S. 51-56.

Borritz,M., Rugulies,R., Bjorner,J.B., Villadsen,E., Mikkelsen,O.A., Kristensen,T.S. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study, in: Scandinavian Journal of Public Health, 34. Jg., Nr. 1, S. 49-58.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generationen in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung - Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.

Camerino,D., Conway,P.M., van der Heijden,B.I., Estry-Behar,M., Consonni,D., Gould,D., Hasselhorn,H.M. (2006). Low-perceived work ability, ageing and

intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries, in: Journal of Advanced Nursing, 56. Jg., Nr. 5, S. 542-552.

Chung,J.C., Lai,C.K., Chung,P.M., French,H.P. (2002). Snoezelen for dementia, in: Cochrane. Database. Syst. Rev., Nr. 4, S. CD003152.

Cocco,E. (2010). How Much is Geriatric Caregivers Burnout Caring-Specific? Questions from a Questionnaire Survey, in: Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 6. Jg., S. 66-71.

Davison,T.E., McCabe,M.P., Visser,S., Hudgson,C., Buchanan,G., George,K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff, in: International journal of geriatric psychiatry, 22. Jg., Nr. 9, S. 868-873.

Des Jarlais,D.C., Lyles,C., Crepaz,N. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement, in: American journal of public health, 94. Jg., Nr. 3, S. 361-366.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2009) [Leitlinien der DGN - S3-Leitlinie Demenzen](http://www.dgn.org/inhalte-a-z/1192-leitlinien-der-dgn-s3-leitlinie-demenzen.html) <http://www.dgn.org/inhalte-a-z/1192-leitlinien-der-dgn-s3-leitlinie-demenzen.html>. Stand 19.12.2011

Diestel,S., Schmidt,K.H. (2010). Direct and Interaction Effects Among the Dimensions of the Maslach Burnout Inventory: Results From Two German Longitudinal Samples, in: International Journal of Stress Management, 17. Jg., Nr. 2, S. 159-180.

Driller,E. (2008). Burnout in helfenden Berufen - Eine Darstellung am Beispiel pädagogisch tätiger Mitarbeiter der Behindertenhilfe. Berlin: LIT Verlag.

Edwards,D., Burnard,P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses, in: Journal of Advanced Nursing, 42. Jg., Nr. 2, S. 169-200.

Edwards,D., Burnard,P., Owen,M., Hannigan,B., Fothergill,A., Coyle,D. (2003). A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10. Jg., Nr. 3, S. 370-371.

Evers,W., Tomic,W., Brouwers,A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly, in: International journal of mental health nursing, 11. Jg., Nr. 1, S. 2-9.

Freudenberger,H. (1974). Staff burn-out, in: Journal of Social Issues, 30. Jg., Nr. 1, S. 159-165.

Fritsch,T., Kwak,J., Grant,S., Lang,J., Montgomery,R.R., Basting,A.D. (2009). Impact of TimeSlips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers, in: The Gerontologist, 49. Jg., Nr. 1, S. 117-127.

Fuchs-Lacelle,S., Hadjistavropoulos,T., Lix,L. (2008). Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia, in: Clinical Journal of Pain, 24. Jg., Nr. 8, S. 697-707.

Gandoy-Crego,M., Clemente,M., Mayan-Santos,J.M., Espinosa,P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers, in: Archives of Gerontology and Geriatrics, 48. Jg., Nr. 2, S. 246-249.

Garrosa,E., Moreno-Jimenez,B., Rodriguez-Munoz,A., Rodriguez-Carvajal,R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement, in: International journal of nursing studies, 48. Jg., Nr. 4, S. 479-489.

Gauggel,S., Rößler,D. (1999). Die Belastung älterer Menschen durch die Pflege eines Angehörigen, in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4. Jg., S. 175-181.

Glaser,J., Lampert,B., Weigl,M. (2005). Psychische Belastung: Analyse, Bewertung und Gestaltung sicherheits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze

in der stationären Altenpflege - Zwischenbericht zur Vorlage an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Lehrstuhl für Psychologie, T.U.M. (Hrsg.), München.

Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire, in: *Psychological medicine*, 9. Jg., Nr. 1, S. 139-145.

Gordis, L. (2000). *Epidemiologie*. Marburg: Verlag im Kilian.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Pantel, J. (2009). Kommunikations-TAnDem - Kommunikations-Training für Angehörige von Demenzkranken, in: *Forum Logopädie*, 23. Jg., Nr. 5, S. 12-17.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Pantel, J. (2009). Development and evaluation of a training program for nursing home professionals to improve communication in dementia care, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42. Jg., Nr. 2, S. 108-116.

Hacker, W., Reinhold, S., Darm, A., Hübner, I., Wollenberger, E. (1995). *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System)*. Dresden: TU Dresden, Institut für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie.

Hillman, J., Skoloda, T.E., Angelini, F., Stricker, G. (2001). The moderating effect of aggressive problem behaviors in the generation of more positive attitudes toward nursing home residents, in: *Aging and Mental Health*, 5. Jg., Nr. 3, S. 282-288.

Jensen, L.D., Gonge, H., Jörs, E., Ryom, P., Foldspang, A., Christensen, M., Vesterdorf, A., Bonde, J.P. (2006). Prevention of Low Back Pain in Female Eldercare Workers: Randomized Controlled Work Site Trial, in: *Spine*, 31. Jg., Nr. 16, S. 1761-1769.

Kämmer, K. (2002). Contribution of professional nursing to the life style of patients with dementia, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35. Jg., Nr. 3, S. 186-189.

Kaschka,W.P., Korczak,D., Broich,K. (2011). Modediagnose Burn-out, in: Deutsches Ärzteblatt, 108. Jg., Nr. 46, S. 781-787.

Korczak,D., Kister,C., Huber,B. (2010). Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI) (Hrsg.), Köln.

Kravits,K., McAllister-Black,R., Grant,M., Kirk,C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout, in: Applied Nursing Research, 23. Jg., Nr. 3, S. 130-138.

Kuhnert,S., Nienhaus,A. (2010). Burnout bei Altenpflegekräften - Prävalenz, Ursachen und Interventionsansätze, in: Nienhaus, A (Hrsg.), Gefährdungsprofile - Unfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdiens und Wohlfahrtspflege, Landsberg/Lech: ecomed Medizin, S. 129-159.

Kunz,R., Burnand,B., Schunemann,H.J. (2008). The GRADE System. An international approach to standardize the graduation of evidence and recommendations in guidelines, in: Internist (Berl), 49. Jg., Nr. 6, S. 673-680.

Kunz,R., Khan,K.S., Kleijnen,J., Antes,G. (2009). Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen - Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kuske,B., Luck,T., Hanns,S., Matschinger,H., Angermeyer,M.C., Behrens,J., Riedel-Heller,S.G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany, in: International Psychogeriatric, 21. Jg., Nr. 2, S. 295-308.

Lewis,R., Yarker,J., Donaldson-Feilder,E., Flaxman,P., Munir,F. (2010). Using a competency-based approach to identify the management behaviours required to manage workplace stress in nursing: a critical incident study, in: International journal of nursing studies, 47. Jg., Nr. 3, S. 307-313.

Linden,M., Maier,W., Achberger,M., Herr,R., Helmchen,H., Benkert,O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO)., in: Nervenarzt, 67. Jg., Nr. 3, S. 205-215.

Mackenzie,C.S., Peragine,G. (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia, in: American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 18. Jg., Nr. 5, S. 291-299.

Mackenzie,C.S., Poulin,P.A., Seidman-Carlson,R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides, in: Applied Nursing Research, 19. Jg., Nr. 2, S. 105-109.

Marine,A., Ruotsalainen,J., Serra,C., Verbeek,J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers, in: Cochrane. Database. Syst. Rev., Nr. 4, S. CD002892.

Maslach,C., Goldberg,J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives, in: Applied and Preventive Psychology, 7. Jg., Nr. 1, S. 63-74.

Maslach,C., Jackson,S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout, in: Journal of Occupational Behaviour, 2. Jg., Nr. 2, S. 99-113.

Maslach,C., Jackson,S.E., Leiter,M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach,C., Schaufeli,W.B., Leiter,M.P. (2001). Job burnout, in: Annual Review of Psychology, 52. Jg., S. 397-422.

Metz,A.M., Degener,M., Pitack,J. (2004). Erfassung psychischer Fehlbelastung unter den Aspekten Ort und Zeit. Derlin/Dortmund/Dresden: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.

Montero-Marin,J., Garcia-Campayo,J., Mosquera Mera,D., Lopez del Hoyo,Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal, in: J Occup. Med. Toxicol., 4. Jg., S. 31.

Moosler,G. (2006). Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal. Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung. Graz / Schloss Seggau.

Opie,J., Doyle,C., O'Connor,D.W. (2002). Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions, in: International journal of geriatric psychiatry, 17. Jg., Nr. 1, S. 6-13.

Pines,A.M., Aronson,E., Kafry,D. (2006). Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Rasch,B., Friese,M., Hofmann,W.J., Naumann,E. (2010). Quantitative Methoden 1.Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.

Richardson,B., Kitchen,G., Livingston,G. (2002). The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial, in: Age and ageing, 31. Jg., Nr. 5, S. 335-341.

Robison,J., Curry,L., Gruman,C., Porter,M., Henderson,C.R., Jr., Pillemer,K. (2007). Partners in caregiving in a special care environment: cooperative communication between staff and families on dementia units, in: The Gerontologist, 47. Jg., Nr. 4, S. 504-515.

Rodney,V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping, in: Journal of Advanced Nursing, 31. Jg., Nr. 1, S. 172-180.

Ruotsalainen,J., Serra,C., Marine,A., Verbeek,J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers, in: Scandinavian journal of work, environment & health, 34. Jg., Nr. 3, S. 169-178.

Schrijnemaekers,V.J., van Rossum,E., Candel,M.J., Frederiks,C.M., Derix,M.M., Sielhorst,H., van den Brandt,P.A. (2003). Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons, in: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58. Jg., Nr. 1, S. S50-S57.

Schünemann,H.J. (2009). GRADE: from grading the evidence to developing recommendations. A description of the system and a proposal regarding the transferability of the results of clinical research to clinical practice, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103. Jg., Nr. 6, S. 391-400.

Tariot,P.N., Podgorski,C.A., Blazina,L., Leibovici,A. (1993). Mental disorders in the nursing home: another perspective, in: American Journal of Psychiatry, 150. Jg., Nr. 7, S. 1063-1069.

Theison,A.K. (2008). Morgendliche Agitation als vermutliches Depressionssymptom bei Demenz. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Medizin.

van Weert,J.C., van Dulmen,A.M., Spreeuwenberg,P.M., Bensing,J.M., Ribbe,M.W. (2005). The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care, in: International Psychogeriatric, 17. Jg., Nr. 3, S. 407-427.

van Wyk,B.E., Pillay-Van Wyk,V. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers, in: Cochrane. Database. Syst. Rev., Nr. 3, S. CD003541.

Visser,S.M., McCabe,M.P., Hudgson,C., Buchanan,G., Davison,T.E., George,K. (2008). Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support, in: Aging and Mental Health, 12. Jg., Nr. 1, S. 47-55.

von Känel,R. (2008). Das Burnout Syndrom: Eine medizinische Perspektive, in: Praxis. (Bern. 1994.), 97. Jg., Nr. 9, S. 477-487.

Weyerer,S., Schaufele,M., Schrag,A., Zimmer,A. (2004). Dementia disorders, behavior problems and the care of clients in geriatric day-care compared to residents in homes for the elderly: a cross-sectional study in eight communities in Baden, in: Psychiatrische Praxis, 31. Jg., Nr. 7, S. 339-345.

Zimmer,A. (1998). Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., Nr. 6, S. 417-425.

Zimmer,A., Rudolf,A., Teufel,S. (2001). Reducing work stress in geriatric care: a training program for nursing team and administrators, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34. Jg., Nr. 5, S. 401-407.

Zimmer,A., Teufel,S. (1999). Wie gut bin ich eigentlich? Fragebogen zur Erfassung beruflicher Handlungskompetenzen, in: Altenpflege, 24. Jg., Nr. 10, S. 45-48.

