

**Masterarbeit**

**Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit von Health  
Professionals, der Versorgungsqualität und der  
Patientensicherheit**

eingereicht von

**Bc. Mgr. PhDr. Livia Haro**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Business Administration (MBA)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt im Rahmen des

**Universitätslehrgangs MBA in Health Care and Hospital Management**

unter der Anleitung von

**Dr. med. univ. Martin Sprenger, MPH**

**Univ.-Prof.i.R. Dr. med. univ. Helfried Metzler**

Wien, 04. Juni 2019

## Zusammenfassung

**Problemstellung:** Die Arbeit „Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit von Health Professionals, der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit“ beschäftigte sich mit dem Problem der Auswirkungen von Gesundheits- und Befindlichkeitsvariablen bei Angehörigen der Gesundheitsberufe und stellte diese als zentrale Größen in den Zusammenhang mit zentralen Parametern der Behandlungsqualität wie etwa PatientInnensicherheit.

**Forschungsfrage:** Dabei war die anleitende Fragestellung: „Welche Zusammenhänge finden sich in der Literatur zwischen der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung (Burnout, Stress) von Health Professionals und der Behandlungsqualität / PatientInnensicherheit?“

**Ziel:** Das Ziel der Untersuchung ist, einen systematischen Überblick über die bestehenden Theorien, Studienlage und Forschungsstand zu geben und die gefundenen Zusammenhänge aus einer Vielzahl von Übersichtsarbeiten herauszuarbeiten. Dabei wird versucht, die Annahmen des Zusammenhangs zwischen Arbeitszufriedenheit und PatientInnensicherheit (bzw. Versorgungsqualität) zu verifizieren, modifizieren oder zu verwerfen. Dadurch sollen Interventionen, Arbeitsplatzgestaltungsprogrammen und rechtlichen Ansätzen, sowie Diskussionen um die Arten Gesundheitsberufe zu gestalten und zu führen Argumente an die Hand gegeben werden, die effektive Maßnahmen bedingen und letztlich zu einem besseren Arbeiten für die MitarbeiterInnen als auch zu einer höheren Qualität für die PatientInnen führen.

**Methode:** Es wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Dann erfolgte nach einer kritischen Prüfung des Recherchematerials die Auswahl der relevanten Dokumente.

**Ergebnisse:** Es gibt konsistente, bedeutsame, wenn auch kleine Korrelationen zwischen Burnout / Arbeitszufriedenheit der Health Professionals, mit subjektiven, wie auch objektiven Maßen der PatientInnensicherheit und der Behandlungsqualität. Dabei nehmen sich die objektiven Maße als schwächer von der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung der Health Professionals beeinflusst aus.

**Diskussion:** Die Health Professionals bezogenen Gesundheits- und Zufriedenheitsmaße scheinen ein relevanter und bisher unterschätzter Faktor für die Performance Indikatoren von Gesundheitsbetrieben zu sein, denen bisher in der Formulierung von Gesundheitszielen zu wenig Beachtung geschenkt wird. Die Bedeutung von betrieblicher Gesundheitsvorsorge für alle Bereiche eines Gesundheitsunternehmens muss dringend weiter erforscht werden. Auch die Divergenz zwischen objektiven Maßen und subjektiven Einschätzungen der Versorgungsqualität scheint eine gesonderte Betrachtung notwendig zu machen.

**Schlagwörter:** *Gesundheitsberufe, Burnout, Depression, Stress, PatientInnensicherheit, Behandlungsqualität, Arbeitszufriedenheit*

## **Abstract**

**Problem:** This master thesis studied the relationship between job satisfaction of health professionals, quality of care and patient safety, as health and well-being are essential factors in regard to quality of care and patient safety.

**Research Question:** The guiding question was: “What connections can be found in the literature between job satisfaction / psychological stress (burnout, stress) of health professionals and the quality of care / patient safety?”

**Aim:** The aim of the investigation is to provide a systematic overview of the existing theories and state of research found in a large number of systematic reviews. The aim is to verify, modify or reject the assumptions of the connection between job satisfaction and patient safety (or quality of care). The aim is to provide arguments for effective interventions, workplace health promotion programs and legal approaches. It should support discussions about successful leadership to create a healthier working environment for health care professions and such higher quality of care for patient.

**Method:** A comprehensive literature search was carried out. Then, after a critical examination of the research material, the relevant documents were selected.

**Results:** There are consistent, significant, albeit small, correlations between burnout / job satisfaction of health professionals, with subjective as well as objective measures of patient safety and treatment quality. The objective measures appear to be less influenced by the job satisfaction / psychological stress of the health professionals.

**Discussion:** The health professionals related health and satisfaction measures seem to be a relevant and so far underestimated factor for the performance indicators of health organisations, to which too little attention is paid in the formulation of health goals. The importance of occupational health care for all areas of a healthcare urgently needs to be further explored. The divergence between objective measures and subjective assessments of the quality of care also seems to require separate consideration.

**Keywords:** *Health professionals, burnout, depression, stress, patient safety, treatment quality, job satisfaction*

## **Eidesstattliche Erklärung**

*Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Wien, am 04. Juni 2019*

*Bc. Mgr. PhDr. Livia Haro*

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich aus ganzem Herzen den wichtigsten und bedeutendsten Menschen in meinem Leben diese Arbeit widmen: meiner Mama, meiner Tochter Rebecca, meinem geliebten Mann und meiner Familie.

Mein herzlicher Dank geht an meine Mama, die in jeder Situation immer für mich da war. Während ich mich auf das Studium in Graz konzentrieren konnte, hat sie uns jedes Mal begleitet und sich um Rebecca liebevoll und bestens gekümmert.

Ein riesiges Dankeschön an meine einzigartige und wundervolle Tochter Rebecca die nur 7 Wochen alt war, als ich mit dem Studium begonnen habe und mich immer durch alle Semester stressfrei begleitet, sich an die gesamte Situation wunderbar angepasst und mir ermöglicht hat alles zu absolvieren.

Danke, dass du in unserem Leben eingetreten bist und unser Leben bereichert hast.

Der allergrößte Dank gehört meinem Mann, der trotz der schwierigen Situation und der teilweise sehr belastenden Zeit immer für mich da war und mich in all meinen Entscheidungen unterstützt hat.

Ohne eure Hilfe, Verständnis und große Unterstützung wäre es mir nicht möglich das „MBA Studium“ zu absolvieren. DANKE!

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>I</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>III</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>IV</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>V</b>
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>VI</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Glossar.....</b>	<b>IX</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>XII</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Relevanz des Themas.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Forschungsfragen.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Annahmen.....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Ziel der Untersuchung.....</b>	<b>3</b>
<b>1.5 Aufbau der Arbeit.....</b>	<b>4</b>
<b>2 Methode.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Beschreibung &amp; Begründung des Forschungsdesigns.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Beschreibung der Literatursuche und -analyse.....</b>	<b>7</b>
<b>3 Theorie.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation.....</b>	<b>9</b>
3.1.1 Arbeitszufriedenheitstheorien.....	10
3.1.1.1 Inhaltstheorien.....	10
3.1.1.2 Prozesstheorien.....	11
3.1.1.3 Weitere Ansätze.....	12
3.1.2 Dimensionen und Faktoren die Arbeitszufriedenheit im Health Professionals Bereich beeinflussen.....	13
3.1.2.1 Organisationale oder extrapersonliche Faktoren.....	15
3.1.2.2 Interpersonelle Faktoren.....	17
<b>3.2 Belastungen und Stress bei Health Professionals.....</b>	<b>18</b>
3.2.1 Belastungen bei Healt Professionals.....	20
3.2.1.1 Physische Belastungen.....	20

3.2.1.2	Soziale Belastungen.....	21
3.2.1.3	Psychische Belastungen.....	22
3.2.2	Stress bei Health Professionals.....	24
3.2.2.1	Psychologie und Physiologie von Stress bei Health Professionals.....	24
3.2.2.2	Faktoren für das Stresserleben bei Health Professionals.....	27
3.2.2.3	Auswirkungen von Stress.....	28
3.2.2.4	Burnout bei Health Professionals.....	29
<b>3.3</b>	<b>Versorgungsqualität im Health Bereich.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4</b>	<b>PatientInnensicherheit bei Health Professionals.....</b>	<b>35</b>
<b>3.5</b>	<b>Betriebliche Gesundheitsförderung.....</b>	<b>38</b>
3.5.1	Prinzipien Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	39
3.5.2	Handlungsstrategien Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	39
3.5.3	Auswirkungen Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	40
<b>3.6</b>	<b>Zusammenfassung der Theorie.....</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>Auswertung.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>Vorstellung der verwendeten Reviews.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2</b>	<b>Auswertung und Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>50</b>
4.2.1	Stress / Belastungen und Job Zufriedenheit / Burnout.....	50
4.2.2	Job Zufriedenheit und Versorgungsqualität / PatientInnensicherheit.....	50
4.2.3	Burnout und Versorgungsqualität / PatientInnensicherheit.....	53
<b>4.3</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse und Bezug zur Theorie.....</b>	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>Diskussion und Empfehlungen.....</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>66</b>

## Abkürzungsverzeichnis

d.h.	Das heißt
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V
Et al.	et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum), et alia (Neutrum), Lat. = „und andere“
etc.	et cetera
Ggf.	Gegebenenfalls
ICD-10	International Classification of Diseases 10
lt.	Laut
MBI	Maslach Burnout Inventory
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis
WHO	World Health Organisation
z.B.	Zum Beispiel

## Glossar

**Arbeitszufriedenheit / Job Zufriedenheit** ... ist das Gefühl der Befriedigung, das Menschen haben, die Freude bei und durch ihre Arbeit haben und die sie gut machen. Fehlende Arbeitszufriedenheit kann zu verringerter Motivation, Stress und Fehlen am Arbeitsplatz sowie zu einer höheren Fluktuation führen.

**Betriebliche Gesundheitsförderung** ... umfasst die gemeinsamen Anstrengungen von ArbeitgeberIn, ArbeitnehmerIn und Gesellschaft zur Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit und des Wohlbefindens von Menschen am Arbeitsplatz.

**Bias** ... ist eine unproportionale Gewichtung von Methoden, oder ein Muster in der Auswahl von Daten zugunsten oder gegen eine Sache, Person oder Gruppe im Vergleich zu einer anderen, meist in einer Weise, die als ungerecht oder nicht objektiv angesehen wird. Verzerrungen können implizit sein oder explizit dem Interesse der Forschenden entsprechen.

**Burnout-Syndrom** ... Das Burnout Syndrom am Arbeitsplatz wird als Folge von langfristigem, unlösbarem Stress am Arbeitsplatz angesehen und beschreibt einen Zustand der emotionalen Erschöpfung, Depersonalisierung und verringerter persönlicher Leistungsfähigkeit.

**Depersonalisierung** ... beschreibt psychologischen Rückzug aus sozialen, oder professionellen Beziehungen und die Entwicklung einer negativen, zynischen und kalten Grundhaltung.

**Depressionen** ... sind eine häufige psychische Erkrankung, die durch Traurigkeit, Verlust von Interesse oder Freude, Schuldgefühle oder niedrigen Selbstwert, Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche gekennzeichnet ist.

**Dreifachziel der Gesundheitspolitik** ... ist eine Zielformulierung für die Optimierung des Gesundheitswesens hin zu einer Senkung von Gesundheitskosten, der Verbesserung von Gesundheitserfolgen und letztlich der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.

**Emotionale Erschöpfung** ... ist ein chronischer Zustand der körperlichen und emotionalen Erschöpfung, der sich aus übermäßiger Arbeit und/oder persönlichen Anforderungen und anhaltendem Stress ergibt. Sie beschreibt ein Gefühl, emotional überfordert und erschöpft von der eigenen Arbeit zu sein.

**Health Professionals** ... können in allen Zweigen des Gesundheitswesens tätig sein, einschließlich Medizin, Chirurgie, Zahnmedizin, Hebammenwesen, Pharmazie, Psychologie, Krankenpflege oder verwandten Gesundheitsberufen.

**Gesundheit** ... beschreibt einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur das Fehlen von Krankheiten oder Gebrechen.

**Hippokratischer Eid** ... ist ein Eid, der in der Vergangenheit von Ärzten abgelegt wurde.

**Individualistisch** ... bezeichnet die Idee, dass die Freiheit des Denkens und Handelns für jeden Menschen die wichtigste Eigenschaft einer Gesellschaft ist und nicht die gemeinsame Anstrengung und Verantwortung.

**Intangibilität** ... wird im Marketing als Begriff benutzt, um die Unmöglichkeit zu kennzeichnen, den Wert einer Aktivität anhand konkreter Beweise zu bemessen. Der Begriff wird oft verwendet, um Dienstleistungen zu beschreiben, bei denen es kein greifbares Produkt gibt, das der Kundin oder dem Kunden angeboten wird, das gesehen oder berührt werden kann.

**Kollektivistisch** ... ist ein kultureller Wert, der durch die Betonung der Kohäsion zwischen den Individuen und die Priorisierung der Gruppe über dem der Einzelnen gekennzeichnet ist. Einzelpersonen oder Gruppen, die sich einer kollektivistischen Weltanschauung anschließen, neigen dazu, gemeinsame Werte und Ziele als besonders wichtig zu betrachten.

**Maslach Burnout Inventory** ... war das erste standardisierte Maß für Burnout-Symptome.

**Mediator Variable** ... ist die Variable, die die Mediation zwischen der abhängigen und der unabhängigen Variable verursacht. Mit anderen Worten, sie erklärt die Beziehung zwischen der abhängigen Variable und der unabhängigen Variable.

**Metaanalyse** ... beschreibt ein Verfahren der Prüfung von Daten aus einer Reihe unabhängiger Studien desselben Themas, um die allgemeinen Tendenzen zu ermitteln und generellere Aussagen zu untermauern.

**Moderator Variable** ... ist eine dritte Variable, die die Stärke der Beziehung zwischen einer abhängigen und unabhängigen Variable beeinflusst. In der Korrelation ist ein Moderator eine dritte Variable, die die Korrelation von zwei Variablen beeinflusst.

**Motivation** ... ist ein interner Prozess, der eine Person dazu bringt, sich auf ein Ziel zuzubewegen. Motivation, wie Intelligenz, kann nicht direkt beobachtet werden. Stattdessen

kann die Motivation nur durch die Feststellung des Verhaltens einer Person abgeleitet werden. Forscher haben Theorien vorgeschlagen, die versuchen, die menschliche Motivation zu erklären.

**Organisatorisches Kommitment** ... ist die psychologische Bindung einer Person an das Unternehmen. Das organisatorische Kommitment prognostiziert Arbeitsvariablen wie Fluktuation, Arbeitsverhalten und Arbeitsleistung.

**Parasympathisches Nervensystem** ... ist der Teil des Nervensystems, der dazu dient, die Herzfrequenz zu verlangsamen, die Darm- und Drüsenaktivität zu erhöhen und die Schließmuskeln zu entspannen und wird mit Entspannung korrespondierend angenommen.

**PatientInnenzufriedenheit** ... beschreibt das Ausmaß, in dem die Patientinnen und Patienten mit ihrer Gesundheitsversorgung sowohl innerhalb als auch außerhalb der ärztlichen Tätigkeit zufrieden sind. Ein Maß für die Versorgungsqualität und PatientInnenzufriedenheit gibt Einblicke in verschiedene Aspekte der Medizin, einschließlich der Effektivität der Versorgung und des Empathie Grades der MedizinerInnen.

**Stress** ... beschreibt in einem medizinischen oder biologischen Kontext einen physischen, mentalen oder emotionalen Faktor, der körperliche oder mentale Spannungen verursacht. Stress kann von außen (aus der Umwelt, psychologischen oder sozialen Situationen) oder von innen (Krankheit oder aus einem medizinischen Eingriff) kommen. Stress kann die „Kampf- oder Fluchtreaktion“ auslösen, und bewirkt auf lange Sicht eine Schädigung der Systeme.

**Sympathisches Nervensystem** ... aktiviert das, was oft als Kampf- oder Fluchtreaktion bezeichnet wird und korrespondiert mit Anspannung und Erregung.

**Vierfachziel der Gesundheitspolitik** ... ergänzt nach Rathert et al. (2018) das Dreifachziel der Gesundheitspolitik um den Faktor der Erhöhung der Gesundheit, der Zufriedenheit und des Wohlbefindens der Health Professionals.

**Wohlbefinden/Wellbeing** ... ist die Erfahrung von Gesundheit, Glück und Befriedigung. Es beinhaltet eine gute psychische Gesundheit, hohe Lebenszufriedenheit und ein Gefühl für Sinn oder Bestimmung. Allgemeiner gesagt, Wohlbefinden ist das Gefühl, sich einfach gut zu fühlen.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 – Maslows Bedürfnis-Pyramide (Kreißl 2014)

Abbildung 2 – Generalisiertes Adaptionsschema auf Stress nach Seyle (Pearson 2019)

Abbildung 3 – Burnoutfaktoren und Dynamik des aktuellen Burnout Anstiegs nach Weber und Jaekel-Reinhard (2000)

# 1 Einleitung

## 1.1 Relevanz des Themas

Den größten Teil seines Lebens verbringt ein Mensch in der Arbeit. In der neuen Arbeitswelt ist ein neuer Trend entstanden – immer mehr Arbeit und immer weniger Personal. Die Arbeit wird oft in Hetze und unter Dauerstress erledigt und oft müssen Abstriche bei der Sorgfalt um die PatientInnen gemacht werden.

Vor allem MitarbeiterInnen im Gesundheitsbereich sind hohen Belastungen ausgesetzt, die sich auf die Gesundheit negativ auswirken können. Durch belastende Arbeitsbedingungen sind viele körperlich und seelisch überlastet. Zu den psychischen Belastungen zählen vor allem Stress und in weiterer Folge das Burnout-Syndrom. Die Arbeitsfähigkeit und die Freude an der Arbeit wird durch Krankheit, Unzufriedenheit und eingeschränktes Wohlbefinden der Angestellten beeinträchtigt. Das bringt für den Betrieb sehr viele Nachteile (z.B. Krankenstände, schlechtes Arbeitsklima, viele Überstunden durch Dienstübergabe, Ökonomische Ineffizienz).

Der Zusammenhang zwischen negativen Arbeitsbedingungen und Stress der Mitarbeitenden ist bekannt. Arbeitsstress und Burnout sind auch mit negativen Arbeitseinstellungen, verringerter Job Zufriedenheit und Arbeitsleistungen verbunden (Dewa et al. 2014; Sharma et al. 2008; Siu et al. 2012). Im Gesundheitswesen bedrohen diese Bedingungen die Qualität der PatientInnenversorgung und die PatientInnensicherheit. Ein Bericht des “Institute of Medicine” (2004) aus dem Jahr 2004 äußerte ernsthafte Bedenken über die rein profitorientierte Umstrukturierung von Krankenhäusern seit den 90er Jahren auf die Arbeitsumgebung in der Krankenversorgung und die Folgen für die PatientInnensicherheit. Die AutorInnen stellten fest, dass viele Health Professionals Arbeitsplätze durch ernsthafte Risiken für die PatientInnensicherheit gekennzeichnet sind und schlugen vor, dass diese Bedingungen durch organisatorische Managementpraktiken, Arbeitsgestaltung, betriebliche Gesundheitsförderung, Organisationskultur und die Art und Weise, wie Health Professionals in Krankenhausumgebungen eingesetzt werden, verursacht werden.

