



# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Burnout, gesundheitsbezogene Lebensqualität und die  
Auswirkungen von Copingmechanismen“

verfasst von / submitted by

Lina Ananda Elkner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch



# Inhalt

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Zusammenfassung .....                                                              | 4  |
| Abstract .....                                                                     | 5  |
| 1 Einleitung .....                                                                 | 6  |
| 2 Theoretischer Hintergrund .....                                                  | 7  |
| 2.1 Burnout .....                                                                  | 7  |
| 2.1.1 Begriffsentstehung .....                                                     | 7  |
| 2.1.2 Definitionsversuche .....                                                    | 9  |
| 2.1.3 Differentialdiagnostik und Epidemiologie .....                               | 11 |
| 2.2 Burnout und gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                           | 12 |
| 2.2.1 Definition Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                          | 12 |
| 2.2.2 Zusammenhänge zwischen Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität ..... | 13 |
| 2.2.3 Burnout als Risikofaktor für die Gesundheit .....                            | 14 |
| 2.3 Burnout und Coping .....                                                       | 16 |
| 2.3.1 Coping und Unterscheidung verschiedener Copingstile .....                    | 16 |
| 2.3.2 Einführung in die Zusammenhänge von Burnout und Coping .....                 | 17 |
| 2.3.3 Problemorientiertes Coping und Burnout .....                                 | 18 |
| 2.3.4 Emotionsorientiertes Coping und Burnout .....                                | 19 |
| 2.3.5 Vermeidungsorientiertes Coping und Burnout .....                             | 21 |
| 2.4 Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                            | 22 |
| 2.4.1 Adaptives Coping und Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                | 22 |
| 2.4.2 Maladaptives Coping und Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....             | 24 |
| 2.5 Effekte des Alters und der Berufserfahrung auf Burnout .....                   | 26 |
| 2.5.1 Alter und Burnout .....                                                      | 27 |
| 2.5.2 Berufserfahrung und Burnout .....                                            | 28 |
| 3 Zielsetzung .....                                                                | 29 |
| 4 Methodik .....                                                                   | 29 |

|       |                                                                                                     |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1   | Stichprobe, Untersuchungsdurchführung und Studiendesign .....                                       | 29 |
| 4.2   | Untersuchungsinstrumente .....                                                                      | 30 |
| 4.3   | Demographischer Fragebogen .....                                                                    | 30 |
| 4.4   | BOSS – Burnout-Screening-Skalen I und II (Hagemann & Geuenich, 2014) .....                          | 30 |
| 4.5   | CISS – Coping Inventory for Stressful Situations (Endler & Parker, 1990; Kälin 1995a).....          | 31 |
| 4.6   | SF-36 – Short-Form-36 Health Survey (Bullinger & Kirchberger, 1998) .....                           | 32 |
| 5     | Fragestellungen und Hypothesen .....                                                                | 33 |
| 5.1   | Fragestellung 1: Burnout und Alter .....                                                            | 33 |
| 5.2   | Fragestellung 2: Burnout und Berufserfahrung .....                                                  | 33 |
| 5.3   | Fragestellung 3: Burnout und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....                                | 33 |
| 5.4   | Fragestellung 4: Burnout und Coping .....                                                           | 34 |
| 5.5   | Fragestellung 5: Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität .....                                | 34 |
| 5.6   | Fragestellung 6: Prädiktormodell für Burnout.....                                                   | 35 |
| 5.7   | Fragestellung 7: Mediationsanalyse zu Burnout, Coping und gesundheitsbezogener Lebensqualität ..... | 35 |
| 6     | Statistische Auswertung .....                                                                       | 36 |
| 6.1   | Angewandte Verfahren.....                                                                           | 36 |
| 7     | Ergebnisdarstellung.....                                                                            | 37 |
| 7.1   | Demographische Variablen .....                                                                      | 37 |
| 7.2   | Hypothesenüberprüfung .....                                                                         | 39 |
| 7.2.1 | Fragestellung Alter .....                                                                           | 39 |
| 7.2.2 | Fragestellung Berufserfahrung.....                                                                  | 40 |
| 7.2.3 | Fragestellung Burnout und Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....                                   | 41 |
| 7.2.4 | Fragestellung Burnout und Coping .....                                                              | 41 |
| 7.2.5 | Fragestellung gesundheitsbezogene Lebensqualität und Coping.....                                    | 44 |
| 7.2.6 | Fragestellung Regression .....                                                                      | 45 |
| 7.2.7 | Fragestellung Mediation.....                                                                        | 48 |

|     |                                 |    |
|-----|---------------------------------|----|
| 8   | Diskussion .....                | 49 |
| 8.1 | Ausblick und Limitationen ..... | 56 |
| 8.2 | Resümee.....                    | 57 |
| 9   | Literatur .....                 | 58 |
| 10  | Abbildungsverzeichnis .....     | 64 |
| 11  | Tabellenverzeichnis.....        | 65 |

## Zusammenfassung

**Hintergrund.** Burnout ist ein wichtiges, präsentes und viel diskutiertes Thema. Es kann schwere Folgen für die Gesundheit, die Bewältigung von Aufgaben und den eigenen Lebensstil haben. Ein wichtiger Risikofaktor, der mit Burnout einhergeht, ist die verringerte gesundheitsbezogene Lebensqualität. Burnout kann entstehen, wenn ineffektive Copingstrategien angewendet werden und der Versuch scheitert, sich vor arbeitsbezogenen Stress zu schützen. Ziel dieser Untersuchung war es, Burnout in Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Copingmechanismen und den demographischen Variablen Alter und Berufserfahrung zu untersuchen. **Methodik.** Die Stichprobe umfasste 378 arbeitende Personen in Berufen mit potenziell hoher Stressbelastung im deutschsprachigen Raum. Das Design dieser Studie war eine quantitative Querschnittsuntersuchung, und die Fragebögen wurden im Papier-Bleistift-Format vorgegeben. Für die Erhebung wurden die Burnout-Screening-Skalen (BOSS I und II), die Short-Form-36 Health Survey und der Coping Inventory for Stressful Situations eingesetzt. **Ergebnisse.** Aus den Ergebnissen geht hervor, dass ein starker Zusammenhang zwischen Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität besteht. Außerdem zeigte sich, dass emotionsorientiertes Coping einen negativen Einfluss auf Burnout und gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Aufgabenorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping ergaben dagegen teilweise positive Effekte, nämlich auf reduzierte Burnout-Scores und auf höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Keine Ergebnisse zeigten sich, wider Erwarten, im Zusammenhang mit vermeidungsorientiertem Coping. Ebenso veränderte Coping als Mediatorvariable den Zusammenhang zwischen Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität nur partiell. **Schlussfolgerung.** In Folge dieser Untersuchung zeigte sich, dass emotionsorientiertes Coping einen Risikofaktor für Burnout darstellt und aufgabenorientiertes Coping, sozial-ablenkungsorientiertes Coping und eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität als Schutzfaktoren vor Burnout fungieren. Ein Vorteil dieser Studie war die heterogene Verteilung der Stichprobe in Hinblick auf die Berufsfelder. Kritisch für die Analyse ist zu sehen, dass die Stichprobe nur mäßige Werte bei der Burnoutgefährdung aufwies. In Zukunft wäre es wünschenswert diese Zusammenhänge auch in einer längsschnittlichen Untersuchung zu überprüfen.

*Schlagwörter: Burnout, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Coping, Alter, Berufserfahrung*

## Abstract

**Background.** Burnout is still an important, present and much discussed topic. It can have serious consequences for health, coping with tasks and one's own lifestyle. An important risk factor associated with burnout is reduced health-related quality of life. Burnout can occur when people use ineffective coping strategies and fail to protect themselves from work-related stress. The aim of this study was to investigate burnout in relation to health-related quality of life, coping mechanisms and demographic variables such as age and work experience. **Method.** The sample comprised 378 people working in potentially stressful jobs in German-speaking countries. The design of this study was a quantitative cross-sectional study, the questionnaires were designed in paper-pencil format and the Burnout Screening Scales (BOSS I and II), the Short-Form-36 Health Survey and the Coping Inventory for Stressful Situations were used for the survey. **Results.** The results show that there is a strong correlation between burnout and health-related quality of life. It was also found that emotion-oriented coping has a negative impact on burnout and health-related quality of life. Positive effects resulted partly from problem-oriented and socially distraction-oriented coping on lower burnout values and a higher health-related quality of life. There were no results, against expectation, in connection with avoidance-oriented coping. Likewise, coping had no influence on the connection between burnout and health-related quality of life. **Conclusion.** It was found that emotion-oriented coping was a risk factor for burnout and problem-oriented coping, socially distraction-oriented coping and a high health-related quality of life were protective factors against burnout. An advantage of this study was the heterogeneous distribution of the sample with regard to the occupational fields. A limitation for the analysis is that the sample showed only moderate values with the burnout risk. In the future it would be desirable to examine these relationships also in a longitudinal investigation for burnout.

*Keywords: burnout, health-related quality of life, coping, age, work experience*

# 1 Einleitung

Acht Prozent der österreichischen Bevölkerung leiden an Burnout. Diese Ergebnisse gehen aus einer Prävalenzstudie zu Burnout aus dem Jahr 2017 hervor (Scheibenbogen, Andorfer, Kuderer, & Musalek, 2017). Burnout gilt jedoch nicht als psychische Erkrankung und wird nicht wie andere psychische Störungen im F-Kapitel des ICD-10-Manuales aufgeführt. Stattdessen ist es in der Z-Kategorie unter Z73 „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung – Z73.0 Burn-out-Syndrom“ wiederzufinden (Koch, Lehr, & Hillert, 2015). Dadurch bleibt einerseits bei der Vergabe der Diagnose viel Raum für Interpretation (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009), und andererseits hat das Burnout-Syndrom damit zwar Krankheitswert, aber es ist keine anerkannte somatische oder psychiatrische Krankheit (Von Känel, 2008). Dennoch vermittelt der Begriff Burnout ein ausdrucksstarkes Bild und erfüllt für Betroffene eine wichtige Kommunikationsmöglichkeit. Durch die Identifikation mit diesem Syndrom wird anderen die Botschaft überbracht, dass man leidet und dass dies im Zusammenhang mit der Arbeit steht (Koch et al., 2015).

Angaben zur Verbreitung von Burnout sind grundsätzlich mit Vorsicht zu genießen und schwer zu ermessen, da verbindliche diagnostische Kriterien fehlen. Solange das der Fall ist, gibt es keine konkreten reliablen Daten (Koch et al., 2015). In einer Burnout-Prävalenzstudie mit Repräsentativitätsanspruch versuchte man 2017 dennoch, epidemiologische Zahlen zu erfassen: wie oben erwähnt zeigte sich, dass in Österreich acht Prozent an Burnout erkrankt sind. Darüber hinaus befinden sich 17% in einem Übergangstadium zu Burnout, und 19% sind in einem problematischen Stadium mit erhöhtem Risiko, an Burnout zu erkranken. Es zeigt sich darüber hinaus, dass sich im Vergleich zum Jahr 2013 die Prävalenzwerte nicht verändert haben (Scheibenbogen et al., 2017). Da sich die Lage in den letzten sechs Jahren nicht verschlimmert hat, aber auch keine Besserung stattgefunden hat, weist dies auch auf die Relevanz dieses Themas hin. Trotz des großen Forschungsinteresses bleiben noch viele Fragen offen und Burnout ein wichtiges Thema für die Gesellschaft, aber auch für den Arbeitsmarkt und das Gesundheitswesen.

Im Zuge dieser Masterarbeit soll der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen Burnout auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat und wie unterschiedliche Copingmechanismen mit den beiden Konstrukten in Zusammenhang stehen. Darüber hinaus soll untersucht werden, welche Faktoren möglicherweise Risikofaktoren für Burnout darstellen und welche Rolle Alter und Berufserfahrung in Bezug auf Burnout spielen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 *Burnout*

#### 2.1.1 Begriffsentstehung

Der Begriff Burnout kommt aus dem Englischen – „burn-out“ – und bezieht sich metaphorisch auf „ausgebrannt sein“. Damit stehen Synonyme in Verbindung wie keine Energie mehr zu haben, niedergeschlagen, erdrückt oder erschöpft zu sein. Des Weiteren zeigt sich schon in der Vorstellung, etwas sei ausgebrannt, wie verheerend auch die Folgen beim Menschen sind (Koch et al., 2015).

Seit Mitte der 1970er Jahre wird der Begriff „Burnout“ in wissenschaftlichen Artikeln aufgegriffen und untersucht. Freudenberger beschrieb das Konstrukt erstmals, wobei er von sich selbst und seinen ArbeitskollegInnen berichtete, die nach Phasen von Überlastung psychische und physische Erschöpfungszustände sowie Reizbarkeit und zynisches Verhalten in Bezug auf ihr Klientel feststellten (Nil et al., 2010).

Interessant ist dabei, dass Freudenberger den Begriff aus der Perspektive der Betroffenen und nicht der ExpertInnen beschrieb. Er war auch der Meinung, dass die Beschreibung der Symptomatik nebensächlich sei, da diese bei jedem Betroffenen/jeder Betroffenen anders sein kann. Für ihn war viel mehr die Dynamik wichtig, in der sich die Problematik manifestiert. Nach eingehender Selbstanalyse kam er zu dem Schluss, dass Burnout ausschließlich die Folge von Überarbeitung im Beruf ist und nicht auf andere Störungen zurück zu führen ist (Koch et al., 2015).

Christina Maslach, eine sozialpsychologische Forscherin aus Kalifornien, beobachtete das Burnout-Phänomen parallel zu Freudenberger in Kalifornien. Sie interviewte Personen, die im Dienstleistungssektor tätig waren, um deren Copingstrategien zu untersuchen. Dabei stellte sie fest, dass sich die ArbeitnehmerInnen oft emotional erschöpft oder ausgelaugt fühlten und negative Gefühle gegenüber ihren KlientInnen entwickelten. Außerdem erlebten die TeilnehmerInnen eine Krise in Bezug auf ihre fachliche Kompetenz, da sie sich emotional instabil fühlten (Schaufeli et al., 2009).

Maslach und Leiter (2001) schreiben dazu:

Burnout ist ein Maßstab für die Diskrepanz zwischen dem Wesen eines Menschen und dem, was er in der Arbeit tun muss. Es stellt einen Verschleiß von Werten, Würde, Geist und Willen dar – einen Verschleiß der menschlichen Seele. Es ist eine Krankheit, die sich schrittweise und gleichmäßig über einen längeren Zeitraum hin

ausbreitet und die Menschen in einen Teufelskreis bringt, aus dem es nur schwer Entrinnen gibt. (S. 18)

Die AutorInnen weisen weiter auf die schweren Folgen von Burnout hin: „Es kann Ihrer Gesundheit, Ihrer Fähigkeit, Aufgaben zu meistern, und Ihrem persönlichen Lebensstil abträglich sein“ (Maslach & Leiter, 2001, S. 20).

Maslach entwickelte mit KollegInnen in weiterer Folge auch als Erste einen Fragebogen, das „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), um das multidimensionale Konstrukt Burnout zu erfassen. Ein wichtiges Kriterium war dabei, dass sich Burnout von einem Zustand der reinen Erschöpfung unterscheidet (Schaufeli et al., 2009). Burnout wird dabei über die drei Skalen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation/Zynismus“ und „verminderte subjektive Leistungsbewertung“ erhoben. Burnout wird auch häufig in Anlehnung an diese drei Dimensionen definiert (Nil et al., 2010). Unter der Dimension Erschöpfung versteht Maslach, dass Menschen sich emotional und physisch ausgelaugt fühlen und unfähig sind, sich zu erholen und neue Kräfte zu sammeln. Ihnen fehlt auch die Energie, um neue Projekte zu starten. Die Dimension Zynismus und Depersonalisation wird über die Haltung der Personen zu ihrer Arbeit und den Menschen, mit denen sie arbeiten, beschrieben. Diese ist kühl und distanziert. Der Zynismus wird hier als Hilfsmittel zum Selbstschutz angewandt. Mit einer gleichgültigen Haltung ist man so weniger angreifbar in Hinblick auf eine unsichere Zukunft und Enttäuschungen. Bei der Dimension verminderte subjektive Leistungsbewertung geht es darum, dass sich Menschen einer Situation nicht mehr gewachsen fühlen. Neue Projekte wirken nicht bewältigbar, und man verliert das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Maslach & Leiter, 2001).

Das Maslach Burnout Inventory wird auch heute noch oft als „Goldstandard“ für die Erhebung von Burnout gesehen und in durchschnittlich 90% der Untersuchungen als Erhebungsinstrument eingesetzt (Burisch, 2014; Schaufeli et al., 2009), obwohl die Testgütekriterien nicht durchwegs überzeugen. Teilweise sind zum Beispiel die Alphakoeffizienten und Validitätskriterien nicht zufriedenstellend. Es wird daher kritisch gesehen, dass dieser Fragebogen die Basis für Forschung und Untersuchungen ist (Burisch, 2014).

Zunächst dachte man, dass Burnout hauptsächlich bei Personen auftritt, die „helfenden Berufen“ nachgehen, wie zum Beispiel Tätigkeiten im Gesundheitswesen, der Psychotherapie, der Polizeiarbeit und juristischen Dienstleistungen. Mit der Zeit fand man

jedoch heraus, dass Burnout auch bei ManagerInnen und UnternehmerInnen vorkommt. Daher wurde die Definition für Burnout auf diese Bereiche erweitert und umfasst hier den Zustand der Erschöpfung, in dem eine Person zynisch in Bezug auf den Wert ihrer Arbeitsstelle ist und Zweifel hat, die Anforderungen erfüllen zu können (Maslach et al., 1996, zitiert nach Schaufeli et al., 2009, S. 206).

So stellt auch Burisch (2014) fest, dass sich das Syndrom Burnout in den verschiedensten Berufsfeldern zeigen kann. Er beschreibt Beispiele von Burnout in der Stabsabteilung, der Industrie, der Forschung, dem Polizeidienst, dem Vertrieb, der Schule, dem Kindergarten, bei MusikerInnen, der Kunst und der Entwicklungshilfe. Alle Betroffenen haben gemeinsam, dass sie keinen Ausweg aus der Situation sehen, in der die gefühlte Hilflosigkeit zu chronischem Stress und schweren Folgen führt.

### **2.1.2 Definitionsversuche**

Es ist schwer, für Burnout eine einheitliche Definition zu finden. Eine Herangehensweise ist dabei, das Burnout-Syndrom von verschiedenen Ebenen aus zu beschreiben. Dazu gehören unter anderem die Symptomatik, die Ätiologie (Koch et al., 2015) oder die Messskalen (Burisch, 2014).

Bei der Beschreibung von Burnout anhand von Symptomen ergibt sich das Problem der immensen Anzahl. Burisch (2014) unterteilt dabei in sieben Kategorien:

- 1) Warnsymptome der Anfangsphase (überhöhter Energieeinsatz, Erschöpfung)
- 2) Reduziertes Engagement (Verlust von Empathie, Zynismus, Konflikte in der Familie)
- 3) Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung (Depression, Aggression)
- 4) Abbau (kognitive Leistungsfähigkeit, Motivation)
- 5) Verflachung (Verflachung des emotionalen und sozialen Lebens, Einsamkeit)
- 6) Psychosomatische Reaktionen (Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schwächung der Immunreaktion)
- 7) Verzweiflung (Hoffnungslosigkeit)

Insgesamt 120 Symptome werden innerhalb dieser Kategorien mit Burnout in Verbindung gebracht, wobei selbstverständlich nicht alle bei einer Person auftreten müssen.

Die Ätiologie oder auch Ursachen für die Entstehung von Burnout stellen eine weitere Ebene zu Erfassung dar. Maslach und Leiter (2001) nennen sechs Ursachen beziehungsweise Missverhältnisse zwischen Arbeit und Person, die zu Burnout führen:

1) Arbeitsüberlastung: In Zeiten der Krise am Arbeitsplatz führen Einsparungen oft dazu, dass mehr Arbeit von weniger Personal erledigt werden muss. Dadurch wird die Arbeit intensiver, nimmt mehr Zeit in Anspruch und wird komplexer. Das alles kann zu einer Überlastung führen.