Abkürzungsverzeichnis

BHD-System	Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistern
CR	Kognitives Rehabilitationsprogramm
DP	Depersonalisation
EE	Emotionale Erschöpfung
GHQ	General Health Questionnaire
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
KGI	Kontrollgruppe mit Intervention
LG	Lack of gratification (fehlende Anerkennung)
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory Educators Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory General Survey
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory Human Services
MW	Mittelwert
OT	Beschäftigungstherapie für Demenzkranke
PA	Persönliche Leistungsfähigkeit
PACSLAC	Schmerz-Assessment in der Betreuung von Demenzkranken
PS	Personal Satisfaction (Persönliche Zufriedenheit)
RCT	Randomisierte Kontrollierte Studie
SD	Standartabweichung
TS	Time Slips (kreatives Ausdrucksprogramm)

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg, 06.01.2012 _____

Anhang

Anhang 1: Interventionseffekte gruppiert nach ihren Ansätzen

Studie	Evidenzstufe*	Beschreibung der Intervention	+/-	Effekte auf das Outcome Burnout
Arbeitsbezogene Intervention				
Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos & Lix, 2008	II	Schmerz-Assessment in der Betreuung Demenzkranker (PACSLAC)	+ ii	Signifikanter Effekt ¹ in der IG in der Subskala EE
Baldelli et al., 2004	III [∞]	Beschäftigungstherapie und kognitives Rehabilitationsprogramm für Bewohner mit Demenz	+ ii	Signifikante Effekte ² in EE, DP und PA
Personenbezogene Intervention				
Kuske et al., 2009	I	Mitarbeiter-Training zur Interaktionsverbesserung zwischen Pflegepersonal und Klienten mit Demenz	-	Kein Effekt
Haberstroh et al., 2009	II	Kommunikationstraining: Probleme und Strategien in der Kommunikation mit demenzkranken Menschen (Training 1) und mit Kollegen (Training 2).	+ i	Signifikante Effekte ¹ in der kombinierten IG: „Emotionale Erschöpfung“, „Intrinsische Motivierung“ und „Arbeits(un)zufriedenheit“
Davison et al., 2007	I [∞]	Training im Umgang mit dementiellen Verhaltensveränderungen und Peer Support	-	Kein Effekt
Visser et al., 2008	I	Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenz-Symptomen und Peer-Support	-	Kein Effekt
Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson, 2006	I [∞]	Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining	+ i	Signifikante Effekte ^{1, 2} in der IG in den Subskalen EE und DP
Jensen et al., 2006	I [∞]	Ergonomische und psychosoziale Schulung der Mitarbeiter	-	Kein Effekt
Mackenzie & Peragine, 2003	II	Selbstwirksamkeitstraining in der Betreuung von Klienten mit Demenz	- (i)	Signifikanter Effekt ¹ in IG in der Subskala EE direkt nach Intervention, kein Effekt nach drei Monaten

Studie	Evidenzstufe*	Beschreibung der Intervention	+/-	Effekte auf das Outcome Burnout
Schrijnemaekers et al., 2003	I	Emotionsorientierte Pflege für kognitiv eingeschränkte ältere Menschen	+ ii	Signifikanter Effekt ¹ in der IG in der Burnout-Subskala PA
Richardson, Kitchen & Livingston, 2002	I [∞]	Mitarbeiter-Schulung zum Management von Übergriffen des Pflegepersonals auf ältere Menschen	-	Kein Effekt
Zimber, Rudolf & Teufel, 2001	II	Kommunikation mit Klienten mit Demenz, Umgang mit Stress, Kommunikation und Führung	-	Kein Effekt
Kombinierte Intervention				
Fritsch et al., 2009	I [∞]	Time Slips (TS): aktivierendes kreatives Ausdrucksprogramm	-	Kein Effekt
Robison et al., 2007	I	Kommunikations- und Konfliktlösungstraining für Mitarbeiter und Angehörige von Klienten mit Demenz	-	Kein Effekt
van Weert et al., 2005	II	Snoezelen	+ iii	Signifikanter Effekt ¹ in der IG in der Subskala EE

+ Effekt - kein Effekt ¹ Im Vergleich zu den Kontrollen ² Im Prä-Post-Vergleich EE Emotionale Erschöpfung DP Depersonalisation PA Persönliche Leistungsfähigkeit

i kurzfristig ii mittelfristig iii langfristig () Effekt in Folgemessung nicht feststellbar IG Interventionsgruppe KG Kontrollgruppe * in Abhängigkeit mit der Qualität des Studiendesign

∞ Limitationen im Studiendesign

Anhang 2: Burnout-Werte gemäß der Subskalen des MBI

Abschnitt A. Burnout-Werte gemäß der Subskalen des MBI														
Studie	Burnout-Dimensionen	MBI-Subskalen	Mittelwert (SD) → t0			Mittelwert (SD) → t1			Mittelwert (SD) → t2			Mittelwert (SD) → t3		
			IG	KGI	KG	IG	KGI	KG	IG	KGI	KG	IG	KGI	KG
Fritsch et al., 2009	MBI (Maslach & Jackson, 1981) 14 Items	EE	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	—	—	—	—	—	—	—
		DP	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	—	—	—	—	—	—	—
		PA	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	—	—	—	—	—	—	—
Kuske et al., 2009	MBI-D (Büssing et al., 2003) 21 Items	EE	3.05 (0.79)	3.22 (0.78)	3.04 (1.02)	3.05 (0.85)	3.10 (0.77)	2.77 (0.96)	3.22 (0.78)	2.87 (0.75)	2.87 (1.03)	—	—	—
		DP	2.03 (0.51)	2.00 (0.63)	1.82 (0.72)	2.02 (0.57)	1.95 (0.78)	1.95 (0.81)	1.86 (0.74)	1.75 (0.59)	1.86 (0.69)	—	—	—
		PA	2.27 (0.46)	2.25 (0.58)	2.03 (0.70)	2.20 (0.51)	2.31 (0.64)	2.0 (0.79)	2.18 (0.59)	2.07 (0.44)	2.03 (0.60)	—	—	—
Robison et al., 2007	MBI (Maslach, 1982) nur DP 11 Items	EE	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		DP	11,71 ¹ 11,64 ²	—	10,88 ¹ 11,66 ²	11,69 ¹ 12,28 ²	—	11,76 ¹ 11,87 ²	11,68 ¹ 12,67 ²	—	11,65 ¹ 12,19 ²	—	—	—
		PA	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Davison et al., 2007	MBI (Maslach et al., 1996) 22 Items	EE	23.86 (11.57)	20.00 (8.03)	20.27 (8.41)	21.45 (11.57)	19.00 (10.66)	20.00 (8.66)	—	—	—	—	—	—
		DP	5.20 (5.54)	5.26 (5.05)	5.42 (3.82)	5.14 (5.34)	4.88 (4.47)	5.00 (3.44)	—	—	—	—	—	—
		PA	37.08 (5.13)	36.28 (7.88)	37.95 (6.88)	37.28 (5.98)	35.87 (7.73)	36.47 (6.67)	—	—	—	—	—	—
Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2007	MBI (Maslach & Jackson, 1981, Maslach, Jackson, Leiter, 1997) 22 Items	EE	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—
		DP	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—
		PA	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—	k. A.	k. A.	—
Visser et al., 2006	MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 22 Items	EE	26.41 (10.51)	17.60 (5.93)	20.20 (8.58)	24.53 (9.79)	16.60 (10.74)	20.00 (8.84)	26.82 (10.82)	14.50 (7.06)	19.33 (8.92)	24.73 (8.20)	16.50 (9.52)	20.70 (8.65)
		DP	5.06 (5.76)	6.60 (7.53)	5.40 (3.89)	5.53 (6.02)	5.60 (4.70)	5.00 (3.51)	7.29 (7.29)	2.67 (2.66)	5.33 (3.07)	5.40 (3.68)	6.50 (5.79)	5.95 (4.62)
		PA	36.41 (5.82)	36.40 (7.52)	38.60 (6.15)	36.24 (5.30)	33.90 (5.11)	36.84 (6.53)	37.06 (4.28)	37.50 (6.47)	38.14 (6.72)	36.40 (5.25)	34.83 (8.23)	39.10 (5.64)

Studie	Burnout-Dimensionen	MBI-Subskalen	Mittelwert (SD) → t0			Mittelwert (SD) → t1			Mittelwert (SD) → t2			Mittelwert (SD) → t3		
			IG	KGI	KG	IG	KGI	KG	IG	KGI	KG	IG	KGI	KG
Jensen et al., 2006	MBI (Maslach & Jackson, 1986) 22 Items	EE	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	—	—	—	—	—	—
		DP	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	—	—	—	—	—	—
		PA	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	—	—	—	—	—	—
Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006	MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 22 Items	EE # *	26.38 (10.42)	—	16.15 (8.76)	20.67 (10.39)	—	17.23 (10.62)	—	—	—	—	—	—
		DP # *	4.75 (4.49)	—	3.42 (5.12)	4.80 (4.43)	—	5.00 (5.89)	—	—	—	—	—	—
		PA #	37.38 (5.86)	—	33.42 (7.74)	41.60 (3.25)	—	33.33 (6.77)	—	—	—	—	—	—
van Weert et al., 2005	MBI-NL (Schaufeli, van Dierendonck 1994, 1995; 2000; Schaufeli et al., 1993) 20 Items	EE #	10.75 (0.8)	—	10.35 (0.8)	8.31 (0.9)	—	10.77 (0.9)	—	—	—	—	—	—
		DP	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		PA	28.10 (0.8)	—	26.38 (0.8)	29.14 (0.7)	—	25.73 (0.7)	—	—	—	—	—	—
Baldelli et al., 2004	MBI (Maslach & Jackson, 1986; 1993) 22 Items EE = LG (fehlende Anerkennung) PA = PS (persönliche berufliche Zufriedenheit)	EE *	13.3 (7.2)	—	—	9.2 (5.8)	—	—	—	—	—	—	—	—
		DP *	5.5 (4.2)	—	—	2.2 (3.3)	—	—	—	—	—	—	—	—
		PA *	36.1 (8.5)	—	—	40.0 (8.4)	—	—	—	—	—	—	—	—
Mackenzie, Peragine, 2003	MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 22 Items	EE	14.3 (8.0)	—	9.7 (6.6)	14.5 (9.2)	—	11.7 (9.0)	15.3 (9.0)	—	13.2 (11.5)	—	—	—
		DP	3.4 (3.4)	—	2.0 (2.1)	2.6 (2.7)	—	2.6 (3.1)	4.6 (3.5)	—	3.1 (5.0)	—	—	—
		PA	37.5 (7.8)	—	37.2 (6.8)	39.9 (5.9)	—	33.7 (9.9)	37.4 (7.2)	—	36.2 (7.8)	—	—	—

Studie	Burnout-Dimensionen	MBI-Subskalen	Mittelwert (SD) → t0			Mittelwert (SD) → t1			Mittelwert (SD) → t2			Mittelwert (SD) → t3		
			IG	KGI	KG	IG	KGI	KG	IG	KGI	KG	IG	KGI	KG
Schrjnjemaekers et al. 2003	MBI-NL (Schaufeli, van Dierendonck 1994; Schaufeli et al., 1993) 20 Items	EE #	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	
			DP	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A
			PA	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A	k. A
Richardson, Kitchin, Livingston 2002	MBI (Maslach & Jackson, 1981) 22 Items gemessen wurde F= Frequenz und I= Intensität	EE	F 16.9 (9.4) I 21.9 (10.5)	F 17.6 (11.9) I 22.3 (12.2)	—	F 15.2 (7.8) I 18.2 (9.1)	F 16.7 (11.7) I 19.4 (12.7)	—	—	—	—	—	—	
			DP	F 2.1 (3.5) I 2.9 (4.7)	F 3.0 (3.4) I 5.3 (7.5)	—	F 3.0 (4.1) I 3.8 (4.7)	F 3.2 (4.1) I 5.5 (8.3)	—	—	—	—	—	—
				PA	F 36.7 (7.3) I 36.8 (12.5)	F 38.4 (6.7) I 39.2 (12.2)	—	F 36.9 (8.4) I 35.3 (8.1)	F 36.4 (10.1) I 36.1 (8.9)	—	—	—	—	—