Eine Reihe von Stressoren sind besonders mit den Berufen im Gesundheits- und Pflegebereich verbunden, einschließlich Zeitdruck, hohe Arbeitsbelastung, mehrfache Funktionen und emotionale Belastungen (Lambert et al. 2004; Lim et al. 2011). Regelmäßiger Umweltstress im Zusammenhang mit menschlichem Leiden und Ängsten am Arbeitsplatz kann sich auf das körperliche und geistige Wohlbefinden von Gesundheitsfachkräften

auswirken und zu Burnout und in einigen Fällen zu traumatischen stressbedingten Beschwerden führen (Selmanovic et al. 2011). Diese negativen Stressauswirkungen können sich nicht nur auf das Wohlbefinden der Angehörigen der Gesundheitsberufe auswirken, sondern auch auf ihre Fähigkeit, sich effektiv um andere zu kümmern (Barnett et al. 2007).

Daher ist es unerlässlich, einen präventiven Ansatz zu verfolgen. Die Entwicklung und Förderung resilienter Umgebungen und Einzelpersonen innerhalb der Gesundheitsberufe zeichnet sich als eine Möglichkeit ab, negative Folgen von Stress bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu reduzieren.

Das wichtigste Ziel des Krankenhauses bzw. der Gesundheitseinrichtungen ist es, die Gesundheit der PatientInnen wiederherzustellen und möglichst die beste Behandlungsqualität zu bieten (Smith 2005). Um diese zu ermöglichen, braucht auch die Gesundheit der eigenen MitarbeiterInnen große Aufmerksamkeit, denn sie ist die wichtigste und notwendigste Voraussetzung, um eine erfolgreiche und möglichst fehlerfreie Behandlung der PatientInnen zu gewährleisten.

Vor allem ist diese Frage von Bedeutung, weil gemäß der österreichweiten Strategie zur PatientInnensicherheit 2013-2016 soll PatientInnensicherheit in allen Strukturen und Prozessen des Gesundheitswesens verankert werden (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2012).

Im Bundeszielsteuerungsvertrag 2017-2021 bekennen sich alle Vertragsparteien zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und sehen *„Gesundheitsdienste Anbieter als wichtigste Ressource für die Gesundheitsversorgung die dabei unterstützt, anforderungs-adäquate Ausbildungen zu erhalten und eine hohe Motivation durch Arbeitsbedingungen, die sowohl eine hohe Versorgungsqualität als auch Lebensqualität im Sinne einer „Work-Life-Balance“ zu ermöglichen, zu erlangen und zu erhalten“* (Sozialministerium 2017).

Bis dato wurde in Österreich die Fragestellung, wie die Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsdiensteanbietern mit der Versorgungsqualität und PatientInnensicherheit zusammenhängen, kaum diskutiert.

In Österreich wurde den oben angeführten Fragestellungen bis dato wenig Beachtung geschenkt. So gesehen könnten die Ergebnisse der Arbeit wichtige Impulse für die Arbeitsplatzqualität von Health Professionals liefern.

## **1.2 Forschungsfragen**

Die somit forschungsanleitende Frage lautet:

„Welche Zusammenhänge finden sich in der Literatur zwischen der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung (Burnout, Stress) von Health Professionals und der Behandlungsqualität / PatientInnensicherheit?“

## **1.3 Annahmen**

Der Status Quo in Bezug auf die Fragestellung ist, dass es sowohl eine theoretische Fundierung der Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen, Stress und Burnout gibt, welche mit Arbeitszufriedenheit assoziiert angesehen werden (Dewa et al. 2017a). Auch wurde die Auswirkung von Job Burnout auf Work Outcomes untersucht (Panagioti et al. 2018). Zentral für unsere Fragestellung ist jedoch das Vorhandensein einiger systematischer Übersichtsarbeiten, die sich mit der oben angeführten Forschungsfrage beschäftigen.

Zu erwarten ist, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsdiensteanbietern und der Versorgungsqualität bzw. PatientInnensicherheit in allen Bereichen der Arbeit der Health Professionals berichtet wird.

Dabei wird davon ausgegangen, dass zentrale Größen, die diesen Zusammenhang moderieren, das Ausmaß des erlebten Stresses, die Belastungen, denen die Health Professionals ausgesetzt sind, die durch betriebliche Gesundheitsförderung gestellten Ressourcen und getätigten Interventionen und das Ausmaß des Burnouts sind.

## **1.4 Ziel der Untersuchung**

Das Ziel der Untersuchung ist, einen systematischen Überblick über die bestehenden Theorien, Studienlage und Forschungsstand zu geben und die gefundenen Zusammenhänge aus einer Vielzahl von Übersichtsarbeiten herauszuarbeiten. Dabei wird versucht, die Annahmen des Zusammenhangs zwischen Arbeitszufriedenheit und PatientInnensicherheit (bzw. Versorgungsqualität) zu verifizieren, modifizieren oder zu verwerfen. Dadurch sollen Interventionen, Arbeitsplatzgestaltungsprogrammen und rechtliche Ansätzen sowie Diskussionen um die Arten, Gesundheitsberufe zu gestalten und zu führen, Argumente an die Hand gegeben werden, die effektive Maßnahmen bedingen und letztlich zu einem besseren Arbeiten für die MitarbeiterInnen als auch zu einer höheren Qualität für die PatientInnen führen.

## 1.5 Aufbau der Arbeit

Die Masterarbeit wird sich mit dem Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit (Belastung, Stress, Burnout) von Health Professionals und deren Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und PatientInnensicherheit beschäftigen. Dabei wird vor allem auch dem Bundeszielsteuerungsvertrag (Sozialministerium 2017) Bedeutung zugemessen, der die betriebliche Gesundheitsförderung als Mittel der Steuerung von Qualität anerkennt.

Es wird zunächst die Theorie und die Definition der relevanten Begriffe gegeben, wie sie in der aktuellen Fragestellung verwendet werden, um einen Überblick über die theoretischen Rahmenbedingungen der Forschungsfrage zu geben. Dies wird die Begriffe „Arbeitszufriedenheit“, „Belastung und Stress“, „Burnout“, „Versorgungsqualität“, „PatientInnensicherheit“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“ betreffen, welche in ihrem konzeptionellen Rahmen, wie auch in Bezug zu unserer Untersuchungseinheit (die Health Professionals) aufgebracht werden. Letztlich wird sich in diesem Abschnitt auch mit dem Zusammenwirken der einzelnen Bereiche beschäftigt, da nur in der gemeinsamen Betrachtung der komplementären Elemente der Kontext für die darauffolgende Review Arbeit aufgebaut werden kann. Zur Beantwortung der Frage wird letztlich die Methode der Literaturrecherche gewählt. Diese Methode wurde gewählt, weil es zu der Fragestellung bereits systematische Übersichtsarbeiten gibt und deren Ergebnisse zusammengefasst werden können. Die Methode ist passend und für die Fragestellung geeignet, da sie aus einer Vielzahl von Quellen die allgemeinen Gesetzmäßigkeiten betrachtbar macht, da sich individuelle und spezifische Fehlerquellen in der Summe der Betrachtungen herausarbeiten lassen und die grundsätzlichen Muster der Zusammenhänge im großen Ganzen anschaulich ersichtlich werden. Grundlage sind dabei vor allem systematische Übersichtsarbeiten, welche sich mit den Zusammenhängen der besprochenen Konzepte auseinandersetzen. Diese werden kurz vorgestellt und ihre Ergebnisse miteinander verglichen.

## 2 Methode

### 2.1 Beschreibung & Begründung des Forschungsdesigns

Die Literaturanalyse ist eine Methode, die einen sachlichen Überblick über das, was geschrieben und über die Forschungsthemen von Interesse herausgefunden wurde, liefert. Dies ist besonders wertvoll in weiten Forschungsbereichen, in denen es viele Publikationen gibt, die sich jeweils auf einen engen Aspekt des Feldes konzentrieren.

Die Review-Aktivitäten sollten nach Tranfield et al. (2003) nicht zu streng geplant werden, sondern Raum für Flexibilität lassen, um sie während der Reviews anzupassen. Dies wird auch von Liberati et al. (2009) unterstützt, die erklären, dass Änderungen am methodischen Vorgehen als dem Such-Prozess selbst inhärent anzusehen sind. In der zweiten Phase der Durchführung sollen Suchbegriffe auf der Grundlage von ersten Einblicken und den zu untersuchenden Hypothesen formuliert werden. Dabei hilft eine vorläufige Bewertung des Forschungsfeldes, um dessen Umfang und Ausdehnung zu kartieren. Für die Formulierung geeigneter Suchbegriffe schlägt der Leitfaden für Rezensionen des “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis” (PRISMA) (Liberati et al. 2009) vor, die Hauptfrage zur Eingrenzung der Suchbegriffe zu verwenden. Für die Suche in elektronischen Datenbanken empfiehlt die Richtlinie, auch Synonyme, Abkürzungen und Rechtschreibvarianten zu berücksichtigen. Bettany-Saltikov (2010) betont, dass auch andere Quellen als elektronische Datenbanken durchsucht werden sollten, da auch bekannte Forschungsartikel möglicherweise nicht in alle Datenbanken aufgenommen werden. Sowohl Bettany-Saltikov (2010) als auch die PRISMA-Richtlinie (Liberati et al. 2009) empfehlen die Verwendung von Artikelreferenzlisten zur Erkennung relevanter Literatur, die manuelle Suche nach den wichtigsten Zeitschriften in diesem Gebiet, die Kontaktaufnahme mit Fachleuten sowie die Zitatanalyse zur Identifizierung von Artikeln, auf die die Literatur hinweist. Während diese nicht-objektiven Schneeballstichprobentechniken für manche Felder geeignet sind, sind ihre Ergebnisse jedoch oft stark verzerrt, was im direkten Widerspruch zur gebotenen Objektivität stehen kann.

Nach der Formulierung von Suchbegriffen sollte eine Suchstrategie entwickelt werden. Die Suchstrategie umfasst alle Maßnahmen zur Auffindung von Literatur, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind und ist damit für den Erfolg der Literaturanalyse und die Validität ihrer Ergebnisse sehr entscheidend (Universität Kassel 2019).

Es wird allgemein als wichtig erachtet, die graue Literatur in die Überprüfung einzubeziehen, um einen vollständigeren Überblick zu erhalten. Graue Literatur bezieht sich auf Dokumententypen, die auf allen Ebenen von Behörden, Hochschulen, Unternehmen und Organisationen in elektronischen und gedruckten Formaten erstellt werden, bei denen die Veröffentlichung nicht die Haupttätigkeit des produzierenden Unternehmens ist (Mahood et al. 2014). Aufgrund ihrer Natur ist die graue Literatur schwer zu finden und kann zusätzlich zur offiziellen Literatur zu einem vollständigeren Bild beitragen, was jedoch den gebotenen Zeitrahmen dieser Literatur Überprüfung überschritten hätte.

Im Hinblick auf die Beurteilung der Relevanz der abgerufenen Literatur am Ende des Suchprozesses schlägt Bettany-Saltikov (2010) vor, eine erste, schnelle Bewertung durchzuführen, indem nur die Titel und Abstracts gelesen und mit der Fragestellung abgeglichen werden. Nur die Dokumente, die nach dieser ersten Bewertung als relevant eingestuft wurden oder wahrscheinlich relevant sein werden, sollten dann in einer zweiten Bewertungsphase vollständig gelesen werden. Der Vorteil dieses Ansatzes besteht darin, dass potenziell große Literaturmengen relativ schnell bewertet werden können. Wenn möglich, sollte jede enthaltene Literatur von mindestens zwei einzelnen GutachterInnen oder ReviewerInnen bewertet werden, die ihre Ergebnisse vergleichen und Diskrepanzen durch Diskussionen lösen. Obwohl dieser Ansatz eine sehr repräsentative Bewertung liefern kann, ist es ein zeitaufwendiger Prozess, bei dem mehrere Forschende zusammenarbeiten müssen. Die zeitliche und finanzielle Begrenzung dieser Studie ermöglichte es nicht, andere ReviewerInnen einzubeziehen. Dies macht die Überprüfung anfällig für subjektive Verzerrungen und bietet damit keinen repräsentativen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung.

Während eine repräsentative Übersichtsarbeit zwar angestrebt und auch dringend benötigt wird, soll dieses Papier jedoch mehr als eine Grundlage für eine noch umfassendere Replikation des Forschungsprozesses und die Überprüfung seiner Ergebnisse bieten.

Am Ende der Bewertungsphase muss die gesamte enthaltene Literatur einer Qualitätsbewertung unterzogen werden, um die Reliabilität der Ergebnisse zu garantieren. Die Qualitätsbeurteilung sollte nach Bettany-Saltikov (2010) im Hinblick auf die interne und externe Validität durchgeführt werden. Während der Autor keine Richtlinien vorgibt, wie die Gültigkeit bewertet werden kann, bietet das Buch von Shadish, Cook and Campbell (2002) umfangreiche Beispiele für potenzielle Einschränkungen der Gültigkeit, die bei der Beurteilung der Qualität von Literatur verwendet werden können. Peer-reviewte Zeitschriftenartikel erfordern nach dem Nature (2006) keine Qualitätsbewertung, da sie

validiertes Wissen liefern und eine gute Schätzung der akzeptierten Themen und Methoden geben.

Im Gegensatz dazu haben viele jedoch das Peer-Review als einen unübersichtlichen Prozess kritisiert, dessen Richtlinien nicht transparent sind und sich zwischen Zeitschriften und sogar zwischen verschiedenen Gutachtern derselben Zeitschrift unterscheiden. Darüber hinaus können Gutachter durch die Kenntnis der Identität der AutorInnen voreingenommen sein (Neidhardt 2010).

Die Einschränkungen dieser Untersuchung erlaubten jedoch keine noch differenziertere Qualitätsbeurteilung jedes einzelnen enthaltenen Artikels. Daher wird angenommen, dass das Peer-Review die beste verfügbare Maßnahme war, um eine Qualitätsbeurteilung durchzuführen und es wurden so viele Artikel dieser Art verwendet wie möglich.

Die Literaturanalyse scheint für die gegebene Fragestellung sinnvoll zu sein, da es einige systematische Reviews gibt, welche eine umfassende Übersicht des Themas geben können. Um die Frage zu beantworten, müssen möglichst viele verschiedene Perspektiven untersucht und miteinbezogen werden, um dem hoch diversen Gebiet der Health Professionals gerecht zu werden und die hochkomplexen Zusammenhänge zwischen Job Zufriedenheit, PatientInnensicherheit und Versorgungsqualität im Rahmen aller assoziierten Phänomene zu fassen.

## **2.2 Beschreibung der Literatursuche und -analyse**

Die Literatursuche wurde vom November 2018 bis Januar 2019 über die Plattformen Scopus, PubMed, PubPsych, Google Scholar und dem Web of Science durchgeführt. Dabei wurden die zentralen fragestellungsrelevanten Begriffe mit ihren jeweiligen Synonymen auf Deutsch und Englisch als Suchwörter benutzt. Es wurden vorrangig Zeitschriftenartikel aus peer-reviewten wissenschaftlichen Journals verwendet, deren Aktualität sichergestellt war. Zudem wurde mittels „Schneeballsuche“ die in den gefundenen Werken zitierte Literatur genutzt, um einen breiteren Überblick zu gewährleisten und vor allem Grundlagenwerke und wegweisende Arbeiten zu ermitteln. Die verwendeten Suchbegriffe waren: „PatientInnensicherheit“, „Patientensicherheit“, „Patient safety“, „Patient safety culture“, „Versorgungsqualität“, „Quality of care“, „Care Quality“, „Health care quality“, „Service Quality in the hospital“, „Belastungen“, „Stress“, „psychological Workload“, „physical Workload“, „Burn out“, „Job Zufriedenheit“, „Arbeitszufriedenheit“, „Zufriedenheit“, „Wellbeing“, „Job satisfaction“, „Work Satisfaction“, „Depression“, „Hospital“, „Health

Care“, „Krankenhaus“, „Krankenschwestern“, “Health Professionals”, “Physicians”, “Doctors”, “Nurses”, „Betriebliche Gesundheitsförderung“, “workplace health promotion”.

Zuerst wurden nur die Abstracts und die Diskussionsteile der Arbeiten gesichtet, wobei darauf Wert gelegt wurde, dass es sich entweder um Metaanalysen, Reviews oder ggf. auch Studien mit wissenschaftlichem Charakter handelte und sie sich auch mit dem Zusammenhang der Arbeitszufriedenheit der Health Professionals zu der Versorgungsqualität und Sicherheit der PatientInnen beschäftigten. In Folge dessen wurden die Artikel, die diese Sichtung durchlaufen hatten, gelesen und es wurden letztlich die Arbeiten verwendet, die einerseits aktuelle Untersuchungen darstellen, sich in hochwertigen wissenschaftlichen Journalen oder Zeitschriften befanden und bestenfalls auch noch das Thema der Belastung/Stress/Burnout mitumfassten.

### **3 Theorie**

Im Folgenden werden relevante Theorien und Konzepte definiert und mit dem Thema des Zusammenhangs zwischen der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung von Health Professionals und der Behandlungsqualität / PatientInnensicherheit in Bezug gebracht.

#### **3.1 Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation**

Das Gesundheitspersonal ist die primäre Ressource der Gesundheitseinrichtungen, daher stellt das Verständnis von deren Motivation und Arbeitszufriedenheit eine Grundlage für den Erfolg, die tatsächliche Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Qualität der Arbeit moderner Gesundheitseinrichtungen dar (Janus et al. 2008). Arbeitszufriedenheit ist definiert als die kognitiven (Annahmen und Überzeugungen über die Arbeit), affektiven (Emotionen bezüglich der Arbeit) und bewertenden (Arbeitsplatzbewertung) Reaktionen des oder der Einzelnen auf seine/ihre Arbeit dar (Jaffery und Farooq 2015).

Es gibt mehrere Schlüsselfaktoren in Bezug auf die Organisationsgestaltung und die Arbeitsgestaltung im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit (wahrgenommene Qualitätskontrolle, Belohnungssysteme, Arbeitsniveau und soziale Anregungen, Machtdezentralisierung, angenehme Arbeitsbedingungen) (Jaffery und Farooq 2015). Darüber hinaus gibt es auch persönliche Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit beeinflussen (persönliche Eigenschaften, Status der MitarbeiterInnen, persönliche Interessen, Erfahrungsniveau und allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben) (Jaffery und Farooq 2015).