2) Mangel an Freiheit: Wenn Personen in ihren Entscheidungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und das Unternehmen kreative Herangehensweisen an ein Problem unterbindet, schränkt das ArbeitnehmerInnen ein. Richtlinien des Unternehmens schränken daher fallweise Autonomie und Engagement ein.

3) Unzureichende Entschädigung: Die bereits erwähnte Krisenzeit am Arbeitsplatz führt oft dazu, dass man für die geleistete Arbeit nicht die entsprechende Belohnung erhält. Der Verlust von intrinsischer Belohnung (die Arbeit macht Freude) und auch extrinsischer Belohnung (unzureichende Entlohnung) führt zum Entstehen von Burnout.

4) Zusammenbruch der Gemeinschaft: Dieser entsteht unter anderem dadurch, dass die Sicherheit am Arbeitsplatz verloren geht. Des Weiteren werden bei der Konzentration auf kurzfristige Profiterreichung der Gemeinschaftssinn und die menschliche Komponente minimiert.

5) Fehlen von Fairness: Fairness wird an der Arbeitsstelle durch drei Grundpfeiler gestützt: Vertrauen, Offenheit und Respekt. In Zeiten der Krise ist es für ein Unternehmen allerdings schwierig, diese aufrecht zu erhalten. Die Offenheit ist beispielsweise bei einer unklaren Zukunft des Unternehmens und kurzfristigen Zielen schwer einzuhalten.

6) Wertekonflikt: Beim Wertekonflikt geht es darum, dass ArbeitnehmerInnen das Gefühl haben, dass ihre Wertevorstellungen im Widerspruch zu denen der Unternehmensführung stehen, deren Werte mehr auf den kurzfristigen Profit ausgerichtet ist. Besonders problematisch ist dabei, dass Unternehmen oft suggerieren, auf gutes Service zu achten, wobei die Arbeitsqualität oft gemindert wird.

Eine weitere Möglichkeit ist die Definition über Messskalen (Burisch, 2014). Das oben erwähnte Maslach Burnout Inventory wird aufgrund seiner häufigen Verwendung oft auch als Beschreibung beziehungsweise Definition für Burnout eingesetzt (Nil et al., 2010), wobei dies

im Grunde keiner wissenschaftlich fundierten Definition entspricht (Koch et al., 2015). Wie bereits erwähnt wird in Anlehnung an das MBI bei Burnout von den drei Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „verminderte subjektive Leistungsbewertung“ ausgegangen, die das Syndrom beschreiben sollen (Nil et al., 2010).

Ein Versuch, zu einer umfassenden Definition zu gelangen, sieht folgendermaßen aus:

Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Bewusstseinszustand »normaler« Individuen, welcher vorrangig von Erschöpfung gekennzeichnet ist, der von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit begleitet wird. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann bei dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich oft wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, selbst aufrecht. (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 36)

Schaufeli und Enzmann (1998) sehen diese Definition selbst als Arbeitsdefinition an. Dabei unterteilen die Autoren das Syndrom in vier Kernsymptome: Disstress, Gefühl verringerter Leistungsfähigkeit, verminderte Motivation und dysfunktionale Einstellungen und dysfunktionales Verhalten in der Arbeit. Zusätzlich spielen den Autoren zufolge entmutigende Intentionen und inadäquate Bewältigungsmechanismen bei der Entwicklung von Burnout eine Rolle. Durch diese Definition wird auch geklärt, dass es sich um Individuen handelt, die nicht an einer psychischen Erkrankung leiden, und dass der Ursprung der Symptome arbeitsbezogen ist.

Eine einheitliche Definition für Burnout gibt es bis heute nicht. Dennoch können die verschiedenen Ansätze ein Gefühl und Verständnis für das Syndrom vermitteln.

### **2.1.3 Differentialdiagnostik und Epidemiologie**

Da Burnout, wie bereits am Anfang erwähnt, nur in der Zusatzkategorie der ICD-10 zu finden ist und es auch keine etablierte Diagnose gibt, ist es auch differentialdiagnostisch nur schwer abgrenzbar. Darüber hinaus ist die Liste an komorbiden Erkrankungen lang und undifferenziert. Einige der somatischen Erkrankungen, die mit Burnout einhergehen können, sind: Vitaminmangel, Nebenwirkungen von Medikamenten, Diabetes und entzündliche Systemerkrankungen. Zu psychischen komorbiden Erkrankungen zählen unter anderem:

Depression, Insomnie, Somatisierungsstörung, Chronic-Fatigue-Syndrome, Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung und Neurasthenie. Darüber hinaus ist es rein auf symptomatischer Ebene momentan nicht möglich, Burnout von einer depressiven Störung oder Anpassungsstörung abzugrenzen (Koch et al., 2015).

Angaben zur Verbreitung von Burnout sind problematisch zu sehen und schwer zu ermessen, da verbindliche diagnostische Kriterien fehlen. Solange das der Fall ist, gibt es keine konkreten reliablen Daten. Eine Herangehensweise, um dennoch Daten über Burnout zu erfassen, ist es, das berufliche Überlastungserleben von arbeitenden Menschen zu erheben, da dieses einen eindeutigen gesundheitsrelevanten Aspekt abbildet und Burnout außerdem als Folge von beruflichem Stress gesehen wird. Bei einer entsprechenden Studie geben 20% der repräsentativen TeilnehmerInnen an, mit der Arbeitsmenge überfordert zu sein. Zusätzlich lassen 25% der Befragten Pausen ausfallen, da sie zu viel Arbeit haben. Darüber hinaus führen berufliche Anforderungen wie Termin- und Leistungsdruck zu 12%–25% mehr Erkrankungen psychovegetativer Art, und 15%–30% leiden an vermehrter körperlicher und psychischer Erschöpfung (Koch et al., 2015). Aus einem Review geht hervor, dass 29% der Befragten gefährdet waren, an Burnout zu erkranken, und 9.2% stellten eine Risikogruppe für Burnout dar. Für Österreich stimmen die Zahlen teilweise mit den angegebenen Ergebnissen überein. Es zeigte sich, dass 8% der Befragten an Burnout erkrankt waren, und 36% sich in einem Übergangs- oder Problemstadium befanden (Scheibenbogen et al., 2017).

## **2.2 *Burnout und gesundheitsbezogene Lebensqualität***

### **2.2.1 Definition Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Ein wichtiger Risikofaktor, der mit Burnout einhergeht, ist die verringerte gesundheitsbezogene Lebensqualität (Shaughnessy & Moore, 2010). Der Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ wird „überall dort verwendet, wo bedeutsame Aspekte des Befindens und Handlungsvermögens von Personen Beachtung finden, welche unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden bzw. chronisch krank sind“ (Bullinger, Siegrist, & Ravens-Sieberer, 2000, S. 11). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (engl. Health-related quality of life (HRQoL)) beschreibt ein latentes, multidimensionales Konstrukt. Latent bedeutet, dass es nicht direkt beobachtet, sondern nur mit Hilfe von Indikatoren erschlossen werden kann. Die Multidimensionalität ergibt sich unter anderem dadurch, dass das Konstrukt sehr komplex ist. Die HRQoL umfasst psychische, soziale und körperliche Dimensionen und ist änderungssensitiv. Dadurch können Veränderungen und Adaptionsprozesse (Daig &

Lehmann, 2007), die beispielsweise im Laufe einer Therapie oder Krankheit stattfinden und zu einer besseren oder auch schlechteren Lebensqualität führen, erfasst werden (Bullinger et al., 2000). Die Änderungssensitivität führt des Weiteren zu einer dynamischen Komponente des Konstruktes. Darüber hinaus ist bei diesem Begriff wichtig, dass es sich um das subjektive Befinden der betroffenen Person handelt. Der Fokus liegt bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf dem individuell wahrgenommenen Gesundheitszustand (Daig & Lehmann, 2007). Kurz gesagt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst über ein multidimensionales Konstrukt die physische und psychische Funktionsfähigkeit von Personen (Müller, Rose, & Freude, 2015).

### **2.2.2 Zusammenhänge zwischen Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität**

Burnout stellt einen Risikofaktor für die Lebensqualität dar. Grensman, Acharya, Wändell, Nilsson und Werner (2016) untersuchten in ihrer Studie die Unterschiede zwischen HRQoL-Outcomes bei Burnout-PatientInnen und einer gesunden Kontrollgruppe. Dabei konnten signifikante Unterschiede in den HRQoL-Werten zwischen der Kontrollgruppe und der Burnoutgruppe gefunden werden. Generell zeigten sich bei den Personen, die an Burnout erkrankt sind, sehr niedrige Werte in allen Bereichen der HRQoL. Den AutorInnen fiel dabei auf, dass die HRQoL-Werte bei der Burnoutgruppe noch niedriger als erwartet waren. Die größten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigten sich in den Subskalen, die mit der Symptomatik und den Folgen von Burnout in Verbindung gebracht werden können. Beispiele dafür sind: Zufriedenheit mit physischer Funktionsfähigkeit, Einschränkung der körperlichen und emotionalen Rollenfunktion und Zufriedenheit mit der allgemeinen Gesundheit. Zusätzlich weisen die AutorInnen darauf hin, dass es in der Burnoutgruppe eine größere Spannweite an Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit in den einzelnen Bereichen gibt. Das bedeutet, dass die Zufriedenheit mit der Gesundheit innerhalb der Burnoutgruppe größere Differenzen aufweist und personenspezifisch sehr variabel sein kann. Dieser Befund konnte auch mit starken signifikanten Effekten untermauert werden (Grensman et al., 2016).

Ähnliche Effekte auf die Lebensqualität konnten Müller et al. (2015) in einer Studie zur mentalen Gesundheit im Arbeitsumfeld zeigen. Ihre Stichprobe bestand aus arbeitenden Personen zwischen 31 und 60 Jahren in Deutschland. Im Vergleich zu der zuvor erwähnten Untersuchung handelt es sich hierbei nicht um eine klinische Stichprobe. Es zeigten sich dennoch bei den Personen, die erhöhte Werte in den Burnoutskalen aufwiesen, signifikant

niedrigere Werte sowohl bei den körperlichen als auch bei den psychischen Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Weitere Hinweise lieferte eine Untersuchung mit PhysiotherapeutInnen aus Brasilien. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Burnout und der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit besteht. Daraus folgt die Annahme, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsstatus umso niedriger ist, je höher die Werte bei Burnout sind (De Araújo Silva & Alchieri, 2014).

Eine andere Untersuchung mit Pflegepersonal in Spanien ergab ebenfalls, dass die TeilnehmerInnen schlechtere Werte in gesundheitsbezogener Lebensqualität aufwiesen als die Referenzpopulation. Darüber hinaus zeigte sich auch in dieser Studie, dass Personen mit besonders hohen Werten in Burnout auch niedrigere Werte in der HRQoL angaben, im Vergleich zu Personen mit weniger hohen Burnoutwerten. Dabei waren alle Werte der HRQoL beeinflusst, und besonders stark zeigte sich der Zusammenhang mit der emotionalen Erschöpfung (Suñer-Soler et al., 2013).

Eine weitere Studie über Pflegepersonal in griechischen Krankenhäusern kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Burnout zu einer schlechteren Lebensqualität führt. Es zeigte sich, dass Pflegekräfte mit hohen Burnoutwerten signifikant niedrigere Werte in der HRQoL aufwiesen. Die Autoren erklärten das dadurch, dass Burnout zu einer besonderen Art des beruflichen Stresses gezählt werden kann, der wiederum körperliche Reaktionen beeinflussen kann und somit mit körperlichen Erkrankungen in Verbindung steht. Außerdem nehmen die Autoren an, dass Burnout zu einer Störung psychischer Funktionen führen kann. Dadurch ergeben sich möglicherweise der Verlust der Arbeitsfähigkeit und Probleme in sozialen Beziehungen. In Folge können dadurch die psychische und körperliche Gesundheit beeinträchtigt werden. Darüber hinaus gehen die Autoren davon aus, dass Burnout mit schlechten Angewohnheiten für die Gesundheit wie vermehrtem Trinken von Alkohol und Rauchen in Zusammenhang steht, wodurch wiederum ein Risiko für zukünftige Krankheiten gegeben ist (Anagnostopoulos & Niakas, 2010).

### **2.2.3 Burnout als Risikofaktor für die Gesundheit**

Es gibt nur wenige Studien, die sich über die Richtung des Zusammenhangs zwischen Burnout und Gesundheit Gedanken machen. Šolcová, Kebza, Kodl und Kernová (2017) sind der Meinung, dass die eigene wahrgenommene Gesundheit einen stärkeren Vorhersagewert für Burnout hat als umgekehrt. Burnout hat daher für die eigene wahrgenommene Gesundheit

nicht den gleichen prädiktiven Wert wie eine schlechte Gesundheit auf das Vorhandensein von Burnout. Ihre Hypothesen lassen sich auch durch ihre Ergebnisse belegen. Dies kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes einen starken Einfluss auf das Krankheitserleben hat. Darüber hinaus wiesen sie auch auf Risikofaktoren und negative Zusammenhänge hin, die Burnout auf die psychische und körperliche Gesundheit haben kann, wie zum Beispiel die Verbindung zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Burnout. Weitere Beschwerden, die mit Burnout einhergehen können, sind Kopfschmerzen, Schlafprobleme, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen und viele mehr. Am anderen Ende des Kontinuums untersuchten die AutorInnen den Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogenen Faktoren und Resilienz gegenüber Stressoren und Burnout. Ihre Hypothesen lassen sich auch in die umgekehrte Richtung belegen – Gesundheit weist einen positiven Zusammenhang mit geringeren Burnoutausprägungen auf.

In einem Review beschäftigen sich Suñer-Soler und Grau (2013) mit Gesundheit beziehungsweise Krankheit und Lebensqualität im Zusammenhang mit Burnout. In Bezug auf die physische Gesundheit wird auch hier auf viele Verbindungen zu Krankheiten hingewiesen. Dazu zählen auch hier kardiovaskuläre, den Bewegungsapparat betreffende, immunologische Störungen sowie Schlafstörungen. Im Zusammenhang mit der mentalen Gesundheit bringen die AutorInnen ebenfalls psychische Erkrankungen mit Burnout in Verbindung. Den AutorInnen zufolge ist Angst ein Begleiter in der Anfangsphase von Burnout, während Depression eher mit den späteren Phasen von Burnout assoziiert ist.

Im Zusammenhang mit Krankheitstagen, die sich als guter Indikator für den Gesundheitsstatus erwiesen, zeigte sich, dass Burnout zunächst einen Risikofaktor für weitere Krankheitstage darstellt und die Krankheitstage darüber hinaus mit verschiedenen Diagnosen zusammenhängen, die als Folge beziehungsweise Risikofaktor von Burnout betrachtet werden. Dazu gehören unter anderem mentale Gesundheitsprobleme wie Depression sowie andere körperliche Krankheiten, die das Kreislaufsystem, die Atemwege und den Bewegungsapparat betreffen. Das Risiko erhöht sich mit dem Schweregrad des Burnouts (Toppinen-Tanner, Ojajärvi, Väänänen, Kalimo, & Jäppinen, 2005).

So zeigte sich auch bei Angestellten mit kardiovaskulären Erkrankungen ein signifikanter Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen hohen und niedrigen Burnoutausprägungen. In der Studie von Zhang, Loerbroks und Li (2018) wurde bei Krankenschwestern in einer Längsschnittstudie Burnout und die HRQoL erhoben. Nach

einem Jahr wurden die Teilnehmerinnen noch einmal befragt. Die HRQoL sank bei Personen mit höheren Werten in Burnout signifikant mehr ab als bei Personen mit moderaten und niedrigen Outcomes in Burnout. Ein limitierender Faktor bei dieser Untersuchung war, dass die Teilnehmerinnen kein stark ausgeprägtes Krankheitsbild aufwiesen und daher nicht so gut für die Repräsentation von Personen mit größeren Beeinträchtigungen durch kardiovaskuläre Beschwerden passten. Dennoch zeigt sich der negative Effekt von Burnout auf die HRQOL der Personen sehr eindeutig, unabhängig von der Schwere ihrer anderen Erkrankung (Zhang et al., 2018).

Darüber hinaus weisen auch Suñer-Soler und Grau (2013) auf den negativen Zusammenhang zwischen Burnout, wahrgenommener Gesundheit und Lebensqualität hin. Es zeigte sich ebenfalls, dass diejenigen mit dem höchsten Wert an Burnout auch die schlechtesten Werte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufwiesen.

## **2.3 *Burnout und Coping***

### **2.3.1 Coping und Unterscheidung verschiedener Copingstile**

Ein weiteres Untersuchungsfeld in Zusammenhang mit Burnout sind Copingmechanismen und unterschiedliche Arten des Copings, die bei Problemen und Stress eingesetzt werden. Burnout entsteht unter anderem, wenn Personen ineffektive Copingstrategien anwenden und der Versuch scheitert, sich vor arbeitsbezogenem Stress zu schützen (Montero-Marin, Prado-Abril, Piva Demarzo, Gascon, & García-Campayo, 2014). Coping bedeutet hier kognitive und verhaltensbezogene Strategien einzusetzen, um mit externen und internen Anforderungen und Konflikten umgehen zu können (Lazarus, 1991). Eine Einteilungsmöglichkeit ist, drei Copingstile zu unterscheiden: aufgabenorientiertes Coping, emotionsorientiertes Coping und vermeidungsorientiertes Coping (Kälin, 1995a).

Dabei wird aufgabenorientiertes Coping, auch problemorientiertes Coping genannt, oft als positive, adaptive Copingstrategie angesehen, die negativ mit Burnout korreliert. Wenn diese Copingstrategie angewandt wird, dann versucht eine Person ihr Problem, das den Stress verursacht, aktiv zu lösen und einen Plan zu verfolgen, um das gewünschte Ziel zu erreichen (Shin et al., 2014).

Emotionsorientiertes Coping wird im Unterschied zum problemorientierten Coping oftmals als negative Copingstrategie angesehen. Bei dieser Strategie steht die Reduktion der emotionalen Komponente des Stressors im Mittelpunkt (Shin et al., 2014).

Der dritte Copingmechanismus, vermeidungsorientiertes Coping, kann in zwei weitere Arten unterteilt werden – zerstreungsorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping. Beide Arten führen dazu, dass man sich von der stressigen Situation distanziert. Beim zerstreungsorientierten Coping lenkt man sich mit einer anderen Aufgabe ab. Beim sozial-ablenkungsorientierten Coping findet die Ablenkung durch Interaktion mit anderen Personen statt (Lavoie, 2013). In vielen Studien wird allerdings nur allgemein vom vermeidungsorientierten Coping gesprochen, und es wird nicht weiter unterteilt. Dabei zeigen sich eher negative Effekte auf Burnout (Kamtsios & Lolis, 2016; Pedditzi, 2015).

Copingstrategien werden oft auch in maladaptive und adaptive Strategien eingeteilt. Dabei zählt das problemorientierte Coping zu den positiven, adaptiven Strategien (Shin et al., 2014), da hier die Initiative ergriffen wird, um Probleme zu lösen und Verhalten zu ändern, um diese Ziele zu erreichen (Cumbe et al., 2017). Das emotionsorientierte und vermeidungsorientierte Coping werden zusammengefasst eher den maladaptiven Strategien zugeordnet. Maladaptive Strategien werden dabei als Bewältigungsmechanismen beschrieben, die das Ziel haben, vor der unangenehmen stressigen Situation zu flüchten. Dabei haben Personen, die diese Strategien anwenden, nicht das Ziel, den Konflikt zu lösen (Kamtsios & Lolis, 2016). Daher zeigen sich je nach Strategie auch unterschiedliche Effekte auf Burnout. Burnout ist bei Personen, die maladaptive Strategien anwenden, stärker ausgeprägt als bei Personen, die adaptive Strategien einsetzen. Maladaptive Strategien können den Stress nur vorübergehend lindern, wobei die Ursache nicht behoben wird (Cumbe et al., 2017).