IG Interventionsgruppe KG I Kontrollgruppe mit Intervention KG Kontrollgruppe
 — nicht anwendbar *signifikanter Effekt im Prä-Post-Vergleich # signifikanter Effekt im Gruppenvergleich

Anhang 3: Burnout-Werte gemäß anderer Instrumente

		Burnout-Werte gemäß anderer Instrumente					
		Trainingsgruppe			Kontrollgruppe		
		t1	t2	t3	t1	t2	
Zimber et al., 2001 Messung der Beanspruchung nach Goldberg DP u. Hillier VF (1979) dt. Übersetzung BHD-System (Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen) 1995, Hacker et al. Technische Uni Dresden	Emotionale Erschöpfung	37,21(11,7)	35,65(12,6)	34,32(12,5)	39,97(13,2)	38,37(14,5)	
	Mangel an intrinsischer Motivierung	25,71(7,4)	23,78(7,6)	24,81(8,3)	24,68(8,6)	24,6(9,1)	
	Arbeits(un)zufriedenheit	19,17(7,9)	19,39(7,7)	18,62(7,7)	21,26(8,9)	20,8(9,7)	
	Aversion gegen Klienten	12,30(4,9)	12,02(5,8)	10,85(4,3)	14,37(6,1)	13,3(5,9)	
	Reaktives Abschirmen	25,74(4,5)	25,85(4,4)	25,49(4,9)	28,39(8,8)	28,32(5,3)	
	Fluktuationsneigung	0,11(0,2)	0,10(0,2)	0,13(0,2)	0,10(0,2)	0,10(0,2)	
	Somatisierung	1,14(0,7)	1,05(0,6)	1,08(0,6)	1,14(0,7)	1,10(0,7)	
	Ängstlichkeit	0,86(0,6)	0,81(0,5)	0,91(0,7)	1,01(0,7)	0,97(0,6)	
	Soziale Dysfunktion	0,96(0,4)	0,93(0,4)	0,94(0,4)	1,08(0,4)	0,98(0,4)	
	Depressivität	0,25(0,5)	0,20(0,3)	0,33(0,5)	0,37(0,5)	0,36(0,4)	
Haberstroh et al., 2009 Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistern, Hacker & Reinhold (1999) <u>Dreifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Messzeitpunkt (prä/post), Training 1 (ja/nein) und Training 2 (ja/nein) plus zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Messzeitpunkt (prä/post) und Gruppe (Kombiniert versus Kontrollgruppe)</u> IG Interventionsgruppe KG1 Kontrollgruppe mit Intervention KG Kontrollgruppe __ nicht anwendbar *signifikanter Effekt im Prä-Post-Vergleich # signifikanter Effekt im Gruppenvergleich	Emotionale Erschöpfung # in kombinierter IG	signifikante Effekte in der kombinierten Interventionsgruppe plus Selbstevaluation im Vergleich zu den Kontrollen ohne Intervention					
	Intrinsische Motivierung # in kombinierter IG	signifikante Effekte in der kombinierten Interventionsgruppe plus Selbstevaluation im Vergleich zu den Kontrollen ohne Intervention					
	Arbeits(un)zufriedenheit # in kombinierter IG	signifikante Effekte in der kombinierten Interventionsgruppe plus Selbstevaluation im Vergleich zu den Kontrollen ohne Intervention					
	Klientenaversion	Kein Effekt					
	Reaktives Abschirmen	Kein Effekt					

Anhang 4: Studiendetails

Fritsch et al., 2009

Ort	USA
Studiendesign	RCT, Post-Only-Design
Teilnehmer	192 Pflegehelfer und Bewegungstherapeuten in stationären Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke
Rücklauf	Keine Angabe
Follow-ups	2 Wochen nach Implementierung von Time Slips
Intervention	Time Slips (TS) ist ein kreatives Expressions-(CE) Programm. CE sind Programme die den Körper und das Gehirn durch Bewegung, Tanz, Musik, Dichtung oder Geschichtenerzählen aktivieren. Das Pflegepersonal erhält einen Workshop und ein zusätzliches 9-wöchiges Training, in denen die Methode des TS vermittelt wird (Train the Trainer)
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe mit TS-Schulung 2. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Positive) Einstellung zu den Bewohnern ▪ Arbeitszufriedenheit ▪ Burnout Klienten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement ▪ Verbesserung der Grundstimmung
Outcome Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Time-Sampling (Stichprobeverfahren): Methodisch zeitlich definierte Beobachtung und Codierung des Bewohner-Engagements und der Personal-Bewohner-Interaktion. Das Bewohner-Engagement wurde anhand der folgenden vier Codes gemessen: Soziales Engagement, nicht soziales Engagement (Aktivitäten, die keine Interaktion mit anderen beinhalten), unengagiert, herausforderndes Verhalten. Darüber hinaus wurde auch der Affektzustand der Bewohner gemessen mittels der Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (Lawton, Van Haitsma & Klapper, 1996) Die personal initiierte Interaktion mit den Bewohnern wurde mit the Quality of Interactions Schedule (QUIS; Dean, Proudfoot & Lindsay, 1993; Procter and associates' modified version, 1998) gemessen. Das Verhalten der Mitarbeiter zu den Bewohnern mit Demenz wurde anhand eines 11-Items Inventory in 2 Kategorien erfasst: Positives und entwertendes Verhalten ▪ Survey of daytime: Fragebogenausgabe und Beobachtung des Verhaltens des Pflegepersonals während der Tagesschicht vor der Intervention und 2 Wochen nach der Intervention ▪ Arbeitszufriedenheit: gemessen anhand von fünf Indikatoren

- (adaptiert an Montgomery 1993)
- Burnout: MBI (Maslach & Jackson, 1981) 14 Items

Kuske et al., 2009

Ort	Deutschland
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	134 Altenpflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) in stationären Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke
Rücklauf	72%
Follow-ups	Baseline, sofort und 6 Monaten nach Intervention
Intervention	Mitarbeiter-Training zur Interaktionsverbesserung zwischen dem Pflegepersonal und den Bewohnern mit Demenz
Studiengruppen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventionsgruppe mit Mitarbeitertraining 2. Kontrollgruppe mit Entspannungstraining 3. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswirkungen auf Fachwissen und Kompetenzen im Umgang mit Bewohnern mit Demenz ▪ Burnout und Gesundheitsbeschwerden beim Pflegepersonal ▪ Auswirkungen auf die Gabe von Sedativa (Beruhigungsmittel) und der körpernahen Fixierung in der Betreuung von Klienten mit Demenz
Outcome Instrumente	<p>Mitarbeiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachwissen und Kompetenzen zum Thema Demenz wurden anhand des GEROLF Fragebogens für Pflegepersonal (Zimber, 2003) erfasst ▪ Burnout: MBI-D (Büssing et al,2003), 21 Items ▪ Gesundheitsbeschwerden wurden über ein Screening (Beschwerdeliste) aufgenommen <p>Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung der Fälle von körpernaher Fixierung und Stürze (über Pflegedokumentation) ▪ Erfassung (retrospektiv) der Sedativa-Vergabe

Haberstroh et al., 2009

Ort	Deutschland
Studiendesign	Quasi-Experimentell, Prä-Post Design
Teilnehmer	79 Altenpflegekräfte in Altersheimen
Rücklauf	67%
Follow-ups	2 Wochen vor und 2 Wochen nach dem Trainingszeitraum (zwischen Training 1 und Training 2 lagen 2 Wochen)
Intervention	<p>Tandem im Pflegeheim: Trainingsangebote zur Kommunikation in der Betreuung demenzkranker Menschen im Pflegeheim. Kommunikationstraining in der stationären Dementen-Betreuung mit Schwerpunkten auf Probleme und Strategien in der Kommunikation mit demenzkranken Menschen (Training 1) sowie mit Kollegen (Training 2).</p> <p>Selbstevaluationsbogen an jeweils die Hälfte der Gruppe (alle Gruppen, außer Kontrollgruppe ohne Intervention)</p>
Studiengruppen	<ol style="list-style-type: none">1. Interventionsgruppe mit Training 1 und Training 22. Vergleichsgruppe mit Training 13. Vergleichsgruppe mit Training 24. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	<p>Mitarbeiter:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Berufliche soziale Kompetenz von Altenpflegerkräften in der stationären Dementen-Betreuung, mit den Unterskalen <i>Soziale Kompetenz im Umgang mit Bewohnern</i> und <i>Soziale Kompetenz im Umgang mit Kollegen</i>▪ Auswirkungen auf berufliche Beanspruchung <p>Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Kommunikationsfähigkeit demenzkranker Bewohner
Outcome Instrumente	<p>Mitarbeiter:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Berufliche soziale Kompetenz wurde gemessen mit dem Fragebogen zu beruflichen Handlungskompetenzen in der Altenpflege (Zimber, Teufel, 1999) und mit dem Selbstevaluationsbogen zur Erfassung der sozialen Kompetenz in der Dementen Betreuung (Haberstroh et al., 2007)▪ Die berufliche Beanspruchung des Pflegepersonals wurde mithilfe des <i>Beanspruchungsscreenings bei Humandienstleistern</i> erfasst (Hacker & Reinhold, 1999), wobei besonders die Unterskalen <i>Emotionale Erschöpfung</i>, <i>Intrinsische Motivierung</i> und <i>Arbeitszufriedenheit von Interesse</i> waren

Klienten:

- Die Lebensqualität demenzkranker Klienten wurde mithilfe der Positive Response Schedule (Perrin, 1997) erfasst. Unterskalen bildeten hierbei die Kommunikationsfähigkeit, positiver Affekt und Bewegung der Bewohner

Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos, Lix, 2008

Ort	Kanada
Studiendesign	Vergleichender Längsschnitt mit Fall- und Kontrollgruppe
Teilnehmer	61 Altenpflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) in der stationären Langzeitpflege
Rücklauf	67%
Follow-ups	Baseline, 1, 2 und 3 Monaten nach Baseline
Intervention	<p>1. Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC): Implementierung eines Schmerz-Assessments (Beobachtungs-Checkliste) in der Demenzen-Betreuung und Feedback-Fragebogen nach Ablauf der Studie</p> <p>2. Checkliste (Betätigungsprotokoll) über Aktivität, Stimmung und Verhalten der Klienten und Feedback-Fragebogen</p>
Studiengruppen	<p>1. Interventionsgruppe mit Schulung im Schmerz-Assessment (Beobachtungs-Checkliste) in der Demenzen-Betreuung plus Feedback-Fragebogen</p> <p>2. Kontrollgruppe mit Betätigungsprotokolls plus Feedback-Fragebogen</p>
Outcome Variablen	<ul style="list-style-type: none">▪ Ausmaß der Veränderung im klinischem Alltag durch die regelmäßige Anwendung einer systematischen Schmerzerfassungsmethode▪ Auswirkungen auf Stress und Burnout beim Pflegepersonal
Outcome	Mitarbeiter
Instrumente	<ul style="list-style-type: none">▪ Nursing Stress Scale (NSS, Gray-Toft, Anderson, 1981): Fragebogen zur Erfassung von Situationen im Pflegealltag, die wissenschaftlich als stressig für Pflegekräfte identifiziert wurden▪ Burnout: MBI (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson, Leiter, 1997) 22 Items <p>Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ermittlung des Levels kognitiver und funktionaler Einbußen einzelner Klienten durch das Present Functioning Questionnaire (PFQ, Crockett et al., 1989). Erfragt wurden u. a. „tägliche

	<p>Aufgabenbewältigung“, „Selbstpflege“, „Gedächtnis“, „Persönlichkeit“ und „sprachliche Fähigkeiten“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PACSLAC: Beobachtungs-Checkliste zur Schmerzerfassung bei älteren Menschen mit ausgeprägter Demenz. Beobachtet wurden unter anderem Mimik, Agitation, Stimmung des Betroffenen. ▪ quantitative Erfassung der Medikamentengabe; z. B. Opiate im Vergleich zu nichtsteroidalen Antirheumatika, mittels The Medication Quantification Scale (MQS; Masters Steedman, Middaugh & Kee, 1992). Erfasst wurden Art und Häufigkeit der Medikamentengabe und potenzielle Effekte (auch Nebenwirkungen wie z. B. Schlaflosigkeit, Angstzustände)
--	--