Obwohl es in verschiedenen Berufen verschiedene subjektive Faktoren und individuelle Erwartungen gibt, die die Arbeitszufriedenheit beeinflussen, wirken Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit beeinflussen, individuell zusammen und können nicht verallgemeinert werden (van den Berg et al. 2008). Untersuchungen haben gezeigt, dass Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Erfahrung, Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen, Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, Einkommen, Arbeitszeiten und andere Faktoren wichtig für die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind (Bovier und Perneger 2003; Grembowski 2003; Buciuaniene 2005).

Im Folgenden werden einige Theorien zur Arbeitszufriedenheit vorgestellt und Dimensionen davon besprochen. Im Anschluss wird darauf eingegangen, welche Faktoren im Health Professionals Bereich besonders relevanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit haben.

### **3.1.1 Arbeitszufriedenheitstheorien**

Bhatnagar und Srivastava (2012) beschreiben die Arbeitszufriedenheit als die emotionale Reaktion in Bezug auf Arbeitsbedingungen, was bedeutet, dass arbeitsbezogene Faktoren nach ihrem Dafürhalten die Schlüsselfaktoren für die Zufriedenheit einer Arbeitskraft sind. Obwohl relevant, sind sie jedoch nicht die einzigen Determinanten. In der Tat wurde eine Vielzahl von anderen Faktoren in der Literatur vorgeschlagen, die sich in zwei weitere Hauptkategorien unterteilen lassen: die persönlichen Eigenschaften der ArbeitnehmerInnen und die interpersonellen Faktoren (siehe nächstes Unterkapitel). Die Faktoren, aus denen sich die einzelnen Bereiche zusammensetzen, variieren jedoch stark je nach dem gewählten theoretischen Ansatz (Saifuddin et al 2012).

Wie Saifuddin et al. (2012) in ihrem Literaturüberblick vorschlagen, besteht die Standardklassifizierung von Arbeitszufriedenheitstheorien darin, sie in Inhaltstheorien und Prozesstheorien zu unterteilen. Erstere bestehen aus Theorien, die die Faktoren der Arbeitszufriedenheit identifizieren und entsprechend ihrer Bedeutung in primäre und sekundäre Faktoren einteilen, während zweite auf Theorien basieren, welche das Zusammenspiel und die Dynamiken innerhalb der Faktoren untersuchen.

#### **3.1.1.1 Inhaltstheorien**

Der erste bemerkenswerte Beitrag in Bezug auf die Inhaltstheorien wurde 1943 von Abraham Maslow in seiner Arbeit "Theory of Human Motivation" gegeben, in dem er eine Hierarchie der menschlichen Bedürfnisse vorstellte, die fünf verschiedene Arten von Bedürfnissen enthält, die alle Menschen haben, auch wenn sie unterschiedlich wahrgenommen und in unterschiedlichen Handlungen manifestiert sein können. Maslows Hierarchie der Bedürfnisse ist die wohl bekannteste Theorie der menschlichen Bedürfnisse und legte den Grundstein für die Entwicklung zukünftiger Theorien zur Arbeitszufriedenheit. Die fünf Arten von Bedürfnissen finden sich in der originalen Struktur in Abbildung 1.



Abbildung 1 – Maslows Bedürfnis-Pyramide (Kreißl 2014)

1959 wurde ein weiterer Beitrag durch Herzbergs Zwei-Faktor-Theorie geleistet, die zwischen:

- (1) Motivatoren, die auch als Arbeitszufriedenheitsfaktoren wie Erfolgserleben, Anerkennung und Autonomie bezeichnet werden, und
- (2) Hygienefaktoren wie Entlohnung, Führungsstil, Arbeitsbedingungen, Unternehmenspolitik unterscheidet, die notwendig sind, um Unzufriedenheit zu vermeiden, d.h. auch wenn sie nicht direkt Zufriedenheit hervorrufen, legen sie die Grundlage für ein Umfeld, in dem Arbeitszufriedenheit erreicht werden kann.

### 3.1.1.2 Prozesstheorien

Saifuddin et al (2012) identifizierten fünf Prozesstheorien.

Die erste, Theory of Equity, die 1976 von J. Stacy Adams entwickelt wurde, basiert auf der Idee, dass die Zufriedenheit der Angestellten mit dem Grad der Übereinstimmung zwischen dem Arbeitsaufwand und den individuellen Erfolgen verbunden ist. Daher sind die MitarbeiterInnen zufrieden, wenn ihre Arbeitsergebnisse zufriedenstellend sind und unter gleichen Bedingungen mit den Erfolgen ihrer KollegInnen übereinstimmen.

Der zweite, Vroom's Valenz-Instrumentalitäts-Erwartungs-Theorie (Euteneier 2015), konzentriert sich auf drei Faktoren, die zu Arbeitszufriedenheit führen: Valenz – persönlicher Wert eines bestimmten Resultats, Erwartung – Wahrscheinlichkeit, dieses spezifische

Ergebnis zu erreichen und Instrumentalität – Sinnhaftigkeit des Resultats für das Erreichen eines höheren Ziels.

Das dritte, das von Porter und Lawler vorgeschlagene Erwartungsmodell (Euteneier 2015), besagt, dass die Beschäftigten motiviert sind, wenn das Verhältnis von Aufwand und Belohnung passend ist und sie sich zufrieden fühlen, wenn die Arbeitsergebnisse den Erwartungen entsprechen oder sie übersteigen.

Die vierte Theorie, die Zielsetzungstheorie (Locke, 1968), schlug vor, dass die Art der den MitarbeiterInnen präsentierten Ziele und die Unterstützung durch Feedback Schlüsselfaktoren für die Zufriedenheit der Beschäftigten sind.

Schließlich verbindet die Job Characteristics Theory (Hackman and Oldham 1976) Zufriedenheit mit dem Gefühl der Sinnhaftigkeit der Arbeit (Saifuddin et al. 2012).

### **3.1.1.3 Weitere Ansätze**

Laut Lambrou et al. (2010) lassen sich Theorien über Motivatoren und Arbeitszufriedenheit in die folgenden Kategorien einordnen:

(1) Theorien, die sich auf die Bedürfnisse konzentrieren: Maslow's Hierarchie der Bedürfnisse, Herzbergs Zwei-Faktor-Theorie und McClelland's Leistungstheorie und die Theorie von Aldertransfer, die argumentiert, dass Menschen drei Arten von Grundbedürfnissen haben, auf die sich ManagerInnen konzentrieren müssen, um wirksam zu motivieren: Existenz- oder Grundbedürfnisse, Beziehungsbedürfnisse, die die Notwendigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen beinhalten und Wachstumsbedürfnisse, die sich darin finden lassen, das MitarbeiterInnen den Wunsch haben, sinnvolle Arbeit zu leisten und sich mit ihrem Job selbst verwirklichen wollen,

(2) Theorien, die sich auf externe Motivationsfaktoren konzentrieren, wie etwa Skinner's Verstärkungstheorie argumentiert, dass das organisatorische Umfeld unter Berücksichtigung der Tatsache gestaltet werden muss, dass MitarbeiterInnen Aktionen mit positiven Ergebnissen wiederholen und Aktionen mit negativen Ergebnissen einstellen,

und (3) Theorien, die sich auf interne Motivationsfaktoren konzentrieren: Adams Gerechtigkeitstheorie, Vrooms Erwartungstheorie und Lockes Zielsetzungstheorie. Je nach Ansatz kann die resultierende Arbeitszufriedenheit ganzheitlich oder spezifischer unter Berücksichtigung verschiedener relevanter Arbeitsaspekte bewertet werden.

Bhatnagar und Srivastava (2012) schlugen zudem vor, dass bei der Ermittlung der Arbeitszufriedenheit folgende Aspekte berücksichtigt werden müssen: Arbeitscharakteristika, die Qualität der Betreuung, Arbeitsbeziehungen, Beförderungsmöglichkeiten und die

Vergütung. Der aggregierte Grad der Zufriedenheit jeder Domäne stellt die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen dar. Die Anwendung der oben genannten Theorien auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen muss unter Berücksichtigung ihrer Grenzen, Stärken und Schwächen erfolgen.

Erstens kann keine der Theorien eine umfassende Erklärung der Dynamik der Arbeitszufriedenheit liefern. Obwohl sie alle durchaus berechtigt sind, ist keine von ihnen fehlerfrei und ihre Anwendbarkeit hängt vom jeweiligen Kontext ab.

Zweitens wurden sie in Nordamerika entwickelt und spiegeln damit Merkmale der amerikanischen Kultur wider, was bedeutet, dass sie vorsichtig auf verschiedene kulturelle Kontexte angewendet werden müssen.

Genauer gesagt, muss man die folgende Reihe von Faktoren berücksichtigen:

- (1) ob die Kultur mehr individualistisch oder kollektivistisch ist,
- (2) ob sie sich mit materiellen Gütern oder mehr mit sozialen Werten beschäftigt,
- (3) inwieweit der Gehorsam gegenüber Autoritäten allgemein erwartet wird oder nicht,
- und (4) wie die allgemeine Einstellung zu Risiko und Ambiguität gestaltet ist (Saifuddin et al. 2012).

Darüber hinaus sind bei der Anwendung der Theorien auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen zusätzliche Überlegungen zu berücksichtigen, ausgehend von der Annahme, dass die Arbeitszufriedenheit entscheidend für die Qualität der medizinischen Versorgung und die Zufriedenheit der PatientInnen ist. Laut Literatur ist die Zufriedenheit des medizinischen Personals vor allem auf folgende Faktoren zurückzuführen: Entscheidungsautonomie, effektive Kommunikation, Arbeitsorganisation, Supervision, am Arbeitsplatz aktiv gefährdete Problemlösungskompetenzen und die Möglichkeit, den eigenen Standpunkt frei zu vertreten (Bhatnagar und Srivastava 2012).

Die Herleitung und Empirische Fundierung dieser Faktoren folgt im nächsten Unterkapitel.

### **3.1.2 Dimensionen und Faktoren die Arbeitszufriedenheit im Health Professionals Bereich beeinflussen**

In den letzten Jahren gab es mehrere Veränderungen im Gesundheitswesen, die die Health Professionals direkt betreffen.

Veränderungen mit positiven Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit sind mehr Ausbildungsmöglichkeiten und teilweise Arbeitszeitverkürzung, während Veränderungen mit negativen Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit erhöhter administrativer Aufwand und

erhöhter Zeit- und Effizienzdruck bei dem Versuch, die Kosten angesichts der gestiegenen Gesundheitskosten der letzten Jahre zu begrenzen, sind (Bovier und Perneger 2003).

Die durch diese Veränderungen hervorgerufene Zunahme des arbeitsbedingten Stresses wirkt sich auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen in mehrfacher Hinsicht aus. Vor allem betroffen sind die Qualität der Pflege und das persönliche Wohlbefinden (Pisljar et al. 2011). Konkret scheinen Arbeitsüberlastung, schlechtes Management und vor allem Ressourcenmanagement sowie der Umgang mit leidenden PatientInnen Stress zu verursachen (Pisljar et al. 2011). Längerer Stress kann zu Burnout führen, was auf zwei verschiedene Faktoren zurückzuführen ist: die Belastung durch (Arbeits-)Beziehungen mit schwierigen PatientInnen, ihren Familien und MitarbeiterInnen und individuelle Faktoren wie Überforderung und mangelnde Wertschätzung. Darüber hinaus spielt der administrative Aufwand eine wichtige Rolle bei der Verursachung von Arbeitsunzufriedenheit (Bovier und Perneger 2003).

Alles in allem hängt die Arbeitszufriedenheit der Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht nur von wirtschaftlichen Anreizen ab. Lambrou et al. (2010) zeigten, dass etwa Ärzte und Health Professionals aus öffentlichen Krankenhäusern in Zypern nichtwirtschaftliche Anreize mehr schätzen als wirtschaftliche Anreize.

Weiters führt die Bekämpfung des Problems der schlechten Arbeitszufriedenheit durch Medizintechnik tendenziell zu einem weiteren Anstieg der Arbeitsbelastung, da die ArbeitnehmerInnen neue Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben müssen, die die Komplexität der Arbeit erhöhen. Zusammen mit den Erwartungen an eine hohe Leistung laufen solche Interventionen Gefahr, als zusätzliche Stressoren wahrgenommen zu werden (Pisljar et al. 2011).

Kommunikation ist nicht nur für die Transparenz von Prozessen wichtig, sondern auch für das Feedback und die Motivation. Krogstad et al (2006) fanden heraus, dass norwegische Health Professionals positives Feedback besonders wichtig bewerten und mit einem grundlegenden Bedürfnis nach Anerkennung im Zusammenhang stellen. Lambrou et al (2010) berichteten, dass die Wertschätzung von Führungskräften und KollegInnen der Hauptmotivator von Health Professionals ist, wie die Studie über öffentliches Krankenhauspersonal aus Zypern zeigte. Der Bedarf an supportivem Feedback ist besonders relevant für Pflegekräfte, die ihn als den Hauptfaktor für die Arbeitszufriedenheit und den zweitwichtigsten Faktor für die Arbeitsorganisation bezeichnen (Krogstad et al 2006).

Plausible Gründe für die geringere Zufriedenheit der jüngeren Gesundheitsexperten könnten ein geringeres Einkommen, gesunkenes Prestige und fehlende Autonomie sein. Diese

Faktoren sind nicht nur für eine geringere Zufriedenheit verantwortlich, sondern können auch zu Burnout vor allem bei Einzelpersonen führen (Bovier und Perneger 2003).

Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Arbeitsbelastung wurden auch zwischen den Geschlechteruntergruppen festgestellt. Mitarbeiterinnen sind in der Regel weniger zufrieden, da sie sich oft nicht nur ihrer Karriere, sondern auch ihren Familien, für die sie oft die wichtigste Bezugsperson sind, Zeit und Energie widmen müssen. Weitere Untergruppen, gegliedert nach Fachgebieten, zeigten, dass das OP-Personal die geringste und die PsychiaterInnen die höchste Zufriedenheit verzeichneten (Bovier und Perneger 2003).

Obwohl die Arbeitszufriedenheit von vielen Faktoren beeinflusst wird, haben Hayes et al. (2015) und andere Forscher argumentiert, dass diese Faktoren in drei Hauptgruppen eingeteilt werden können:

- (1) die Merkmale, die ein/e ArbeitnehmerIn mit sich bringt, definiert als innerpersönliche Merkmale,
- (2) zwischenpersönliche Faktoren, die Beziehungen oder Wechselwirkungen zwischen ArbeitnehmerInnen und anderen beschreiben, und
- (3) extrapersonliche Faktoren, die sich auf Faktoren beziehen, auf die ArbeitnehmerInnen keinen Einfluss haben, und Faktoren wie Richtlinien und organisatorisches Klima beinhalten.

Daher werden im Folgenden persönliche Merkmale, innerbetriebliche Merkmale und kontextuelle oder organisatorische Merkmale beschreiben, die alle in der Literatur als Faktoren beschrieben wurden, die die Zufriedenheit der Health Professionals am Arbeitsplatz beeinflussen. Aufgrund vielfacher Überschneidungen und unklarer Kategorisierungen zwischen intra- und interpersonellen Faktoren in der Literatur werden diese in eine Kategorie zusammengefasst, so dass am Ende zwei große Kategorien zu unterscheiden sind.

Im Folgenden wird der Stand der Literatur, wie kontextuelle oder organisatorische Faktoren und zwischenmenschliche Faktoren die Arbeitszufriedenheit beeinflussen, beschrieben.

### **3.1.2.1 Organisationale oder extrapersonliche Faktoren**

Organisatorische oder extrapersonliche Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit können so unterschiedlich sein wie Gehalts- oder Managementrichtlinien. Alle Faktoren wurden entweder in quantitativen und qualitativen Studien als Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit identifiziert. In ihrem jüngsten Beitrag zur Arbeitszufriedenheit der Health Professionals in der Akutversorgung fanden Lu et al. (2012) eine ganze Reihe von extrapersonlichen Variablen, die sich auf die Arbeitszufriedenheit der Health Professionals

auswirken. In ihrer Untersuchung listeten sie die Faktoren auf, die die Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Insbesondere stellten sie fest, dass organisatorische Variablen wie Arbeitsbedingungen, Personalausstattung, Selbstbestimmung und Beförderungschancen, Weiterbildung, Aufstiegsmöglichkeiten, Unterstützung, Lob, Anerkennung und Vergütung alle zur Zufriedenheit der Health Professionals am Arbeitsplatz beitragen. Unter anderem stellten sie fest, dass herausfordernde Aufgaben und mehr Verantwortung in ihren Arbeitsabläufen Faktoren für die Zufriedenheit der Pflegekräfte sind.

Die Übersichtsarbeit von Blegen (1993), die sich auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte konzentrierte, hat gezeigt, dass das Arbeitsklima, in dem Vorgesetzte und Untergebene miteinander kommunizieren und in dem Einzelpersonen in den Entscheidungsprozess einbezogen wurden, die Zufriedenheit der Pflegekräfte erhöht. Auch organisatorische Faktoren wie die vertikale und horizontale Beteiligung an Prozessen trugen zu einer höheren Zufriedenheit bei. Darüber hinaus fanden Aiken et al. (2012) in ihren standortübergreifenden Querschnittsuntersuchungen heraus, dass organisatorische Merkmale wie ein erhöhtes Verhältnis zwischen Pflegepersonal und PatientInnen und organisatorische/betriebswirtschaftliche Unterstützung für die Patientenpflege Faktoren sind, die Unzufriedenheit und Burnout von Health Professionals reduzieren. Sie konnten zeigen, dass Health Professionals, die in Krankenhäusern mit schwacher organisatorischer Unterstützung arbeiten, doppelt so häufig von Unzufriedenheit bei ihrer Arbeit berichten. Sie zeigten auch, dass der Personalbestand die Arbeitszufriedenheit der Health Professionals voraussagte.

Zusätzlich zu diesen organisatorischen Faktoren zeigten sich die Budgetbeschränkungen der Krankenhäuser auch in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit der Health Professionals aussagekräftig, indem sie sich auf die Verfügbarkeit von Material und Ausrüstung auswirkten (Zangaro und Soeken 2007). Budgetrestriktionen sind organisatorischer Natur, da es durchaus gerechtfertigt ist, darauf zu schließen, dass Krankenhäuser mit geringerem Budget weniger in der Lage sind, ihren Pflegekräften adäquate Arbeitsumgebungen zu bieten, was zu weniger Zufriedenheit mit der Arbeitsumgebung führt. In Anlehnung an diese Argumentation stellte Blegen (1993) in ihrer Meta-Analyse und ihrem theoretischen Modell der Zufriedenheit von Health Professionals fest, dass organisatorisches Engagement, Kommunikation mit Kollegen, Fairness, Routinisierung, Kontrollüberzeugungen und Autonomie mäßig bis moderat mit der Arbeitszufriedenheit korrelieren.