### **2.3.2 Einführung in die Zusammenhänge von Burnout und Coping**

Allgemein scheinen Copingstrategien einen großen Einfluss auf Burnout zu haben (Cumbe et al., 2017) und das Wohlbefinden zu beeinflussen (Pedditzi, 2015). Montero-Marin und KollegInnen (2014) konnten zeigen, dass es Zusammenhänge zwischen verschiedenen Copingstrategien mit unterschiedlichen Subtypen von Burnout gibt. Copingstrategien, die dabei einen negativen Einfluss auf Burnout hatten, waren „Emotionsentladung“, „kognitive Vermeidung“ und „verhaltensbedingter Rückzug“. Unabhängig von der konkreten Strategie führte ineffektives Coping zu Burnout, da mit dem Stress nicht richtig umgegangen wurde (Montero-Marin et al., 2014).

Ähnliche Befunde zeigten sich auch bei portugiesischem Gesundheitspersonal mit hohen Werten in der Burnoutskala emotionale Erschöpfung. Sie zeichneten sich durch niedrige Werte in funktionellem Coping aus. Darüber hinaus hatten sie weniger Jahre Berufserfahrung und arbeiteten mehr Stunden pro Woche (Cumbe et al., 2017).

In einer anderen Untersuchung mit LehrerInnen in Griechenland teilten die Autoren die Teilnehmenden in drei Cluster ein: 1. hohes Burnoutisiko, 2. mittleres Burnoutisiko und 3. niedriges Burnoutisiko. Dabei zeigten sich unterschiedliche Profile hinsichtlich der angewandten Copingmechanismen. Personen, die dem ersten Cluster angehörten, schienen adaptive Copingstrategien entweder nicht anwenden zu können oder nicht erlernt zu haben. Persönliche Stressoren und maladaptive Copingstrategien können dabei ein Grund sein, dass es zu hohen Burnoutwerten kam. In der mittleren Gruppe zeigten sich keine auffälligen Muster. Den Personen des ersten Clusters standen jene des dritten gegenüber, die sich, wahrscheinlich in Folge adaptiver Copingmechanismen, durch niedrige Werte in Burnout und hohe Werte in persönlicher Leistung auszeichneten. Die Autoren nehmen an, dass das problemorientierte Coping eine persönliche Ressource darstellt und so Auswirkungen von Stress reduziert (Kamtsios & Lolis, 2016).

### **2.3.3 Problemorientiertes Coping und Burnout**

Wie schon in der Einführung zu diesem Kapitel erwähnt, führt adaptives, problemorientiertes Coping zu positiven Effekten. Es wird angenommen, dass es den wahrgenommenen Stress reduziert und die Wirksamkeit erhöht (Lavoie, 2013). Problemorientiertes Coping fungiert auch bei LehrerInnen als stärkster Prädiktor für persönliche Leistung in der Arbeit (Peditzi, 2015). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in einer Untersuchung, in der ein positiver Zusammenhang zwischen persönlicher Leistung und adaptivem Coping gefunden werden konnte (Cumbe et al., 2017). Darüber hinaus kann problemorientiertes Coping auch eine protektive Wirkung auf Burnout haben (Peditzi, 2015). Es förderte bei Krankenschwestern ihre Effizienz und reduzierte darüber hinaus die Burnoutwerte. Den größten Einfluss hat dieser Bewältigungsmechanismus auch hier auf die persönliche Leistung (Lee, Kuo, Chien, & Wang, 2016). Wenn adaptive Copingmechanismen nicht vorhanden oder nur mangelhaft ausgeprägt sind, zeigen sich daher auch negative Effekte. Es wird vermutet, dass hohe Werte in der Burnoutskala emotionale Erschöpfung unter anderem eine Konsequenz von schlecht eingesetzten Copingstrategien sind, insofern als mit dem arbeitsbezogenen Stress nicht richtig umgegangen werden kann (Cumbe et al., 2017).

Eine weitere Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen Stress, Coping und Burnout bei Pflegepersonal in Krankenhäusern in Japan. Bei den männlichen Probanden zeigte sich ein eindeutiges Bild über die Verbindung von problemorientiertem Coping und niedrigen Burnoutwerten. Bei den weiblichen Probanden interferierten die gleichzeitig hoch ausgeprägten Erschöpfungswerte mit dem positiven Effekt von problemorientiertem Coping

auf Burnout. Ein andere Copingskala, kognitive Umdeutung, die problemorientiertem Coping ähnlich ist, zeigte allerdings auch bei den Frauen ausschließlich positive Effekte. Dazu zählten unter anderem negative Korrelationen mit den Burnoutskalen Zynismus und Erschöpfung. Für Frauen scheint problemorientiertes Coping nach den Ergebnissen dieser Studie ein zweiseitiges Schwert zu sein. Zu den positiven Effekten können dennoch Zusammenhänge mit Effizienz und negative Korrelationen mit Zynismus gezählt werden. Auch die männlichen Probanden wiesen negative Korrelationen mit Zynismus und Erschöpfung beim aufgabenorientierten Coping sowie positive Zusammenhänge mit arbeitsbezogener Effizienz auf (Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa, & Nakagawa, 2009). Gibbons (2010) ist allerdings der Meinung, dass problemorientiertes Coping erst langfristig Vorteile bringt und Burnout reduziert. Kurzfristig kann es auch Stress auslösen und zu hohen Werten in Depersonalisation führen.

#### **2.3.4 Emotionsorientiertes Coping und Burnout**

In Zusammenhang mit emotionsorientiertem Coping zeigen sich eher negative Effekte auf Burnout. Eine Studie aus Israel deutet darauf hin, dass emotionsorientiertes Coping positiv mit der Burnout-Dimension Depersonalisation korreliert (Ben-Zur & Michael, 2007).

Weitere Befunde für die negativen Auswirkungen von emotionsorientiertem Coping zeigen Sasaki und KollegInnen (2009). Sowohl Männer als auch Frauen wiesen in einer Studie über Pflegepersonal in Krankenhäusern positive Zusammenhänge zwischen emotionsorientiertem Coping und Erschöpfung, aber auch Zynismus auf, beides Merkmale, die mit Burnout in Verbindung stehen.

Dennoch gibt es teilweise auch Befunde, die auf positive Effekte von emotionsorientiertem Coping hinweisen, wie zum Beispiel auf Selbstbewusstsein und erfolgreiche Anpassung (Shin et al., 2014). Es muss daher einerseits die Art des emotionsorientierten Copings unterschieden werden, und andererseits muss beachtet werden, worauf die Fragen fokussieren. In einem Review, in dem die Beziehungen zwischen Copingstrategien und Burnout untersucht wurden, wird die „Suche nach emotionaler Unterstützung“ beispielsweise zu einer positiven Art des emotionsorientierten Copings gezählt (Shin et al., 2014). In einer anderen Untersuchung wird der Copingmechanismus „Suche nach emotionaler Unterstützung“ hingegen zu vermeidungsorientierten Strategien gezählt und hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit (Beasley, Thompson, & Davidson, 2003). Wird diese Strategie zu den positiven Bewältigungsmechanismen gezählt, dann zeigen sich auch negative Zusammenhänge zu Burnoutsymptomen (Shin et al., 2014). Diese Ansicht wird auch von einer Untersuchung über

Burnout bei Krankenschwestern unterstützt. Emotionsorientiertes Coping stellt die Emotionsregulation in den Vordergrund und könnte den Personen helfen, ihre wahren Gefühle zu verstehen und auszudrücken (Lee et al., 2016). Daher scheint diese Art auch dabei helfen zu können, Burnoutsymptome wie Depersonalisation oder reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit besser zu verstehen und nachvollziehen (Shin et al., 2014).

Ein weiterer Copingmechanismus, der zu den emotionalen Bewältigungsmechanismen gehört, aber positive Effekte haben kann, ist Neubewertung. Bei Neubewertung findet ein kognitiver Prozess statt, mit Hilfe dessen die Situation objektiv betrachtet, überdacht und Neubewertet wird. Die Strategie könnte auch den problemorientierten Ansätzen zugeordnet werden, da sie das Lösen von Problemen erleichtert. Eine ähnliche Betrachtungsweise zeigt sich auch bei Lee und KollegInnen (2016): Sie geben an, dass emotionsorientiertes Coping auch zu einer positiven Neubewertung führen kann. Dabei kann aus kognitiver Umstrukturierung und Neubewertung der Situation wieder mehr Selbstbewusstsein erwachsen. Dies würde bei Personen ein erfolgreiches Coping und bessere emotionale Unterstützung zur Folge haben. Das könnte in weiterer Folge auch ein Grund sein, dass diese Strategie negative Zusammenhänge mit Burnout aufweist, positive Auswirkungen auf die mentale Gesundheit hat und Stress reduziert (Shin et al., 2014).

Ambivalente Ergebnisse zeigen sich bei dem emotionsorientierten Copingstil Akzeptanz – hier kommt es wieder auf den Fokus an, über den das Konstrukt erhoben wird. Bezieht sich dieser auf das Akzeptieren der Situation, indem die Realität und der Stress, den diese Situation auslöst, angenommen werden, dann zeigen sich positive Beziehungen mit Persönlichkeitseigenschaften wie emotionale Stabilität (Shin et al., 2014). Das meinen auch Lee und KollegInnen (2016), die in Folge des emotionsorientierten Copings von positiven Effekten durch Akzeptanz sprechen. Demgegenüber steht Akzeptanz als Copingmechanismus, in dem es um die Akzeptanz der Verantwortung geht. Damit in Verbindung stehen auch Selbstvorwürfe und die Erkenntnis, dass das Problem auch durch eigene Entscheidungen entstanden ist. Wird der Copingmechanismus Akzeptanz von dieser Seite her erhoben und betrachtet, dann zeigen sich negative Auswirkungen auf die Gesundheit und positive Zusammenhänge mit Burnout (Shin et al., 2014).

Shin und KollegInnen (2014) ziehen in ihrem Review dennoch das Resümee, dass emotionsorientiertes Coping positive Beziehungen zu Burnout hat, insbesondere mit den Burnoutdimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Auch Lavoie (2013)

kommt zu dem Schluss, dass eine höhere wahrgenommene Effektivität und weniger Stress aus geringerem Einsatz von emotionsorientiertem Coping resultieren.

### **2.3.5 Vermeidungsorientiertes Coping und Burnout**

Shin und KollegInnen (2014) weisen außerdem auf negative Effekte von vermeidungsorientiertem Coping auf die Burnoutdimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation hin. Auch eine Studie aus Sardinien findet eine Verbindung zwischen vermeidungsorientiertem Coping und Burnout. Die Autorin sieht ungünstige Copingstrategien als Prädiktoren für Burnout an. Das Weglaufen vor und Vermeiden von Problemen, die den Stress verursachen, könnte zur Entwicklung von emotionaler Erschöpfung führen (Pedditzi, 2015, S. 184). Darüber hinaus kann dieser Copingstil auch die Burnoutdimension Depersonalisation beeinflussen. Dadurch ziehen sich Personen zurück, bauen Distanz auf und fühlen sich unterbewertet und unterschätzt. Außerdem schürt Vermeidung auch die Entwicklung von Zynismus. Eine weitere Folge ist, dass Betroffene sich zu wenig soziale Unterstützung suchen. Das alles führt dazu, dass vermeidungsorientiertes Coping im allgemeinen negative Auswirkungen auf die Entwicklung von günstigen Copingstrategien hat und positiv mit den Burnoutdimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation korreliert (Pedditzi, 2015).

Eine andere Untersuchung betrachtete den Zusammenhang zwischen den Ursachen von Stress und Burnout sowie die Rolle von Coping bei Pflegefachkräften in ihrem letzten Ausbildungsjahr. Vermeidungsorientiertes Coping erwies sich dabei als stärkster Prädiktor für Burnout. Der negative Einfluss auf Burnout zeigte sich selbst dann, wenn diese Strategie nur gelegentlich eingesetzt wurde. Damit einhergehend ergaben sich auch in dieser Studie positive Zusammenhänge zwischen vermeidungsorientiertem Coping und der Burnoutskala emotionale Erschöpfung. Ein Grund für die Anwendung dieser maladaptiven Copingstrategie könnte sein, dass der Versuch, soziale Unterstützung zu suchen, fehlschlug. In weiterer Folge werden möglicherweise ineffiziente Copingmechanismen als Ersatz angewendet (Gibbons, 2010).

In der Untersuchung von Kamtsios und Lolis (2016) zeigte sich wie auch in den anderen Studien zu diesem Thema, dass maladaptives vermeidungsorientiertes Coping mit höheren Burnoutwerten und Stress in Verbindung steht.

## **2.4 Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Neben den bereits erwähnten Zusammenhängen von Burnout mit gesundheitsbezogener Lebensqualität und Coping wird hier auf den Zusammenhang von Copingmechanismen mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingegangen.

Zunächst zeigten sich wie im vorangehenden Kapitel eher positive Zusammenhänge von problemorientiertem Coping mit Gesundheit und eher negative Zusammenhänge mit emotionsorientiertem und vermeidungsorientiertem Coping und Gesundheit (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002). Generell scheint das Bestreben nach effektiven Copingmechanismen einen Einfluss auf die mentale Gesundheit zu haben, da sich die Effekte von Copingmechanismen unabhängig von dem ursprünglichen Stresslevel oder Krankheitswerten zeigen (Aldwin & Revenson, 1987). Darüber hinaus wird vermutet, dass Copingmechanismen über die Zeit stabil sind und sich nicht verändern (Nielsen & Knardahl, 2014).

Insgesamt ergeben sich allerdings unterschiedliche Ergebnisse zu dem Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Copingmechanismen. Manche Studien legen dabei den Fokus mehr auf den psychischen Teil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

### **2.4.1 Adaptives Coping und Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Eine Metaanalyse zeigte, dass problemorientiertes Coping bei nicht-klinischen ProbandInnen positive Einflüsse auf die allgemeine Gesundheit haben kann. Vorrangig war allerdings, dass problemorientiertes Coping positiv mit der psychischen Gesundheit korrelierte und Effekte auf die physischen Gesundheit weniger eindeutig waren (Penley et al., 2002).

In einer anderen Studie konnten hingegen keine konsistenten Ergebnisse in Bezug auf problemorientiertes Coping gefunden werden. Es zeigte sich lediglich ein lindernder Effekt bei Frauen von problemorientiertem Coping auf Angstwerte (Beasley et al., 2003). Auch in einer Studie aus der Anfangszeit zu Coping- und Lebensqualitätsforschung sind die Effekte auf die psychische Gesundheit gering (Aldwin & Revenson, 1987). Dennoch wird auf signifikante Ergebnisse mit problemorientiertem Coping hingewiesen. Dabei fungierten zwei Subskalen des problemorientierten Copings als eine Art Stresspuffer, die dritte Subskala führte dagegen zu einer leichten Erhöhung von emotionalem Stress. Die Autorinnen machen dabei auf die komplizierte Interaktion von problemorientiertem Coping mit der wahrgenommenen Wirksamkeit des Copings aufmerksam. Diese liefert einen Erklärungsansatz für die Widersprüche: Wurde ein problemorientierter Copingmechanismus

häufig angewandt und als effektiv eingeschätzt, dann zeigten sich positive Effekte. Fand der Copingstil allerdings nur selten Verwendung und wurde auch nicht als förderlich wahrgenommen, konnte das zu negativen Auswirkungen auf Symptombelastung und Gesundheitszustand führen (Aldwin & Revenson, 1987).

Prati, Pietrantonio und Cicognani (2011) untersuchten die Rolle von Copingmechanismen bei dem Zusammenhang von Stressbewertung und Lebensqualität. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen nur indirekte Effekte von problemorientiertem Coping auf die Beziehung zwischen Stress und beruflicher Zufriedenheit. In Bezug auf die negativen Effekte auf die Gesundheit konnten keine Zusammenhänge mit problemorientiertem Coping gefunden werden.

Eindeutigere Ergebnisse gehen aus einer Längsschnittstudie mit arbeitenden Personen aus Norwegen hervor. Zu den Zielen der Autoren gehörte unter anderem die Untersuchung der Stabilität von Copingmechanismen über die Zeit und die Erhebung von langfristigen Zusammenhängen zwischen Coping und psychischer Gesundheit. Dafür teilten die Autoren die TeilnehmerInnen in Gruppen ein, je nachdem welche Copingstrategie vorrangig angewandt wurde. Eine Gruppe bestand dabei aus Personen mit hohen Ausprägungen im adaptiven, problemorientierten Coping und niedrigen Werten in maladaptiven Strategien wie vermeidungsorientiertem Coping. Für diese Gruppe ergab sich ein positiver Effekt auf die mentale Gesundheit. Über den zweijährigen Untersuchungszeitraum hinweg zeigten sich stabile Langzeiteffekte der Copingstrategien. Darüber hinaus wird auf die wechselseitige Beziehung der beiden Konstrukte – Coping und mentale Gesundheit – hingewiesen. Das bedeutet, dass die Schwere der psychischen Gesundheitsprobleme durch Copingstrategien beeinflusst wird, aber gleichzeitig auch die Copingstrategien durch psychische Gesundheitsfaktoren verändert werden (Nielsen & Knardahl, 2014).

Bei flexiblem Coping konnten ebenfalls positive Auswirkungen auf den Zusammenhang von wahrgenommenem Stress und gesundheitsbezogener Lebensqualität gefunden werden. Unter flexiblem Coping wird hier eine adaptive Strategie verstanden, bei der je nach Art des Stressors ein anderer Copingmechanismus angewandt wird. Bei kontrollierbaren Stressoren wird unter anderem das problemorientierte Coping eingesetzt, und bei unkontrollierbaren Stressoren werden passive Strategien wie zum Beispiel Entspannung verwendet. Personen, die diese adaptiven flexiblen Bewältigungsmechanismen einsetzten, berichteten auch von höheren Werten in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Atal & Cheng, 2016).

Insgesamt zeigen sich trotz teilweiser ambivalenter Befunde eher positive Effekte von problemorientierten, adaptiven Bewältigungsmechanismen auf die Gesundheit. Dennoch sind die Effekte oft eher klein und nur indirekt (Nielsen & Knardahl, 2014; Prati et al., 2011).

#### **2.4.2 Maladaptives Coping und Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Beasley et al. (2003) konnten in ihrer Studie deutliche negative Effekte von maladaptivem Coping auf die Gesundheit zeigen. So kamen sie zu dem Ergebnis, dass emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping zu einem schlechteren psychischen und allgemeinen Gesundheitszustand führen. Dabei wird auch in diesem Review auf die ambivalenten Effekte von emotionsorientiertem Coping eingegangen. So kann die Suche nach sozialer Unterstützung manchmal durchaus positive Effekte haben. Die AutorInnen ordnen das emotionsorientierte Coping allerdings unter vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien ein. Emotionsorientiertes Coping hatte einen direkten negativen Einfluss auf die allgemeine und psychische Gesundheit und führte zu erhöhten Stresswerten. Ähnlich verhält es sich mit dem sozial-ablenkungsorientierten Coping, das manchmal auch als problemorientierte Strategie angesehen wird. Wie beim emotionsorientierten Coping zeigten sich aber auch hier negative Effekte, weshalb diese Copingstrategie auch den vermeidungsorientierten Bewältigungsmechanismen zugeordnet wird. Die AutorInnen nehmen an, dass der Fokus nicht auf der Suche nach sozialer Unterstützung liegt, was positive Effekte hervorrufen könnte, sondern auf der Suche nach sozialer Ablenkung (Beasley et al., 2003).

In manchen Situationen scheint das vermeidungsorientierte Coping auch günstige Effekte zu haben. Bei Frauen verringerten sich durch diesen Bewältigungsmechanismus somatische Beschwerden. Dieser Befund zeigte sich allerdings nur in einer Studie (Beasley et al., 2003). In einem Review über Studien mit nicht-klinischen VersuchsteilnehmerInnen wies vermeidungsorientiertes Coping einen negativen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand auf, signifikant jedoch nur mit der psychischen Gesundheit. Das gleiche galt für emotionsorientiertes Coping. TeilnehmerInnen, die diese Strategie vorrangig anwandten, berichteten auch von negativen Effekten auf die Gesundheit (Penley et al., 2002).