Visser et al., 2008

Ort	Australien
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	52 Altenpflegekräfte in Altenpflegeheimen
Rücklauf	69%
Follow-ups	Baseline, sofort, 3 und 6 Monate nach Intervention
Intervention	Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenz-Symptomen (Verhaltensmuster) und Peer-Support
Studiengruppen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventionsgruppe mit Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenz-Symptomen (Verhaltensmuster) und Peer-Support 2. Vergleichsgruppe mit Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenz-Symptome ohne Peer-Support 3. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	<p>Mitarbeiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhalten des Pflegepersonals ▪ Burnout <p>Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswirkungen der Intervention auf das Verhalten der Bewohner und auf deren Lebensqualität
Outcome	Mitarbeiter:
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Staff Attitudes Questionnaire (SAQ), dieses Instrument wurde für diese Studie entwickelt. Gemessen wurden Verhalten, Einstellung des Pflegepersonals zu Klienten mit Demenz und die Wahrnehmung der eigenen Rolle in der Pflege

- Burnout: MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 22 Items

Klienten:

- The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMIA; Cohen-Mansfield & Libin, 2004; Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989), ausgefüllt vom Pflegepersonal. Erfasst die Frequenz und Art des agitierten Verhaltens bei Klienten mit Demenz
- The Alzheimer's Disease Related Quality of Life (ADRQL; Black, Rabins & Kasper, 2000): Instrument zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität von Menschen mit Alzheimer Demenz

Robison et al., 2007

Ort	USA
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	384 Altenpflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) in stationären Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke
Rücklauf	84%
Follow-ups	Baseline, 2 und 6 Monate nach Intervention
Intervention	Partners in Caregiving in the Special Care Unit Environment (PIC-SCU): Kommunikations- und Konfliktlösungstraining für Mitarbeiter und Angehörige von demenzkranken Klienten, mit dem Ziel, die Kooperation zwischen Angehörigen und dem Pflegepersonal zu verbessern. Im Training wird ein Treffen mit der Führungsebene vereinbart für den Zeitraum nach der Intervention. Beide (Mitarbeiter und Angehörige) berichten über ihre Erfahrungen
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe mit Kommunikations- und Konfliktlösungstraining für Mitarbeiter und Angehörige 2. Kontrollgruppe ohne Intervention (Einrichtungen ohne Intervention)
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ interpersonelle Konflikte ▪ die Kommunikation in der Dementen-Betreuung ▪ psychologischer Distress und Arbeitsbelastung <p>Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herausfordernde Verhaltenssymptome

Outcome	Angehörige:
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Interpersonal Conflict Scale (Pillemer & Moore, 1989) Fragebogen, u. a. mit Fragen zur Häufigkeit von erlebten Konflikten mit dem Pflegepersonal ▪ Bewertung der Pflege nach Pillemer et al. (1998) ▪ Fragen zum Verhalten des Pflegepersonals anhand des The Staff Behaviors Scale (Pillemer et al) ▪ Fragen zur Empathie des Pflegepersonals mit The Staff Empathy Scale (Pillemer et al.) ▪ Eine verkürzte Version des The Nursing Home Hassles Scale (Stephens et al., 1991) wurde u.a. dazu verwendet, um die Häufigkeit des Erlebens negativer Zuwendung von seitens des Pflegepersonals zu erfassen. Dazu gehören zum Beispiel schroffer, intoleranter Umgang mit Klienten <p>Pflegepersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The Interpersonal Conflict Scale (Pillemer & Moore, 1989), u.a. mit Fragen zur Häufigkeit von Konflikten mit den Angehörigen der Klienten; The CES-D Scale (keine Angaben zur Methode) ▪ The Familie Behaviors Scale (Pillemer et al., 1998) zur Erfassung des Umgangs der Angehörigen mit dem Pflegepersonal, in Kategorien wie: Respektvoll, unhöflich, lächelnd grüßend oder ignorierend ▪ Fragen zur Empathie der Familienangehörigen wurden mittels der The Family Empathy Scale (Pillemer et al., 2003) gestellt (Verständnis für die Arbeit und Sensibilität für die Gefühle der Pflegenden) ▪ Bunout MBI (Maslach,1982), 11 Items. Burnout wurde mittels der Subskala Depersonalisation erfasst ▪ Fragen zur Arbeitszufriedenheit wurden anhand des The Generic Job Satisfaction Scale (MacDonald & MacIntyre, 1997) gestellt ▪ In 2 single Items wurde nach der Stärke des Vorhabens den Job zu verlassen und nach dem Stressempfinden bei der Arbeit, gefragt <p>Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzversion des The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI; Cohen-Mansfield, Koroknay & Braun, 1994), ausgefüllt vom Pflegepersonal. Erfasst die Frequenz und Art des agitierten Verhaltens bei Bewohnern mit Demenz <p>Pflegeheime:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturierter Fragebogen für Heimleitungen zur Erfassung von Kündigungsraten, Anzahl der Konflikte mit Angehörigen, Anzahl der Beschwerden von Angehörigen

Davison et al.; 2007

Ort	Australien
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	132 Altenpflegekräfte in Altenpflegeeinrichtungen für Demenzkranke
Rücklauf	68%
Follow-ups	Baseline, sofort und 6 Monate nach Intervention
Intervention	Training im Umgang mit demenziellen Verhaltensveränderungen mit Peer Support (regelmäßige interkollegiale Treffen in kleinen Gruppen)
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe mit Training und mit Peer Support 2. Vergleichsgruppe mit Training ohne Peer Support 3. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none">▪ Burnout▪ Selbstwirksamkeit▪ Leistung (Pflege) Klienten: <ul style="list-style-type: none">▪ Verhalten
Outcome Instrumente	<ul style="list-style-type: none">▪ Burnout: MBI (Maslach et al., 1996), 22 Items▪ Selbstwirksamkeit: Eigens für diese Studie wurde The Self-Efficacy of Dementia Care entwickelt, ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Abgefragt werden Fähigkeiten im Umgang mit Demenzkranken▪ Leistungen des Pflegepersonals wurden anhand des The Scale of Nursing Performance (basierend auf Battersby and Hemmings,1991) Fragebogens an Führungskräfte abgefragt Klienten: <ul style="list-style-type: none">▪ The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMIA; Cohen-Mansfield et al., 1989), ausgefüllt vom Pflegepersonal. Erfasst wurden die Frequenz und Art des agitierten Verhaltens bei Klienten mit Demenz

Jensen et al.; 2006

Ort	Dänemark
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	210 Altenpflegekräfte (examinert und nicht examiniert) in Altenpflegestationen
Rücklauf	77%
Follow-ups	Baseline und nach 2 Jahren
Intervention	Ergonomische Schulung: Transfer Technique Intervention (TTI; Johnsson, Westin, 1994) Psychosoziale Intervention: Stress Management Intervention (SMI)
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe mit TTI-Schulung 2. Vergleichsgruppe mit SMI-Schulung 3. Kontrollgruppe mit Referenzprogramm, die Teilnehmer nehmen an Veranstaltungen (unabhängig von der Intervention) ihrer Wahl teil
Outcome Variablen	<ul style="list-style-type: none">▪ Rückenbeschwerden▪ Burnout
Outcome	Mitarbeiter:
Instrumente	<ul style="list-style-type: none">▪ Standardisierte körperliche Untersuchung des Pflegepersonals▪ Fragebögen zur Schmerzerfassung im unteren Rückenbereich (Numerische Rating Skala)▪ Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck & Eysenck, 1978)▪ Neurotizismus, Extraversion und Psychotizismus▪ Burnout: MBI (Maslach & Jackson, 1986) 22 Items▪ Setterlind stress score (Setterlind, Larsson, 1995), Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit, externen und internen Stressoren, Coping-Strategien und Stressreaktionen▪ Kollegialer Support (Numerische Rating Skala)▪ Rated Perceived Exertion (Borg, 1990), erfasst wurden u. a. die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und die Beziehung zu den Bewohnern

Mackenzie, Poulin, Seidman-Carlson, 2006

Ort	Kanada
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	30 Pflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) in Langzeitpflegestationen und komplexen Pflegestationen im geriatrischem Lehrkrankenhaus
Rücklauf	Unbekannt
Follow-ups	Baseline und sofort nach Intervention
Intervention	Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining (im Sinne der aufmerksamen, bewussten, nicht wertenden Pflege) Verkürzte Version des traditionellen Mindfulness-based Stress Reduction Trainings (MBSR; Kabat-Zinn, 2003; Bishop et al., 2004)
Studiengruppen	1. Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining 2. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none">▪ Burnout▪ Entspannungszustand▪ Zufriedenheit mit der Arbeit und mit dem Leben im allgemeinen▪ Fähigkeit, das Leben als sinnvoll, verständlich und handhabbar zu erleben (im Sinne der Selbstwirksamkeit)
Outcome Instrumente	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none">▪ Burnout: MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 22 Items▪ Smith Relaxation Dispositions Inventory (Smith, 2001)▪ Job Satisfaction Scale (Koeske et al., 1994), gemessen wurde nur die Subskala intrinsic job satisfaction▪ The Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985)▪ The Orientation to Life Questionnaire, die 13-Items-Version (Antonovsky, 1987)

van Weert et al., 2005

Ort	Niederlande
Studiendesign	Quasi-Experimentell, Prä-Post Design
Teilnehmer	129 Pflegehelfer in psychogeriatrischen Demenzpflegestationen

Rücklauf	98%
Follow-ups	Baseline und nach 18 Monaten
Intervention	Snoezelen: Multisensorische Stimulation (MSS), die integriert in die 24-Stunden-Pflege, aktiv die Sinne (Hören, Schmecken, Tasten und Sehen) stimuliert (Kok et al; 2000). Die Pflegekräfte erhalten ein Training zur Anwendung des Snoezelen.
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe erhält ein Training zur Snoezelen-Anwendung 2. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: Arbeitsbelastung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Job-Merkmale ▪ Arbeitsbedingungen Psychologische Outcomes <ul style="list-style-type: none"> • wahrgenommene Probleme ▪ Stressreaktionen ▪ Arbeitszufriedenheit ▪ Burnout
Outcome Instrumente	Arbeitsbelastung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experience and Assessment of Work (VBBA; van Veldhoven & Meijman, 1994) Fragebogen. Erfasst wurden Arbeitsmerkmale (Vielfalt der Fertigkeiten, Weiterbildungsmöglichkeiten, Autonomie und Mitsprache) und Arbeitsbedingungen (Zeitdruck und Rollenkonflikt) Psychologische Outcomes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maastricht Work Satisfaction Scale for Healthcare (MAS-GZ; Landeweerd et al., 1996), 4 Subskalen wurden zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit verwendet: Zufriedenheit mit der Pflegequalität, mit der Möglichkeit zur Selbstverwirklichung und Entwicklung, Zufriedenheit mit dem Kontakt zu den Kollegen und zu den Bewohnern ▪ Wahrgenommene Probleme, wurden generell erfasst durch The NIVEL Scale for Perceived Problems in Dementia Care (NSPP-DC; Kerkstra et al., 1999). Dieser Fragebogen fokussiert die Probleme des Pflegepersonals in der speziellen Demenzenpflege. Folgende 4 Subskalen wurden verwendet: <i>Probleme durch fehlendes Selbstbewusstsein/Unsicherheit in der Pflege dementer Menschen, Probleme aufgrund von Zeitmangel, negative Gefühle zu den Verhaltensweisen älterer Menschen mit Demenz und Balance Probleme zwischen emotioneller Einbindung und professioneller Distanz</i> ▪ Wahrgenommene Probleme (spezielles Verhalten), erfasst durch The NIVEL Scale for perceived Problems with Specific Behaviors of

patients with dementia (NSPP-SB; Kerkstra et al., 1999). Fokussiert die Probleme des Pflegepersonals im Umgang mit dem häufig vorkommenden speziellen Verhalten der dementen Patienten. Der Fragebogen besteht aus 12 Subskalen: Probleme in der Morgenpflege im Umgang mit herausforderndem Verhalten der Patienten, Unruhe, Aggression, psychiatrische Symptome, anstößiges Verhalten, Verhalten während des Essens, forderndes Verhalten, Desorientierung, depressives Verhalten, Verlust von Anstand, soziale Isolation und Sprachstörungen