Die von Chu und KollegInnen (2003) durchgeführten Studien hatten dieselben Ergebnisse und bestätigten Blegens Ergebnisse bezüglich der Rolle, die Routinisierung und

MitarbeiterInnenunterstützung bei der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte spielen. Ihre Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Routinisierung und Mikromanagement einen negativen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit aufwiesen, während die Unterstützung der MitarbeiterInnen einen positiven Zusammenhang hatte.

In einer weiteren Studie berichteten Schaufeli und Salanova (2007), dass das organisatorische Commitment, das sich auf die Identifikation mit und das Engagement für die Ziele der Organisation bezieht, auch als zentraler Faktor für die Erklärung der Arbeitszufriedenheit der Health Professionals identifiziert wurde.

### **3.1.2.2 Interpersonelle Faktoren**

Auch interpersonelle Faktoren beeinflussen die Arbeitszufriedenheit. Utriainen und Kyngäs (2009) berichteten in ihrem systematischen Überblick, dass persönliche Beziehungen zu Mitarbeitenden, Zusammengehörigkeits- oder Kohäsionsgefühle (Moustaka und Constantinidis 2010), Interaktion und Kommunikation, Teamarbeit, soziales Klima und gegenseitige Unterstützung mit der Arbeitszufriedenheit der Health Professionals korreliert sind.

Die jüngste Arbeit von Lu et al. (2012) bestätigte diese Ergebnisse und kam zu dem Schluss, dass die Interaktion zwischen den Mitarbeitenden ein kritischer Faktor für die Arbeitszufriedenheit ist. So waren Faktoren wie die zwischenmenschliche Beziehung zu PatientInnen, MitarbeiterInnen sowie Führungskräften in vielen Fällen Prädiktoren für die Arbeitszufriedenheit.

Wie bereits erwähnt, ist die letzte Dimension der Arbeitszufriedenheit der Health Professionals die individuelle oder intrapersonelle Dimension. Variablen auf individueller Ebene werden als demografische Variablen bezeichnet, können aber auch individuelle Merkmale wie Jahre im Job, Alter, Geschlecht, Bildung, Familienstand und in einigen Fällen die Anzahl der Kinder mit einbeziehen. Forschungen zeigten etwas widersprüchliche Ergebnisse bei der Beurteilung des Zusammenhangs zwischen demographischen Variablen und der Zufriedenheit der Pflegekräfte. Lu et al. (2012) konnten zeigen, dass demographische oder persönliche Merkmale schwach mit der Arbeitszufriedenheit der Health Professionals korreliert sind. Insbesondere Variablen wie Alter, Jahre der Arbeitserfahrung und Bildungsniveau hatten nur einen geringen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit. Hayes et al. (2015) kamen jedoch zu dem Schluss, dass das Alter der Health Professionals, die Ausbildungsqualität und individuelle Bewältigungsstrategien die Zufriedenheit beeinflussen. Darüber hinaus fanden sie heraus, dass Babyboomer im Durchschnitt zufriedener mit Gehalt

und Einsatzplanung waren als Health Professionals, die in späteren Jahren geboren wurden und die Anzahl der Jahre im Job trug zu einer höheren Zufriedenheit bei. Es ist jedoch auch anzumerken, dass, obwohl Hayes' Review allgemeine Hinweise darauf fand, dass Alter und Bildungsniveau die Arbeitszufriedenheit beeinflussen, andere Quellen wie beispielsweise Penz et al. (2008) zu dem Schluss kamen, dass das Alter keine wesentliche Rolle bei der Erklärung der Arbeitszufriedenheit spielt. Hagopian et al. (2009) finden keinen Einfluss des Geschlechts auf die Arbeitszufriedenheit, obwohl das Alter positiv mit der Arbeitszufriedenheit verbunden ist.

Eine dritte relevante Inhaltstheorie ist die 1960 von Douglas McGregor entwickelte Theorie X & Y, die besagt, dass die durchschnittliche Person die Arbeit entweder an sich nicht mag und deshalb eine Führung benötigt und bevorzugt (negative Annahmen aus Theorie X) oder, dass sie an sich gerne arbeitet und daher keine externen Motivatoren benötigt (positive Annahmen aus Theorie Y).

Schließlich präsentierte McClelland 1961 die letzte populäre Inhaltstheorie, die Achievement Theory, die sich um die Idee der hohen Bedürfnisse (etwa Selbstverwirklichung) aus Maslows Hierarchie der Bedürfnisse entwickelte. McClelland schlug vor, dass Individuen ihre Arbeit mögen und auch ohne externe Motivatoren damit zufrieden sein könnten, weil Menschen ein naturgegebenes Bedürfnis nach Leistung und Erfolgserlebnissen haben und sie die durch die Arbeit erreichten Erfolge und Sinngefühle mehr schätzen als andere Faktoren wie etwa Entlohnung.

Es scheint im Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit vor allem Personenbezogene und Organisationale Faktoren zu geben. Im Folgenden wird auf die Quelle von Arbeitsunzufriedenheit eingegangen, wobei vor allem das Thema Belastungen und Stress eine Rolle spielen wird.

### **3.2 Belastungen und Stress bei Health Professionals**

Belastungen sind in Abgrenzung zu Anforderungen, die unter gegebener Qualifikation bewältigbare Aufgaben im Rahmen der Arbeit darstellen, zu verstehen, wobei eine Belastung stark vom subjektiven Empfinden des/der Belasteten definiert wird. Hierbei muss daher von einer festen Grenzziehung abgesehen werden und ein fließender Übergang zwischen Anforderungen und Belastungen im Arbeitsalltag angenommen werden.

*„Eine Belastung liegt - lt. Arbeitspsychologie - vor, wenn das angezielte Arbeitsergebnis in Widerspruch zu den Durchführungsbedingungen der*

*Arbeitsaufgabe steht“* (Leitner 1993 in Ulich 2003, S. 158).

Dieser Widerstand führt zuerst zu einer Erhöhung des Arbeitseinsatzes, wobei jede Person individuelle Bewältigungsstrategien (Selbstschutz, Copingstrategien, intaktes soziales Umfeld) und Ressourcen zur Verfügung hat, um mit den Anforderungen der Belastungssituation umzugehen. Aber bei permanenter Belastung oder Überforderung kommt es zu einem Versagen der Systeme, was sich zuerst in negativen Beanspruchungsreaktionen wie psychischer Ermüdung, Empfinden von Monotonie, Nervosität und Anspannung, erhöhte Reizbarkeit, Müdigkeit und erhöhtem Schlafbedürfnis, Kopfschmerzen, Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden, sowie emotionaler Erschöpfung und Stress äußert, was letztlich zu psychischer Übermüdung, chronischem Stress und das Burnout oder Depression führen kann (Flinkman et al. 2008).

Es wird unterschieden zwischen psychischen und körperlichen Belastungsfaktoren. „*Psychische Belastung fasst die Summe aller erfassbaren äußeren Einflüsse, die psychisch auf ihn einwirken, zusammen*“ (Demerouti et al., 2012). In Gesundheitsberufen zählt dazu unter anderem die Versorgung von Palliativfällen, konflikthafte Arbeitsklima, der Umgang mit Angehörigen, die Erwartung der Fähigkeit permanenten Multitaskings und der Mangel an Fachkräften (Brodaty et al. 2003).

Eine Vielzahl an Tätigkeiten von etwa Pflegepersonal und PhysiotherapeutInnen ist mit physischen Belastungen verbunden, die aus Arbeit in ungünstigen Positionen (knieend oder hockend) herrühren. Zudem wird der Arbeitstag größtenteils stehend verbracht und PatientInnen müssen permanent gehoben und bewegt werden. Alles in allem wirken sehr viele körperliche Belastungen auf die Health Professionals ein (Büssing et al. 2004).

Belastungen führen zu einem gestörten Arbeitsablauf und somit zu ineffizientem bis riskantem und für den Betrieb schädlichem Arbeiten. Neben der Aufgabe selbst sind Arbeitsumfeld und Organisationsstruktur Quellen von Belastung (Badura et al. 2010).

Sowohl das von Karasek (1979, zitiert nach Nübling et al., 2005) formulierte „*demand – control – support model*“, welches davon ausgeht, dass Arbeitssituationen dann besonders negative Auswirkungen haben, wenn hohe Anforderungen mit geringem Handlungsspielraum und geringer sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz zusammentreffen, als auch das „*effort – reward – imbalance model*“ von Sigrist, welches von besonders negativen Auswirkungen der Kombination hoher extrinsischer und intrinsischer Anforderungen mit niedrigen Belohnungschancen ausgeht (Nübling et al., 2005), sprechen für ein besonders hohes Risiko im Pflegeberuf an den negativen Effekten der vorherrschenden Belastungen zu leiden.

### **3.2.1 Belastungen bei Health Professionals**

In diesem Bereich konzentrierten sich Gray-Toft und Adderson (Marek et al. 2017) bei der Entwicklung ihres Belastungsinstrumentariums auf spezifische Stresssituationen für Krankenschwestern und Health Professionals, die sich auf ihre Arbeitsleistung auswirken, und haben drei Belastungsquellen identifiziert: physische, psychische und soziale.

#### **3.2.1.1 Physische Belastungen**

Die Arbeitsbedingungen wie falsche Belüftung, Beleuchtung und unzureichende Umgebungstemperaturen gehören zu den möglichen physischen Stressfaktoren.

Viele Health Professionals kommen zusätzlich regelmäßig mit Infektionen und toxischen Substanzen in Berührung, die sie einem größeren Risiko für den Verbleib und die Verbreitung von Infektionskrankheiten aussetzen. Etwa da sie scharfe Geräte wie Nadeln benutzen und durch Hautkontakt den gleichen aktiven Infektionsrisiken ausgesetzt sind wie die PatientInnen, da sie mit deren Blut und Körperflüssigkeiten umgehen (Bouvet 2007). Abgesehen sind die chemischen Substanzen im Krankenhaus, wie sie beispielsweise in der Chemotherapie verwendet werden, eine zusätzliche gesundheitliche Gefahr (Ruegger et al. 2007).

Die Nachtschichten der Beschäftigten im Krankenhausbetrieb sind mit vielen Problemen verbunden: Herz-Kreislauf-Probleme, Stress und Depressionen, Menstruationsstörungen, Medikamentenmissbrauch, etc. Die Nachtschichten sind im Vergleich zu den Tagesschichten oft weniger gut besetzt. Das bedeutet, dass weniger Hilfe zur Verfügung steht. Außerdem steht in den Nachtschichten oft nicht genügend erfahrenes Personal zur Verfügung, um sich beraten und unterstützen lassen zu können und zusätzlich sind spezifische Fachkräfte oft schon gegangen, sodass Mehrfachrollen-Probleme auf die Health Professionals zukommen. So führen weniger Personaleinsatz und hohe Anforderungen in Nachtschichten zu zusätzlichem Stress und Ängsten für die MitarbeiterInnen (Angerer et al. 2010).

Starke Arbeitsbelastung zwingt die Health Professionals oft dazu, zu ihren regulären Arbeitszeiten zusätzliche Stunden Arbeit zu leisten. In der Krankenhausarbeit herrscht ein immenser Zeitdruck, der die Health Professionals dazu veranlasst, ihre eigene Pausenzeit zu verkürzen oder wegen der Beendigung der laufenden Aufgaben zu verschieben (Selberg, 2013). Diese Tatsache führt zu Frustration und Erschöpfung während und nach der Arbeit.

Die Professionen im Gesundheitsbereich sind sehr vielfältig und da sich die Health Professionals meist auf ein bestimmtes Fachgebiet – durch Berufserfahrung oder Spezialisierung – spezialisiert haben, macht diese Spezialisierung die Health Professionals

zwar zu ExpertInnen auf einem bestimmten Gebiet, schafft aber einigen zusätzlichen Aufwand oder erfordert Schulungen, um sich in anderen Aufgabenbereichen zurechtzufinden. Wenn ein(e) MitarbeiterIn verwendet wird, um in einem anderen als seinem/ihrer speziellen Bereich zu arbeiten und andere Aufgaben zu erledigen, dann kann das zu Überforderung und Frustration führen. Dieses Phänomen wird als “Forced Floating” bezeichnet (Badura et al. 2010).

Cooper und KollegInnen (2001) konnten zeigen, dass Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Stress in Verbindung mit psychischer oder emotionaler Instabilität zu Gewalt führen können und dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen – insbesondere Krankenschwestern und Klinikpersonal – besonders von der Gefahr physischer Gewalt betroffen sind – insbesondere in den Notaufnahmen.

### **3.2.1.2 Soziale Belastungen**

WissenschaftlerInnen sind auch zu dem Schluss gekommen, dass beruflicher Stress aus sozialen Strukturen herrührt, die teilweise durch die Arbeitsorganisation (Cooper et al. 2001) und das Zusammenspiel der organisatorischen Faktoren mit den Merkmalen der einzelnen MitarbeiterInnen (Mäkinen et al. 2003) bestimmt werden. Mit anderen Worten, der berufliche Stress wird in hohem Maße davon bestimmt, wie erfolgreich jeder oder jede Einzelne mit den berufsbedingten Belastungen an ihrem/seinem Arbeitsplatz umgeht (Sveinsdottir et al. 2006). Eine der Hauptursachen für den Stress ist die mangelnde Vorbereitung auf den Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen der PatientInnen (Sveinsdottir et al. 2006). So stellten Lee und Wang (2002) beispielsweise fest, dass beruflicher Stress mit der Arbeitserfahrung und der Ausbildung verbunden ist.

Moustaka und Constantinidis (2010) betonen, dass die Arbeitsbeziehungen zu KollegInnen potenzielle Stressoren sind. Zwei Stressquellen in diesem Bereich sind die Konflikte mit den MitarbeiterInnen und die mangelnde Unterstützung der Belegschaft. Eine weitere Untersuchung ergab, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte und die geringere Zufriedenheit mit den Führungskräften wesentlich zum Auftreten von Belastungserscheinungen beitragen (Sveinsdottir et al. 2006). Auch wurden die negativen Auswirkungen von mangelndem Verständnis und der fehlenden Unterstützung durch Vorgesetzte auf die Belastungslevel der ArbeitnehmerInnen festgestellt (Moustaka und Constantinidis 2010).

Verbale Belastungen wie Schreie, Beleidigungen, Mobbing und Diskriminierung durch KollegInnen können zu Demütigung, Schamgefühl, Wut und Depressionen führen. Diese Art

der Arbeitskontakte schafft zusätzliche Belastung unter den Health Professionals (Badura et al. 2010). Sexuelle Belästigung ist besonders in der Pflegearbeit trotz gesetzlicher Bestimmungen immer noch vorhanden. Besonders Pflegefachkräfte erleben sexuelle Belästigungen am häufigsten in Form von sexualisierten Bemerkungen, Witzen, körperlicher Berührung und manchmal unerwünschter Annäherung. Die Mehrheit dieser Maßnahmen wird nicht gemeldet, entweder aus Bedrängnis, Angst und Unbehagen, den/die TäterIn wegen seines/ihrer Hierarchiepostens zu konfrontieren, oder aus Schuldgefühl, die eigenen Grenzen nicht schützen zu können. Die Folgen dieser Art von Belastungen bewirken bei den Opfern in der Regel Wut, Scham, Verzweiflung und Frustration. In der Regel sind die Opfer sexueller Belästigung weiblich, aber es gibt auch männliche Opfer (Badura et al. 2010).

### **3.2.1.3 Psychische Belastungen**

Ein höheres Risiko besteht auch für die ArbeitnehmerInnen, die an einer psychischen Störung leiden, weil sie widersprüchliche Prioritäten zu vereinen haben (Selbstschutz und Aufgabenerfüllung) und gleichzeitig für diese Leistung keine Anerkennung bekommen. Menschen zu helfen, die große Gesundheitsprobleme haben, kann, obwohl die Tätigkeit intrinsisch motivierend sein kann, eine Stresssituation sein, wenn die PatientInnen nicht wissen oder nicht wertschätzen, welche Anstrengungen die Krankenhaus-MitarbeiterInnen unternehmen, um ihnen zu helfen (Moustaka und Constantinidis 2010).

In vielen Fällen kommt jemand zum Heilberuf, weil er oder sie Menschen helfen will, doch wenn man mit der Realität des Jobs konfrontiert wird, erkennt man bald, dass es nicht das ist, was man sich vorgestellt hat (Moustaka und Constantinidis 2010) und anfänglicher Idealismus wird von der Quelle der Motivation zur Belastung, wenn sich mit der Art der Aufgaben und der Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben beschäftigt wird (Khamisa et al. 2015). Die Gesundheitseinrichtungen sind in Größe und Art unterschiedlich und die Health Professionals sind mit unterschiedlichen Arbeitsaufgaben und Arbeitszeiten, Nachtschichten, Arbeitsbedingungen, wie Unterbesetzung und stressbedingte Situationen, Leiden und Tod von PatientInnen konfrontiert (Cooper et al. 2001).

Im Gesundheitswesen gibt es viele Health Professionals, die aus verschiedenen Herkunftsländern kommen mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund, die mit Health Professionals aus der jeweiligen Nation und Kultur arbeiten (De Castro et al 2008). Obwohl der Berufsstand im Bereich der Gesundheitsversorgung kulturell kompetent sein sollte, gibt es noch zu oft Diskriminierung am Arbeitsplatz in Form von Rassismus, ungleicher Behandlung und vorurteilenden Stereotypen. Dies wirkt sich auf das körperliche und geistige

Wohlbefinden und die Fähigkeit, die gute Betreuung der PatientInnen zu gewährleisten und die allgemeine Arbeitszufriedenheit aus (Baptiste, 2015).

Die Health Professionals stehen in ihrem Beruf vor verschiedenen ethischen und moralischen Fragen. Wenn sie nicht über genügend Ressourcen, Autorität und Wissen verfügen, um mit diesen Situationen umzugehen, können sie in moralische Notlagen geraten. Der Krankenversorgungsbetrieb stellt sich aufgrund seiner Natur ständig selbst in Frage und kann noch verschärft werden, wenn die MitarbeiterInnen keine Unterstützung durch die Aufsichtsperson erhalten. Die Angestellten müssen ihren Vorgesetzten die Probleme ihres jeweiligen Bereiches verständlich machen und nicht nur versuchen, der Administration gerecht zu werden, sondern auch den Stress in der Krankenbetreuung zu bewältigen und zu verringern (Badura et al. 2010).