In der Untersuchung von Aldwin und Revenson (1987), in der die Beziehung zwischen Coping und psychischen Symptomen erforscht wurde, wurde nur in die beiden Bewältigungsmechanismen problemorientiert und emotionsorientiert unterteilt. Da der emotionsorientierte Stil allerdings auch Strategien wie „Flucht“ beinhaltet, können auch Elemente des vermeidungsorientierten Coping in diesem Bewältigungsmechanismus gefunden werden. Es zeigten sich direkte Effekte von emotionsorientiertem Coping auf

erhöhte emotionale Stresslevel. Insgesamt wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass die Copingmechanismen, die in dieser Studie erhoben wurden, eher zu höheren Stresslevels beitrugen und negative Auswirkungen auf die mentale Gesundheit hatten. Den größten Einfluss hatte dabei das emotionsorientierte Coping.

In der Untersuchung über den mediierenden Einfluss von Copingstrategien zwischen Stresswahrnehmung und Lebensqualität wurde auch auf negative Auswirkungen auf die Gesundheit hingewiesen. Diese zeigten sich bei Personen, die vorrangig vermeidungsorientierte Strategien anwandten. Daher kann auch hier dieser Bewältigungsmechanismus als negativ und maladaptiv angesehen werden (Prati et al., 2011).

Diese Richtung lässt sich auch durch Nielsen und Knardahl (2014) belegen, die eine Längsschnittuntersuchung an arbeitenden Personen in Norwegen durchführten. Ihr Resümee ist, dass die Anwendung dysfunktionaler Copingmechanismen in Zusammenhang mit schlechter psychischer Gesundheit steht. Personen, die hohe Werte in maladaptiven und niedrige in adaptiven Copingstrategien aufwiesen, beschrieben den höchsten Anstieg psychischer Belastung von der Ersterhebung zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach zwei Jahren. Personen, die der maladaptiven Copinggruppe angehörten, hatten auch zu beiden Untersuchungszeitpunkten signifikant höhere psychische Belastungswerte als Personen der adaptiven Copinggruppe. Darüber hinaus wiesen die Autoren auf einen Umkehreffekt von psychischer Belastung auf Copingstrategien hin: Hohe Belastungswerte zu Beginn der Studie hingen mit dem Risiko zusammen, dysfunktionale Copingstrategien zu verwenden. Dennoch muss beachtet werden, dass die Zusammenhänge nur moderate Effekte aufweisen und andere Faktoren möglicherweise eine wichtigere Rolle für die Gesundheit spielen (Nielsen & Knardahl, 2014).

Insgesamt zeigt sich beim vermeidungsorientierten Coping ein einheitlicheres Bild in Verbindung mit der psychischen Gesundheit. Eine Untersuchung an Krankenschwestern zeigt ebenfalls, dass vermeidungsorientiertes Coping ein signifikanter Prädiktor für einen schlechteren psychischen Gesundheitsstatus ist (Lambert, Lambert, & Ito, 2004). Wie schon aus den anderen Studien hervorgeht, zeigen sich allerdings keine eindeutigen Zusammenhänge (Beasley et al., 2003; Penley et al., 2002) und auch keine Vorhersagewerte für die körperliche Gesundheit durch vermeidungsorientiertes Coping (Lambert et al., 2004). Allgemein weist der negative Zusammenhang zwischen vermeidungsorientiertem Coping und psychischer Gesundheit auf die Unzulänglichkeit dieses Copingsmechanismus hin, mit arbeitsbezogenen Stressoren umzugehen (Lambert et al., 2004, S. 95). In Bezug auf

emotionsorientiertes Coping zeigte sich ebenfalls ein negativer Zusammenhang mit der psychischen, aber kein eindeutiger mit der körperlichen Gesundheit (Beasley et al., 2003; Penley et al., 2002).

## **2.5 Effekte des Alters und der Berufserfahrung auf Burnout**

Bei den demographischen Variablen spielen unter anderem das Alter und die Berufserfahrung im Zusammenhang mit Burnout eine Rolle. Zunächst gilt es zu beachten, dass die beiden Faktoren auch miteinander korrelieren können. Diese Tatsache erscheint bei näherer Betrachtung nicht überraschend, da mit zunehmendem Alter einer Person meistens auch die Jahre, die eine Person in ihrem Beruf verbringt, steigen (Lambert et al., 2004), vorausgesetzt sie ändert nicht ihren Tätigkeitsbereich. Eine Annahme in Bezug auf Alter und Berufserfahrung ist, dass die beiden Eigenschaften einen negativen Zusammenhang mit Burnout haben. Es zeigte sich, dass ältere Personen mit mehr Berufserfahrung niedrigere Werte in der Burnoutdimension emotionale Erschöpfung sowie höhere Ausprägungen in persönlicher Leistungsfähigkeit aufweisen (Blau, Tatum, & Ward Goldberg, 2013).

Dennoch weisen diese beiden Variablen nicht immer die gleichen Zusammenhänge mit Burnout auf, da sie entweder nicht beide im Fokus der Untersuchung stehen und daher nicht erhoben werden (Tay, Ng, Kuykendall, & Diener, 2014) oder nur eine der beiden Variablen signifikante Zusammenhänge mit Burnout aufweist. Ein Beispiel ist die Subskala Depersonalisation, für die sich nur mit Alter ein signifikanter Zusammenhang ergab, nicht aber mit Berufserfahrung (Blau et al., 2013).

Insgesamt wird aus den genannten Untersuchungen nicht eindeutig ersichtlich, ab wann eine Person viel oder wenig Berufserfahrung hat. Meistens lag der Mittelwert an Berufserfahrung allerdings zwischen acht und zwölf Jahren (Blau et al., 2013; Cumbe et al., 2017; Johnson, Holdsworth, Hoel, & Zapf, 2013; Lambert et al., 2004; Sadati, Hemmati, Rahnavard, Lankarani, & Heydari, 2016). Ähnlich verhält es sich mit dem Alter: Meist wird von Effekten im Zusammenhang mit dem Alter berichtet, dabei wird die Stichprobe aber nur selten in ältere und jüngere TeilnehmerInnen unterteilt (Aguayo, Vargas, Cañadas, & De la Fuente, 2017; Rauschenbach, Krumm, Thielgen, & Hertel, 2013). Wenn Angaben über die Altersverteilung der Stichprobe gemacht wurden, dann lag der Altersdurchschnitt meistens zwischen 31 und 40 Jahren (Boštjančič, Kocjan, & Stare, 2015; Cumbe et al., 2017; De Araújo Silva & Alchieri, 2014).

### **2.5.1 Alter und Burnout**

Alter scheint in Bezug auf Burnout teilweise einen Schutzfaktor gegenüber arbeitsbezogenen Stressoren darzustellen, da sich mit zunehmendem Alter auch das Selbstvertrauen in Arbeitsprozesse erhöht und sich der Stress minimiert (Cumbe et al., 2017). Neben dem zunehmenden Selbstvertrauen in Bezug auf Arbeitsprozesse zeigen Studienergebnisse auch positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit. Mit zunehmendem Alter steigt die Arbeitszufriedenheit, und der wahrgenommene Stress sowie negative Effekte kommen bei den Arbeitenden seltener vor. Die Effekte der erhöhten Arbeitszufriedenheit zeigten sich dabei am stärksten zwischen der Altersgruppe der 21–25-Jährigen und der Gruppe der 65–70-Jährigen. Bei der Altersgruppe mit 31–35 Jahren war die Zufriedenheit vorübergehend stabil (Tay et al., 2014). Zusammen mit der gesteigerten Arbeitszufriedenheit sanken auch in einer anderen Untersuchung die Stresswerte sowie negative Empfindungen bei den älteren Angestellten (Tay et al., 2014).

Dementsprechend ergeben sich negative Zusammenhänge bei jüngeren Personen. Eine Studie an PolizistInnen konnte in Verbindung mit Burnout zeigen, dass jüngere PolizistInnen anfälliger für die Burnout-Dimension Depersonalisation sind als ältere (Aguayo et al., 2017). Ähnliche Befunde gehen aus einer slowenischen Untersuchung hervor. TeilnehmerInnen unter 30 Jahren hatten am häufigsten niedrige Werte in der Burnoutdimension persönliche Leistungsfähigkeit und hohe Werte in emotionaler Erschöpfung. Dagegen waren Personen, die älter als 49 Jahre alt waren, am häufigsten Teil der Gruppe mit niedrigen Burnoutwerten (Boštjančič et al., 2015).

Gegenläufige Ergebnisse zeigen sich in einer anderen Studie, in der die Outcomes für jüngere Personen besser waren. Hierbei waren Personen, die jünger als 30 Jahre waren, weniger von Belastungen durch Stress betroffen. Personen, die älter als 30 Jahre waren, wiesen dagegen positive Verbindungen mit Stress auf, und damit einhergehend sank auch die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitsstaus (De Araújo Silva & Alchieri, 2014).

Eine Metaanalyse von Rauschenbach et al. (2013) kommt zu dem Ergebnis, dass es keinen Zusammenhang zwischen Alter und Belastungen in der Arbeit gibt. Die AutorInnen führen dies auf die Annahme zurück, dass sich unterschiedliche Vor- und Nachteile, die mit dem Alter in Verbindung stehen, ausgleichen.

Vorwiegend zeigen sich dennoch Zusammenhänge zwischen höherem Alter und geringeren Burnoutwerten. Diese können möglicherweise auch aus einer größeren Lebenserfahrung

resultieren, wodurch man selbstbewusster ist und sich nötige Unterstützung sucht (Gibbons, 2010).

### **2.5.2 Berufserfahrung und Burnout**

Mit der größeren Lebenserfahrung bei älteren Personen geht auch das höhere Ausmaß an Berufserfahrung einher. Älteren Personen werden oft Eigenschaften wie Stabilität und Reife zugeschrieben. Damit in Verbindung stehen auch mehr Balance und klarere Perspektiven für den Beruf und das Leben im Allgemeinen. In weiterer Folge verwenden diese Personen oft auch effektivere Copingmechanismen und erleben seltener Burnout. Dem stehen jüngere Personen gegenüber, die weniger Berufserfahrung, Selbstvertrauen und emotionale Unterstützung haben (Boštjančič et al., 2015).

Einen weiteren Hinweis auf den Einfluss des Ausmaßes an Berufserfahrung auf Burnout liefern Molina-Praena et al. (2018). In ihrer Metaanalyse kommen die AutorInnen zu dem Schluss, dass Personen, die unter Burnout leiden, auch oft wenig Berufserfahrung haben. Damit einhergehend präsentieren sich die Ergebnisse einer Studie über portugiesische Pflegekräfte. Personen, die weniger Berufserfahrung hatten, wiesen höhere Werte in emotionaler Erschöpfung und geringe Werte in adaptivem Coping auf. Eine Erklärungsmöglichkeit dafür ist, dass Berufserfahrung dabei hilft, funktionelle Copingstrategien zu entwickeln, um mit arbeitsbezogenem Stress besser umzugehen (Cumbe et al., 2017). Die Ergebnisse einer anderen Studie an Krankenschwestern widersprechen allerdings diesen Befunden, da sich unabhängig von der Berufserfahrung negative, wenn auch unterschiedliche, Zusammenhänge zeigen. Hierbei geben diejenigen mit sechs bis fünfzehn Jahren Berufserfahrung das höchste Ausmaß an emotionaler Erschöpfung an. Darüber hinaus weisen auch die Pflegekräfte, die weniger als fünf Jahre Berufserfahrung haben, ein hohes Ausmaß reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit auf (Sadati et al., 2016).

De Araújo Silva und Alchieri (2014) kommen in ihrer Untersuchung ebenfalls zu gegenteiligen Annahmen bezüglich eines positiven Zusammenhangs von Berufserfahrung und Stress bei PhysiotherapeutInnen. Aus den Ergebnissen zeichnete sich die Tendenz ab, dass Teilnehmende mit mehr als zehn Jahren Berufstätigkeit höhere Stresswerte aufweisen, allerdings waren die Unterschiede zu den anderen UntersuchungsprobandInnen nicht signifikant. In einer anderen Studie konnte Berufserfahrung zusammen mit anderen Variablen einen Teil der Varianz für die Burnoutskala Depersonalisation erklären (Rezaei et al., 2018).

Häufiger zeigen sich dennoch die positiven Einflüsse von längerer Berufserfahrung im Zusammenhang mit Burnout. Darauf weist auch eine andere Untersuchung an Pflegekräften hin. Aus den Ergebnissen geht eine negative Korrelation zwischen den Jahren, die als Pflegekraft gearbeitet wurde, und Stressoren am Arbeitsplatz hervor. Damit in Zusammenhang scheinen auch die bereits in anderen Studien erwähnten Copingmechanismen zu stehen. Personen mit mehr Jahren Berufserfahrung setzten auch weniger maladaptive Copingmechanismen ein (Lambert et al., 2004). Es zeigen sich also, entgegen häufig angenommener Vorurteile gegenüber älteren Personen, auch positive Effekte wie reduzierte Burnoutwerte (Johnson et al., 2013).

### **3 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, zunächst den Zusammenhang zwischen Burnout und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu untersuchen. Des Weiteren werden die Copingmechanismen einerseits im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und andererseits mit Burnout betrachtet. Dabei liegt der Fokus insbesondere darauf, welche Auswirkungen Copingstrategien auf diese beiden Konstrukte haben.

Im Zusammenhang mit Burnout werden auch die Effekte der demographischen Variablen Alter und Berufserfahrung untersucht. Ein weiteres Ziel ist zu überprüfen, ob es Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf hohe Burnoutwerte gibt. Aufgrund der einzelnen Zusammenhänge wird von einem Zusammenhang aller drei Konstrukte, Burnout, Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität, ausgegangen. Es soll im Zuge dieser Masterarbeit untersucht werden, ob Coping dabei einen Mediator darstellt.

### **4 Methodik**

#### ***4.1 Stichprobe, Untersuchungsdurchführung und Studiendesign***

Ziel dieser Untersuchung war es, eine Stichprobe von arbeitenden Personen in potenziell stressbelasteten Berufen im deutschsprachigen Raum zu erheben. Das Design der Studie war eine quantitative Querschnittsuntersuchung. Bei der Erhebung wurde darauf geachtet, eine Stratifizierung in den Untergruppen Geschlecht, Bildung (akademischer Grad/kein akademischer Grad) und Alter (über/unter 40 Jahre) zu erreichen. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren dabei, dass die Personen über 18 Jahre alt waren, über ausreichend gute Deutschkenntnisse verfügten und seit mindestens drei Jahren an derselben Arbeitsstelle für mindestens 20 Stunden pro Woche tätig waren. Darüber hinaus war eine Voraussetzung, dass Teilnehmende eine Tätigkeit ausübten, die mit Stress in Verbindung stand. Beispiele dafür

waren: Berufe im Gesundheits- und Sozialbereich, Handel, IT und weiteren. Die Rekrutierung fand über den Freundes- und Bekanntenkreis sowie über das Schneeballsystem statt. Die Fragebögen wurden im Papier-Bleistift-Format vorgegeben. Die Beantwortung der Fragebogenbatterie nahm in etwa 25 Minuten in Anspruch. Diese Arbeit wurde im Zuge einer größeren Erhebung im Rahmen des Seminars „Theorie und Empirie“ bei Mag. Dr. Jagsch geschrieben, und es wurden vier der neun erhobenen Konstrukte untersucht: Demographische Variablen, Burnout, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Copingmechanismen. Da jede/r der 18 TeilnehmerInnen in diesem Seminar zumindest 16 Datensätze erhob, war mit einer Stichprobengröße von zumindest 288 Personen zu rechnen. Die Erhebung fand von Mai 2018 bis Ende Jänner 2019 statt.

#### **4.2 Untersuchungsinstrumente**

Zu den Untersuchungsinstrumenten dieser Arbeit gehören der demographische Fragebogen, die BOSS-Skalen, die SF-36 und das CISS, die in folgendem Abschnitt näher erläutert werden sollen.

#### **4.3 Demographischer Fragebogen**

Im demographischen Fragebogen wurden Daten zur Person wie Alter, Geschlecht, Körpergröße, Gewicht, Nationalität, Beziehungsstatus und Schulausbildung abgefragt. Außerdem wurden Informationen zu derzeitigem Beruf, aktuellem Beschäftigungsstatus und durchschnittlichen Arbeitsstunden sowie Berufserfahrung und Krankheitstagen erhoben. Zusätzlich wurde nach kritischen Lebensereignissen und schweren Erkrankungen/Unfällen im letzten Jahr gefragt.

Aufgrund der Stratifizierung wurden in dieser Stichprobe Personen über 40 als ältere und unter 40 als jüngere Stichprobe angesehen. Da in der Literatur der Mittelwert an Berufserfahrung in Jahren meist zwischen acht und zwölf Jahren lag, wurde in dieser Arbeit der mittlere Wert gewählt und ein Cutoff von zehn Jahren Berufserfahrung festgelegt, um Personen in zwei Gruppen mit jeweils viel und wenig Berufserfahrung einzuteilen.

#### **4.4 Burnout-Screening-Skalen I und II (BOSS; Hagemann & Geuenich, 2014)**

Die Burnout-Screening-Skalen (BOSS I und II) sind ein zweiteiliges Selbstbeurteilungsverfahren, das zur Erfassung eines berufsbedingten Burnout-Syndroms dienen sollen. Aktuelle Beschwerden (psychisch, körperlich und psychosozial), wie sie typischerweise bei Burnout auftreten, können damit erfasst werden. Es wurde die zweite überarbeitete und erweiterte Auflage von 2014 verwendet. Das Verfahren ist für Personen von

18 bis 65 Jahren geeignet. Bei BOSS I werden mit 30 Items die vier Skalen 1) Beruf, 2) Eigene Person, 3) Familie und 4) Freunde erfasst. Die Fragen beziehen sich hierbei auf die letzten sieben Tage. Die 30 Fragen von BOSS II gehen vertieft auf die empfundenen Beschwerden ein, es gibt drei Skalen mit je 10 Items: 1) Körperliche Beschwerden, 2) Kognitive Beschwerden, 3) Emotionale Beschwerden. Hierbei beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Wochen. Die Fragen werden auf einer sechsstufigen Skala (von 0 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft stark zu“) beantwortet. Aus den beiden Teilen lässt sich jeweils eine Gesamtskala bilden, aus der der Summenwert der Skalen errechnet werden kann. Allgemein stehen hohe Werte für hohe Beschwerden der Person und weisen auf ein berufsbedingtes Burnout hin. Die Werte können in T-Werte transformiert werden, dabei wird ab Werten über 59 von hohen Werten und einem Verdacht auf Burnout ausgegangen. Die BOSS-Skalen I und II weisen gute interne Konsistenzen auf, das Cronbachs Alpha der Normstichprobe liegt im Durchschnitt bei .80 für BOSS I und .87 für BOSS II. Im Vergleich zu bereits vorhandenen Verfahren beruht die Konstruktion dieses Fragebogens auf einem multifaktoriellen Denk- und Arbeitsmodell und ermöglicht daher eine ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsbildes. Der Fragebogen überzeugt durch seine guten psychometrischen Eigenschaften, ganzheitliche Betrachtung des Krankheitsbildes sowie ökonomischen Eigenschaften in Bezug auf die Durchführung (Hagemann & Geuenich, 2014).