- Stressreaktionen wurden anhand der verkürzten Fassung des General Health Questionnaire (GHQ-12; Koeter & Ormel, 1987; Ormel et al., 1989) erfasst, der empfundene Stress wurde anhand einer Spanne von 0 bis 12 gemessen.
- Bunout: MBI-NL (Schaufeli, van Dierendonck 1994, 1995; 2000; Schaufeli et al., 1993) 20 Items

Baldelli et al., 2004

Ort	Italien
Studiendesign	Prä-Post
Teilnehmer	21 Altenpflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) in Altenpflegeheimen
Rücklauf	Keine Angabe
Follow-up	Baseline und ein Jahr nach Beginn der Intervention
Intervention	Beschäftigungstherapie und kognitives Rehabilitationsprogramm für Klienten mit Demenz. Durch diese Maßnahmen werden positive Effekte im Outcome Burnout beim Pflegepersonal erwartet. Die Pflegekräfte erhalten keine Intervention
Studiengruppen	Effekte werden prä-post untersucht, keine Kontrollgruppe
Outcome Variablen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Burnout
Outcome Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MBI (Maslach & Jackson, 1986; 1993) 22 Items, LG (fehlende Anerkennung), DP (Depersonalisation), PS (persönliche berufliche Zufriedenheit)

Mackenzie, Peragine, 2003

Ort	Kanada
Studiendesign	Quasi-Experimentell
Teilnehmer	47 Altenpflegekräfte in der demenziellen stationären Langzeitpflege
Rücklauf	87,2%
Follow-up	Baseline, 1 und 3 Monate Post-Intervention
Intervention	Selbstwirksamkeitstraining in den Bereichen: Konflikte mit Kollegen, Umgang mit herausforderndem Verhalten der Klienten mit Demenz und Konfliktmanagement mit den Angehörigen der Klienten
Studiengruppen	1. Selbstwirksamkeitstraining und Konfliktmanagement mit Angehörigen von Demenzerkrankten 2. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none">▪ Selbstwirksamkeit im Umgang mit demenzkranken Bewohnern, Angehörigen und Kollegen▪ Burnout▪ Zufriedenheit mit Teamarbeit
Outcome Instrumente	<ul style="list-style-type: none">▪ The Inventory of Geriatric Nursing Self-Efficacy, selbst entwickelter Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit Herausforderungen bezüglich der Pflege von älteren Menschen mit Demenz▪ MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 22 Items▪ The Organizational Job Satisfaction Scale zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit und den Beziehungen zu Kollegen

Schrijnemaekers et al., 2003

Ort	Niederlande
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	300 Beschäftigte in der stationären Altenpflege
Rücklauf	80%
Follow-up	Baseline, nach 3, 6 und 12 Monaten

Intervention	Emotionsorientierte Pflege (Finnema et al., 1998, Finnema, 2000) für kognitiv eingeschränkte ältere Menschen, Informationsveranstaltung, Trainingsprogramm und Supervision
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe erhält eine Schulung in emotionsorientierte Pflege, Informationsveranstaltung, Trainingsprogramm und Supervision 2. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitszufriedenheit ▪ Burnout ▪ Krankenstand ▪ Arbeitssituation
Outcome Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitszufriedenheit, erfasst anhand des Maastricht Work Satisfaction Scale for Healthcare (MAS-GZ; Landeweerd, Boumans & Nissen, 1996). Für diese Studie sind 5 von 7 Subskalen verwendet worden: Zufriedenheit mit der Leitung der Station, der Pflegequalität, dem Kontakt zu den Kollegen und zu den Bewohnern, Gelegenheiten zur Selbstverwirklichung ▪ Arbeitszufriedenheit (sekundäres Outcome), erfasst anhand einer verkürzten Version des MAS-GZ: Aktueller Kontakt zu kognitiv eingeschränkten Bewohnern und die Fähigkeit, eine gute Pflege für Menschen mit kognitiven Einbußen zu gewährleisten. Zusätzlich wurde eine generelle Frage zur Arbeitszufriedenheit gestellt: Freude an der eigenen Arbeit ▪ Burnout: MBI-NL (Schaufeli, van Dierendonck, 1994; Schaufeli et al., 1993) 20 Items ▪ Frage zum persönlichen Krankenstand vor der Intervention und während der Intervention ▪ Einschätzung der persönlichen Arbeitssituation

Richardson, Kitchen, Livingston, 2002

Ort	Großbritannien
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	86 Altenpflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) und Sozialarbeiter in Altenpflegeheimen
Rücklauf	73%
Follow-ups	Baseline und 1 Monat nach Intervention
Intervention	1. Mitarbeiter-Schulung zum Management von Übergriffen des Pflegepersonals auf ältere Menschen (Gruppe 1) 2. Informationsmaterialausgabe (identische Inhalte wie in Gruppe 1)

	ohne Schulung (Gruppe 2)
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe (Gruppe 1) erhält eine Schulung zur Verbesserung des Managements von Übergriffen auf ältere Menschen 2. Vergleichsgruppe (Gruppe 2) erhält Informationsmaterial
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen über (Formen von) Übergriffe und den Umgang mit ihnen ▪ Burnout
Outcome Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissens- und Management-Fragebogen (Knowledge and management questionnaire – KAMA, Vignette Questionnaire). Es wurden 2 Fragebögen entwickelt, jeweils mit 7 Vignetten bestehend aus offenen Fragen bezüglich eines beschriebenen Szenariums ▪ Burnout: MBI (Maslach & Jackson, 1981), 22 Items ▪ Einstellung des Personals im Gesundheitswesen zu Klienten mit Demenz (Attitude of Health Care Personnel towards Demented Patients - AHCPDP; Astrom et al., 1987), wird anhand einer 5-Punkte-Bewertungsskala (Likert) erfasst

Zimber, Rudolf, Teufel, 2001

Ort	Deutschland
Studiendesign	Quasi-Experimentell
Teilnehmer	202 Altenpflegekräfte (examiniert und nicht examiniert) und Leitungskräfte in Alten- und Pflegeheimen
Rücklauf	55%
Follow-up	Baseline, direkt nach und 3 bis 4 Monaten nach Intervention
Intervention	Qualifizierungsprogramm für Mitarbeiter und Leitungspersonen: Kommunikation mit Demenzkranken, Umgang mit Stress, Kommunikation mit und Führung von Mitarbeitern
Studiengruppen	1. Interventionsgruppe erhält ein Qualifizierungsprogramm: Kommunikation mit Demenzkranken, Umgang mit Stress, Kommunikation mit und Führung von Mitarbeitern 2. Kontrollgruppe ohne Intervention
Outcome Variablen	Mitarbeiter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen ▪ Arbeitsbedingungen ▪ Beanspruchungen ▪ Pflegerische Handlungskompetenzen

Outcome	▪ Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK; Krampen, 1991)
Instrumente	▪ Standardisiertes Selbstbeurteilungsverfahren zu Arbeitsbedingungen (Büssing & Glaser, 1999; Enzmann & Kleiber, 1989; Kempe & Closs, 1985; Zimber & Weyerer, 1998) ▪ Fragen zur Beanspruchung anhand des General Health Questionnaire (Goldberg, 1979) ▪ Selbst entwickeltes Verfahren zur Erfassung pflegerischer Handlungskompetenzen (Zimber & Teufel, 1999)

Anhang 5: Der Malach Burnout Inventory (MBI-D©) nach Büssing & Perrar 1992 (vgl. Moosler, 2006, S. 44)

Der MBI-D besteht aus 21 Items, die als Aussagen formuliert sind und die Komponenten Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Persönliche Erfüllung erfassen. Mittels einer sechsstufigen Antwortskala²⁰ wird der Grad der Zustimmung der Befragten zu den einzelnen Items ermittelt, daraus werden Gesamtwerte für die jeweilige Burnout-Subskala gebildet. Für die Anwendung im Pflegebereich wird der Begriff „Patient“ verwandt.

Emotionale Erschöpfung: Item 5, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 20, 21

Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.

Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.

Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.

Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft.

Den ganzen Tag mit meinen Patienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.

Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Tag vor mir habe.

Der direkte Kontakt mit meinen Patienten belastet mich zu stark.

Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann.

Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite.

Depersonalisation: Item 1, 6, 9, 15, 17

Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet.

Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Patienten wird.

²⁰ Sechsstufige Antwortskala: 1= „nie“, 2=„sehr selten“, 3=„eher selten“, 4=„manchmal“, 5=„eher oft“, und 6= „sehr oft“ (vgl. Moosler, 2006)

Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit den Patienten geworden.

Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe.

Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandelt habe, als wären sie unpersönliche Objekte.

Persönliche Erfüllung: Item 2, 3, 4, 8, 12, 13, 16

Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Patienten positiv beeinflusse.

Ich fühle mich sehr tatkräftig.

Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.

Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzusetzen.

Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.

Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen meiner Patienten um.

Anhang 6: Screening-Instrument

Study-ID	
Ref. Manager ID	
Erstautor	
Titel	
Datum der Veröffentlichung	
Reviewer	

		Ja	Nein
Die Studie liegt als Abstrakt vor			
Die Studie liegt als Volltext vor			
Studiendesign	Fallkontrollstudie		
	Kohortenstudie		
	Prä-Post-Studie		
Anderes Studiendesign (bitte nennen)			

Einschlusskriterien		Ja	Nein
Sprache	deutsch, englisch, portugiesisch, spanisch, italienisch, französisch		
Zeitraum der Veröffentlichung	2000-2010		
Studienpopulation Zielgruppe	Mitarbeiter in der Altenpflege		
	andere Berufsgruppe (bitte nennen)		
Burnout	Methode / Messinstrument		
Intervention	(Art der Intervention)		

Wenn ein angekreuzt wurde, ist die Studie aus dem Review auszuschließen!

Die Studie wird ausgeschlossen

Die Studie wird beim Review berücksichtigt

Anhang 7: Protokoll der Datenbankrecherche

Datenbank: Medline:

Begriff	Treffer
((burnout) AND occupation*) AND intervention	99
((burnout) AND employ*) AND intervention	37
(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND geriatric	42
(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND homes	13
Treffer insgesamt	191

Datenbank: Embase

Begriff	Treffer
((burnout) AND occupation*) AND intervention	148
((burnout) AND employ*) AND intervention	42
(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND geriatric	5
(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND homes	5
Treffer insgesamt	200

Datenbank: PsycNet

Begriff	Treffer
((burnout) AND occupation*) AND intervention	8
((burnout) AND employ*) AND intervention	5
(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND geriatric	0
(((burnout) AND intervention) AND nursing) AND homes	0
Treffer insgesamt	13

Interventionsstudien zu Burnout bei Beschäftigten in der Alten- und geriatrischen Langzeitpflege – Eine systematische Literaturlanalyse

Claudia Westermann, Melanie Harling, Agnessa Kozak, Albert Nienhaus

Einleitung

Im beruflichen Kontext wird Burnout als individuelle Reaktion auf chronisch erlebten Stress bei der Arbeit bezeichnet, die gekennzeichnet ist durch *emotionale Erschöpfung*, eine distanzierte, gleichgültige, zynische Haltung gegenüber der Arbeit und anderen (*Depersonalisation*) und eine Abnahme der *persönlichen Leistungsfähigkeit* [25]. Mitarbeiter in der Alten- und geriatrischen Langzeitpflege sind vielen Faktoren ausgesetzt, die die Entstehung eines Burnout-Syndroms begünstigen [11, 37]. In Zusammenhang mit dem Beruf sind u.a. Zeitdruck, hohes Arbeitsaufkommen, geringer Einfluss auf die Arbeit, Konfrontation mit Leid, Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, physische Belastungen, Schichtdienst und Unterbesetzung zu nennen [7, 11, 12, 18, 26, 32, 37]. Ebenfalls als begünstigende Faktoren gelten die fehlende Unterstützung und Anerkennung im Kollegenteam und vom Management [21] sowie Absentismus und Fluktuation der Mitarbeiter [3, 12]. Arbeitsunabhängige Faktoren, die die Entwicklung von Burnout beeinflussen, sind die Persönlichkeit und soziale Beziehungen [11, 27]. Burnout ist ein komplexes Syndrom mit einer Vielzahl unspezifischer Symptome, dessen Auswirkungen weitreichende gesundheitliche und ökonomische Konsequenzen haben [35]. Trotz jahrelanger Forschung sind bislang weder der Begriff Burnout noch seine Symptomatik einheitlich definiert worden [19]. Burnout ist mit einem erhöhten Risiko des Arbeitsausfalls, einem erhöhten Krankenstand, mit Arbeitsunfähigkeit, geringer Arbeitszufriedenheit und einer hohen Tendenz zur Berufsaufgabe assoziiert [3, 4, 7]. Eine besondere, Burnout begünstigende Herausforderung für professionell Pflegende ist die Pflege von Demenzkranken [15, 22]. Diese ist aufgrund von kognitiven Einbußen und psychischen Veränderungen bei den Klienten und dem damit einhergehenden Verlust der Alltagskompetenz arbeitsintensiv und emotional stark fordernd [10, 28, 32, 36]. Aufgrund des demografischen Wandels gibt es eine überproportionale Zunahme von über 80-Jährige in der Gesamtgesellschaft, und damit verbunden auch ein Anstieg der Prävalenz von Demenz [1]. Laut Haberstroh et al. [15] wird der zunehmende Bedarf an gerontopsychiatrischem Fachwissen in der Altenpflege durch die

bisherige Ausrichtung in der Altenpflegeausbildung und durch die gängigen Fort- und Weiterbildungsangebote kaum gedeckt werden können.