1964 erkannten Kahn und KollegInnen Ambiguität und Rollenkonflikte als belastende Merkmale der Arbeitsstelle. Ambiguität kann definiert werden als mangelnde Klarheit über die Ziele und Pflichten der ArbeitnehmerInnen, während Rollenkonflikte als Konflikt zwischen beruflichen Rollen und Funktionen zu verstehen sind. Belastungen bei Einzelpersonen oder Gruppen treten auf, wenn ihre Situation zu komplex, mehrdeutig und unklar ist, hohe Anforderungen an die Kompetenz stellt oder wenn strukturelle Mittel zur Bewältigung der Anforderungen nicht vorhanden sind. Der Mangel an Freiheitsgraden, die berufliche Rolle in der Krankenversorgung autonom und professionell zu praktizieren, trägt wesentlich zur Entstehung von Stress bei (Sveinsdottir et al. 2006). Auch konnte gezeigt werden, dass der berufliche Stress von Gesundheitsfachkräften mit dem Wunsch verbunden ist, die berufliche Rolle und die geringere soziale Anerkennung vor allem der hierarchisch unteren Health Professionals Berufe zu ändern.

Marshal identifizierte die Schnittstelle zwischen Privatem und Arbeit als Element potenzieller Belastungen und beschrieb vor allem konkurrierende Erwartungen anderer an die Rollenerfüllung der Health Professionals als Belastungsursache (Khamisa et al. 2015).

Studien zeigen, dass neben der eigentlichen Gesundheitsversorgung auch Organisations- und Führungsmerkmale das Erleben von Belastungen beeinflussen. Im Hinblick auf frühere Untersuchungen scheint ein großer Teil der potenziellen Stressquellen für Krankenhauspersonal organisatorischer Natur zu sein, einschließlich stressgenerierender Arbeitssituationen, die physischer, psychischer oder sozialer Natur sein können. Neben den Reaktionen auf den körperlichen und psychischen Zustand der PatientInnen und ihrer Angehörigen scheinen die gestiegenen Arbeitsanforderungen aufgrund des Einsatzes anspruchsvoller Technologien, des wirtschaftlichen Wettbewerbs zwischen den

Krankenhäusern, des Fachkräftemangels, der Arbeitsüberlastung, mangelnder Arbeitsautonomie und fehlenden Feedbacks, sowie reduzierte Aufstiegsmöglichkeiten wichtige Determinanten emotionaler Erschöpfung zu sein.

Abschließend lässt sich sagen: Der berufliche Stress unter den Health Professionals ist mit einer Vielzahl von persönlichen und institutionellen Faktoren verbunden. Das Wirken und die Konzeptualisierung von Stress wird im nächsten Unterkapitel geschehen.

### **3.2.2 Stress bei Health Professionals**

In einer Zeit der intensiven Industrialisierung, des rasanten technologischen Aufschwungs und der Globalisierung wird von den MitarbeiterInnen in gleichem Maße erwartet, dass sie intensiver arbeiten und mehr leisten.

Stress ist ein hoch subjektives Phänomen und als solches schwierig wissenschaftlich eindeutig zu definieren, geschweige denn zu messen. Aus diesem Grund ist es keine einfache Aufgabe, eine einheitliche Definition zu finden. Vereinfacht lässt sich jedoch sagen, dass eine Überforderung der Bewältigungssysteme einer Person durch eine spezifische Situation zu dem Erleben von Stress führt (Peterson 2018).

Zu lange Stress ausgesetzt zu sein, kann die Leistungsfähigkeit einer Person beeinträchtigen und negative Folgen für die Gesundheit oder das Familien- und Sozialleben haben. Dennoch ist nicht jede Manifestation von Stress immer Arbeitsplatzstress. Stress am Arbeitsplatz kann durch verschiedene Faktoren verursacht werden. Einige Berufe sind von Natur aus stressiger als andere. Berufe, die menschliche Kontakte und schnelle Entscheidungsfähigkeiten beinhalten, während diese Entscheidungen schwerwiegende (finanzielle, soziale oder andere) Auswirkungen haben können, gehören zu den stressigsten (Peterson 2018).

#### **3.2.2.1 Psychologie und Physiologie von Stress bei Health Professionals**

Der österreichische Arzt Hans Selye (Tan und Yip 2018) führte den Begriff Stress ein, der auf seine englische Herkunft als „das Testen von Materialien auf ihre Belastbarkeit“ zurückzuführen ist. Stress ist in seiner Definition eine unspezifische Reaktion eines Lebewesens auf jedwede von außen kommende Anforderung, welche, dann als „Stressor“ bezeichnet, eine Anpassungsreaktion des Organismus verlangt. Chronische Auseinandersetzung mit einem Stressor führt seiner Sicht nach zu einer Erschöpfung, welche negative und bleibende Auswirkungen auf den belasteten Organismus haben kann (Tan und Yip 2018).

Aktuelle Definitionen grenzen den Begriff Stress von Belastung und Beanspruchung ab. Unter Belastung werden alle objektivierbaren, von außen kommenden Faktoren bezeichnet, wie etwa Lärm, Hitze oder Zeitdruck. Diese wirken als Beanspruchung auf die verarbeitenden Systeme des Lebewesens. Wenn eine Differenz zwischen der Beanspruchung und der Kapazität der Bewältigungsmöglichkeiten besteht, das zu sowohl positiven als auch negativen Beanspruchungsfolgen führt, die dann als positiver Stress zur Stärkung der Bewältigungssysteme oder als negativer Stress zu einer Schädigung führen können (Moola et al. 2008).

Selye (1956) bemaß Stress als physiologische Reaktion auf äußere Reize. Er studierte ein Phänomen, das als General Adaptation Syndrome bekannt ist, bei dem sich die physiologische Reaktion auf Stress in drei Stufen entwickelt:

- (a) Auslösen der Alarmreaktion,
- (b) Auslösen von autonomen Reaktionen, um der Bedrohung oder Herausforderung zu begegnen,
- (c) Systemschäden oder Zusammenbruch, wenn der Stress zu lange andauert.

Diese sind in Zusammenhang mit der Stressantwort, welche mit verschiedenen biopsychologischen Parametern (etwa Adrenalin, Hautleitfähigkeit, etc.) korrespondiert, in Abbildung 2 aufgetragen.

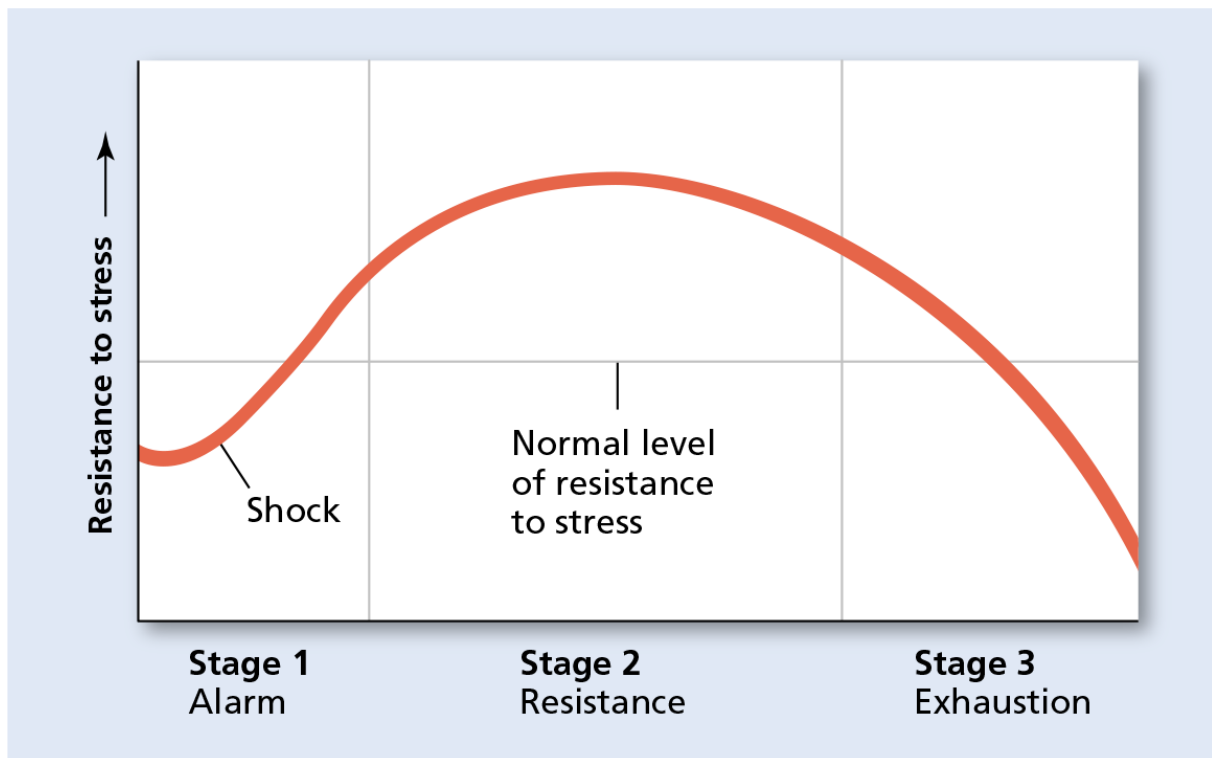


Abbildung 2 – Generalisiertes Adaptionsschema auf Stress nach Seyle (Pearson 2019)

Psychologische Implikationen von Stress wie Angstgefühle, Unwirksamkeitsgefühl und geringeres Selbstwertgefühl werden typischerweise ausgelöst, wenn eine Person nicht in der Lage ist, mit den Stressoren umzugehen. Zunächst wird Stress als anregende oder Reizbezogene physiologische Reaktion verstanden. In der jüngeren Praxis wird Stress jedoch als ein „dynamischer Prozess“ betrachtet, der sowohl von internen als auch von externen Faktoren abhängt. Dazu gehören spezifische Umgebungssituationen (z.B. Bedrohungen) und persönliche Eigenschaften (z.B. Überzeugungen, Training zur Bewältigung von Herausforderungen). In dieser Sichtweise von Stress stellen kognitive Faktoren einen wichtigen Teil des Reaktionsmechanismus dar und führen überhaupt erst zur Wahrnehmung von Stress (McVicar 2003; Yoder-Wise 2013). Die physiologische Regulierung von Stress wird durch Hirnfunktionen vermittelt. Stress wird im Wesentlichen durch das Autonome Nervensystem reguliert, das Teil des Zentralen Nervensystems ist. Das Autonome Nervensystem ist ein selbstregulierendes System und verantwortlich für zwei gegensätzliche Aktivitäten: Sympathisch (Erregung) und Parasympathisch (Entspannung). Das sympathische System aktiviert sich hauptsächlich bei Vorhandensein von Stressreizen (z.B. Bedrohung oder Herausforderung) und führt zu einer erhöhten Herzfrequenz und einer verminderten Herzfrequenzvariabilität, diese Veränderungen führen zu einer „Kampf- oder Fluchtreaktion“. Im Gegensatz dazu beruhigt das parasympathische System den Körper und ist mit einer

verminderten Herzfrequenz und einer erhöhten Herzfrequenzvariabilität verbunden (Seaward 2017). Die Aktivierung beider Systeme führt je zu entsprechenden physiologischen Veränderungen, die den einen Effekt verstärken und den anderen abschwächen.

Die Wahrnehmung von Stress hängt von einem kognitiven Bewertungsprozess ab, der eine Person dazu bringt, die Bedeutung der Ereignisse und auch ihr Potenzial, damit umzugehen, zu bewerten (Folkman et al. 1986).

Der Bewertungsprozess für einen potenziell stressigen Stimulus umfasst zwei Phasen. Während der primären Bewertungsphase bestimmt eine Person, ob das Ereignis für sie wichtig ist und ob es drohende Folgen haben kann. In der sekundären Bewertungsphase bestimmt der oder die Einzelne, ob die vorhandenen Fähigkeiten und psychologischen Reserven ausreichen, um mit dem stressigen Ereignis fertig zu werden. Laut Folkman et al. (1986) gibt es verschiedene Arten von Bewältigungsstrategien, die Menschen anwenden, um Stress zu bewältigen. Diese Strategien sind entweder eher problemzentriert oder emotionszentriert. Richtiges Stressmanagement hängt mit guter Lebensqualität und guter Gesundheit zusammen, während schlechtes Management zu schlechter Lebensqualität und Krankheiten führt.

### **3.2.2.2 Faktoren für das Stresserleben bei Health Professionals**

Die Gesundheitsberufe gehören zu den sechs stressigsten Berufen (Selye, 1956). Nicht alle Mediziner und Pflegeberufangehörige entwickeln jedoch das gleiche Stressniveau, und auch nicht alle von ihnen entwickeln Burnout.

Krankenhäuser sind Arbeitsplätze, an denen alle genannten Belastungen enthalten sind und in der Regel sind alle MitarbeiterInnen, die in Krankenhauseinheiten arbeiten, ihnen ausgesetzt (Golubic et al. 2009; Hall 2004; Milutinovic et al. 2012; Poncet et al., 2007). Übermäßiger oder ungesunder Stress kann zu einer geringeren Arbeitsqualität führen. Hall (2004) berichtete, dass ungesunder Stress die Qualität der Versorgung verringert, die Arbeitszufriedenheit negativ beeinflusst, die psychiatrische Morbidität erhöht (hohe Angst- und Depressionsrate) und die Entwicklung einiger körperlicher Störungen, insbesondere Herz-Kreislauf- und Bewegungserkrankungen, beschleunigt. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Health Professionals je nach Art ihrer Arbeit und Krankenhausabteilung, in der sie arbeiten, als zentrale Stressquellen Folgende angeben:

1. Sich dem Tod und dem Sterben auseinandersetzen zu müssen
2. Einbindung in die "End- of-Life" Versorgung
3. Berufliche Konflikte mit ÄrztInnen/KollegInnen/Familien

4. Unzureichende Vorbereitung auf die emotionalen Bedürfnisse der PatientInnen und ihrer Familien
5. Mangelnde Unterstützung
6. Konflikte mit anderen Health Professionals und Vorgesetzten
7. Arbeitsnormen
8. Unsicherheit über die Behandlung
9. Angst davor, Fehler zu machen
10. Einschränkungen auf organisatorischer Ebene
11. Schichtarbeit
12. Unproportionales Verhältnis zwischen Arbeit und Lohn
13. Traumata
14. Unzureichende Kommunikation zwischen Fachmann oder Fachfrau zu PatientIn (Lu et al., 2019).

Laut mehreren Studien berichten die ÄrztInnen und Pflegekräfte der Intensivstation, dass die Beschäftigung mit dem Tod ihre Stressquelle Nummer eins ist, verglichen mit Berufsgruppen, die in der Inneren Medizin oder den chirurgischen Abteilungen arbeiten. Für diese Fachleute ist die Arbeitsbelastung und ein unangemessener Personalschlüssel die Haupt-Stressquelle.

Andere Studien zeigen, dass das Operations-Personal emotionale Aspekte im Vergleich zu ihren KollegInnen in der Onkologie und Hämatologie als weniger stressig einschätzen. Im Allgemeinen sind die Angehörigen der Gesundheitsberufe anfälliger für Stress und Burnout, weil sie für Menschenleben verantwortlich sind und ihr Handeln – oder mangelnde Aktivität – ernsthafte Auswirkungen auf ihre PatientInnen haben kann (Hayes et al. 2015; Moustaka und Constantinidis 2010).

Da Stress jedoch ein kompliziertes Phänomen ist, können hinsichtlich der Stressquellen nie abschließende Antworten gegeben werden, im Gegenteil, es sollte berücksichtigt werden, was jeder Mensch individuell als Stressfaktor wahrnimmt.

### **3.2.2.3 Auswirkungen von Stress**

Die Auswirkungen von Stress auf das Personal fallen in die folgenden Kategorien:

- i) Subjektive Auswirkungen (Stress, Depressionen, Angst, emotionaler Rückzug, allmählicher Verlust der Empathie gegenüber den PatientInnen)
- ii) Körperliche Folgen (die ganze Bandbreite psychosomatischer Erkrankungen, Kurzzeitmigräne, Hautausschläge, Reizdarmsyndrom, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

und Schlaganfälle)

- iii) Verhaltensänderungen (Reizbarkeit, Alkoholismus, Suchtverhalten) (Moustaka und Constantinidis 2010).

Stress kann die Fähigkeit einer Fachkraft beeinträchtigen, die Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen, vor allem da Stress Burnout und wiederkehrende depressive Episoden fördern kann. Schließlich kann sich berufsbedingter Stress auf die Familie der Berufstätigen auswirken, indem er die allgemeine Lebensqualität verringert (Cooper et al. 2001).

Jedoch zeigt sich gerade im Bereich der Gesundheitsberufe ein Phänomen, in dem sich Stress in seiner destruktivsten Art offenbart.

#### **3.2.2.4 Burnout bei Health Professionals**

Die bekannteste inverse Metrik der Arbeitszufriedenheit, des Gesundheitszustandes und der Arbeitszufriedenheit der Health Professionals und eine der finalen Folgen von zu viel Belastungen/Stress ist Burnout. Dieses ist definiert als Reaktion auf eine längere Exposition gegenüber beruflichem Stress, welche Gefühle emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und verminderter beruflicher Effektivität umfasst (Maslach und Leiter 2016). Obwohl es keine international validierte und akzeptierte Definition gibt (Epp, 2012), wurde Burnout als psychologisch-psychiatrischer Begriff von H.J. Freudenberger geprägt, der Burnout als das Erlöschen von Motivation oder Antrieb definierte (Freudenberger, 1974). Freudenberger (1974) beschrieb die von Burnout betroffenen Individuen als depressiv in ihrer Erscheinung, ihrem Verhalten und ihrer Haltung. Er äußerte zudem folgende Aussage: “In their negativism the burn-out seems to be expressing his own depressed state of mind” (Freudenberger 1974). Das Burnout-Syndrom wurde von Anfang an als Produkt einer langfristigen Diskrepanz zwischen den Erwartungen und Ressourcen des oder der Einzelnen einerseits und den tatsächlichen Ergebnissen und Anforderungen der Tätigkeit andererseits betrachtet (Freudenberger 1974). Freudenberger und Richelson (1981) sahen das Burnout-Syndrom daher durch die Hingabe an eine Aufgabe, Lebensweise oder Beziehung verursacht, die nicht die erwartete Belohnung brachte.

Diese Definition von Burnout wurde zunächst von kalifornischen AnwältInnen angewandt, um KollegInnen zu beschreiben, die Symptome von allmählicher Erschöpfung, Zynismus (d.h. einer negativen, entwertenden unempfindlichen Haltung gegenüber relevanten Mitmenschen und Werten) und Bindungsverlust bei ihren KollegInnen zeigten (Maslach et al. 1986).