#### **4.5 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS; Endler & Parker, 1990; Kälín 1995a)**

Das Coping Inventory for Stressful Situations dient der Erfassung verschiedener Copingstile in schwierigen und stressreichen Situationen. Dabei wird zwischen drei Arten unterschieden: aufgabenorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping. Die letzte Skala wird in zwei weitere Subskalen unterteilt: zerstreungsorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping. Folgende Items dienen als Beispiel für die Skalen, aufgabenorientiertes Coping: „Ich erarbeite Lösungswege für das Problem“, emotionsorientiertes Coping: „Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin“, zerstreungsorientiertes Coping: „Ich mache einen Einkaufsbummel“, sozial-ablenkungsorientiertes Coping: „Ich verbringe Zeit mit einem mir nahestehenden Menschen“. In dieser Untersuchung wurde die deutsche Übersetzung von Kälín (1995a) verwendet, der den Fragebogen von 48 Items in der Originalversion auf 24 Items kürzte. Die einzelnen Skalen bestehen aus je acht Items und werden mit einer fünfstufigen Likertskala erfasst. Der Inhalt der Items bezieht sich auf die Handlungen, die eine Person typischerweise ausführt, wenn sie unter Stress steht. Hohe Werte in einer Skala sprechen für die Anwendung der

Copingstrategie, die durch sie erfasst wird, während niedrige Werte bedeuten, dass die Copingstrategie wenig eingesetzt wird (Kälin, 1995a). In dieser Arbeit werden die Werte jeder Skala und Subskala nach Berechnung des Medians in hohe Werte (oberhalb des Medians) und niedrige Werte (unterhalb des Medians) eingeteilt. Die internen Konsistenzen sind gut, Cronbachs Alpha liegt in einer Schweizer Vergleichsstichprobe zwischen .81 und .85 (Kälin, 1995b). Der Test überzeugt durch die ökonomische Durchführung, seine psychometrischen Eigenschaften, die Etablierung in der Forschung und vor allem dadurch, dass dieses Verfahren in deutscher Sprache vorhanden ist. Ein zusätzlicher Vorteil ist die klare Unterscheidung in nur drei beziehungsweise fünf Copingstile.

#### **4.6 Short-Form-36 Health Survey (SF-36; Bullinger & Kirchberger, 1998)**

Der Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 ist eine heutzutage hauptsächlich angewandte Kurzform des Instrumentes, das in seiner Originalform 100 Items umfasst. In dieser Untersuchung wird die deutsche Version von Bullinger und Kirchberger (1998) verwendet. Das Verfahren dient der Erfassung der subjektiven Gesundheit beziehungsweise der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und kann ab einem Alter von 14 Jahren verwendet werden. Der Test kann bei gesunden wie auch bei kranken Populationen eingesetzt werden und ist daher für den Vergleich von Populationen gut geeignet. Die SF-36 setzt sich aus acht Skalen mit insgesamt 35 Items zusammen, diese sind: 1) Körperliche Funktionsfähigkeit, 2) Körperliche Rollenfunktion, 3) Körperliche Schmerzen, 4) Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, 5) Vitalität, 6) Soziale Funktionsfähigkeit, 7) Emotionale Rollenfunktion, 8) Psychisches Wohlbefinden. Aus den Skalen 1–4 kann ein körperlicher Summenwert und aus den Skalen 5–8 ein psychischer Summenwert gebildet werden. Zusätzlich gibt es noch eine Frage, um den aktuellen Gesundheitszustand im Vergleich zum letzten Jahr zu erheben. Die Antwortmöglichkeiten sind zwei- bis sechsfach abgestuft und beziehen sich auf die letzte oder die letzten vier Wochen. Hohe Werte stehen für eine bessere subjektive Einschätzung der Gesundheit (Bullinger & Kirchberger, 1998). Mithilfe von z-Werten kann eine Standardisierung vorgenommen werden. Es wird in der Folge von hohen Werten ausgegangen, wenn die Werte über einer Standardabweichung liegen. Die internen Konsistenzen der SF-36-Skalen sind zufriedenstellend, das Cronbachs Alpha der Normstichprobe liegt zwischen .74 und .94 (Bullinger & Kirchberger, 1998). Die SF-36 überzeugt durch ihre Ökonomie in der Durchführung, gute psychometrische Eigenschaften sowie die verbreitete und etablierte Anwendung in der Forschung.

## 5 Fragestellungen und Hypothesen

### 5.1 Fragestellung 1: Burnout und Alter

**Fragestellung 1:** Unterscheiden sich Personen mit hohen Burnoutwerten von Personen mit niedrigen Werten (UV) hinsichtlich des Alters (über/unter 40) (AV)?

*H0 (1.1) Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich nicht von Personen mit niedrigen Werten hinsichtlich des Alters (über/unter 40).*

*H1 (1.1) Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Werten hinsichtlich des Alters (über/unter 40).*

Exemplarisch werden hier lediglich die Hypothesen zu einer der Skalen der BOSS angeführt. Analog zu H0 bzw. H1 (1.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (1.2) bis (1.9) mit der BOSS-II-Gesamtskala sowie den sieben Subskalen der BOSS I und II formuliert.

### 5.2 Fragestellung 2: Burnout und Berufserfahrung

**Fragestellung 2:** Unterscheiden sich Personen mit hohen Burnoutwerten von Personen mit niedrigen Werten (UV) hinsichtlich der Berufserfahrung (AV)?

*H0 (2.1) Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich nicht von Personen mit niedrigen Werten hinsichtlich der Berufserfahrung.*

*H1 (2.1) Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Werten hinsichtlich der Berufserfahrung.*

Analog zu H0 bzw. H1 (2.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (2.2) bis (2.9) mit der BOSS-II-Gesamtskala sowie den sieben Subskalen der BOSS I und II formuliert.

### 5.3 Fragestellung 3: Burnout und gesundheitsbezogene Lebensqualität

**Fragestellung 3:** Unterscheiden sich Personen mit hohen Werten in Burnout von Personen mit niedrigen Werten (UV) hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (AV)?

*H0 (3.1) Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich nicht von Personen mit niedrigen Werten in dem psychischen Summenwert der SF-36.*

*H1 (3.1) Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Werten in dem psychischen Summenwert der SF-36.*

Analog zu H0 beziehungsweise H1 (3.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (3.2) bis (3.18) für die BOSS-I-Gesamtskalen mit dem körperlichen Summenwert der SF-36 und für die BOSS-

II-Gesamtskala sowie die weiteren sieben Skalen der BOSS I und II mit den beiden Summenwerten der SF-36.

#### **5.4 Fragestellung 4: Burnout und Coping**

**Fragestellung 4:** Unterscheiden sich Personen mit hohen Werten in Burnout von Personen mit niedrigen Werten (UV) hinsichtlich des angewandten Copingmechanismus (aufgabenorientiert, emotionsorientiert, vermeidungsorientiert, zerstreungsorientiert und sozial-ablenkungsorientiert) (AV)?

***H0 (4.1)** Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich nicht von Personen mit niedrigen Werten in der Skala aufgabenorientiertes Coping des CISS.*

***H1 (4.1)** Personen mit hohen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Werten in der Skala aufgabenorientiertes Coping des CISS.*

Analog zu H0 beziehungsweise H1 (4.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (4.2) bis (4.10) mit den vier Skalen des CISS und der BOSS-II-Gesamtskala mit den fünf Skalen des CISS formuliert.

#### **5.5 Fragestellung 5: Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität**

**Fragestellung 5:** Unterscheiden sich Personen mit hohen Werten in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Personen mit niedrigen Werten (UV) hinsichtlich des angewandten Copingmechanismus (aufgabenorientiert, emotionsorientiert, vermeidungsorientiert, zerstreungsorientiert und sozial-ablenkungsorientiert) (AV)?

***H0 (5.1)** Personen mit hohen Werten im psychischen Summenwert der SF-36 unterscheiden sich nicht von Personen mit niedrigen Werten hinsichtlich des aufgabenorientierten Copings des CISS.*

***H1 (5.1)** Personen mit hohen Werten im psychischen Summenwert der SF-36 unterscheiden sich von Personen mit niedrigen Werten hinsichtlich des aufgabenorientierten Copings des CISS.*

Analog zu H0 bzw. H1 (5.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (5.2) bis (5.10) mit den weiteren vier Skalen des CISS und dem körperlichen Summenwert des SF-36 mit den fünf Skalen des CISS formuliert.

## **5.6 Fragestellung 6: Prädiktormodell für Burnout**

**Fragestellung 6:** Gibt es Risikofaktoren wie Berufserfahrung, Alter (über/unter 40), gesundheitsbezogene Lebensqualität und Copingmechanismen (UV), die hohe Burnoutwerte (AV) vorhersagen können?

***H0 (6.1)** Hohe Werte in der BOSS-I-Gesamtskala lassen sich nicht durch einen der Faktoren Berufserfahrung in Jahren, Alter (über/unter 40), psychischer und körperlicher Summenwert der SF-36, emotionsorientiertes, vermeidungsorientiertes, sozial-ablenkungsorientiertes oder zerstreungsorientiertes Coping des CISS vorhersagen.*

***H1 (6.1)** Hohe Werte in der BOSS-I-Gesamtskala lassen sich durch einen der Faktoren Berufserfahrung in Jahren, Alter (über/unter 40), psychischer und körperlicher Summenwert der SF-36, emotionsorientiertes, vermeidungsorientiertes, sozial-ablenkungsorientiertes oder zerstreungsorientiertes Coping des CISS vorhersagen.*

Analog zu H0 bzw. H1 (6.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (6.2) mit der BOSS-II-Gesamtskala formuliert.

## **5.7 Fragestellung 7: Mediationsanalyse zu Burnout, Coping und gesundheitsbezogener Lebensqualität**

**Fragestellung 7:** Wird der Zusammenhang von Burnout (Prädiktor) und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Outcome) durch Copingmechanismen (Mediator) mediiert?

Als Voraussetzung für die Mediationshypothese werden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten untersucht (Burnout mit gesundheitsbezogener Lebensqualität und Coping sowie Coping mit gesundheitsbezogener Lebensqualität).

***H0 (7.1)** Der Zusammenhang zwischen der BOSS-I-Gesamtskala mit dem psychischen Summenwert der SF-36 wird nicht durch die Skala aufgabenorientiertes Coping des CISS mediiert.*

***H1 (7.1)** Der Zusammenhang zwischen der BOSS-I-Gesamtskala mit dem psychischen Summenwert der SF-36 wird durch die Skala aufgabenorientiertes Coping des CISS mediiert.*

Analog zu H0 bzw. H1 (7.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (7.2) bis (7.8) mit der BOSS-II-Gesamtskala und den beiden Summenwerten der SF-36 sowie der Skala emotionsorientiertes Coping formuliert.

## 6 Statistische Auswertung

Die statistische und graphische Auswertung der Daten wurde mit SPSS 25 von IBM durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde für alle Hypothesen auf  $\alpha \leq .05$  festgelegt. Zunächst wurde die Plausibilität der Daten überprüft. Wenn die Voraussetzungen erfüllt waren, wurden einzelne fehlende Daten interpoliert. Darüber hinaus wurden die Daten auf Ausreißer überprüft. Ab einer Stichprobe, die mehr als 30 Personen beträgt, wird die Normalverteilung nach dem zentralen Grenzwertsatz als gegeben angesehen. Wenn im Zuge der Auswertung mehr als zwei Skalen miteinander verglichen wurden, dann wurde eine Alphafehler-Korrektur von Bonferroni, korrigiert nach Holm, angewandt. Neben den Signifikanzwerten wurden Effektgrößen berechnet, um die Ergebnisse besser beurteilen zu können.

### 6.1 Angewandte Verfahren

Die Fragestellungen 1–5 wurden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Dieser prüft, inwiefern sich die Mittelwerte von zwei unabhängigen Stichproben unterscheiden. Die Voraussetzungen für dieses Verfahren sind Normalverteilung und Varianzhomogenität. Wie bereits erwähnt, kann von einer Normalverteilung ausgegangen werden, sobald die einzelnen Gruppen mehr als 30 Personen umfassen. Die Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft. Fiel der Test signifikant aus, dann wurde stattdessen der Welch-Test angewandt und interpretiert. Des Weiteren wurden Effektstärken mit Cohens  $d$  berechnet, einem der häufigsten Maße, um das Ausmaß von signifikanten Effekten besser interpretieren zu können. Der Wertebereich reicht von  $-\infty$  bis  $+\infty$ . Ab Werten von 0.20 kann von einem kleinen, ab 0.50 von einem mittleren und ab 0.80 von einem großen Effekt ausgegangen werden (Cohen, 1988).

Das Prädiktormodell der 6. Fragestellung wurde mit einer multiplen linearen Regression überprüft. Die Regression überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen mehreren unabhängigen und einer abhängigen Variable besteht. Der Zusammenhang wird dahingehend untersucht, ob die unabhängigen Variablen, auch Prädiktoren genannt, einen signifikanten Vorhersagewert für die abhängige Variable, auch Kriteriumsvariable genannt, haben. Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurde die Regression mit der Methode „rückwärts“ gerechnet. Dabei werden schrittweise nicht signifikante Prädiktoren ausgeschlossen, bis nur Koeffizienten mit signifikantem Erklärungswert übrigbleiben. Voraussetzung für dieses Verfahren sind: metrische/dichotome unabhängige Variablen und metrische abhängige Variable, Linearität des Zusammenhangs und der Koeffizienten, Homoskedastizität, Normalverteilung und

Unabhängigkeit der Residuen, Additivität, keine zu hohe Multikollinearität. Um die Güte des Modells zu prüfen, wurde das korrigierte Bestimmtheitsmaß  $R^2$  herangezogen, das beschreibt, wie viel Prozent der Varianz das Modell erklären kann. Der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1, je höher also der Wert, umso mehr Aussagekraft hat das Modell.

Das Mediationsmodell der 7. Fragestellung wurde mit einer Mediationsanalyse-Pfadanalyse berechnet. Für dieses Verfahren wurde das Zusatzprogramm PROCESS-Makro von Hayes in SPSS installiert. Mithilfe der Mediation soll überprüft werden, ob eine Variable einen mediierten Effekt auf den Zusammenhang zweier Variablen hat. Notwendige Grundvoraussetzung ist es hierbei, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen allen drei Variablen und jeder einzelnen Variable mit den beiden anderen Variablen besteht. Weitere Voraussetzungen für dieses Verfahren sind: metrische/dichotome unabhängige Variable und metrische abhängige Variable, Linearität des Zusammenhangs und der Koeffizienten, Homoskedastizität, Normalverteilung und Unabhängigkeit der Residuen und Additivität. Zunächst wurde überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen zwei Variablen X und Y gibt. Der Pfad von X auf Y wird auch totaler Effekt genannt. Als nächstes wurde die Beziehung der beiden Variablen mit der Mediatorvariable (M) überprüft. Bei einer vollständigen Mediation verliert der totale Effekt seine Signifikanz. Bleibt die Signifikanz zwischen X und Y nach Inklusion des Mediators bestehen und verringert sich lediglich, dann wird von einer partiellen Mediation gesprochen. Das Outcome des Modells mit dem Mediator wird auch direkter Effekt genannt. Der indirekte Effekt erklärt den Anteil, den die Mediation auf den Zusammenhang der beiden Variablen X und Y hat und beschreibt den Wert, um den sich bei einem Mediationseffekt der totale auf den direkten Effekt verringert. Für eine bessere Vergleichbarkeit wurden die Parameter über standardisierte Koeffizienten angegeben.

## **7 Ergebnisdarstellung**

### **7.1 Demographische Variablen**

Ursprünglich betrug die Stichprobe 392 Personen, 14 Fälle wurden aber ausgeschlossen, da sie die Voraussetzungen zur Teilnahme nicht erfüllt hatten, weil sie entweder erst seit einem Jahr an der der Arbeitsstelle tätig waren (7) oder weniger als 20 Stunden pro Woche gearbeitet haben (4). Außerdem wurden Fälle gelöscht, bei denen in den BOSS zu wenig Information vorhanden war bzw. zu viele Fragen ausgelassen wurden (3).

Nach Bereinigung der Daten umfasste die Gesamtstichprobe 378 Personen, davon waren 54.8% weiblich (n = 207) und 45.2% männlich (n = 171). In der Gesamtstichprobe befanden

sich Personen zwischen 18 und 67 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 41.52 Jahre (SD = 12.11), 49.2% (n = 186) waren 40 Jahre alt oder jünger und 50.8% (n = 192) älter als 40 Jahre. Hinsichtlich des Beziehungsstatus zeigte sich folgende Verteilung: 18.8% (n = 71) waren in keiner Beziehung/Single, 34.1% (n = 129) waren in einer Beziehung, 42.9% (n = 162) waren verheiratet, 3.7% (n = 14) waren getrennt oder geschieden, keine der Personen gab an, verwitwet zu sein, und 0.5% (n = 2) gaben an, einen anderen Beziehungsstatus zu haben. In Bezug auf den Bildungsstatus zeigte sich folgende Verteilung: 52.1% (n = 197) hatten keinen und 47.9% (n = 181) hatten einen akademischen Grad. Die Arbeitserfahrung der TeilnehmerInnen betrug im Durchschnitt 19.10 Jahre (SD = 11.93), davon hatten 33.9% (n = 128) 10 Jahre oder weniger Berufserfahrung und 66.1% (n = 250) hatten mehr als 10 Jahre Berufserfahrung. Weitere soziodemographische Daten sind in Tabelle 1 und 2 enthalten.

Tabelle 1  
*Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378) Teil 1*

| Eigenschaften                                     | n   | %    |
|---------------------------------------------------|-----|------|
| Geschlecht                                        |     |      |
| Weiblich                                          | 207 | 54.8 |
| Männlich                                          | 171 | 45.2 |
| Alter in Jahren                                   |     |      |
| Ø gesamt 41.52 Jahre (SD = 12.11)                 |     |      |
| ≤ 40                                              | 186 | 49.2 |
| > 40                                              | 192 | 50.8 |
| Nationalität                                      |     |      |
| Österreich                                        | 255 | 67.5 |
| Deutschland                                       | 92  | 24.3 |
| Andere                                            | 31  | 8.2  |
| Beziehungsstatus                                  |     |      |
| Single                                            | 71  | 18.8 |
| In einer Beziehung                                | 129 | 34.1 |
| Verheiratet                                       | 162 | 42.9 |
| Getrennt/Geschieden                               | 14  | 3.7  |
| Verwitwet                                         | 0   | 0.0  |
| Anders                                            | 2   | 0.5  |
| Berufsgruppen                                     |     |      |
| Gesundheit/Medizin/Pflege                         | 86  | 22.7 |
| Erziehung/Bildung/Lehre                           | 86  | 22.7 |
| Tourismus/Gastgewerbe/Hotellerie                  | 18  | 4.8  |
| Medien/Design/Kunst/Sport                         | 28  | 7.4  |
| IT/Technik/Handwerk/Transport                     | 51  | 13.5 |
| Handel/Büro/Finanzen/Vertrieb/öffentlicher Dienst | 102 | 27.0 |
| Fehlend                                           | 7   | 1.9  |

Tabelle 2  
*Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378) Teil 2*

| Eigenschaften                     | n   | %    |
|-----------------------------------|-----|------|
| Höchste abgeschlossene Ausbildung |     |      |
| Pflichtschule                     | 24  | 6.3  |
| Lehrabschluss                     | 33  | 8.7  |
| Meisterprüfung                    | 4   | 1.1  |
| Berufsbildende mittlere Schule    | 25  | 6.6  |
| Hochschulreife                    | 111 | 29.4 |
| Bachelor                          | 51  | 13.5 |
| Master oder äquivalent            | 111 | 29.4 |
| PhD oder Doktor                   | 19  | 5.0  |
| Durchschnittliche Arbeitsstunden  |     |      |
| 20–35h/Woche                      | 92  | 24.3 |
| 36–42.5h/Woche                    | 172 | 45.6 |
| ≥43h/Woche                        | 109 | 28.8 |
| Fehlend                           | 5   | 1.3  |
| Arbeitserfahrung                  |     |      |
| Ø gesamt 19.1 Jahre (SD = 11.93)  |     |      |
| ≤10 Jahre                         | 128 | 33.9 |
| >10 Jahre                         | 250 | 66.1 |

Bezugnehmend auf die Fragestellungen und Hypothesen wird in Tabelle 3 die Verteilung der Stichproben zu den jeweiligen Gruppen (hoch und niedrig) in den einzelnen Fragebögen beschrieben. Bei der BOSS wird im Manual darauf hingewiesen, dass bei Personen, die einen höheren T-Wert als 59 haben, von einer Burnoutgefährdung ausgegangen werden kann. Da diese Stichprobe allerdings niedrigere Durchschnittswerte aufwies, wurde als neuer Cutoff 55 (halbe Standardabweichung) gewählt. Dieser teilt die vorliegende Stichprobe besser. Für die anderen beiden Verfahren wurden die Gruppen am Median geteilt.