Bei steigender Anzahl pflegebedürftiger Menschen und aktuell bereits nicht ausreichenden Altenpflegekräften [4, 23] wird schon heute deutlich, dass die Motivation und die Gesundheit der vorhandenen Mitarbeiter gestärkt werden müssen [1, 3, 8]. Daher besteht Forschungsbedarf hinsichtlich der Interventionen zur Verringerung der Arbeitsbelastung professionell Pfleger, wie der vierte Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Menschen bereits 2002 feststellte [1].

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand einer systematischen Literaturanalyse den aktuellen Stand an Interventionsstudien zu Burnout für den Bereich der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege zu ermitteln. Beantwortet werden sollen folgende Fragen: Gibt es Studien, die belegen, dass Burnout durch Interventionen beeinflussbar ist? Welche Empfehlungen für zukünftige Interventionen können aus den vorhandenen Studien abgeleitet werden?

Methodik

Suchstrategie und Auswahlkriterien

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Embase und PsycNet durchgeführt. Eingeschlossen wurden Interventionsstudien im Setting der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege, die im Zeitraum von 2000 bis einschließlich 2010 in deutscher, englischer, französischer, spanischer, portugiesischer und italienischer Sprache veröffentlicht wurden und in denen Burnout beim Pflegepersonal methodisch erfasst wurde. Zur Suche wurde der Begriff „burnout“ kombiniert mit „occupation* and intervention“, „employ* and intervention“, „intervention and nursing and geriatric“, „intervention and nursing and homes“.

In Form einer Sekundärsuche wurden aus der Referenzliste eingeschlossener Artikel und anderer Reviews weitere Literaturquellen entnommen. Studien, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden ausgeschlossen und die Gründe dafür vermerkt. Wenn es anhand des Abstracts nicht möglich war, über Ein- oder Ausschluss zu entscheiden, wurde der Volltext gesichtet. Die Abstracts wurden von zwei Personen unabhängig voneinander beurteilt. Bei abweichender Einschätzung wurde eine dritte Person hinzugezogen.

Darstellung der Interventionsansätze und deren Effekte

Nach Marine et al. [24] werden zwei Interventionstypen unterschieden: arbeits- (verhältnisorientiert) und personenbezogene (verhaltensorientiert). Diese können jedoch kombiniert als Mischform auftreten, sodass in der vorliegenden Arbeit eine dritte Studiengruppe unterschieden wird, die der kombinierten Interventionen.

Entsprechend der Fragestellung werden burnout-relevante Interventionseffekte erfasst. Ein Effekt liegt dann vor, wenn die angewandte Intervention sich auf eine der Subskalen positiv, d.h. signifikant gesundheitsfördernd auswirkt. In diesem Zusammenhang liegt eine statistisch signifikante Reduktion in den Subskalen des Maslach Burnout Inventory (MBI) *Emotionale Erschöpfung* (EE) oder *Depersonalisation* (DP) sowie in der Subskala *Persönliche Leistungsfähigkeit* (PA) eine signifikante Erhöhung der Werte vor.

Ein bedeutender Effekt wird mit dem Vermerk Plus [+] bzw. kein Effekt mit Minus [-] gekennzeichnet. Effekte auf Burnout werden ferner gemäß Marine et al. [24] klassifiziert in kurzfristig (bis zu einem Monat), mittelfristig (von einem Monat bis zu einem Jahr) und langfristig (über ein Jahr). Studien, die mit ihrer Intervention einen Effekt auf mindestens eine der Burnout-Dimension erzielen, werden in der vorliegenden Untersuchung näher aufgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 404 Studien identifiziert, darunter drei Reviews zu Burnout bei Beschäftigten im Gesundheitswesen [7, 24, 33]. Weitere drei Artikel wurden über die Sekundärsuche hinzugefügt. Vierundzwanzig Abstracts erfüllten die Einschlusskriterien und wurden als Volltextversion gesichtet. Nach der Volltextsichtung wurden weitere neun Studien ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Somit werden in der vorliegenden systematischen Literaturanalyse 15 Studien berücksichtigt.

Abb. 1 Flowchart der Studienauswahl einfügen

Der Interventionsschwerpunkt der eingeschlossenen Studien liegt bei 14 von 15 Studien im Bereich der psychogeriatrischen Pflege (13 davon in der speziellen Betreuung von Patienten mit Demenz). Lediglich in einer Studie findet die Intervention im Kontext der Altenpflege im Allgemeinen statt. Von den berücksichtigten Studien haben neun ein randomisiertes kontrolliertes Design, jeweils zwei ein quasiexperimentelles und quasi-experimentelles Prä-

Post-Design sowie jeweils eine Studie ein Prä-Post- und ein vergleichendes Längsschnittdesign (Tab. 2 im Anhang).

Eingesetzte Erhebungsinstrumente zur Messung von Burnout

Als Erhebungsinstrument zur Messung von Burnout wird am häufigsten der MBI verwendet (n=13). Allerdings sind die dargestellten Werte in den einzelnen Studien nur bedingt vergleichbar, da unterschiedliche Auflagen des MBI sowie uneinheitliche Skalierungen verwendet werden. In lediglich zwei Studien kommen andere Erhebungsinstrumente als das MBI zur Anwendung: das Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistern (BHD-System) nach Hacker [16] und die Messung der Beanspruchung nach Goldberg und Hillier [13]. Insgesamt weisen nur vier von 15 Studien ein Erfassungsinstrument in einheitlicher Ausführung auf (Tab. 1).

Aufgrund der konzeptionellen Unterschiedlichkeit der Interventionen in den eingeschlossenen Studien werden die einzelnen Studien mit Effekten auf das Outcome Burnout, gruppiert nach ihrem Interventionsansatz aufgeführt. In sechs von 15 untersuchten Studien zeigen sich gesundheitsfördernde Effekte hinsichtlich der gemessenen Burnout-Werte bei den Beschäftigten [2, 10, 14, 23, 31, 32]. Unter den Studien (n=6), die einen statistisch signifikanten Effekt hinsichtlich Burnout erzielen, weisen drei einen personenbezogenen [14, 23, 31], zwei einen arbeitsbezogenen [2, 10] und eine einen kombinierten Interventionsansatz [32] auf.

*** Tabelle 1 einfügen***

Zusammenfassung der Studienergebnisse mit einem arbeitsbezogenen Interventionsansatz

1. Schmerz-Assessment in der Betreuung Demenzkranker (PACSLAC) [10]

Die Implementierung eines standardisierten systematischen Schmerz-Assessments führt hypothesenkonform zu einer vermehrten Vergabe von Schmerzmitteln an Klienten mit Demenz. Die Autoren weisen mittels linearer Regressionsanalyse eine signifikante Abnahme der Mittelwerte in der Subskala „*Emotionale Erschöpfung*“ zugunsten der Interventionsgruppe im Gruppenvergleich nach ($p < 0,03$). Ebenso berichten Interventionsteilnehmer über einen allgemeinen Rückgang des berufsbedingten *Stresses* (*Nursing-Stress-Skala*).

2. Kognitives Rehabilitationsprogramm (CR) und Beschäftigungstherapie (OT) für Klienten mit Demenz [2]

Das kontinuierliche Bewegungs- und Beschäftigungsangebot (CR und OT) für die an Demenz erkrankten Klienten über den Zeitraum eines Jahres zeigt signifikante Effekte in den *Klienten-Outcomes*. Die Verbesserung der Lebensqualität der demenzkranken Klienten wirkt sich auf ihr Verhalten positiv aus. Die auf Verhältnisse ausgerichtete Intervention zeigt in den mitarbeiterrelevanten Outcomes (alle Subskalen des MBI) signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (12 Monate): Emotionale Erschöpfung t0 MW=13,3(7,2), t1 MW=9,2(5,8), $p < 0,018$; Depersonalisation t0 MW=5,5(4,2), t1 MW=2,2(3,3), $p < 0,006$; Persönliche Leistungsfähigkeit t0 MW=36,1(8,5), t1 MW=40(8,4), $p < 0,010$.

Zusammenfassung der Studienergebnisse mit einem personenbezogenen Interventionsansatz

1. Kommunikationstraining in der Betreuung von Klienten mit Demenz [15]

Im Vergleich zu den Kontrollen werden statistisch signifikante Effekte im kombinierten Kommunikationstraining mit Demenzkranken und mit Kollegen erzielt. Die psychische Beanspruchung der Teilnehmer reduziert sich signifikant. Diese Effekte zeigen sich in den Beanspruchungs-Subskalen „*Emotionale Erschöpfung*“ $F(1/24)=5,33$, $p < 0,05$, „*Intrinsische Motivierung*“ $F(1/24)=6,62$, $p < 0,05$ und „*Arbeits(un)zufriedenheit*“ $F(1/24)=5,67$, $p < 0,05$. Ebenfalls positive Effekte gibt es im Hinblick auf die soziale Kompetenz der Mitarbeiter. Dabei ist hervorzuheben, dass die soziale Kompetenz mit der psychischen Beanspruchung signifikant negativ korreliert. Zeitgleich lassen sich Zusammenhänge zwischen der sozialen Kompetenz des Pflegepersonals und der Lebensqualität demenzkranker Klienten bestätigen. Die „*Lebensqualität*“ und deren Subskalen „*Kommunikationsfähigkeit*“ und „*Bewegung*“ nehmen im Trainingsverlauf bei den Klienten signifikant zu.

2. Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining [23]

Obwohl die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollengruppe signifikant höhere Burnout-Werte in der Burnout-Subskala „*Emotionale Erschöpfung*“ im Prä-Training aufweist, kommt es im Verlauf der Intervention zu einer statistisch signifikanten Abnahme der Mittelwerte, in der Kontrollgruppe hingegen zu einem Anstieg (Interventionsgruppe: t0 MW=26,38, SD 10,43/ t1 MW=20,67, SD 10,39; Kontrollgruppe: t0 MW=16,15, SD 8,76/ t1 MW=17,23, SD 10,62).

Der Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit ist statistisch signifikant ($F=4.96$, $p<0.05$). In der Subskala „*Depersonalisation*“ bleiben in der Trainingsgruppe die Mittelwerte weitestgehend unverändert, in der Kontrollgruppe steigen sie signifikant an (Interventionsgruppe: t_0 $MW=4,75$, $SD 4,49$ / t_1 $MW=4,80$, $SD 4,43$; Kontrollgruppe: t_0 $MW=3,42$, $SD 5,12$ / t_1 $MW=5,00$, $SD 5,89$; $F=4,88$, $p<0,05$). Im Prä-Post-Vergleich zeigt sich in der Trainingsgruppe ein Effekt in der Subskala „*Persönliche Leistungsfähigkeit*“, der knapp das Signifikanzniveau verfehlt. Signifikante Effekte gibt es ebenfalls bei den Outcomes „*Lebenszufriedenheit*“ und „*Entspannung*“.