Gleichzeitig interessierte sich der Sozialpsychologe Maslach dafür, wie die MitarbeiterInnen der Gesundheitsberufe mit Stressoren am Arbeitsplatz umgehen (Maslach et al. 1986). Anschließend konzeptionierten Maslach und KollegInnen Burnout entlang dreier Subskalen oder Dimensionen: emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Leistung (Maslach et al. 1986). Emotionale Erschöpfung bezieht sich auf das Gefühl, von der eigenen Arbeit emotional erschöpft zu sein. Depersonalisierung, allgemein bekannt als Zynismus, bezieht sich auf das Vorhandensein gefühlloser und unmenschlicher Reaktionen bezüglich des Wertes der eigenen Arbeit und die damit verbundenen Personen. Schließlich bezieht sich persönliche Leistung auf Errungenschaften und Erfolge in der eigenen Arbeit, die indirekt proportional zu emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung interpretiert werden (Maslach et al. 1986). Burnout wird häufig bei Personen beobachtet, die mit Menschen arbeiten, insbesondere bei Gesundheitspersonal, deren Karriere durch hohen arbeitsbedingten Stress gekennzeichnet ist (Maslach et al. 1986). ArbeitnehmerInnen, die an Burnout leiden, haben durch die anhaltende Reaktion auf die emotionale, körperliche und geistige Erschöpfung, die sie erleben, die Sinnhaftigkeit der Arbeit verloren (Iacovides, 2003).

Das erste standardisierte Maß für Burnout-Symptome, das Maslach Burnout Inventory (MBI), wurde in den frühen 1980er Jahren entwickelt (Maslach und Leiter 2016). Bezeichnenderweise haben die Entwickler des MBI zwar das Burnout als Drei-Komponenten-Syndrom konzipiert, das emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und ein Gefühl verminderter persönlicher Leistung miteinander kombiniert, aber im Gegensatz zu dieser Konzeptualisierung offiziell empfohlen, die drei Komponenten des Burnout getrennt zu untersuchen und zwar angesichts des begrenzten Wissens über die Zusammenhänge zwischen den drei Aspekten des Burnout (Maslach et al. 1996). Diese Empfehlung wurde kritisiert, weil sie impliziert, dass Personen, die nur unter emotionaler Erschöpfung, nur unter Depersonalisierung oder nur unter verminderter persönlicher Leistung leiden, alle unter dem gleichen Zustand „Burnout“ leiden, obwohl sie mit Symptomprofilen aufwarten, die per Definition unterschiedlich sind und möglicherweise unterschiedliche Bewältigungsstrategien erfordern (Bianchi et al. 2017, Shirom und Melamed 2006). Obwohl standardisierte Messungen von Burnout-Symptomen zur Verfügung stehen, ist anzumerken, dass in mehr als 40 Jahren Forschung keine verbindlichen oder einvernehmlichen Kriterien für die (differenzierte) Diagnose von Burnout etabliert wurden (Bianchi et al. 2017). Als Beispiel wird Burnout in den neuesten Versionen des “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V” (American Psychiatric Association 2013) und der “International Classification of Diseases 10” (World Health Organization 2004) nicht als eigene Kategorie anerkannt. Das

Fehlen einer Burnout-Diagnose ist grundsätzlich problematisch, da es die Fähigkeit von ArbeitsmedizinerInnen und der betrieblichen Gesundheitsförderungen zur Behandlung und Prävention von Burnout beeinträchtigt.

Wenn auch Burnout als eigene Kategorie nicht im medizinischen Diskurs auftaucht, drängt sich doch die Nähe zu einer verwandten Kategorie, der Depression, beinahe unumgänglich auf. Sowohl ein weites Überschneiden von Symptomen (Bianchi et al. 2017; Bianchi et al. 2018) als auch ein Überlappen der Dimensionen des erwähnten MBI mit den Dimensionen der DSM-V und ICD-10 Kriterien für Depression sind offensichtlich (Bianchi et al. 2017). Um nur ein Beispiel zu nennen, konnte gezeigt werden, dass sich „emotionale Erschöpfung“ (Burnout nach MBI) mit „Müdigkeit und Energieverlust“ und „depressiver Stimmung“ überschneidet (Bianchi et al. 2017), zwei diagnostische Kriterien für schwere Depressionen (American Psychiatric Association 2013). Nachdem Bianchi et al. (2017; 2018) jede Dimension des MBI in Bezug auf Depressionen untersucht hatten, kamen sie zu dem Schluss, dass sich emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte persönliche Leistung auf depressive Merkmale und Symptome beziehen. Neuere Beschreibungen von Burnout deuten ebenfalls auf eine Verwandtschaft mit der Depression hin. So schrieben Schaufeli und KollegInnen (2009), dass es bei Burnout nicht nur um das Vorhandensein negativer Emotionen geht, sondern auch um das Fehlen positiver Emotionen, ein Bild, das an depressive Stimmung und Anhedonie erinnert – die beiden Hauptsymptome von Depressionen (American Psychiatric Association 2013). Schaufeli et al. (2009) behaupteten, dass es beim Burnout eine Dominanz dysphorischer Symptome gibt. Bianchi et al. (2018) deuteten darauf hin, dass sich Individuen mit Burnout hilflos, hoffnungslos und machtlos fühlen, drei Gefühle, die Kennzeichen von Depressionen sind.

In den letzten zehn Jahren haben mehrere epidemiologische Studien eine hohe Prävalenz von Burnout in den westlichen und Entwicklungsländern festgestellt (Maslach et al., 2001). So wird beispielsweise in Nordamerika und Europa die Prävalenz von Burnout auf der Ebene von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes eingestuft (Weber und Jaekel-Reinhard, 2000). Burnout ist ein globales Problem mit schädlichen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit des/der Einzelnen und auf ein Unternehmen als Ganzes (Bährer-Kohler, 2013). Die Dynamik des Anstiegs und der heutigen Einflussfaktoren auf steigende Burnout Raten liefern Weber und Jaekel-Reinhard (2000), deren Konzeption in Abbildung 3 zu sehen ist.

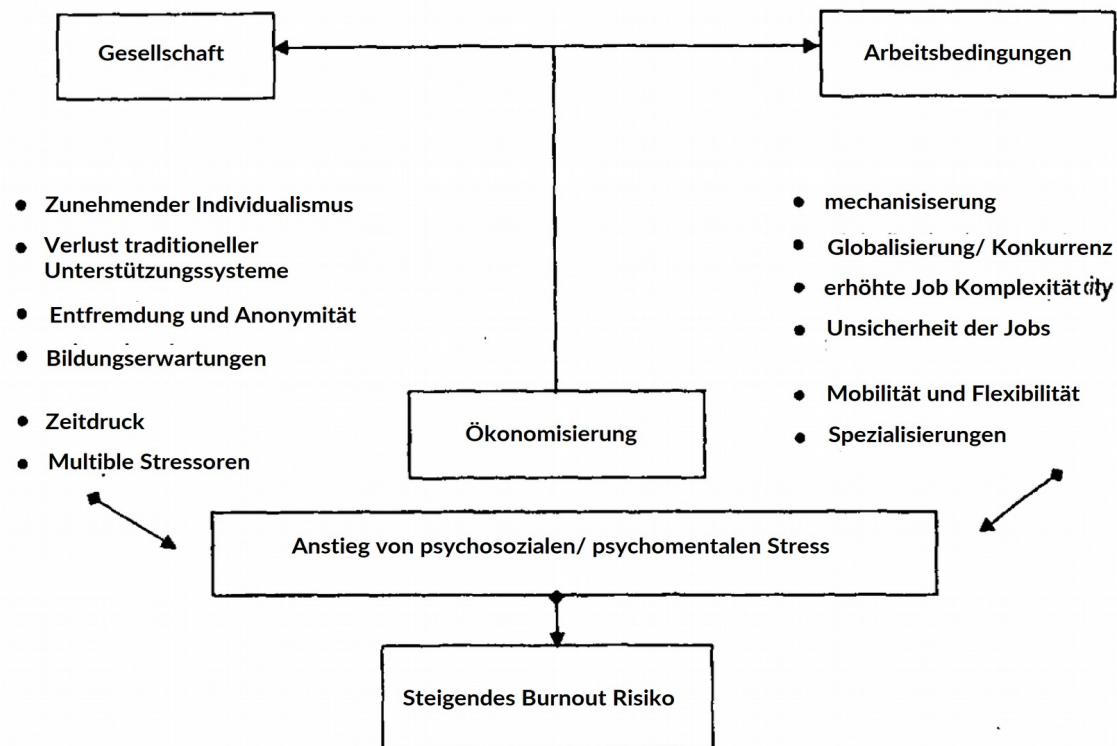


Abbildung 3 – Burnoutfaktoren und Dynamik des aktuellen Burnout Anstiegs nach Weber und Jaekel-Reinhard (2000)

Burnout wurde in verschiedenen Berufsgruppen untersucht, darunter Angestellte, ArbeiterInnen und bei den „helfenden“ Berufen (Gesundheitspersonal, Pflegepersonal und LehrerInnen) (Schaufeli und Maslach 2017). Das Burnout-Syndrom tritt vor allem bei „helfenden“ Fachkräften wie Gesundheitspersonal auf, deren Arbeit durch ständige Anforderungen und intensive Interaktionen mit Menschen mit körperlichen und emotionalen Bedürfnissen gekennzeichnet ist (Bährer-Kohler, 2013).

Einer der sichtbarsten Auswirkungen von Burnout ist eine Abnahme der Arbeitsleistung. Im Gesundheitswesen hat dieser Rückgang der Arbeitsleistung deutliche Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistungen für PatientInnen. Folglich ist das Burnout-Syndrom ein großes Problem für Angehörige der Gesundheitsberufe und Genehmigungsbehörden, da es erhebliche Auswirkungen auf die PatientInnensicherheit, Versorgungsqualität und PatientInnenzufriedenheit haben kann (Shanafelt, 2010).

### **3.3 Versorgungsqualität im Health Bereich**

Qualität ist zu einem immer wichtigeren Bestandteil und einem immer wichtigeren Thema in unserem Leben geworden (Nadj-Kittler und Stahl 2016). Die Menschen sind ständig auf der Suche nach hochwertigen Produkten und Dienstleistungen. Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist dabei ein Menschenrecht. Eine höhere Qualität der Gesundheitsversorgung führt zur Zufriedenheit der KundInnen (PatientInnen sowie der Gesellschaft im Allgemeinen), der MitarbeiterInnen, der Lieferfirmen und zu einer besseren Leistung der Organisation (Eikötter und Greiner 2008).

Wenn sich die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verbessert, sinken die Kosten, die Produktivität steigt und ein besserer Service für die KundInnen steht zur Verfügung, was wiederum die Unternehmensleistung verbessert und langfristige Arbeitsbeziehungen ermöglicht (Eikötter und Greiner 2008).

Qualität ist aufgrund ihrer subjektiven Natur und ihrer immateriellen Eigenschaften schwer zu definieren. Die Qualität der Gesundheitsdienste ist noch schwieriger zu definieren und zu messen als in anderen Sektoren (Gerlach 1998). Die besonderen Merkmale der Gesundheitsbranche wie Intangibilität, Heterogenität und Simultaneität machen es schwierig, ihre Qualität zu definieren und zu messen (Joss und Kogan 1995; McLaughlin und Kaluzny 2006). Die Komplexität der Gesundheitspraktiken, die Existenz vieler Akteure mit unterschiedlichen Interessen an der Gesundheitsversorgung und die immer prominenten ethischen Überlegungen erhöhen die Schwierigkeit der Problematik (Bauer 2007).

Donabedian definierte die Qualität des Gesundheitswesens als die Anwendung von Medizinwissenschaft und -technologie in einer Weise, die ihren Nutzen für die Gesundheit maximiert, ohne das Risiko entsprechend zu erhöhen (Beyer et al. 2011). Øvretveit definiert Versorgungsqualität als die Bereitstellung von Versorgungsleistungen, die die Erwartungen der PatientInnen übertreffen und mit den verfügbaren Ressourcen die höchstmöglichen klinischen Ergebnisse erzielen (Geraedts 2014). Gute Versorgungsqualität bedeutet nach Schuster et al. (2005) die fachlich kompetente, kommunikative, gemeinsame Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der kulturellen Sensibilität der PatientInnen. Leebov und KollegInnen (2003) sind der Meinung, dass Qualität im Gesundheitswesen das Richtige tun und kontinuierliche Verbesserungen vornehmen, das bestmögliche klinische Ergebnis erzielen, alle KundInnen zufrieden stellen, talentierte MitarbeiterInnen halten und eine solide finanzielle Leistung erbringen, bedeutet. Für Goldenberg (2012) ist Qualität der Grad, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Bevölkerung die Wahrscheinlichkeit

gewünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und mit dem aktuellen Fachwissen übereinstimmen.

Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist somit nach Sichtung der Literatur ein mehrdimensionales Konzept.

Donabedian (1980) unterschied drei Komponenten hochwertiger Gesundheitsversorgung: technische Qualität, zwischenmenschliche Qualität und Versorgung. Technische Qualität bezieht sich auf die Wirksamkeit der Pflege bei der Erzielung eines gesundheitlichen Ergebnisses. Unter zwischenmenschlicher Qualität versteht man das Ausmaß der Anpassung an die Bedürfnisse und Präferenzen der PatientInnen. Zu den Versorgungseigenschaften gehören Merkmale wie der Komfort der physischen Ausstattung und Attribute der Organisation der Leistungserbringung. Später schlug er die Triade von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität als Rahmen für die Beurteilung der Qualität der Versorgung vor. Struktur bezieht sich auf die Merkmale der Rahmenbedingungen, in denen die Versorgung erfolgt. Sie umfasst Elemente wie Ressourcen, Personal und Ausrüstung. Die Prozessqualität umfasst alle Aspekte der Versorgung und bezieht sich auf die Interaktion innerhalb und zwischen ÄrztInnen und KlientInnen. Die Ergebnisqualität konzentriert sich auf das Endergebnis oder die Effektivität der erbrachten Versorgung (Donabedian 1980; Donabedian 1988). Øvretveit (2000) entwickelte ein System zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung, das auf drei Dimensionen der Professionellen-, KundInnen- und Managementqualität basiert. Die professionelle Qualität basiert auf den Ansichten der Fachleute darüber, ob den professionell bewerteten VerbraucherInnenbedürfnissen mit den richtigen Techniken und Verfahren begegnet wurde. Die KundInnenqualität hängt davon ab, ob die direkten LeistungsempfängerInnen das Gefühl haben, dass sie das bekommen, was sie von den Dienstleistungen erwarten. Die Managementqualität stellt sicher, dass die Dienstleistungen auf ressourceneffiziente Weise erbracht werden.

Mosadeghrad (2013) sieht in seinem Qualitätsmodell das Konzept der Qualität in drei Dimensionen: technische, systemische und allgemeine Qualität. Technische Qualität befasst sich mit dem fachlichen Aspekt der Arbeit in einem bestimmten Bereich. Systemische Qualität bezieht sich auf die Qualität von Systemen und Prozessen, die über die Grenzen zwischen den Arbeitsbereichen hinweg funktionieren. Allgemeine Qualität bezieht sich auf diejenigen Qualitätsaspekte, die zwischenmenschliche Beziehungen mit einbeziehen.

Grönroos (1982) unterschied zwei Arten von Servicequalität: technische und funktionale Qualität. Technische Qualität bezieht sich auf die Erbringung der Kernleistung oder das Ergebnis der Dienstleistung (d.h. das, was angeboten und empfangen wird), während

funktionale Qualität sich auf den Prozess der Erbringung der Dienstleistung oder die Art und Weise bezieht, wie der Kunde die Dienstleistung erhält (d.h. wie die Dienstleistung angeboten und empfangen wird).

Maxwell (Campbell et al. 2000) identifizierte sechs Dimensionen der Qualität: Effektivität, Akzeptanz, Effizienz, Zugänglichkeit, Gleichbehandlung und Sachdienlichkeit.

Hulka und KollegInnen (1970) verwendeten drei Dimensionen zur Beurteilung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung: Persönliche Beziehung, Komfort und Fachkompetenz.

Tomes et al. (1995) verwendeten acht Dimensionen, darunter Empathie, Krankheitsverständnis, gegenseitiger Respekt, Würde, Essensversorgung, physische Umgebung und religiöse Bedürfnisse.

Camilleri und O'Callaghan (1998) betrachteten sieben Attribute zur Messung der Qualität von Krankenhausleistungen: Professionelle und technische Betreuung, Personalschlüssel, Preis, Umgebung, PatientInnenausstattung, Zugänglichkeit und Verpflegung.

Andaleeb et al. (2007) verwendete fünf Dimensionen für die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen: Verständigung, Kosten, Ausstattung, Fachkompetenz und Auftreten.

Jabnoun und Chaker (2007) verwendeten zehn Dimensionen zur Bewertung der Servicequalität von Krankenhäusern. Dazu gehören: Sachgüter, Zugänglichkeit, Verständnis, Höflichkeit, Zuverlässigkeit, Sicherheit, Glaubwürdigkeit, Reaktionsfähigkeit, Kommunikation und Kompetenz. Die Perspektiven und Prioritäten verschiedener Interessengruppen im Gesundheitswesen müssen bei allen Bemühungen zur Definition, Messung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.

### **3.4 PatientInnensicherheit bei Health Professionals**

Florence Nightingale sah es bereits Ende des 19. Jahrhunderts als notwendig an, dass das allererste Prinzip in einem Krankenhaus darin bestand, den Kranken keinen Schaden zuzufügen (Nightingale 1863). Die PatientInnensicherheit als Gegenstand der Krankenhauspolitik wurde jedoch weitgehend vernachlässigt, bis das Problem durch Studien in den 90er Jahren (Vincente, 2003) und insbesondere durch die Publikation "To Err Is Human: Building a Safer Health System" des Institute of Medicine dokumentiert wurde (Kohn et al. 2000), bei der Daten erhoben wurden, die das Thema weltweit an die Spitze der politischen Agenda brachten und Fortschritte für die heutige PatientInnensicherheitsbewegung brachten (Hjort 2007; Vincent und Coulter 2002). Mit der

Gründung der Weltallianz für PatientInnensicherheit im Jahr 2004 wurde das Thema von der WHO weiterverfolgt, die in Kampagnen, Bildungsprogramme, Forschung und andere Ressourcen mit dem Ziel investiert hat, Aktivitäten zur PatientInnensicherheit auf der ganzen Welt umzusetzen. Die WHO definiert PatientInnensicherheit als die Reduzierung des Risikos unnötiger Schäden im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auf ein akzeptables Minimum und einen PatientInnensicherheitsvorfall als ein Ereignis oder einen Umstand, der zu einem unnötigen Schaden für Patienten hätte führen können oder geführt hat (Kager 2015). Die Gesundheitsversorgung betrachtet die PatientInnensicherheit als eine Dimension der Versorgungsqualität, in der eine gute Versorgungsqualität als sicher, effektiv, patientenzentriert, zeitnah, effizient und gerecht beschrieben wird (Kager 2015). Während Qualität und Sicherheit in dem Bestreben, eine vorbildliche PatientInnenversorgung zu gewährleisten, miteinander verwoben sind, bezieht sich Qualität auf die Lücke zwischen dem Ideal und den tatsächlich erzielten Ergebnissen (Donabedian und Bashshur, 2003), während es bei der Sicherheit darum geht, unbeabsichtigte Folgen der Leistungserbringung auszuschließen (Barnsteiner 2012). Wie Qualität wird auch Sicherheit als Ergebnis der Strukturen, AgentInnen und Prozesse des Gesundheitswesens verstanden (Vincent und Coulter 2002). Donabedian (1968) beschrieb die Unterscheidung zwischen Struktur (äußere und innere Bedingungen), Prozess (Aktionen und Interaktionen) und Ergebnis (das was erreicht wurde) der Gesundheitsversorgung in einem theoretischen Rahmen, der inzwischen zu einer Säule der PatientInnensicherheit und des Qualitätsmanagements geworden ist. Das Framework bietet ein Verständnis dafür, dass Qualität und PatientInnensicherheit von der Beziehung zwischen mehreren Komponenten abhängen, die separat untersucht werden können, aber gleichzeitig als Einheit zusammenhängen (Pronovost et al. 2006; Vincent und Coulter 2002). Die theoretische Grundlage dieses Rahmens in Bezug auf die Intensivstation ist, dass die richtige Struktur mit den richtigen Prozessen unterstützt wird, was wiederum zu einem gewünschten Behandlungsergebnis führen kann (Johnson und Kimsey 2012; Stockwell und Slonim 2006). Das WHO-Weltbündnis für PatientInnensicherheit hat die Ursachen für die Gesundheitsschäden in solche eingeteilt, die sich aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisfaktoren ergeben, wie es Donabedian vorschlug.