## 7.2 Hypothesenüberprüfung

### 7.2.1 Fragestellung Alter

In einem t-Test für unabhängige Stichproben ergab sich ein signifikantes Ergebnis für die Subskala „emotionale Beschwerden“ der BOSS II in Bezug auf das Alter,  $t(376) = -2.395$ ,  $p = .017$ . Die Effektstärke dafür betrug  $-0.288$ , was einem kleinen Effekt entspricht. Die  $H_0$  wird für diese Subskala verworfen und die  $H_1$  angenommen. In allen anderen Subskalen und Gesamtwerten der BOSS I und II zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse bezüglich des Alters, und somit bleibt die  $H_0$  bestehen.

Tabelle 3  
Verteilung der Gruppen nach Cutoff-Werten in den Skalen der Fragebögen

| Fragebogen | Cut-off | n   | %    |
|------------|---------|-----|------|
| BOSS I GW  | < 55    | 311 | 82.3 |
|            | ≥ 55    | 67  | 17.7 |
| BOSS II GW | < 55    | 291 | 77.0 |
|            | ≥ 55    | 87  | 23.0 |
| SF-36 KS   | > 89    | 175 | 46.3 |
|            | ≤ 89    | 197 | 52.1 |
| Fehlend    |         | 6   | 1.6  |
| SF-36 PS   | ≥ 80    | 185 | 48.9 |
|            | < 80    | 185 | 48.9 |
| Fehlend    |         | 8   | 2.2  |
| AC         | ≥ 4     | 289 | 76.5 |
|            | < 4     | 89  | 23.5 |
| EC         | ≥ 3     | 196 | 51.9 |
|            | < 3     | 182 | 48.1 |
| VC         | > 1     | 133 | 35.2 |
|            | ≤ 1     | 245 | 64.8 |
| ZC         | ≥ 3     | 226 | 59.8 |
|            | < 3     | 152 | 40.2 |
| SAC        | ≥ 3     | 147 | 38.9 |
|            | > 3     | 231 | 61.1 |

Anmerkung. BOSS: BOSS I Gesamt-Globalwert (BOSS I GW), BOSS II Gesamt-Globalwert (BOSS II GW), SF-36 Summenskalen: Körperliche Summenskala (KS), Psychische Summenskala (PS). CISS Skalen: Aufgabenorientiertes Coping (AC), Emotionsorientiertes Coping (EC), Vermeidungsorientiertes Coping (VC), Zerstreuungsorientiertes Coping (ZC), Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (SAC).

### 7.2.2 Fragestellung Berufserfahrung

In einem Welch-Test für unabhängige Stichproben ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Subskala „emotionale Beschwerden“ der BOSS II und der Berufserfahrung,  $t(173.619) = -2.541$ ,  $p = .012$ . Die  $H_0$  wird für diese Subskala verworfen und die  $H_1$  angenommen. Die Effektstärke war  $-0.294$ , was einem kleinen Effekt entspricht. Alle andere Subskalen und Gesamtwerte der BOSS I und II zeigten keine signifikanten Unterschiede mit Berufserfahrung, und somit bleibt die  $H_0$  bestehen.

### **7.2.3 Fragestellung Burnout und Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Der Welch-Test für unabhängige Stichproben zeigte über alle Skalen hinweg signifikante Unterschiede zwischen Personen mit hohen und niedrigen Burnoutwerten (Cut-off = 55) in ihren Outcomes bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Daher kann die H0 für alle Hypothesen dieser Fragestellung verworfen und die H1 angenommen werden. Im Zusammenhang mit der körperlichen Summenskala der SF-36 zeigten sich mittlere Effekte bei den BOSS-I-Subskalen Beruf und Familie, für die beiden anderen Subskalen der BOSS I sowie die Gesamtskala der BOSS I zeigten sich in den beiden Summenskalen, körperlich und psychisch, der SF-36 starke Effekte. Bei der körperlichen Summenskala der SF-36 mit der BOSS-II-Skala kognitive und emotionale Beschwerden ergab sich ein mittlerer negativer Effekt. Alle anderen Subskalen der BOSS II sowie die Gesamtskala der BOSS II mit den beiden Summenskalen, körperlich und psychisch, der SF-36 wiesen starke Effekte auf. In Tabelle 4 werden die Ergebnisse der Unterschiede zwischen hohen und niedrigen Werten in der BOSS-I-Gesamtskala sowie deren Subskalen in den Summenwerten der SF-36 abgebildet und in Tabelle 5 die Ergebnisse der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der BOSS-II-Gesamtskala sowie deren Subskalen.

### **7.2.4 Fragestellung Burnout und Coping**

Der t-Test für unabhängige Stichproben zeigte nach der Alphafehler-Korrektur teilweise signifikante Ergebnisse für den Unterschied zwischen Personen mit hohen und niedrigen Burnoutwerten in ihren angewandten Copingmechanismen. Die BOSS-I-Gesamtskala wies signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im aufgabenorientierten, emotionsorientierten und sozial-ablenkungsorientierten Coping auf, womit die H0 für diese Hypothesen verworfen werden kann. Für emotionsorientiertes Coping zeigte sich ein großer Effekt, für aufgabenorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes ein kleiner Effekt. Außerdem wies der t-Test für unabhängige Stichproben auf einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen der BOSS-II-Gesamtskala in emotionsorientiertem Coping hin. Der Effekt für diesen Unterschied war groß. Mit aufgabenorientiertem Coping war der Unterschied nach Berechnung des neuen Alphafehler-Niveaus knapp nicht mehr signifikant. Für die restlichen Hypothesen bleibt die H0 bestehen. Die Ergebnisse dazu sind in Tabelle 6 und 7 abgebildet.

Tabelle 4

Ergebnisse des Welch-Tests für unabhängige Stichproben zwischen BOSS I (hoch vs. niedrig) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

|          | BOSS I                | n   | M (SD)        | t (df)               | p         | d      |
|----------|-----------------------|-----|---------------|----------------------|-----------|--------|
| SF-36 KS | GW $\geq$ 55          | 66  | 69.68 (18.96) | -6.911<br>(78.680)   | < .001*** | -0.938 |
|          | GW < 55               | 306 | 86.61 (13.00) |                      |           |        |
| SF-36 PS | GW $\geq$ 55          | 56  | 52.06 (17.35) | -12.647<br>(77.470)  | < .001*** | -1.839 |
|          | GW < 55               | 305 | 80.63 (11.97) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Beruf $\geq$ 55       | 74  | 75.05 (18.64) | -4.612<br>(94.500)   | < .001*** | -0.599 |
|          | Beruf < 55            | 298 | 85.73 (14.02) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Beruf $\geq$ 55       | 76  | 56.22 (18.84) | -10.720<br>(92.006)  | < .001*** | -1.379 |
|          | Beruf < 55            | 294 | 80.62 (12.25) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Eig. Person $\geq$ 55 | 74  | 71.17 (19.32) | -6.560<br>(89.621)   | < .001*** | -0.852 |
|          | Eig. Person < 55      | 298 | 86.69 (12.84) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Eig. Person $\geq$ 55 | 75  | 54.64 (18.20) | -11.897<br>(90.304)  | < .001*** | -1.538 |
|          | Eig. Person < 55      | 295 | 80.94 (11.77) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Familie $\geq$ 55     | 70  | 73.91 (18.97) | -4.968<br>(86.761)   | < .001*** | -0.659 |
|          | Familie < 55          | 302 | 85.85 (13.83) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Familie $\geq$ 55     | 70  | 60.16 (20.07) | -7.529<br>(85.175)   | < .001*** | -0.999 |
|          | Familie < 55          | 300 | 79.21 (13.95) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Freunde $\geq$ 55     | 85  | 71.65 (18.57) | -7.212<br>(108.090)  | < .001*** | -0.891 |
|          | Freunde < 55          | 287 | 87.14 (12.65) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Freunde $\geq$ 55     | 85  | 57.73 (19.17) | -10.572<br>(104.124) | < .001*** | -1.307 |
|          | Freunde < 55          | 285 | 80.94 (11.93) |                      |           |        |

Anmerkung. \*\*\* =  $p \leq .001$ , d = Effektstärken, SF-36 Summenskalen: Körperliche Summenskala (KS), Psychische Summenskala (PS). BOSS I: Gesamt-Globalwert (GW), Eigene Person (Eig. Person).

Tabelle 5

Ergebnisse der Welch-Tests für unabhängige Stichproben zwischen BOSS II (hoch vs. niedrig) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

|          | BOSS II             | n   | M (SD)        | t (df)               | p         | d      |
|----------|---------------------|-----|---------------|----------------------|-----------|--------|
| SF-36 KS | GW $\geq$ 55        | 85  | 70.77 (19.06) | -7.607<br>(104.791)  | < .001*** | -0.939 |
|          | GW < 54             | 287 | 87.41 (12.09) |                      |           |        |
| SF-36 PS | GW $\geq$ 55        | 85  | 55.94 (17.97) | -12.382<br>(104.840) | < .001*** | -1.530 |
|          | GW < 54             | 285 | 81.47 (11.38) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Kör. Be. $\geq$ 55  | 93  | 69.73 (18.77) | -8.996<br>(114.140)  | < .001*** | -1.077 |
|          | Kör. Be. < 55       | 279 | 88.23 (11.10) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Körp. Be. $\geq$ 55 | 92  | 60.85 (19.00) | -9.225<br>(120.637)  | < .001*** | -1.110 |
|          | Körp. Be. < 55      | 278 | 80.49 (13.04) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Kog. Be. $\geq$ 55  | 79  | 73.45 (18.72) | -5.733<br>(100.007)  | < .001*** | -0.727 |
|          | Kog. Be. < 55       | 293 | 86.34 (13.45) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Kog. Be. $\geq$ 55  | 81  | 56.18 (18.38) | -11.522<br>(99.324)  | < .001*** | -1.449 |
|          | Kog. Be. < 55       | 289 | 81.05 (11.84) |                      |           |        |
| SF-36 KS | Emo. Be. $\geq$ 55  | 90  | 73.24 (18.59) | -6.497<br>(117.746)  | < .001*** | -0.787 |
|          | Emo. Be. < 55       | 282 | 86.91 (12.93) |                      |           |        |
| SF-36 PS | Emo. Be. $\geq$ 55  | 91  | 56.10 (17.21) | -13.463<br>(115.167) | < .001*** | -1.625 |
|          | Emo. Be. < 55       | 279 | 81.97 (11.05) |                      |           |        |

Anmerkung. \*\*\* =  $p \leq .001$ ,  $d$  = Effektstärke nach Cohens  $d$ , SF-36 Summenskalen: Körperliche Summenskala (KS), Psychische Summenskala (PS). BOSS II: Gesamt-Globalwert (GW), Körperliche Beschwerden (Kör. Be.), Kognitive Beschwerden (Kog. Be.), Emotionale Beschwerden (Emo. Be.).

Tabelle 6

*Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Gesamtskala der BOSS I in allen Skalen des CISS*

|     | BOSS I       | n   | M (SD)      | t (df)       | p         | p*   | d      |
|-----|--------------|-----|-------------|--------------|-----------|------|--------|
| AC  | GW $\geq$ 55 | 67  | 3.65 (0.66) | -2.981 (376) | .003**    | .017 | -0.402 |
|     | GW < 55      | 311 | 3.91 (0.66) |              |           |      |        |
| EC  | GW $\geq$ 55 | 67  | 3.13 (0.65) | 7.727 (376)  | < .001*** | .010 | 1.041  |
|     | GW < 55      | 311 | 2.42 (0.69) |              |           |      |        |
| VC  | GW $\geq$ 55 | 67  | 1.30 (0.38) | -.259 (376)  | .796      | .025 | -      |
|     | GW < 55      | 311 | 1.32 (0.44) |              |           |      |        |
| ZC  | GW $\geq$ 55 | 67  | 2.60 (0.76) | -.181 (376)  | .856      | .050 | -      |
|     | GW < 55      | 311 | 2.63 (0.88) |              |           |      |        |
| SAC | GW $\geq$ 55 | 67  | 2.78 (0.88) | -3.173 (376) | .002**    | .013 | -0.427 |
|     | GW < 55      | 311 | 3.18 (0.97) |              |           |      |        |

Anmerkung. p\* = korrigiertes Alphafehlerniveau, \*\* =  $p \leq .01$ , \*\*\* =  $p \leq .001$  nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) keine Angaben, da nicht signifikant, d = Effektstärke nach Cohens d. CISS-Skalen: *Aufgabenorientiertes Coping* (AC), *Emotionsorientiertes Coping* (EC), *Vermeidungsorientiertes Coping* (VC), *Zerstreuungsorientiertes Coping* (ZC), *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* (SAC), BOSS I: *Gesamt-Globalwert* (GW).

### 7.2.5 Fragestellung gesundheitsbezogene Lebensqualität und Coping

Der t-Test für unabhängige Stichproben zeigte nach der Alphafehler-Korrektur teilweise signifikante Unterschiede in den angewandten Copingmechanismen zwischen Personen mit hohen und niedrigen Werten in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In Zusammenhang mit der körperlichen Summenskala ergab sich ein signifikanter Unterschied im emotionsorientierten Coping, mit einem mittleren Effekt. Daher wird die H0 in Bezug auf emotionsorientiertes Coping verworfen, während sie für alle anderen Copingmechanismen bestehen bleibt. Die Ergebnisse dazu sind in Tabelle 8 abgebildet. Bei der psychischen Summenskala zeigte der t-Test einen signifikanten Unterschied für aufgabenorientiertes und emotionsorientiertes Coping. Daher wird die H0 in Bezug auf aufgabenorientiertes und emotionsorientiertes Coping verworfen, während sie für die anderen Copingmechanismen bestehen bleibt. Im Zusammenhang mit aufgabenorientiertem Coping zeigte sich ein kleiner

Effekt und mit emotionsorientiertem Coping ein großer Effekt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 einzusehen.

Tabelle 7

*Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Gesamtskala der BOSS II in allen Skalen des CISS*

|     | BOSS II      | n   | M (SD)      | t (df)          | p         | p*   | d     |
|-----|--------------|-----|-------------|-----------------|-----------|------|-------|
| AC  | GW $\geq$ 55 | 87  | 3.71 (0.65) | -2.489 (376)    | .013      | .013 | -     |
|     | GW < 54      | 291 | 3.91 (0.67) |                 |           |      |       |
| EC  | GW $\geq$ 55 | 87  | 3.07 (0.61) | 8.308 (376)     | < .001*** | .010 | 1.015 |
|     | GW < 54      | 291 | 2.39 (0.69) |                 |           |      |       |
| VC  | GW $\geq$ 55 | 87  | 1.36 (0.38) | 1.249 (162.087) | .214      | .050 | -     |
|     | GW < 54      | 291 | 1.30 (0.44) |                 |           |      |       |
| ZC  | GW $\geq$ 55 | 87  | 2.72 (0.76) | 1.346 (162.513) | .180      | .017 | -     |
|     | GW < 54      | 291 | 2.59 (0.88) |                 |           |      |       |
| SAC | GW $\geq$ 55 | 87  | 2.99 (0.96) | -1.326 (376)    | .186      | .025 | -     |
|     | GW < 54      | 291 | 3.15 (0.97) |                 |           |      |       |

Anmerkung. p\* = korrigiertes Alphafehler-Niveau, \*\*\* =  $p \leq .001$  nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) keine Angaben, da nicht signifikant, d = Effektstärke nach Cohens d. CISS-Skalen: *Aufgabenorientiertes Coping* (AC), *Emotionsorientiertes Coping* (EC), *Vermeidungsorientiertes Coping* (VC), *Zerstreuungsorientiertes Coping* (ZC), *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* (SAC), BOSS II: *Gesamt-Globalwert* (GW).

## 7.2.6 Fragestellung Regression

Die Prädiktormodelle erwiesen sich für beide Gesamtskalen der BOSS I und II als signifikant. Zunächst wurden die beiden Summenskalen der SF-36, die Subskalen emotionsorientiertes, vermeidungsorientiertes, sozial-ablenkungsorientiertes und zerstreungsorientiertes Coping sowie Alter und Berufserfahrung in Jahren in das Modell aufgenommen. Nach Prüfung der Voraussetzungen zeigte sich, dass zwischen Alter und Berufserfahrung eine zu hohe Korrelation ( $r > 0.8$ ) besteht, daher wurde Berufserfahrung aus dem Modell ausgeschlossen. Nach Berechnung der Regression wurden außerdem vorab vermeidungsorientiertes und im Laufe der Schritte zerstreungsorientiertes Coping aus dem Modell ausgeschlossen. Bei der

Regressionsanalyse mit BOSS II wurde außerdem Alter im Laufe der Schritte aus dem Modell exkludiert.

Tabelle 8

*Ergebnisse der t-Tests und Welch-Tests für unabhängige Stichproben der körperlichen Summenskala der SF-36 (hoch vs. niedrig) in den Subskalen des CISS*

|     | SF-36 KS | n   | M (SD)      | t (df)              | p         | p*   | d      |
|-----|----------|-----|-------------|---------------------|-----------|------|--------|
| AC  | ≥ 89     | 176 | 3.95 (0.65) | 2.098<br>(370)      | .037      | .013 | -      |
|     | < 89     | 196 | 3.80 (0.68) |                     |           |      |        |
| EC  | ≥ 89     | 176 | 2.31 (0.69) | -5.846<br>(370)     | < .001*** | .010 | -0.607 |
|     | < 89     | 196 | 2.74 (0.71) |                     |           |      |        |
| VC  | ≥ 89     | 176 | 1.28 (0.46) | -1.414<br>(348.219) | .158      | .017 | -      |
|     | < 89     | 196 | 1.35 (0.40) |                     |           |      |        |
| ZC  | ≥ 89     | 176 | 2.57 (0.91) | -1.253<br>(349.308) | .211      | .025 | -      |
|     | < 89     | 196 | 2.68 (0.80) |                     |           |      |        |
| SAC | ≥ 89     | 176 | 3.15 (0.98) | 0.545<br>(370)      | .586      | .050 | -      |
|     | < 89     | 196 | 3.09 (0.95) |                     |           |      |        |

Anmerkung. p\* = korrigiertes Alphafehler-Niveau, \*\*\* =  $p \leq .001$  nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) keine Angaben, da nicht signifikant, d = Effektstärke nach Cohens d. CISS-Skalen: *Aufgabenorientiertes Coping* (AC), *Emotionsorientiertes Coping* (EC), *Vermeidungsorientiertes Coping* (VC), *Zerstreuungsorientiertes Coping* (ZC), *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* (SAC), SF-36: *Körperliche Summenskala* (KS).

Die Regressionsanalyse für BOSS I ergab ein signifikantes Modell  $F(5, 359) = 156.093$ ,  $p \leq .001$ , korr.  $R^2 = .681$ . 68.1% der Varianz können durch das Modell erklärt werden. Die Koeffizienten dazu sind in Tabelle 10 einzusehen. Daraus wird ersichtlich, dass Alter, körperliche und psychische Summenskala der SF-36 sowie emotionsorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping signifikante Prädiktoren für die BOSS I darstellen. Steigt der Wert in BOSS I um eine Einheit, dann nimmt das Alter um 0.067 Einheiten zu. Das emotionsorientierte Coping steigt um 2.833 Einheiten an, wenn der Wert in BOSS I um eine Einheit zunimmt. Die restlichen Prädiktoren weisen einen negativen Zusammenhang auf, erhöht sich der Wert in BOSS I um eine Einheit, dann sinkt das sozial-ablenkungsorientierte

Coping um 1.431 Einheiten, die psychische Summenskala um 0.349 Einheiten und die körperliche Summenskala um 0.083 Einheiten.

Für BOSS II konnte ebenfalls ein signifikantes Modell gezeigt werden –  $F(4, 360) = 183.326$ ,  $p < .001$ , korr.  $R^2 = .667$ . Hierbei können 66.7% der Varianz durch das Modell erklärt werden. Die Koeffizienten zu diesem Modell sind in Tabelle 11 abgebildet. Bei BOSS II erwiesen sich ebenfalls die körperliche und psychische Summenskala der SF-36 sowie emotionsorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping als signifikante Prädiktoren. Nimmt der Wert in BOSS II um eine Einheit zu, dann steigt das emotionsorientierte Coping um 3.276 Einheiten. Des Weiteren sinken das sozial-ablenkungsorientierte Coping um .996 Einheiten, die psychische Summenskala um 0.283 Einheiten und die körperliche Summenskala um 0.122 Einheiten, wenn der Wert in BOSS II um eine Einheit zunimmt.