3. Selbstwirksamkeitstraining in der Betreuung von Demenzkranken [22]

Interventionsteilnehmer weisen nach der Intervention einen statistisch signifikant höheren Selbstwirksamkeitslevel auf als Mitarbeiter aus der Kontrollgruppe. Auf das Outcome Burnout gibt es lediglich einen kurzfristigen gesundheitsfördernden Effekt in der Interventionsgruppe in der Subskala „*persönliche Leistungsfähigkeit*“. Dieser lässt sich jedoch nach drei Monaten nicht mehr nachweisen.

4. Emotionsorientierte Pflege für kognitiv eingeschränkte Menschen [31]

In der Burnout-Subskala „*Persönliche Leistungsfähigkeit*“ zeigt sich nach der Intervention ein signifikant gesundheitsfördernder Effekt in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p<0,05$). Weitere positive Effekte lassen sich bei der Arbeitszufriedenheit beobachten. Obwohl die Intervention von den Mitarbeitern positiv bewertet wird, werden in den Altenpflegeeinrichtungen elf Monate nach Beginn der Intervention keine Unterschiede in der Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonal und Klienten mit Demenz im Gruppenvergleich festgestellt.

Ergebnisse der Studien mit kombiniertem Interventionsansatz

1. Multisensorische Pflege Snoezelen [32]

Snoezelen wird als ein multisensorischer Therapie-Ansatz beschrieben, in dem Menschen mit eingeschränkten kognitiven Funktionen in einer positiven und möglichst stressfreien Umgebung in ihren Funktionen gefördert werden [5]. Die Snoezelen-Intervention hat Effekte auf die Burnout-Subskala „*Emotionale Erschöpfung*“: Es kommt zu einer statistisch signifikanten Abnahme der gemessenen Werte in der Trainingsgruppe im Vergleich zur

Kontrollgruppe (Chi Quadrat 6,52, df 1, $p < 0,01$). Ebenso gibt es signifikant positive Effekte zugunsten der Trainingsgruppe in den Skalen „*Stressreaktion*“ und „*Arbeitszufriedenheit*“. Ein weiterer begünstigender Effekt ist die Abnahme des subjektiv empfundenen Zeitdrucks bei der Arbeit. Die *wahrgenommenen Probleme* können durch Trainingseinheiten positiv beeinflusst werden, indem der Mangel an Selbstvertrauen und Unsicherheiten in der Pflege verringert wird. Pflegende, die auf Stationen arbeiten, in denen Snoezelen in die 24-Stundenpflege integriert wird, erleben weniger Stressreaktionen und weisen eine niedrigere „*Emotionale Erschöpfung*“ auf. Im Vergleich zu den Kollegen in der Kontrollgruppe sind die Beschäftigten in Snoezelen-Einrichtungen zufriedener mit der Qualität der Pflege und mit der Interaktion mit den Demenzkranken. In einer parallel hierzu durchgeführten Auswertung hinsichtlich der Auswirkungen von Snoezelen auf die Klienten wiesen die Autoren positive Effekte auf das Verhalten und auf die Lebensqualität der Demenzerkrankten nach.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit bietet eine Übersicht der Interventionsstudien zu Burnout im Setting der Alten- und geriatrischen Langzeitpflege für den Zeitraum von 2000 bis 2010. Positiv hervorzuheben ist die überraschend hohe Anzahl hochwertiger Studien. Die vorliegenden Veröffentlichungen lassen jedoch nur bedingt einen Vergleich der erzielten Effekte zu. Zum einen unterscheiden sich die Studien in ihren konzeptionellen Ansätzen (Design, Teilnehmerzahl, Teilnehmergruppe) und zum anderen in der Anwendung der eingesetzten Erhebungsinstrumente. Obwohl 13 der eingeschlossenen 15 Studien das MBI verwenden, ist ein Vergleich aufgrund der heterogenen Verwendung des Instruments nur bedingt möglich.

Die Notwendigkeit, den steigenden psychogeriatrischen Anforderungen in der Altenpflege gerecht zu werden [1, 15, 20, 31, 32], spiegelt sich im gewählten Setting der Interventionen wieder. Von 15 Studien finden 14 Interventionen in der psychogeriatrischen Pflege ihre Anwendung. In neun der eingeschlossenen Studien lassen sich keine gesundheitsfördernden Effekte auf das Outcome Burnout nachweisen. Sechs der 15 Studien weisen jedoch statistisch signifikante Effekte auf [2, 10, 15, 23, 31, 32].

Als Interventionsmaßnahme zur Vorbeugung von berufsbedingtem Burnout bei professionell Pflegenden in der stationären Alten- und geriatrischen Langzeitpflege hat die gezielte Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken in fünf Studien statistisch signifikante positive Effekte auf das Outcome Burnout [10, 15, 23, 31, 32] erzielt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Studie von Fuchs-Lacelle et al. [10]. Obwohl die Mitarbeiter keine Schulung im Umgang mit Demenzkranken im Allgemeinen,

sondern lediglich eine Einführung in standardisierte, systematische Schmerzerfassung erhielten, wirkt sich diese Maßnahme auf ihr Stresserleben im Berufsalltag positiv aus (insbesondere in den Bereichen „inadäquate Vorbereitung“, „mangelnde Unterstützung“ und „(Be)Handlungs-Unsicherheiten“). Van Wyk et al. [33] gehen in ihrem Cochrane-Review auf den Aspekt der sozialen Unterstützung der Mitarbeiter, vor allem durch das Management ein und verdeutlichen die Wichtigkeit von Schulungsmaßnahmen. Effekte auf Burnout werden anhand der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ in den eingeschlossenen Studien bis 2008 bei Beschäftigten im Gesundheitswesen untersucht. Im Unterscheid zu der vorliegenden Untersuchung stellen die Autoren keine Effekte auf Burnout bei Mackenzie et al. [23] fest. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass lediglich die Mittelwerte der Postbefragung zwischen den untersuchten Gruppen (Differenz von 3,4 Punkten) berücksichtigt werden. Somit werden die unterschiedlichen Ausgangswerte beider Gruppen vernachlässigt, was zu einer Unterschätzung des Effekts führt. Die Mittelwerte in der Kontrollgruppe (MW 16,15) waren deutlich niedriger zu t0 als in der Interventionsgruppe (MW 26,38), diese wiesen einen um 10 Punkte höheren Mittelwert auf. Betrachtet man aber die Mittelwertentwicklung zwischen t0 und t1, so lassen sich signifikante Effekte zugunsten der Trainingsgruppe nachweisen. Edwards & Burnard [7] beschreiben in ihrem Review, dass u.a. die mangelnde Zeit für den Klienten-Kontakt mit einem hohen Level an Stress bei Beschäftigten im Gesundheitswesen assoziiert ist. Sie untersuchen ferner die Wirksamkeit von Interventionen zum Umgang mit Stress. Eine gezielte Untersuchung auf das Outcome Burnout zeigt, dass in drei der eingeschlossenen Studien (n=6) burnout-reduzierende Effekte für das Pflegepersonal in der (forensischen) Psychiatrie erzielt werden (Stressmanagement-Schulungen in Verbindung mit Entspannungsübungen, Qualifizierungsschulungen der Mitarbeiter sowie psychosoziale Trainingseinheiten). Marine et al. [24] untersuchen die Effektivität von Interventionsmaßnahmen zur Stressreduktion bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und stellen sowohl Effekte durch Interventionen mit personenbezogenen als auch mit arbeitsbezogenen Ansätzen fest. Sie haben herausgearbeitet, dass (reduzierende) Effekte auf Burnout sich am besten in einem Zeitraum von sechs Monaten bis zu zwei Jahren nach der Intervention nachweisen lassen.

In diversen Studien wird auf die Verbesserung der Lebensqualität der Klienten durch die Intervention hingewiesen [2, 6, 15, 30-32], in einigen Studien finden sich dazu keine Angaben im Ergebnisbericht [10, 22, 23, 29, 38]. Obwohl Fuchs-Lacelle et al. [10] mit der Einführung einer systematischen und standardisierten Schmerzerfassung indirekt Effekte auf die Burnout-Symptomatik der Mitarbeiter durch die Abnahme des herausfordernden Verhaltens der Klienten erwarten, nehmen sie im Ergebnisbericht dazu keine Stellung. Baldelli et al. [2] untersuchen ebenfalls einen rein arbeitsbezogenen Interventionsansatz.

Burnout-reduzierende Effekte lassen sich auch hier bei den Mitarbeitern nachweisen, obwohl diese keine Intervention erfahren. Klienten-Outcomes und psychologische Outcomes bei den Mitarbeitern interagieren möglicherweise in beiden Studien signifikant. Allerdings bleibt der Nachweis bei Fuchs-Lacelle und Kollegen aus und bei Baldelli et al. [2] müssen Limitationen im Studiendesign berücksichtigt werden (keine Kontrollgruppe, kleine Studienpopulation). Van Weert et al. [32] sprechen in diesem Zusammenhang von einer möglichen starken Interaktion der Faktoren wie Arbeitsbelastung, Klienten-Outcomes und psychologische Outcomes (Stressreaktionen, Arbeitszufriedenheit und Burnout) bei den Mitarbeitern. Die hohen quantitativen und qualitativen Anforderungen in der psychogeriatrischen Pflege [28] können von den Mitarbeitern ohne das erforderliche Fachwissen nicht erfüllt werden. Haberstroh et al. [15] wiesen in diesem Zusammenhang negative Korrelationen zwischen der beruflichen sozialen Kompetenz und der psychischen Beanspruchung des Pflegepersonals nach.

Kurzfristige [22] Effekte auf das Outcome Burnout zeigen sich in einer weiteren Studie, die sich in der Folgemessung jedoch nicht bestätigen lassen. Um die erzielten Effekte zu erhalten, sprechen sich die Autoren für einen kontinuierlichen Ansatz aus.

Keinen linearen Einfluss auf das Outcome Burnout haben gezielte Maßnahmen zur Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken bei Fritsch et al. [9], Robison et al. [30], Kuske et al. [20], Davison et al. [6], Visser et al. [34], Jensen et al. [17], Mackenzie & Peragine [22], Zimmer et al. [38] sowie Richardson et al. [29]. Als mögliche Ursachen werden die mangelnde organisatorische Ausrichtung der Trainingseinheiten auf die Teilnehmer [30, 38], Mangel an objektiven Messinstrumenten zwecks optimaler Steuerung der Interventions-Implementierung [17], die zu geringe Teilnehmerzahl in der jeweiligen Einrichtung [6, 22, 34], fehlende Evaluation auf administrativer Ebene im Sinne der Nachhaltigkeit [30, 38], fehlender kontinuierlicher Support der Mitarbeiter [6, 20, 22, 38], Mangel an Zeit in der Pflege [20], starre Arbeitsbedingungen [20], inadäquate Klienten-Pflegekraft-Quote, zu hohes Arbeitsaufkommen [6] und unzureichende Ausstattung der Einrichtungen, wie räumliche Enge, Mangel an Hilfs- und Transportmittel [17], genannt.

Eine zentrale Rolle als mögliche hemmende Ursache (Barriers to Change), weshalb Trainingseffekte nicht in eine Verhaltensänderung bei den Beschäftigten münden, kommt der Organisation selbst zu [6, 31, 34, 38]. Als wichtigster Faktor wird die fehlende Unterstützung auf Managementebene genannt [6, 34, 38], die einen direkten Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Interventionen, die zeitlichen und räumlichen Ressourcen der Mitarbeiter und deren Arbeitsbedingungen hat.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Interventionen im Setting der Demenzpflege mit positiven Effekten auf die Klienten-Outcomes [2, 15, 32] ebenfalls positive Ergebnisse auf das Outcome Burnout bei den Beschäftigten in der Pflege erzielen. Obwohl nur wenige Interventionen einen positiven Effekt auf Burnout erzielen, scheinen Maßnahmen zur Qualifizierung der Mitarbeiter, aber auch zur Verbesserung der Klienten-Outcomes, potenziell geeignet, Burnout beim Pflegepersonal zu verringern, bzw. zu vermeiden.