Tabelle 9

*Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben der psychischen Summenskala der SF-36 (hoch vs. niedrig) in den Subskalen des CISS*

|     | SF-36 PS | n   | M (SD)      | t (df)       | p         | p*   | d      |
|-----|----------|-----|-------------|--------------|-----------|------|--------|
| AC  | ≥ 80     | 191 | 3.98 (0.62) | 4.126 (368)  | < .001*** | .013 | 0.429  |
|     | < 80     | 179 | 3.71 (0.63) |              |           |      |        |
| EC  | ≥ 80     | 191 | 2.25 (0.64) | -8.519 (368) | < .001*** | .010 | -0.886 |
|     | < 80     | 179 | 2.84 (0.71) |              |           |      |        |
| VC  | ≥ 80     | 191 | 1.28 (0.44) | -1.907 (368) | .057      | .025 | -      |
|     | < 80     | 179 | 1.36 (0.41) |              |           |      |        |
| ZC  | ≥ 80     | 191 | 2.54 (0.88) | -2.066 (368) | .040      | .017 | -      |
|     | < 80     | 179 | 2.73 (0.83) |              |           |      |        |
| SAC | ≥ 80     | 191 | 3.20 (0.94) | 1.876 (368)  | .062      | .050 | -      |
|     | < 80     | 179 | 3.01 (0.99) |              |           |      |        |

Anmerkung.  $p^*$  = korrigiertes Alphafehler-Niveau, \*\*\* =  $p \leq .001$  nach Berücksichtigung der Alphafehler-Korrektur, (-) keine Angaben, da nicht signifikant,  $d$  = Effektstärke nach Cohens  $d$ . CISS-Skalen: *Aufgabenorientiertes Coping* (AC), *Emotionsorientiertes Coping* (EC), *Vermeidungsorientiertes Coping* (VC), *Zerstreuungsorientiertes Coping* (ZC), *Sozial-ablenkungsorientiertes Coping* (SAC), SF-36: *Psychische Summenskala* (PS).

Tabelle 10  
Ergebnisse der Regression für BOSS-I-Gesamtskala

| Koeffizienten | B      | B(df) | $\beta$ | t       | p         |
|---------------|--------|-------|---------|---------|-----------|
| Alter         | 0.067  | 0.025 | .082    | 2.680   | .008**    |
| EC            | 2.833  | 0.452 | .211    | 6.262   | < .001*** |
| SAC           | -1.431 | 0.310 | -.139   | -4.621  | < .001*** |
| SF-36 PS      | -0.349 | 0.024 | -.601   | -14.700 | < .001*** |
| SF-36 KS      | -0.083 | 0.023 | -.132   | -3.535  | < .001*** |

Anmerkung. \*\* =  $p \leq .01$ , \*\*\* =  $p \leq .001$ , CISS-Skalen: Vermeidungsorientiertes Coping (VC), Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (SAC), SF-36: Psychische Summenskala (SF-36 PS) Körperliche Summenskala (SF-36 KS) .

Tabelle 11  
Ergebnisse der Regression für Boss-II-Gesamtskala

| Koeffizienten | B      | B(df) | $\beta$ | t       | p         |
|---------------|--------|-------|---------|---------|-----------|
| EC            | 3.276  | 0.439 | .256    | 7.465   | < .001*** |
| SAC           | -0.996 | 0.299 | -.102   | -3.327  | .001**    |
| SF-36 PS      | -0.283 | 0.023 | -.514   | -12.539 | < .001*** |
| SF-36 KS      | -0.122 | 0.022 | -.204   | -5.475  | < .001*** |

Anmerkung. \*\* =  $p \leq .01$ , \*\*\* =  $p \leq .001$ , CISS-Skalen: Vermeidungsorientiertes Coping (VC), Sozial-ablenkungsorientiertes Coping (SAC), SF-36: Psychische Summenskala (SF-36 PS) Körperliche Summenskala (SF-36 KS) .

### 7.2.7 Fragestellung Mediation

Nach Prüfung der Voraussetzungen für die Mediationsanalyse konnte nur eine Hypothese näher untersucht werden. Nur bei der Mediationsanalyse zwischen BOSS-I-Gesamtskala (Prädiktor), SF-36 Psychische Summenskala (Outcome) und emotionsorientiertem Coping (Mediator) korrelieren alle Koeffizienten signifikant miteinander. Für alle anderen Hypothesen war diese Voraussetzung nicht gegeben, und die H0 bleibt somit bestehen.

Der totale Effekt für BOSS-I-Gesamtskala auf SF-36 Psychische Summenskala ist in Abbildung 1 einzusehen. Das gesamte Mediationsmodell mit emotionsorientiertem Coping als Mediator ist in Abbildung 2 dargestellt. Der totale Effekt von BOSS-I-Gesamtskala auf SF-36 Psychische Summenskala beträgt ohne Mediator  $-.78$  ( $p < .001$ ). Der direkte Effekt von BOSS-I-Gesamtskala auf SF-36 Psychische Summenskala mit Mediator beträgt  $-.74$  ( $p < .001$ ). Der indirekte Effekt ist ebenfalls signifikant und hat einen Wert von  $-.05$ , KI $[-.0857, -.0072]$ . Da im Konfidenzintervall Null nicht enthalten ist, kann davon ausgegangen werden, dass das Mediationsmodell signifikant ist. Das Modell erklärt 61.58% der Varianz (korrigiertes  $R^2$ ). Daher wird für diese Hypothese die H0 verworfen und die H1 angenommen.

Dennoch änderte sich der Signifikanzwert für BOSS-I-Gesamtskala vom totalen Effekt auf den direkten Effekt nicht. Darüber hinaus beträgt der indirekte Effekt nur .04. Das bedeutet, dass sich der Effekt des Modells mit Mediator im Vergleich zu dem Modell ohne Mediator nur um .04 Einheiten verringert. Daher kann nur von einer sehr schwachen Mediation durch emotionsorientiertes Coping ausgegangen werden.

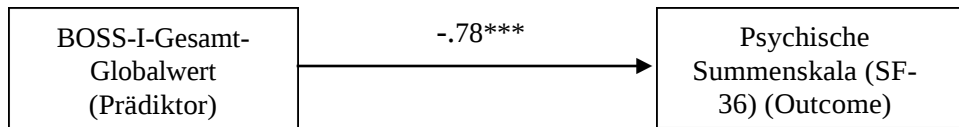


Abbildung 1. Der totale Effekt des BOSS I Gesamt-Globalwertes auf die SF-36 Psychische Summenskala. Der Wert ist ein standardisierter Parameter

\*\*\*  $p < .001$

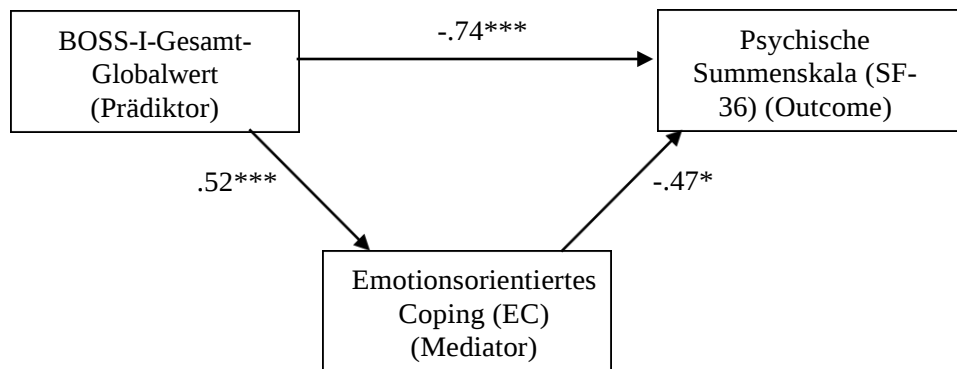


Abbildung 2. Mediationsmodell von BOSS I Gesamt-Globalwert auf Psychische Summenskala (SF-36) über emotionsorientiertes Coping (EC). Der Wert ist ein standardisierter Parameter

\*  $p < 0.5$ , \*\*\*  $p < .001$

## 8 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Zusammenhänge zwischen Burnout, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Copingmechanismen zu untersuchen und der Frage nachzugehen, welche Auswirkungen Copingmechanismen auf Burnout und die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben. Ein weiterer Fokus lag auf der Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren. Zusätzlich sollte überprüft werden, welchen Einfluss die demographischen Variablen Alter und Berufserfahrung auf Burnout haben.

Aufgrund der angestrebten Stratifizierung bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Bildung war die Stichprobe hinsichtlich dieser Merkmale sehr ausgewogen verteilt. Kritischer ist die Verteilung bei den Burnoutwerten zu sehen. 18% der Teilnehmenden gehörten bei

BOSS I zu der Gruppe mit erhöhten Werten, die auf eine Burnoutgefährdung hinweisen, und 23% der Personen dieser Untersuchung zählten zu der gefährdeten Gruppe bei BOSS II. Diese Verteilungswerte sind niedriger als erwartet, wodurch diese Stichprobe nur mäßig gefährdet ist.

Ein Vorteil dieser Untersuchung ist, dass die Stichprobe ein großes Feld an unterschiedlichen Berufen abdeckt. Dadurch wurden in dieser Studie auch Personen aufgenommen, die in klassischen Untersuchungen mit Pflegepersonal und anderen sozialen Berufen nicht miteinbezogen wurden. Es können daher auch Aussagen über Burnout in Berufsfeldern wie Tourismus, IT und Handel gemacht werden.

In Bezug auf die ersten beiden Fragestellungen zu dem Zusammenhang von Burnout mit den demographischen Variablen Alter und Berufserfahrung zeigte sich, dass jüngere Personen mit weniger Berufserfahrung eher höhere Werte in emotionalen Beschwerden aufweisen als ältere. Das Ergebnis führt zu der Vermutung, dass sich Burnout und Überlastung bei jüngeren, unerfahrenen Personen am meisten in emotionaler Erschöpfung zeigt und dies eventuell den Unterschied zu älteren, erfahreneren Personen ausmacht. Es wäre möglich, dass jüngere Personen mehr emotionale Erschöpfung erleben als ältere und das in weiterer Folge eventuell auch einen Risikofaktor für Burnout darstellt. Auch die Literatur lieferte schon Hinweise, dass jüngere Personen mit wenig Berufserfahrung eher die Tendenz dazu haben, unter emotionalen Beschwerden in Zusammenhang mit Burnout zu leiden (Aguayo et al., 2017; Boštjančič et al., 2015). Eine Erklärung dafür ist, dass jüngere Personen allgemein weniger Erfahrung haben und daher mehr Überforderung erleben als ältere (Gibbons, 2010). Ein weiterer Grund kann sein, dass sich jüngere Personen weniger soziale Unterstützung suchen (Gibbons, 2010) und dadurch mehr unter emotionalen Beschwerden leiden. Im Zusammenhang mit emotionalen Beschwerden stehen auch ungünstige Copingmechanismen, die jüngere, unerfahrene ArbeitnehmerInnen möglicherweise einsetzen (Cumbe et al., 2017; Lambert et al., 2004). Dennoch steht im Vordergrund, dass die Zusammenhänge überwiegend keine Signifikanz aufwiesen und daher keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden kann, ob Alter und Berufserfahrung einen Einfluss auf Burnout haben. Das mag daran liegen, dass beispielsweise der Arbeitskontext und die Arbeitsbedingungen ebenfalls eine entscheidende Rolle spielen und die beiden demographischen Merkmale ab einem gewissen Ausmaß an Belastung keinen Einfluss mehr auf das Outcome haben.

Die dritte Fragestellung diente der Überprüfung des Zusammenhangs von Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Die Ergebnisse waren über alle Skalen hinweg

signifikant. Personen, die hohe Werte in Burnout aufwiesen, hatten schlechtere Werte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Wie auch schon die Literatur sehr eindeutige Hinweise auf diesen Zusammenhang lieferte (Grensman et al., 2016; Müller et al., 2015), lassen sich diese nun auch durch diese Untersuchung belegen. Die Ergebnisse verweisen auf die starke Verbindung zwischen den beiden Merkmalen (Burnout und gesundheitsbezogene Lebensqualität). Es ist nachvollziehbar, dass Personen, die gefährdet sind, an Burnout zu leiden, auch eine schlechtere psychische und körperliche Gesundheit aufweisen. Einerseits hängen viele Symptome auch mit Belastungen der körperlichen und psychischen Gesundheit zusammen (wie zum Beispiel Depression, Schmerzen, Schlafstörungen usw.) und andererseits hat Burnout an sich viele Einschränkungen zur Folge. Man kann möglicherweise nicht mehr arbeiten gehen, keine sozialen Kontakte mehr pflegen oder leidet unter Schmerzen. Das alles könnte zu Einbußen bei der eigenen Lebensqualität führen.

Im Zusammenhang mit der vierten Fragestellung zum Unterschied zwischen Personen mit hohen und niedrigen Burnoutwerten und den angewandten Copingmechanismen zeigte sich der stärkste Effekt bei emotionsorientiertem Coping. Teilnehmende mit hohen Werten in den Gesamtskalen der BOSS I und II wiesen auch hohe Werte in emotionsorientiertem Coping auf. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stimmen mit jenen aus vorherigen Studien überein, in denen sich ein positiver Zusammenhang zwischen Burnout und emotionsorientiertem Coping zeigte (Ben-Zur & Michael, 2007; Sasaki et al., 2009). Es kann daher angenommen werden, dass emotionsorientiertes Coping einen maladaptiven Mechanismus darstellt, der mit hohen Burnoutwerten zusammenhängt. Dies erscheint naheliegend, da beim emotionsorientierten Coping weder das Problem aktiv vermieden noch an einer Lösungsstrategie für das Problem gearbeitet wird. Personen, die diesen Copingstil anwenden, machen sich Vorwürfe und fokussieren auf ihre Sorgen und Ängste. Dadurch verbleiben die Personen emotional in der unangenehmen Situation und verstärken diese außerdem dadurch, dass sie keinen Ausweg suchen, sondern nur bei den Emotionen Angst und Wut verweilen. Dies könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass Personen, die diesen Copingstil vorrangig anwenden, auch höhere Werte bei Burnout aufweisen. Darüber hinaus scheint dieser Copingstil auch die allgemeine emotionale Lage bei Personen mit Risiko zur Burnoutentwicklung zu beschreiben. Betroffene fühlen sich „ausgebrannt“ (Koch et al., 2015), suchen die Schuld eher bei sich selbst und sind verzweifelt (Burisch, 2014).

Beim problemorientierten Coping beschrieben Personen, die niedrige Werte in der BOSS-I-Gesamtskala aufwiesen, höhere Werte in dieser Bewältigungsstrategie. Die Ergebnisse

stimmen mit den Annahmen vorheriger Studien überein (Nielsen & Knardahl, 2014; Penley et al., 2002). Dementsprechend kann problemorientiertes Coping als adaptive Bewältigungsstrategie angesehen werden, die negativ mit Burnout korreliert. Zunächst erscheint es naheliegend, dass problemorientiertes Coping, bei dem aktiv versucht wird, das Problem, das den Stress verursacht, zu lösen, positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Allerdings zeigte sich der Effekt nur bei einer der beiden Skalen der BOSS. Somit ist der Effekt nicht so eindeutig wie beim emotionsorientierten Coping. Auch andere Studien konnten keine eindeutigen Ergebnisse zwischen den beiden Konstrukten ausmachen (Beasley et al., 2003; Prati et al., 2011). Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass problemorientiertes Coping mehr Effekte im Zusammenhang mit Beruf, Arbeit, Familie und Freunden (BOSS-I-Skalen) hat als es Beschwerden lindert (BOSS-II-Skalen: kognitive, emotionale, körperliche Beschwerden). In diesem Sinne könnte problemorientiertes Coping als eine Art instrumentelles Coping gesehen werden, das aktiv zur Lösung von Problemen beiträgt, aber keinen Effekt auf die Beschwerden einer Person hat. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass sich die Vorteile des problemorientierten Copings erst langfristig zeigen (Gibbons, 2010).

Das sozial-ablenkungsorientierte Coping hatte in dieser Studie entgegen den Erwartungen positive Effekte. Teilnehmende mit niedrigeren Werten in der BOSS-I-Gesamtskala wiesen höhere Werte im sozial-ablenkungsorientierten Coping auf. Aufgrund der Einteilung dieser Subskala zu der Kategorie vermeidungsorientiertes Coping wurde von negativen Effekten auf die Gesundheit und positiven auf Burnout ausgegangen. Wie schon in der Literatur erwähnt, sind die Effekte beim sozial-ablenkungsorientierten Coping jedoch ambivalent. Je nachdem zu welcher Strategie (aufgabenorientiert oder vermeidungsorientiert) es gezählt und wie diese Strategie eingesetzt wird (Suche nach Unterstützung oder nach Ablenkung) zeigen sich unterschiedliche Effekte (Beasley et al., 2003). Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen daher vermuten, dass sozial-ablenkungsorientiertes Coping durchaus auch protektive Effekte auf Burnout haben kann.

Die Tatsache, dass bezüglich dieser Bewältigungsstrategie genau gegenläufige Ergebnisse zu früherer Studien ermittelt wurden (Gibbons, 2010; Kamtsios & Lolis, 2016; Shin et al., 2014), könnte auch eine mögliche Erklärung dafür sein, dass sich in der Gesamtskala vermeidungsorientiertes Coping und der zweiten Subskala zerstreuerorientiertes Coping, neben dem sozial-ablenkungsorientierten Coping, keine Effekte auf Burnout ergaben. Es wäre möglich, dass sich die Effekte insgesamt aufheben, da sie zumindest beim sozial-ablenkungsorientierten Coping in die entgegengesetzte Richtung gehen.

Dasselbe Ergebnis zeigte sich in Bezug auf die fünfte Fragestellung, die den Zusammenhang angewandter Copingmechanismen mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität untersuchte. Hier ergaben sich ebenfalls keine Effekte durch das vermeidungsorientierte Coping, was den meisten Ergebnissen aus vorangehenden Studien widerspricht (Beasley et al., 2003; Penley et al., 2002; Prati et al., 2011).

Eine andere mögliche Erklärung dafür wäre, dass vermeidungsorientiertes Coping kurzfristig auch positive Effekte haben könnte. Aufschub und Vermeidung führen auf lange Sicht nicht zur Lösung des Problems, kurzzeitig könnten sie aber zu Erleichterung führen. Es zeigte sich auch in einer anderen Studie, dass vermeidungsorientiertes Coping die somatischen Beschwerden bei Frauen verringerte (Beasley et al., 2003). Dementsprechend kann es sein, dass keine Effekte gefunden werden konnten, weil die Auswirkungen möglicherweise auch positiv sind. Ein weiterer Einflussfaktor könnte sein, dass die vorhandene Stichprobe nur aus Personen mit mäßigem Burnoutisiko bestand. Daher ist es möglich, dass sich die negativen Effekte erst längerfristig zeigen, wenn Personen ein höheres Risiko für Burnout oder schon Burnout-Symptome aufweisen. Darüber hinaus hängen die Ergebnisse davon ab, wie und mit welchen Fragen das Konstrukt erhoben wird. Es könnte auch sein, dass bei anderen Instrumenten der Fokus noch mehr auf den negativen Aspekten des vermeidungsorientierten Copings liegt.

Ein weiteres Ergebnis in Zusammenhang mit der fünften Fragestellung ist, dass Personen mit niedrigen Werten in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität häufiger emotionsorientierte Copingmechanismen anwenden als Personen mit hohen Werten in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dieses Ergebnis stimmt mit jenen aus anderen Studien überein (Beasley et al., 2003; Penley et al., 2002). Wie auch im Zusammenhang mit Burnout erwähnt, ist es nachvollziehbar, dass Personen, die emotionsorientierte Bewältigungsmechanismen einsetzen, negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit erleben. Der Fokus auf den Stress, die Angst und die Verzweiflung trägt wahrscheinlich nicht dazu bei, dass eine Person sich psychisch und körperlich wohl fühlt.

Darüber hinaus wurde ein positiver Effekt für das aufgabenorientierte Coping gefunden, der zeigt, dass Personen mit hohen Werten in psychischer Gesundheit häufiger aufgabenorientierte Copingmechanismen anwenden als Personen mit niedrigen Werten. Interessant ist dabei, dass das aufgabenorientierte Coping keinen signifikanten Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit aufweist. Auch vorangehende Studien konnten teilweise nur signifikante Zusammenhänge mit der psychischen, nicht aber der

körperlichen Gesundheit aufzeigen (Nielsen & Knardahl, 2014; Penley et al., 2002). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass sich körperliche Zustände, wie beispielsweise eine chronische Erkrankung, nicht so schnell ändern können. Insofern wäre es möglich, dass sich die positiven Effekte des aufgabenorientierten Coping auf psychischer Ebene schneller zeigen. Außerdem sind manche körperliche Einschränkungen, beispielsweise eine Einschränkung beim Gehen aufgrund einer Verletzung, nicht durch eine Copingstrategie veränderbar.

Am eindeutigsten waren in Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die negativen Effekte durch das emotionsorientierte Coping, da dieses sowohl für den psychischen als auch für den körperlichen Bereich Unterschiede zwischen den Gruppen aufwies. Darauf verwies auch schon eine andere Studie, die trotz des Fokus auf Stressreduktion und Wohlbefinden vorrangig die negativen Effekte von Coping auf die psychische Gesundheit aufzeigen konnte (Aldwin & Revenson, 1987). Die Ergebnisse zum maladaptiven Coping mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Burnout sind somit gegenläufig zu den bisherigen Befunden, in denen die Effekte für das emotionsorientierte Coping weniger eindeutig waren als die des vermeidungsorientierten Copings (Beasley et al., 2003; Nielsen & Knardahl, 2014; Penley et al., 2002; Prati et al., 2011).

In Zusammenhang mit der sechsten Fragestellung, die untersuchte, welche Konstrukte Prädiktoren für Burnout darstellen, zeigte sich zunächst für BOSS I, dass Alter (Personen mit höherem Alter) und emotionsorientiertes Coping Risikofaktoren für höhere Burnoutwerte darstellen und sozial-ablenkungsorientiertes Coping und gesundheitsbezogene Lebensqualität Schutzfaktoren waren. Bis auf das Alter, das für BOSS II keinen signifikanten Vorhersagewert hatte, zeigten sich für BOSS II dieselben Prädiktoren wie für BOSS I.

Die Ergebnisse zum Alter sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Erstens zeigte sich der Effekt nur für die BOSS-I-Skala. Zweitens ergab sich aus der Analyse der ersten Fragestellung mittels t-Test ein umgekehrter Zusammenhang. Hier hatten jüngere Personen höhere Burnoutwerte, und das auch nur in einer Subskala. Da über zwei unterschiedliche Verfahren zwei gegenläufige Ergebnisse gefunden wurden, kann über den Zusammenhang von Alter und Burnout im Grunde keine allgemeine Aussage gemacht werden.

Die negativen Vorhersagewerte des emotionsorientierten Copings für Burnout erscheinen in Zusammenhang mit den anderen Ergebnissen dieser Studie nachvollziehbar und verdeutlichen den negativen Einfluss dieser Bewältigungsstrategie auf die Gesundheit. In der

Prädiktoranalyse zeigen sich auch noch einmal die positiven Effekte des sozial-ablenkungsorientierten Copings für niedrigere Burnoutwerte. Das hebt hervor, dass sozial-ablenkungsorientiertes Coping in dieser Untersuchung als Schutzfaktor fungiert.

Ebenfalls im Einklang mit den bisherigen Ergebnissen zu dieser Untersuchung zeigte sich, dass hohe Werte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einen Schutzfaktor gegenüber Burnout darstellen. Die Regressionsanalyse hebt auch hierbei die starke Verbindung dieser beiden Konstrukte hervor, und es konnte gezeigt werden, wie wichtig die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit auf das Erleben von Burnout ist.

Trotz der mäßigen Gefährdung für Burnout, die diese Stichprobe überwiegend aufweist, zeigten sich auch schon hier Risiko- und Schutzfaktoren für Burnout. Daher erweist sich die Verteilung dieser Stichprobe auch als Vorteil, da sich schon vorab Gefährdungspotential durch beispielsweise emotionsorientiertes Coping erkennen lässt. Außerdem wird hier schon im Vorhinein ersichtlich, welches Verhalten sich ungünstig auswirkt. Dadurch können Aussagen getroffen werden, die zu Präventionsmaßnahmen beitragen könnten.

Die Ergebnisse zeigen, dass es bei Behandlung und Prävention von Burnout wichtig ist, emotionsorientiertes Coping zu vermeiden und aufgabenorientiertes Coping zu fördern. Darüber hinaus weisen die Zusammenhänge mit der Lebensqualität auf die Einschränkungen hin, unter der Personen, die ein Risiko für Burnout haben, leiden. Dadurch wird ersichtlich, wie wichtig es ist, auf das Gesundheitserleben der Personen einzugehen.

Die Überprüfung der siebten Fragestellung, ob Coping einen Mediator zwischen Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität darstellt, zeigte insgesamt keine signifikanten Effekte. Lediglich emotionsorientiertes Coping hatte statistisch gesehen einen Einfluss auf den Zusammenhang von der BOSS-I-Skala und der psychischen Lebensqualität. Der partielle Mediationseffekt war allerdings sehr gering. Daher wird angenommen, dass Coping nur zum Teil diesen Zusammenhang medieren kann und wahrscheinlich noch andere Faktoren mit hineinspielen, die auch einen Einfluss haben. Eine andere Studie kommt auch zu dem Ergebnis, dass die Effekte des Copings auf die Gesundheit begrenzt sind und andere Einflussgrößen möglicherweise wichtiger sind (Nielsen & Knardahl, 2014). Deshalb wird vermutet, dass die Zusammenhänge komplexer sind als gedacht und Coping nur einen kleinen Teil dabei ausmacht.

### **8.1 Ausblick und Limitationen**

Eine Einschränkung dieser Untersuchung ist, dass es sich hierbei um eine Querschnittsuntersuchung handelt. Dadurch können keine Aussagen über Kausalitäten gemacht werden und es ist somit nicht möglich, Rückschlüsse über die Ursache-Wirkungs-Beziehung zu ziehen. Eine weitere Limitation stellt die Burnoutgefährdung der Stichprobe dar. Teilnehmende dieser Untersuchung waren nur bedingt für Burnout gefährdet. Daher ist fraglich, wie vergleichbar die Ergebnisse dieser Erhebung mit Ergebnissen anderer Studien sind, in denen Personen bereits an Burnout litten sind oder höhere Werte in Richtung Burnoutrisiko aufweisen. Darüber hinaus sind alle Erhebungsinstrumente Selbstbeurteilungsverfahren, wodurch die Gefahr des Antwortens nach sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden kann. Außerdem ist kritisch zu betrachten, wie unterschiedlich Copingstrategien in verschiedenen Studien erhoben werden und welche Bedeutung einzelne Skalen in Abhängigkeit des Fragebogens haben. Das hat zur Folge, dass manche Subskalen je nach Fokus der Fragen, wie zum Beispiel emotionsorientiertes Coping, zu adaptiven oder maladaptiven Strategien gezählt werden und sich dementsprechend auch widersprüchliche Effekte zeigen. Es wäre in Zukunft daher wichtig, noch ein zweites Copinginstrument in die Untersuchung aufzunehmen, um so ein eindeutigeres Bild über die Richtung und Wirkung eines Copingstils zu erhalten und Ergebnisse besser interpretieren zu können. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, in weiteren Erhebungen eine Stichprobenverteilung zu erzielen, in der zumindest die Hälfte der Teilnehmenden ein höheres Burnoutrisiko aufweist.

Des Weiteren wäre es wichtig, die Zusammenhänge zwischen Burnout, Lebensqualität und Coping auch in einer Längsschnittstudie zu untersuchen. Dies könnte Aufklärung über die langfristige Rolle von vermeidungsorientiertem Coping und aufgabenorientiertem Coping geben. Dadurch könnte überprüft werden, ob sich so eindeutigere Aussagen zu diesen Bewältigungsmechanismen machen lassen. Außerdem wäre es dadurch möglich, auch kausale Schlussfolgerungen über Risiko- und Schutzmaßnahmen sowie die Auswirkungen von adaptiven und maladaptiven Bewältigungsmechanismen zu ziehen.

In neuen Untersuchungen wäre es darüber hinaus erstrebenswert, weitere Faktoren zu erheben, die einen Einfluss auf den Zusammenhang von Burnout und Lebensqualität haben könnten. Dadurch könnten sich wichtige Kriterien für die Behandlung herauskristallisieren, an denen angesetzt werden kann, um den Zustand von Betroffenen zu verbessern. Trotz der langjährigen Forschung zum Thema Burnout zeigt sich, dass noch viele Fragen offen bleiben. Daher ist es wichtig, dieses Syndrom auch in Zusammenhang mit anderen Konstrukten weiter

zu erforschen, um zu verstehen, mit welchen Maßnahmen am besten interveniert werden kann. So wäre auch für die Zukunft wünschenswert, dass Burnout als „normale“ psychische Erkrankung implementiert wird und nicht nur seinen Platz in der Zusatz-Kategorie findet. Außerdem gibt es bis heute keine einheitliche Definition für dieses Syndrom, was noch einmal hervorhebt, dass dieses Störungsbild nicht ausreichend verstanden wurde und sehr komplex ist.

## **8.2 Resümee**

In Folge dieser Untersuchung konnte durch den Zusammenhang von Burnout und gesundheitsbezogener Lebensqualität die Belastung von Betroffenen hervorgehoben werden, und das verdeutlicht den Krankheitsaspekt von Burnout. Darüber hinaus zeigten sich negative Folgen durch emotionsorientiertes Coping für die Gesundheit. Interessanterweise ergaben sich in dieser Studie keine Einflüsse durch das vermeidungsorientierte Coping. Aufgabenorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping erwiesen sich dagegen als Schutzfaktoren vor Burnout, und es konnte gezeigt werden, dass es förderlich für die psychische Gesundheit ist, wenn diese Bewältigungsmechanismen angewendet wurden.

## 9 Literatur

- Aguayo, R., Vargas, C., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2017). Are socio-demographic factors associated to burnout syndrome in police officers? A correlational meta-analysis. *Anales de Psicología*, 33(2), 383–392.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337–348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337>
- Anagnostopoulos, F., & Niakas, D. (2010). Job burnout, health-related quality of life, and sickness absence in Greek health professionals. *European Psychologist*, 15(2), 132–141. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000013>
- Atal, S., & Cheng, C. (2016). Socioeconomic health disparities revisited: coping flexibility enhances health-related quality of life for individuals low in socioeconomic status. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(7), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0410-1>
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77–95.
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63–82. <https://doi.org/10.1300/J010v45n04>
- Blau, G., Tatum, D. S., & Ward Goldberg, C. (2013). Exploring correlates of burnout dimensions in a sample of psychiatric rehabilitation practitioners: A cross-sectional study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 166–172. <https://doi.org/10.1037/prj0000007>
- Boštjančič, E., Kocjan, G. Z., & Stare, J. (2015). Role of socio-demographic characteristics and working conditions in experiencing burnout. *Suvremena Psihologija*, 18(1), 43–60. <https://doi.org/10.1038/14046>
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen: Hofgrefe. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.28.2.143>

- Bullinger, M., Siegrist, J., & Ravens-Sieberer, U. (2000). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom* (5.Auflage). Heidelberg: Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-36255-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cumbe, V. F. J., Pala, A. N., Palha, A. J. P., Gaio, A. R. P., Esteves, M. F., Mari, J. de J., & Wainberg, M. (2017). Burnout syndrome and coping strategies in Portuguese oncology health care providers. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(5), 122–126.  
<https://doi.org/10.1590/0101-608300000000135>
- Daig, I., & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 5–23.
- De Araújo Silva, T. L., & Alchieri, J. C. (2014). Socioeconomic and demographic aspects related to stress and the burnout syndrome among Brazilian physiotherapists. *Salud Mental*, 37(3), 233–238. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.027>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1299–1309. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.015>
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G., & Werner, S. (2016). Health-related quality of life in patients with burnout on sick leave: descriptive and comparative results from a clinical study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(2), 319–329. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1075-5>
- Hagemann, W., & Geuenich, K. (2014). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS), 2. überarbeitete Auflage, Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Johnson, S. J., Holdsworth, L., Hoel, H., & Zapf, D. (2013). Customer stressors in service organizations: The impact of age on stress management and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), 318–330.  
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.772581>
- Kälin, W. (1995a). *Deutsche 24-Item Kurzform des „Coping Inventory for Stressful*

- Situations“ (CISS) von N.S. Endler & J.D.A. Parker. Basierend auf der Übersetzung von N. Semmer, F. Tschan & V. Schade (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.*
- Kälin, W. (1995b). *Drei Coping-Fragebögen im Vergleich: Faktorenstruktur, psychometrische Güte und Gemeinsamkeiten des “COPE”, des “Coping Inventory for Stressful Situations” und des “Ways of Coping Questionnaire” (unveröffentlichte Lizentiatsarbeit).* Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.
- Kamtsios, S., & Lolis, T. (2016). Investigating burnout in Greek teachers: Are there any teachers at risk? *Hellenic Journal of Psychology*, 13, 196–216.
- Koch, S., Lehr, D., & Hillert, A. (2015). *Burnout und chronischer beruflicher Stress.* Göttingen: Hofgrefe.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00080-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00080-4)
- Lavoie, J. A. A. (2013). Eye of the beholder: Perceived stress, coping style, and coping effectiveness among discharged psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.02.004>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation.* London: Oxford University Press.
- Lee, H. F., Kuo, C. C., Chien, T. W., & Wang, Y. R. (2016). A meta-analysis of the effects of coping strategies on reducing nurse burnout. *Applied Nursing Research*, 31, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.001>
- Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, M.P. (1996), *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout: Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können.* Wien: Springer.
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Canadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>

- Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva Demarzo, M. M., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: Explanatory power of different coping strategies. *PLOS ONE*, 9(2): e89090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089090>
- Müller, G., Rose, U., & Freude, G. (2015). The impact of burnout on health-related quality of life in the German working population (2011–2012). *European Journal of Public Health*, 25(3), 49–50.
- Nielsen, M. B., & Knardahl, S. (2014). Coping strategies: A prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(2), 142–150. <https://doi.org/10.1111/sjop.12103>
- Nil, R., Jacobshagen, N., Schächinger, H., Baumann, P., Höck, P., Hättenschwiler, J., ... Holsboer-Trachsler, E. (2010). Burnout – eine Standortbestimmung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161(2), 72–77.
- Pedditzi, M. L. (2015). Coping strategies and burnout: A survey of secondary school teachers. In N. W. Travis (Ed.), *Handbook on Burnout and Sleep Deprivation: Risk Factors, Management Strategies and Impact on Performance and Behavior* (Vol. 2, pp. 175–187). Cagliari: Nova Science Publishers.
- Penley, J., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603.
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2011). Coping strategies and collective efficacy as mediators between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *International Journal of Stress Management*, 18(2), 181–195. <https://doi.org/10.1037/a0021298>
- Rauschenbach, C., Krumm, S., Thielgen, M., & Hertel, G. (2013). Age and work-related stress: A review and meta-analysis. *Journal of Managerial Psychology*, 28(7), 781–804. <https://doi.org/10.1108/JMP-07-2013-0251>
- Rezaei, O., Habibi, K., Ghahestany, D. A., Sayadnasiri, M., Armoon, B., Khan, V., & Moghadam, L. F. (2018). Factors related to job burnout among nurses in the Razi Psychiatric Hospital, Iran. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 14(6), 1–6. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0146>
- Sadati, A. K., Hemmati, S., Rahnavard, F., Lankarani, K. B., & Heydari, S. T. (2016). The

- impact of demographic features and environmental conditions on rates of nursing burnout. *Shiraz E-Medical Journal*, 17(3), 1–7. <https://doi.org/10.17795/semj37882>
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 359–365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00960.x>
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Kuderer, M., & Musalek, M. (2017). Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich. Retrieved August 12, 2019, from [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/2/0/CH3434/CMS1500897670783/praevalenz\\_des\\_burnout-syndroms\\_in\\_oesterreich\\_-\\_langfassung.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/2/0/CH3434/CMS1500897670783/praevalenz_des_burnout-syndroms_in_oesterreich_-_langfassung.pdf)
- Shaughnessy, M. S., & Moore, T.-L. (2010). An interview with Tage S. Kristensen about burnout. *North American Journal of Psychology*, 12(3), 415–420. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/17506200710779521>
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44–56. <https://doi.org/10.1037/a0035220>
- Šolcová, I., Kebza, V., Kodl, M., & Kernová, V. (2017). Self-reported health status predicting resilience and burnout in longitudinal study. *Central European Journal of Public Health*, 25(3), 222–227. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4840>
- Suñer-Soler, R., & Grau, A. (2013). Burnout, health and quality of life. In B. R. Doolittle (Ed.), *Psychology of burnout: new research* (pp. 1–18). Catalonia: Nova Science Publishers.
- Suñer-Soler, R., Grau-Martin, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C., & Sullman, M. J. M. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 305–313. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x>

- Tay, L., Ng, V., Kuykendall, L., & Diener, E. (2014). Demographic factors and worker wellbeing: An empirical review using representative data from the United States and across the world. In P.L. Perrewé, C. C. Rosen, & J. R. B. Halbesleben (Eds.), *The Role of Demographics in Occupational Stress and Well Being* (Research in Occupational Stress and Well-being, Volume 12) (pp. 235–283). (n.p.): Emerald Group Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/S1479-355520140000012007>
- Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R., & Jäppinen, P. (2005). Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*, 31(1), 18–27.
- Von Känel, R. (2008). Das Burnout-Syndrom: Eine medizinische Perspektive. *Praxis*, 97(9), 477–487. <https://doi.org/10.1024/1661-8157.97.9.477>
- Zhang, M., Loerbroks, A., & Li, J. (2018). Job burnout predicts decline of health-related quality of life among employees with cardiovascular disease : A one-year follow-up study in female nurses. *General Hospital Psychiatry*, 50, 51–53. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.10.004>

## **10 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. *Der totale Effekt des BOSS I Gesamt-Globalwertes auf die SF-36 Psychische Summenskala*

Abbildung 2. *Mediationsmodell von BOSS I Gesamt-Globalwert auf Psychische Summenskala (SF-36) über emotionsorientiertes Coping (EC)*

## 11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. *Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378) Teil 1*

Tabelle 2. *Soziodemographische Eigenschaften der TeilnehmerInnen (N = 378) Teil 2*

Tabelle 3. *Verteilung der Gruppen nach Cutoff-Werten in den Skalen der Fragebögen*

Tabelle 4. *Ergebnisse des Welch-Tests für unabhängige Stichproben zwischen BOSS I (hoch vs. niedrig) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*

Tabelle 5. *Ergebnisse des Welch-Tests für unabhängige Stichproben zwischen BOSS II (hoch vs. niedrig) in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*

Tabelle 6. *Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Gesamtskala der BOSS I in allen Skalen des CISS*

Tabelle 7. *Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben bezüglich der Gesamtskala der BOSS II in allen Skalen des CISS*

Tabelle 8. *Ergebnisse der t-Tests und Welch-Tests für unabhängige Stichproben der körperlichen Summenskala der SF-36 (hoch vs. niedrig) in den Subskalen des CISS*

Tabelle 9. *Ergebnisse der t-Tests und Welch-Tests für unabhängige Stichproben der psychischen Summenskala der SF-36 (hoch vs. niedrig) in den Subskalen des CISS*

Tabelle 10. *Ergebnisse der Regression für BOSS-I-Gesamtskala*

Tabelle 11. *Ergebnisse der Regression für Boss-II-Gesamtskala*