Die gezielte Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken ist ein entscheidender Faktor für die Qualität der Pflege [20, 33] und für die Lebensqualität der Klienten [15, 33]. Im Sinne der Nachhaltigkeit von Trainingseffekten ist ein kontinuierlicher Ansatz mit Einbindung des Managements wichtig. Um regelmäßige Auffrischungen der Inhalte zu gewährleisten, können Mitarbeiter-Qualifizierungsmaßnahmen in laufende Maßnahmen eingebunden werden [38]. Eine umfassende Untersuchung der Wirkzusammenhänge zwischen Burnout und anderen Faktoren, wie z.B. Klienten-Outcomes und Pflegefachlichkeit (berufliche soziale Kompetenz) der Beschäftigten, ist wünschenswert. Wichtige Voraussetzung für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist eine einheitliche und international anerkannte Definition von Burnout [19] sowie die Verwendung einheitlicher Erhebungsinstrumente. Ebenso wünschenswert sind weitere Längsschnittstudien mit geeigneter Populationsgröße und ausreichend langen Untersuchungsperioden.

Literatur

1. Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generationen in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. (Berlin)
2. Baldelli M.V.; Fabbo A.; Costopoulos C.; Carbone G.; Gatti R.; Zucchi P. (2004): Is it possible to reduce job burnout of the health care staff working with demented patients? In: Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl (9), 51-56
3. Borritz M.; Rugulies R.; Bjorner J.B.; Villadsen E.; Mikkelsen O.A.; Kristensen T.S. (2006): Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. In: Scandinavian Journal of Public Health 34 (1), 49-58
4. Camerino D.; Conway P.M.; Van der Heijden B.I.; Estry-Behar M.; Consonni D.; Gould D.; Hasselhorn H.M. (2006): Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. In: Journal of Advanced Nursing 56 (5), 542-552
5. Chung J.C.; Lai C.K.; Chung P.M.; French H.P. (2002): Snoezelen for dementia. In: Cochrane. Database. Syst. Rev. (4), CD003152
6. Davison T.E.; McCabe M.P.; Visser S.; Hudgson C.; Buchanan G.; George K. (2007): Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. In: International journal of geriatric psychiatry 22 (9), 868-873
7. Edwards D.; Burnard P.; Owen M.; Hannigan B.; Fothergill A.; Coyle D. (2003): A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. In: J Psychiatr. Ment. Health Nurs. 10 (3), 370-371
8. Evers W.; Tomic W.; Brouwers A. (2002): Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. In: Int. J. Ment. Health Nurs. 11 (1), 2-9
9. Fritsch T.; Kwak J.; Grant S.; Lang J.; Montgomery R.R.; Basting A.D. (2009): Impact of TimeSlips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. In: The Gerontologist 49 (1), 117-127

10. Fuchs-Lacelle S.; Hadjistavropoulos T.; Lix L. (2008): Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. In: Clin. J Pain 24 (8), 697-707
11. Gandoy-Crego M.; Clemente M.; Mayan-Santos J.M.; Espinosa P. (2009): Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. In: Arch. Gerontol. Geriatr. 48 (2), 246-249
12. Glaser J.; Lampert B.; Weigl M. (2008): Arbeit in der stationären Altenpflege - Analyse und Förderungen von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.), (Dortmund, Berlin, Dresden) Wirtschaftsverlag NW - Verlag für neue Wissenschaft
13. Goldberg D.P.; Hillier V.F. (1979): A scaled version of the General Health Questionnaire. In: Psychol. Med. 9 (1), 139-145
14. Haberstroh J.; Hampel H.; Pantel J. (2010): Optimal management of Alzheimer's disease patients: Clinical guidelines and family advice. In: Neuropsychiatr. Dis. Treat. 6243-253
15. Haberstroh J.; Neumeyer K.; Schmitz B.; Pantel J. (2009): Development and evaluation of a training program for nursing home professionals to improve communication in dementia care. In: Z Gerontol. Geriatr. 42 (2), 108-116
16. Hacker W.; Reinhold S.; Darm A.; Hübner I.; Wollenberger E. (1995): Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System). Hacker W.; Reinhold S.; Darm A.; Hübner I.; Wollenberger E. (Hrsg.), (Dresden) TU Dresden
17. Jensen L.D.; Gonge H.; Jörs E.; Ryom P.; Foldspang A.; Christensen M.; Vesterdorf A.; Bonde J.P. (2006): Prevention of Low Back Pain in Female Eldercare Workers: Randomized Controlled Work Site Trial. In: Spine 31 (16), 1761-1769
18. Jenull B.; Brunner E.; Ofner M.; Mayr M. (2008): Burnout and coping in long term care units. A regional comparison in registered nurses. In: Pflege 21 (1), 16-24
19. Korczak D.; Kister C.; Huber B. (2010): Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI) (Hrsg.), (Köln)
20. Kuske B.; Luck T.; Hanns S.; Matschinger H.; Angermeyer M.C.; Behrens J.; Riedel-Heller S.G. (2009): Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of

- a training program for nursing home staff in Germany. In: *Int. Psychogeriatr.* 21 (2), 295-308
21. Lewis R.; Yarker J.; Donaldson-Feilder E.; Flaxman P.; Munir F. (2010): Using a competency-based approach to identify the management behaviours required to manage workplace stress in nursing: a critical incident study. In: *Int J Nurs. Stud.* 47 (3), 307-313
 22. Mackenzie C.S.; Peragine G. (2003): Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. In: *Am. J. Alzheimers. Dis. Other Demen.* 18 (5), 291-299
 23. Mackenzie C.S.; Poulin P.A.; Seidman-Carlson R. (2006): A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. In: *Appl. Nurs. Res* 19 (2), 105-109
 24. Marine A.; Ruotsalainen J.; Serra C.; Verbeek J. (2006): Preventing occupational stress in healthcare workers. In: *Cochrane. Database. Syst. Rev.* (4), CD002892
 25. Maslach C.; Schaufeli W.B.; Leiter M.P. (2001): Job burnout. In: *Annual Review of Psychology* 52397-422
 26. McHugh M.D.; Kutney-Lee A.; Cimiotti J.P.; Sloane D.M.; Aiken L.H. (2011): Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. In: *Health Aff. (Millwood.)* 30 (2), 202-210
 27. Narumoto J.; Nakamura K.; Kitabayashi Y.; Shibata K.; Nakamae T.; Fukui K. (2008): Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. In: *Psychiatry Clin. Neurosci.* 62 (2), 174-176
 28. Opie J.; Doyle C.; O'Connor D.W. (2002): Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. In: *Int J Geriatr. Psychiatry* 17 (1), 6-13
 29. Richardson B.; Kitchen G.; Livingston G. (2002): The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. In: *Age and ageing* 31 (5), 335-341
 30. Robison J.; Curry L.; Gruman C.; Porter M.; Henderson C.R., Jr.; Pillemer K. (2007): Partners in caregiving in a special care environment: cooperative communication between staff and families on dementia units. In: *The Gerontologist* 47 (4), 504-515

31. Schrijnemaekers V.J.; van Rossum E.; Candel M.J.; Frederiks C.M.; Derix M.M.; Sielhorst H.; van den Brandt P.A. (2003): Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. In: J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci. 58 (1), S50-S57
32. van Weert J.C.; van Dulmen A.M.; Spreeuwenberg P.M.; Bensing J.M.; Ribbe M.W. (2005): The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. In: Int. Psychogeriatr. 17 (3), 407-427
33. van Wyk B.E.; Pillay-Van W., V. (2010): Preventive staff-support interventions for health workers. In: Cochrane. Database. Syst. Rev. 3CD003541
34. Visser S.M.; McCabe M.P.; Hudgson C.; Buchanan G.; Davison T.E.; George K. (2008): Managing behavioural symptoms of dementia: effectiveness of staff education and peer support. In: Aging Ment. Health 12 (1), 47-55
35. von Känel R. (2008): [The burnout syndrome: a medical perspective]. In: Praxis. (Bern. 1994.) 97 (9), 477-487
36. Weyerer S.; Schaufele M.; Schrag A.; Zimmer A. (2004): Dementia disorders, behavior problems and the care of clients in geriatric day-care compared to residents in homes for the elderly: a cross-sectional study in eight communities in Baden. In: Psychiatr. Prax 31 (7), 339-345
37. Zimmer A. (1998): Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31 (6), 417-425
38. Zimmer A.; Rudolf A.; Teufel S. (2001): Reducing work stress in geriatric care: a training program for nursing team and administrators. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (5), 401-407

Tabelle 1: Interventionseffekte

		Intervention		Effekte auf das Outcome Burnout beim Pflegepersonal	
Studie/Jahr	Instrument	Beschreibung	+ -	Beschreibung	
Arbeitsbezogene Intervention					
[10] 2008	MBI 1981, 1997 22 Items	Schmerz-Assessment in der Betreuung Demenzkranker (PACSLAC)	+ ii		Signifikanter Effekt ¹ in der IG in der Subskala EE
[2] 2004	MBI 1986, 1993 22 Items	Beschäftigungstherapie und kognitives Rehabilitations- programm für Klienten mit Demenz	+ ii		Signifikante Effekte ² in EE, DP und PA
Personenbezogene Intervention					
[20] 2009	MBI-D 2003 21 Items	Mitarbeiter-Training zur Interaktionsverbesserung zwischen Pflegepersonal und Klienten mit Demenz	-		Kein Effekt
[15] 2009	BHD 1999	Kommunikationstraining: Probleme und Strategien in der Kommunikation mit demenzkranken Menschen (Training 1) und mit Kollegen (Training 2).	+ i		Signifikante Effekte ¹ in der kombinierten IG: „Emotionale Erschöpfung“, „Intrinsische Motivierung“ und „Arbeits(un)zufriedenheit“
[6] 2007	MBI 1996 22 Items	Training im Umgang mit dementiellen Verhaltensveränderungen und Peer Support	-		Kein Effekt
[34] 2008	MBI 1996 22 Items	Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Demenz- Symptomen und Peer-Support	-		Kein Effekt
[23] 2006	MBI 1996 22 Items	Stressreduktion durch Achtsamkeitstraining	+ i		Signifikante Effekte ^{1, 2} in der IG in den Subskalen EE und DP
[17] 2006	MBI 1986 22 Items	Ergonomische und psychosoziale Schulung der Mitarbeiter	-		Kein Effekt
[22] 2003	MBI 1996 22 Items	Selbstwirksamkeitstraining in der Betreuung von Klienten mit Demenz	- (i)		signifikanter Effekt ¹ in IG in der Subskala EE direkt nach Intervention, kein Effekt nach drei Monaten
[31] 2003	MBI-NL 1994, 1993 20 Items	Emotionsorientierte Pflege für kognitiv eingeschränkte ältere Menschen	+ ii		Signifikanter Effekt ¹ in der IG in der Burnout-Subskala PA
[29] 2002	MBI 1981 22 Items	Mitarbeiter-Schulung zum Management von Übergriffen des Pflegepersonals auf ältere Menschen	-		Kein Effekt
[38] 2001	BHD 1995, GHQ 1979	Kommunikation mit Klienten mit Demenz, Umgang mit Stress, Kommunikation und Führung	-		Kein Effekt
Kombinierte Intervention					
[9] 2009	MBI 1996 22 Items	Time Slips (TS): aktivierendes kreatives Ausdrucksprogramm	-		Kein Effekt

[30] 2007	MBI 1982, nur DP, 11 Items	Kommunikations- und Konfliktlösungstraining für Mitarbeiter und Angehörige von Klienten mit Demenz	-	Kein Effekt
[32] 2005	MBI-NL 1993, 1994, 1995, 2000 20 Items	Snoezelen	+ iii	Signifikanter Effekt ¹ in der IG in der Subskala EE

+ Effekt - kein Effekt¹ Im Vergleich zu den Kontrollen² Im Prä-Post-Vergleich EE Emotionale Erschöpfung DP Depersonalisation PA Persönliche Leistungsfähigkeit
i kurzfristig ii mittelfristig iii langfristig () Effekt in Folgemessung nicht feststellbar IG Interventionsgruppe KG Kontrollgruppe