Die strukturellen Ursachen von Schäden, sind unzureichende Personalausstattung, Ausbildungsmängel, Mangel an angemessenem Wissen und dessen Transfer, Druck auf das Personal, Kommunikationsausfälle und schlechte organisatorische Sicherheitskultur (Jha et al. 2010). Wie bereits erwähnt, spielt das menschliche Verhalten eine große Rolle bei der Bereitstellung einer sicheren PatientInnenversorgung, obwohl die Gesundheitsversorgung erst

vor kurzem die Bedeutung der menschlichen Faktoren erkannt hat (Norris, 2009). Menschliche Faktoren werden als die menschliche Fähigkeit oder Unfähigkeit beschrieben, sich auf mehrere Dinge gleichzeitig zu konzentrieren und genau zu arbeiten (Vicente, 2003). Fehler können mit den Eigenschaften der Werkzeuge, Aufgaben und der Betriebsumgebung des Gesundheitspersonals verbunden sein, während die Verbesserung der Sicherheit auf dem Verständnis und der Beeinflussung dieser Zusammenhänge beruht (Dekker et al. 2011). Darüber hinaus entstehen Fehler, wenn ein Mensch unkonzentriert, müde, fahrlässig oder in seiner Integrität beeinträchtigt ist, was in der Folge dazu führen kann, dass er oder sie von sicheren Betriebsverfahren oder Handlungen abweicht. Daher hat sich der Fokus in der Gesundheitsversorgung von der individuellen Schuld für einen bestimmten Fehler zur Analyse des Systems verlagert und von der Konzentration auf technische Fähigkeiten zur Einbeziehung nicht-technischer Fähigkeiten hin verlagert (Vincent und Coulter 2002).

In Österreich wurde im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages 2017-2021 (Sozialministerium 2019), der die jüngste österreichische Gesundheitsreform darstellt und das Ziel hat, die Gesundheitsversorgung aufzuwerten und eine Kostensenkung zu erzielen, PatientInnensicherheit explizit erwähnt. Ein zentrales Anliegen dabei ist die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild. Im Sinne von öffentlicher Gesundheit soll die Bevölkerungsgesundheit verbessert und Krankheiten vermieden werden. Der Kern dieser Reformen soll sein, dass die medizinische Behandlung qualitativ hochwertiger und effizienter wird. Dieser Vertrag beruft sich dabei auf die PatientInnensicherheitsstrategie 2013-2016 (Bundesministeriums für Gesundheit 2013). Dieses sieht vor „PatientInnensicherheit [...] in allen Strukturen und Prozessen des Gesundheitswesens verankert“ zu sehen. Die gesundheitliche Versorgung soll „in Österreich, unabhängig wo und von welcher Einrichtung sie erbracht wird, sicher, effektiv und leicht zugänglich“ sein (Bundesministeriums für Gesundheit 2013).

Dabei wird in diesem spezifischen Fall PatientInnensicherheit anhand internationaler Standards wie folgt definiert:

*„Patientinnen- und PatientInnensicherheit: Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können. PatientInnensicherheit bezeichnet die Bewahrung des Patienten vor unnötigen Schädigungen oder potenziellen Schädigungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung. PatientInnensicherheit ist das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf ausgerichtet sind, Patientinnen und Patienten vor*

*vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren“*  
(Bundesministeriums für Gesundheit 2013).

Dennoch sieht die Strategie zwar Kommunikationsschulungen, Kompetenzweiterbildungen und Standardisierungen von Prozessen als Wege zur Erreichung des oben genannten Ziels vor, jedoch kommt im gesamten Strategiepapier nicht eine Erwähnung von Belastungen, Arbeitszufriedenheit, Stress oder Burnout vor. Diese Herangehensweise mag unter der gegebenen theoretischen Position dieser Arbeit, die sich auf Zusammenhänge dieser Variablen mit PatientInnen fokussiert, möglicherweise als nicht alle relevanten Faktoren umfassend, bemängelt werden.

Laut Wachter (2004) beinhalten alle PatientInnensicherheitsvorfälle eine Kombination aus aktiven Ausfällen und latenten Bedingungen, wie auch der Zustand der MitarbeiterInnen, der nicht zuletzt eine Funktion der Arbeitsbedingungen und der Belastungen der Arbeit sein kann. Während aktive Misserfolge eine gefährdende oder vernachlässigende Aktion der mit den Patienten in direktem Kontakt stehenden Personen sind, sind latente Zustände innerhalb des Systems vorhanden (z.B. hohe Arbeitsbelastung, niedrige Jobzufriedenheit, Überlastung, Burnout, schlechte Kommunikation, Trainingsdefizite oder schlechte Teamarbeit), wo sie zu einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von Fehlern und Verletzungen der Vorschriften und korrekten Ausführung von Maßnahmen führen können. Die meisten Fehler sind unbedeutend und werden von Schutzmaßnahmen abgefangen. Je weniger oder schwächer diese Schutzmaßnahmen jedoch sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler einen negativen Effekt auf die Integrität der PatientInnen haben werden. Durch Konzentration auf z.B. Teamarbeit, Job Zufriedenheit, Burnout Prävention oder betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen wird das System in der Lage sein, die negativen Auswirkungen von Fehlern besser zu verhindern (Wachter 2004).

### **3.5 Betriebliche Gesundheitsförderung**

Laut Lazarus und Folkman (1987) gibt es verschiedene Arten von Bewältigungsstrategien, die Menschen anwenden, um Stress zu bewältigen. Diese Strategien sind entweder eher problemzentriert oder emotionszentriert. Richtiges Stressmanagement hängt mit guter Lebensqualität und guter Gesundheit zusammen, während schlechtes Management zu schlechter Lebensqualität und Krankheiten führt.

### **3.5.1 Prinzipien Betrieblicher Gesundheitsförderung**

Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Faller 2010) definiert betriebliche Gesundheitsförderungsbemühungen als Ansätze, die entweder von den ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen oder der Gesellschaft (häufig initiiert durch Gesetze oder Auflagen) unternommen werden, um eine bessere Gesundheit, höhere Arbeitszufriedenheit und ein höheres Wohlbefinden der Beschäftigten zu erreichen. Derzeit liegt der Schwerpunkt auf der Verbesserung des Arbeitsumfelds, um das Engagement, die Arbeitszufriedenheit und die zielorientierte Effektivität der Mitarbeitenden zu erhöhen, indem sowohl berufliche als auch nicht-berufliche Faktoren wie die Förderung einer gesunden Lebensweise, Schulungen oder Kommunikations- und Feedbackmöglichkeiten im Vordergrund stehen.

Einige Aktivitäten zur Gesundheitsförderung konzentrieren sich auf nur einen Risikofaktor oder einen Verhaltensänderungsprozess, jedoch ist es zumeist notwendig, eine Kombination von Faktoren, die zur Beeinträchtigung der Gesundheit beitragen, ins Auge zu fassen. Inzwischen wird eher mit einem umfassenden Ansatz gearbeitet, bei dem alle verschiedenen Ebenen, die die Gesundheit eines Menschen beeinflussen, einbezogen werden, wie z.B. organisatorische, psychologische und gesellschaftliche Faktoren (Cox, 1997).

### **3.5.2 Handlungsstrategien Betrieblicher Gesundheitsförderung**

Das Wohlbefinden der Menschen basiert auf einer dynamischeren Interaktion zwischen verschiedenen Einflüssen aus verschiedenen Umgebungen. Laut Rimal und Lapinski (2009) sind Interventionen, die sich auf die Veränderung des Verhaltens von Menschen konzentrieren (z.B. ein gesünderes Leben führen), vornehmlich durch kommunikative Maßnahmen zu erreichen. Sie weisen darauf hin, dass berücksichtigt werden muss, dass die Zielgruppe Teil eines sozialen Netzwerks mit sozialen Interaktionen innerhalb dieses Netzwerks ist. Die selektive Wahrnehmung der Gesundheitsintervention und individuelle und makrosoziale Faktoren spielen eine Rolle für die Wirksamkeit der Intervention. Die Umsetzung der Gesundheitsförderung in einem Umfeld der Arbeitswelt könnte effektiver sein als in anderen Bereichen, da bereits soziale Netzwerke bestehen und die makrosozialen Faktoren, die auf Gesundheit einwirken, für alle MitarbeiterInnen weitgehend identisch sind. Darüber hinaus verbringen Menschen die anteilmäßig meiste Zeit ihres Lebens bei der Arbeit (Cox 1997). Badura et al. (2010) erwähnen die Vorteile von Betrieblicher Gesundheitsförderung, insbesondere die potenzielle Reichweite, die Ressource der

natürlichen sozialen Netzwerke und die Möglichkeit, dieses soziale Umfeld zu nutzen. Die Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung kann sich auf eine spezifische Gruppe von Menschen in einem spezifischen Arbeitsbereich beziehen, die die gleichen Arbeitsbedingungen haben und daher dieselben gesundheitlichen Probleme haben. Sie ist ein wichtiger Faktor zur Verbesserung der Gesundheit und Zufriedenheit der Beschäftigten und eine wichtige Stellschraube für Betriebliche Outputs (Cox 1997). Die Weltgesundheitsorganisation (Faller 2010) betont die Bedeutung der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, da das Umfeld, in dem Menschen arbeiten, einen direkten Einfluss auf ihr ökonomisches, soziales, geistiges und körperliches Wohlbefinden hat. Indirekt wirkt sich dieses Wohlbefinden auf die Leistungsfähigkeit und Effektivität ihrer Arbeitsaufgaben wie auch privaten Ziele aus.

Die Berücksichtigung der Gesundheit der Mitarbeitenden hat viele Vorteile, z.B. werden die Mitarbeitenden produktiver, weniger gestresst, zufriedener mit ihrer Arbeit und können ihre gesundheitsbezogenen Kompetenzen erhöhen. Ein sicherer Arbeitsplatz trägt zu einer nachhaltigen Potentialentwicklung bei, wenn der Schwerpunkt Gesundheit am Arbeitsplatz etabliert wird, letztlich kann sich auch die Employability verbessern und die Gesundheitskosten für das Unternehmen könnten gesenkt werden. Größere Vorteile werden in Unternehmen mit vielen niedrig bezahlten MitarbeiterInnen erzielt, die in einem risikoreichen Arbeitsumfeld arbeiten, in dem betriebliche Gesundheitsförderungsaktivitäten die Risikoungleichheiten verringern können (Faller 2010). Betriebliche Gesundheitsförderung bietet somit Vorteile für die Gesundheit, die Zufriedenheit und die Produktivität der MitarbeiterInnen.

### **3.5.3 Auswirkungen Betrieblicher Gesundheitsförderung**

Die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung ist aufgrund der Beziehungsabhängigkeit zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen immer komplex (Van Berkel et al. 2014). Die Verbesserung der Kooperation und Kommunikation zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen ist wichtig, um die sozialen Ressourcen zu aktivieren, die zu einer verbesserten allgemeinen Gesundheit beitragen (Faller 2010). Die Teilnahme an den Programmen oder Aktivitäten ist zumeist freiwillig und hängt davon ab, wie sehr der oder die Beschäftigte Wert auf Gesundheitsthemen legt (Cox 1997). Die Wirksamkeit dieser Programme und Maßnahmen sind jedoch oft gering und deshalb ist es wichtig zu untersuchen, welche Faktoren besonders effektiv sind (Nicholson 2017). Für die

spezifische Zielgruppe der Health Professionals gibt es einige Herausforderungen. Die MitarbeiterInnen der Gesundheitsberufe stehen unter hohem Arbeitsdruck und arbeiten in einem sich ständig verändernden Umfeld. Angestellte im Gesundheitsbereich könnten von betrieblicher Gesundheitsförderung profitieren, da sie oft an mehreren gesundheitlichen Problemen gleichzeitig leiden. Laut Rasia (2017) muss effektive betriebliche Gesundheitsförderung als kontinuierlicher Prozess zur Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsparametern betrachtet werden, und nicht als ein einmaliges Ereignis. Die meisten gesundheitsfördernden Programme zielen auf eine Verhaltensänderung der Mitarbeitenden ab. Dies wird erreicht, indem man die adressierten Menschen davon überzeugt, ihr Verhalten zu ändern. Mit anderen Worten lässt es sich etwa dadurch bewerkstelligen, dass man Wege findet, riskantes ungesundes Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum und Schlafentzug zu verringern und Anreize für einen gesünderen Lebensstil zu schaffen. Intensive Programme mit wöchentlichen Aktivitäten über einen längeren Zeitraum und mehreren Komponenten scheinen am effektivsten zu sein. Gesundheitschecks und betriebliche Gesundheitsevaluationen können zu positiven Effekten führen, wenn sie mit zusätzlichen Maßnahmen kombiniert werden. Ein erster Vorsorge-Check mit Blick auf die Belastungsfelder innerhalb der Beschäftigung und einen gesunden Lebensstil könnte ein attraktiver Ausgangspunkt für individuelle Maßnahmen zur Umleitung ungesunder Lebensweisen sein. Kurz gesagt, die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung könnte sowohl für ArbeitgeberInnen als auch für ArbeitnehmerInnen positive Auswirkungen haben. Besonders wichtig stellt sich die bewusst angegangene Förderung von Gesundheit hinsichtlich der Arbeitsleistung dar, welche im kritischen Bereich der Pflege, der medizinischen Versorgung, Rehabilitation oder Akutmedizin oft gleichzusetzen ist mit Performance Indikatoren, die letztlich übersetzt die Gesundheit und gar das Überleben der zu betreuenden PatientInnen bedeuten.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge und angenommenen Zusammenhänge zwischen den Schlüsselkonzepten dieser Arbeit aufgebracht und eine Zusammenfassung der wichtigsten Themen gegeben.

### **3.6 Zusammenfassung der Theorie**

Die Maxime des Gesundheitsbetriebes kann, wie auch schon im Hippokratischen Eid (Smith 2005) und von Nightingale (1863) formuliert, im Satz „Primum non nocere – Zuallererst: füge keinen Schaden zu“ (Smith 2005) gesehen werden. In modernerer Formulierung findet dieses Prinzip in der Konzeption der PatientInnensicherheit seine Ausgestaltung (Mitchell 2008). Doch diese, wie auch die verwandte Dimension der Versorgungsqualität (Nadj-Kittler und Stahl 2016) steht in engen Zusammenhang mit dem physisch-psychologischen Zustand der Person der Betreuenden, seien es nun PflegerInnen, ÄrztInnen oder andere Angehörige der Health Professionals Berufe (Rathert und May 2007; van den Berg et al. 2008), sodass in den letzten Jahren immer häufiger indirekte Einflüsse auf die Leistung von Gesundheitsberufen untersucht und mit diesen in Bezug gebracht wurden.

Einseitige Zusammenhänge werden immer weiter als zu reduktionistisch abgelehnt und komplexe Interaktionen zwischen psychischen Faktoren, Arbeitsumgebung, Ressourcen, Managementstilen und Qualifikationen in die Modellierung der Einflussfaktoren auf “Work Outcomes” mit einbezogen (van den Berg et al. 2008). Besondere Aufmerksamkeit haben dabei die Dimensionen Arbeitszufriedenheit, Stress/Belastungen und insbesondere Burnout bekommen, welche die Anwendung von betrieblicher Gesundheitsförderung, sogar jenseits von moralisch-ethischen Imperativen, in die gleiche Gleichung der (betriebs-)wirtschaftlichen Nutzenmaximierung und Steigerung der Effizienz sowie Effektivität stellt. Und nicht nur theoretisch wurden diese angenommenen Zusammenhänge von Gesundheit, Stress, Burnout, Arbeitszufriedenheit und der effektiven Anwendung betrieblicher Gesundheitsförderung auf die PatientInnensicherheit und Versorgungsqualität und somit letztlich auf die Performanz des Gesundheitsbetriebes untersucht, sondern auch Reviews, Metaanalysen, Einzelfallbeobachtungen und jahrelange Erhebungen deuten auf verifizierte Zusammenhänge hin.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die jetzt in der Literatur angenommenen Zusammenhänge und vermuteten Auswirkungen von Arbeitszufriedenheit (oder negativ operationalisiert: Stress, Belastung, Burnout) auf Versorgungsqualität und PatientInnensicherheit unter Moderation von betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Sichtung von Reviews, Metaanalysen und Studien zu veri- oder falsifizieren und die berichteten Zusammenhänge differenziert auszuführen.

## 4 Auswertung

Im Folgenden wird die Literaturanalyse zu dem Thema „Welche Zusammenhänge finden sich in der Literatur zwischen der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung von Health Professionals und der Behandlungsqualität / PatientInnensicherheit?“ präsentiert werden. Dabei wurde die Analyse nach den in Kapitel 2.1 präsentierten Kriterien und dem in Kapitel 2.2 vorgestellten Vorgehen durchgeführt.

Zuerst werden die verwendeten Studien und Reviews kurz vorgestellt und im Anschluss unter den Zusammenhängen von Interessen analysiert. Letztlich wird der Bezug zur Theorie hergestellt und der Versuch gewagt, eine abschließende Zusammenfassung zu geben.

### 4.1 Vorstellung der verwendeten Reviews

In diesem Kapitel werden die verwendeten Reviews hinsichtlich ihres Forschungsinteresses, methodischen Hintergrunds und ihrer Fragestellung sowie auch ihres generellen Vorgehens kurz überblickt. Dabei wird auch auf ihre qualitative Güte eingegangen und ihr Vorgehen hinsichtlich des Ausschlusses von Bias und Verzerrung beleuchtet. Neun systematische Reviews wurden anhand der in Kapitel 2 beschriebenen Methode ausgewählt und werden nun im Folgenden vorgestellt.

*Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis (Panagioti et al. 2018).*

Panagioti et al. (2018) recherchierten unter der Annahme, dass Burnout den Status einer Epidemie angenommen hat, welche sich auf zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung auswirken kann (einschließlich PatientInnensicherheit, Versorgungsqualität und PatientInnenzufriedenheit) und ob das Burnout eines/einer Health Professional(s) mit einer erhöhten Inzidenz von PatientInnensicherheitsvorfällen, suboptimalen Versorgungsergebnissen aufgrund geringerer Professionalität und geringerer Patientenzufriedenheit verbunden ist. Sie recherchierten bis zum 22. Oktober 2017 über die Datenbanken MEDLINE, EMBASE, PsycInfo und CINAHL mittels der Suchbegriffe “physicians”, “burnout” und “patient care” und verfolgten dabei einen detaillierten standardisierten Ansatz ohne Spracheinschränkung und mit Fokus auf quantitative Beobachtungsstudien. Sie verwendeten von den 5234 identifizierten Datensätzen 47 Studien mit einer GesamtprobandInnenzahl von 42 473 ÄrztInnen. Zwei unabhängige GutachterInnen waren im Auswahlprozess beteiligt. Auf die Hauptmetaanalyse folgten Subgruppen- und

Sensitivitätsanalysen. Alle Analysen wurden mit Hilfe von Zufallseffektmodellen durchgeführt. Formale Tests auf Heterogenität und Publikationsbias wurden durchgeführt. Diesem Artikel wurde 2019 durch Dyrbye, Shanafelt und West (2019) eine Kritik entgegengebracht. Diese betonten abermals, dass Burnout der behandelnden MedizinerInnen ein ernsthaftes Problem ist, das die medizinische Versorgung ernsthaft gefährden kann. Die Arbeit wurde als überzeugend eingestuft, aber es wurde angemerkt, dass mehrere Klarstellungen erforderlich sind, die sich zwar nach Ansicht der KritikerInnen zwar nicht auf die generellen Schlüsse auswirken werden, jedoch eine höhere Wissenschaftlichkeit ermöglichen würden.

*Evidence for the Quadruple Aim (Rathert et al. 2018a).*

Rathert et al. (2018a) befürchteten, dass die Verwirklichung des Dreifachziels der Senkung von Gesundheitskosten, der Verbesserung von Gesundheitserfolgen und letztlich der Gesundheit der Bevölkerung durch ein hohes Burnout-Niveau unter den MedizinerInnen gefährdet werden könnte und betonen die Bedeutung eines vierten Ziels, nämlich die Verbesserung der Arbeitsumgebung für Gesundheits-LeistungserbringerInnen, da Burnout als mit mangelhaften Arbeitsergebnissen in vielen beruflichen Situationen verbunden gefunden wurde. Ziel der Studie war es, die Zusammenhänge zwischen Burnout (und burnoutassoziierten Variablen wie Stress und Jobzufriedenheit) von MedizinerInnen und PatientInnenoutcomes durch eine systematische Überprüfung der Literatur zu untersuchen. Sie verwendeten drei verschiedene Datenbanken (MeSH, CINAHL Complete und PsycINFO) und folgten den Richtlinien "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis" (PRISMA). Die Suche umfasste Artikel, die am oder vor dem 24. Mai 2017 in englischer Sprache veröffentlicht wurden. Insgesamt wurden 1201 Artikel überprüft und 28 in die endgültige Analyse einbezogen. Die Studien mussten empirisch sein, den Burnout als Prädiktor einschließen und die Outcomes der Patienten (darunter PatientInnenzufriedenheit, Genesungszeit, Jobzufriedenheit und andere) messen.

*Improving Physician and Patient Lives: A Systematic Review of the Literature on Physician Burnout and Patient Outcomes (Rathert et al. 2018b).*

Ein besseres Verständnis der Auswirkungen von Burnout von Health Professionals auf die Patienten ist nach Rathert et al. (2018b) erforderlich. Burnout unter MedizinerInnen wird nach Ansicht der AutorInnen zwar schon seit zwei Jahrzehnten untersucht, wobei der Schwerpunkt jedoch meist auf Prävalenz und Prädiktoren liegt. Das Bestreben des Dreifachziels von

besseren Behandlungsergebnissen, reduzierten Kosten und verbesserter Gesundheit der Bevölkerung wird als zu kurz gegriffen eingeschätzt, um dem komplexen Geschehen um PatientInnensicherheit und Arbeitsbedingungen gerecht zu werden. Sie führten eine systematische Recherche nach peer-reviewter Literatur mittels dreier Datenbanken (Medline, CINAHL, PsycINFO) durch. Ein Artikel wurde aufgenommen, wenn er empirisch begründet war, ein quantitatives Burnout-Maß verwendete und auch die Outcomes für die PatientInnen maß. Sie haben ihre Untersuchungsergebnisse auf diejenigen beschränkt, die Burnout bei MedizinerInnen in privater Praxis und Krankenhausumgebung untersucht haben. Siebenundzwanzig Studien erfüllten ihre Einschlusskriterien und wurden in unsere Analyse einbezogen.

*Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review (Hall et al. 2016).*

Hall et al. 2016 hatten das Ziel, festzustellen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Allgemeinwohl von medizinischem Personal und Burnout sowie der Sicherheit der PatientInnen gibt. Sie verwendeten ein systematisches Forschungsreview, das sich der Datenbanken PsychInfo, wo sie 1806 Studien bis Juli 2015 identifizierten, Medline, wo sie 1946 Studien bis Juli 2015 identifizierten, Embase, wo sie 1947 Studien bis Juli 2015 identifizierten, und Scopus, wo sie 1823 Studien bis Juli 2015 identifizierten, bediente, zusammen mit der Durchsicht der Literaturverzeichnisse der geeigneten Artikel. Sie bevorzugten peer-reviewte Beobachtungs-, Querschnitts- und Prospektivstudien, die in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden und sowohl ein quantitatives Maß für das Wohlbefinden und/oder das Burnout des medizinischen Personals als auch ein quantitatives Maß für die PatientInnensicherheit enthielten. Es wurden keine Einschränkungen für das Erscheinungsjahr festgelegt, aber nur Artikel, die in englischer Sprache verfasst oder in diese übersetzt wurden, als zulässig befunden. Qualitative Recherchen sowie Fallstudien, Übersichtsartikel, Editorials, Briefe, Konferenzabstracts, Bücher, Diplomarbeiten und Stellungnahmen wurden ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden auch Studien, die nur medizinisches Personal umfassten, welches nicht direkt mit den PatientInnen zu tun hat. Sie erhielten letztlich sechsundvierzig Studien, die als geeignet identifiziert wurden.

*Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review (Koy et al. 2015).*

Der Gegenstand der Literaturübersicht von Koy und KollegInnen (2015) ist der Zusammenhang zwischen Pflegepersonalschlüssel, Zufriedenheit am Arbeitsplatz der Pflegefachkräfte, Praxisumgebung, Burnout und Versorgungsqualität. Sie betrachteten dabei explizit, was unter Versorgungsqualität verstanden wird, denn verschiedene Positionen definieren Versorgungsqualität in vielerlei Hinsicht. Die AutorInnen gehen davon aus, dass sie komplex, facettenreich und multidimensional ist. Von besonderem Interesse war für sie die Art und Weise, wie Veränderungen im Pflegepersonalschlüssel (was etwa als Arbeitsbelastung interpretiert werden kann), die Zufriedenheit der Pflegekräfte, die Praxisumgebung, Burnout und die Qualität der Pflegeleistung beeinflussen können. Die Recherche erfolgte mittels Schlagwörter: “quality of health care”, “nursing care quality”, “nurse job satisfaction”, “nurse practice environment”, “burnout” und “nurse staffing” in den Datenbanken CINAHL, Medline and Embase databases, HINARI, Science Direct, Google, und PubMed. Arbeiten wurden wegen ihrer Relevanz für das Untersuchungsgebiet aufgenommen. Die ursprüngliche Suche wurde 2003 durchgeführt und 2004 erweitert.

*The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes – The Mediating Role of Burnout/Engagement (Laschinger und Leiter 2006).*

Um ihr theoretisches Modell der Arbeitswelt von Pflegefachkräften zu testen, das die Rahmenbedingungen für die professionelle Krankenpflegepraxis mit Burnout verknüpft, führten Laschinger und Leiter (2006) eine systematische Übersichtsarbeit durch. Insbesondere der Bericht des Institute of Medicine weckte ihr Interesse an den Auswirkungen der Krankenhausrationalisierung auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege und letztlich auf die Behandlungsergebnisse bezüglich der PatientInnensicherheit. Nach ihnen haben nur wenige Studien einen theoretischen Referenzrahmen verwendet, um die Art der Beziehungen zwischen den Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege und den Merkmalen der PatientInnensicherheit zu untersuchen. 8597 MitarbeiterInnen in Krankenhäusern in Kanada wurden bezüglich ihres Arbeitslebens mittels des “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index”, und bezüglich der Ausprägungen von Burnout Symptomen mit dem “Maslach Burnout Inventory-Human Service Scale” Test und ihrer Einschätzung über die Häufigkeit von Zwischenfällen mit Bezug auf die Gefährdung der PatientInnensicherheit befragt. Sie nutzten eine Analyse der Strukturgleichungsmodellierung, um Faktoren wie Pflegemanagement, Lebensqualität, Beteiligung an Entscheidungen, Personalbestand,

Beziehungen zwischen Pflegepersonal und MedizinerInnen, Personaladäquanz, emotionale Erschöpfung und die Sicherheit der PatientInnenversorgung zu modellieren.

*The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review (Dewa et al. 2017a).*

Die Studie von Dewa et al. (2017a) gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der veröffentlichten peer-reviewten Literatur zum Thema Burnout von MedizinerInnen und der Versorgungsqualität. Der Zweck dieser systematischen Literaturrecherche bestand darin, die Frage zu beantworten, wie sich Burnout bei Health Professionals auf die Qualität der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit der PatientInnensicherheit auswirkt. Nach Angaben des AutorInnenteams haben bislang nur wenige Studien den aktuellen Wissensstand über den Zusammenhang zwischen dem Burnout bei Health Professionals und den Dimensionen der PatientInnensicherheit und Versorgungsqualität untersucht.

Dieser systematische Literaturüberblick basiert auf öffentlich zugänglichen Peer-Review-Studien, die zwischen 2002 und 2017 veröffentlicht wurden. Sechs elektronische Datenbanken wurden durchsucht: (1) MEDLINE Current, (2) MEDLINE In-process, (3) MEDLINE Epub Ahead of Print, (4) PsycINFO, (5) Embase und (6) Web of Science, was zu einer Identifizierung von 4114 Artikeln führte, die von drei GutachterInnen überprüft wurden. Von diesen wurden 12 Artikel in die Rezension aufgenommen.

Im Mittelpunkt standen dabei ÄrztInnen, die im zivilen Bereich tätig sind und eine vollständige Ausbildung (kein Assistenzarzt/-ärztin mehr) absolviert haben. Insgesamt verwendeten sie eine umfassende Suchstrategie, die den empfohlenen Best Practices zur Integration von Synonymen für Keywords folgt. Eine der Einschränkungen der in dieser systematischen Übersicht verwendeten Suchstrategie war der Fokus auf englischsprachige Publikationen.

*The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis (Salyers et al. 2017).*

Diese Meta-Analyse von Salyers et al. (2017) untersuchte die Zusammenhänge zwischen dem Burnout von Gesundheits-DienstleisterInnen (operationalisiert als emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte Leistung) und der Qualität der erbrachten Leistung (wahrgenommene Qualität, Patientenzufriedenheit) und der PatientInnensicherheit. Die Publikationen wurden durch gezielte Literaturrecherchen in Ovid MEDLINE, PsycINFO, Web of Science, CINAHL und ProQuest Dissertation & Theses bis März 2015 ermittelt. Zwei

CodiererInnen extrahierten Daten, um Effektgrößen und potenzielle Moderatoren zu berechnen. Die Daten wurden auf mögliche Auswirkungen von Ausreißern und Publikationsbiasen untersucht. Es wurden 82 Studien mit insgesamt 210.669 GesundheitsdienstleisterInnen einbezogen. Sie folgten wie auch Rathert et al. (2018a) den Richtlinien der “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA) unter Verwendung der Schlagwörter: “occupational stress”, “Burnout”, “quality of care”, “quality of services”, “satisfaction”, “client satisfaction”, “safety” und “perceived quality”.

Es wurden veröffentlichte aber auch unveröffentlichte Studien beliebigen Designs (z.B. Querschnittsstudien, Interventionsstudien) einbezogen, sofern empirische Daten zur Bestimmung des Zusammenhangs zwischen Burnout und Versorgungsqualität (einschließlich der PatientInnenzufriedenheit) herangezogen wurden. Artikel, die Burnout spezifisch untersuchten, wurden dabei bevorzugt. Sie konzentrierten sich auf GesundheitsdienstleisterInnen und schlossen Studien über Burnout in anderen Berufen (z.B. Bildung, Bewährungshelfer, AnwältInnen) aus. Sie kategorisierten die Versorgungsqualität anhand zweier Dimensionen: wahrgenommene Qualität (Bewertungsskalen, die die Wahrnehmung der Versorgungsqualität widerspiegeln, oder die Patientenzufriedenheit bemessen) und Sicherheit (wahrgenommene Sicherheit, Quantitatives Auftreten unerwünschte Ereignisse, Beinaheunfälle, medizinische Fehler).

Die Artikel wurden von zwei unabhängigen MitarbeiterInnen kodiert, um Konsistenz zu gewährleisten und Reliabilität zu gewährleisten. Sie entnahmen Informationen über Burnout-Typen und verwendeten betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren, Health Professionals Bereichen (Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte, interdisziplinär), die Art des Arbeitsumfeldes (ambulant, stationär oder gemischt stationär/ambulant) und über das Land (kodiert nach Region): Nordamerika, Südamerika, Europa, Asien, Australien, Afrika. Sie extrahierten Informationen über potenzielle methodenbezogene Moderatoren wie beispielsweise das Jahr der Studie, die Analyseeinheit (Individuum, Dyade, Serviceeinheit, Krankenhaus/Organisation) und die Quelle für Qualitäts- oder Sicherheitsdaten (AnbieterIn, PatientIn, BeobachterIn, Krankenakte).

Die Studien umfassten 6 Kontinente und 33 Länder und ermöglichten so eine transnationale Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.

*The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review (Dewa et al. 2017b).*

Bereits bei Dewa et al. (2017a) wurde das Thema in Bezug auf PatientInnensicherheit und -akzeptanz im Zusammenhang mit Burnout bei ÄrztInnen allgemein fokussiert. Ziel dieser systematischen Literaturübersicht war es, die Frage zu beantworten, wie sich das Burnout von ÄrztInnen in Ausbildung auf die Qualität der Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Dimensionen von Akzeptanz und PatientInnensicherheit auswirkt. Ihre Methodik folgte erneut den “The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA) Richtlinien für systematische Literaturrecherchen. Mittels eines mehrstufigen Screening-Prozesses öffentlich zugänglicher, peer-reviewter Studien wurden fünf elektronischen Datenbanken genutzt (Medline Current, Medline In-process, PsycINFO, Embase und dem Web of Science). Für jede Datenbank wurden Suchstrategien individuell zugeschnitten. Die elektronische Literaturrecherche resultierte in der Identifizierung von 4638 Artikeln.

Der Suchzeitraum erstreckte sich von Januar 2002 bis September 2015 und alle Recherchen waren auf englischsprachige Zeitschriften beschränkt. Die Recherchen versuchten, Artikel über ÄrztInnen in Ausbildung zu finden, die in zivilen Einrichtungen arbeiten, unabhängig von ihrer Fachrichtung. Eine weit gefasste Suchstrategie wurde eingesetzt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass alle Studien über Burnout bei ÄrztInnen in Ausbildung gefunden werden. Das heißt, die Suchstrategie versuchte nicht explizit, ÄrztInnen auszuschließen, die nicht in Ausbildung befindlich waren.

Gründe für den Ausschluss eines Artikels bei der Volltextüberprüfung waren entweder das Vorliegen irrelevanter Ergebnisse, wenn die Stichprobe nicht aus AssistenzärztInnen bestand oder es nicht ermöglichte, AssistenzärztInnen als eigene Gruppe von anderen Gruppen zu trennen, wenn es sich nicht um Originalstudien handelte, Burnout nicht mit einem validierten Instrument gemessen wurde oder wenn der Artikel nicht in einer peer-reviewten Zeitschrift veröffentlicht wurde. Nach der Beurteilung des Risikos des Bias wurden 10 Artikel in die Analyse aufgenommen. Von den 10 Studien, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden acht in den USA, eine in den Niederlanden und eine in Mexiko durchgeführt. Acht der zehn Studien konzentrierten sich zudem auf die PatientInnensicherheit.

## **4.2 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der neun ausgewählten Reviews hinsichtlich zentraler interessierter Zusammenhänge zusammengefasst und ihre Positionen miteinander verglichen.

### **4.2.1 Stress / Belastungen und Job Zufriedenheit / Burnout**

Panagioti et al. (2018) fassten Stress / Belastungen und Burnout zu einer eigenen Untersuchungsmodalität in ihrer Metaanalyse zusammen, was zwar keinen direkten Schluss auf empirisches Zusammenhängen ermöglicht, jedoch eine konzeptionelle Similarität impliziert. Die Jobzufriedenheit war bei Panagioti et al. (2018) nicht in den erhobenen Konstrukten inkludiert.

Rathert et al. (2018a) untersuchten auch nicht die arbeitsinternen Zusammenhänge zwischen Job Variablen und Zufriedenheit / Burnout, jedoch konnte eine ihrer inkludierten Studien (Linzer et al. 2009) zeigen, dass belastende Arbeitsbedingungen mit Burnout korreliert waren. Hall et al. (2016) konnten in einer Auswahl ihrer Studien zeigen, dass Depression, unabhängig vom Burnout der Betroffenen, als eigenständige aussagekräftige Variable zu verstehen ist, ein Ergebnis, dass zumindest konzeptuell die Ergebnisse von Bianchi et al. (2018) herausfordert, aber nur peripher ein Thema für diese Arbeit ist. Koy et al. (2015) konnten zeigen, dass die Arbeitsumgebung von Pflegepersonal (Besetzungsschlüssel, Belastungen, etc.) deren Job Unzufriedenheit vorhersagen konnte. Laschinger und Leiter (2006) konnten belegen, dass emotionale Erschöpfung stark mit der Burnoutdimension Depersonalisierung bei Pflegekräften verbunden war. Die restlichen Studien (Rathert et al. 2018b; Dewa et al. 2017a; Salyers et al. 2017; Dewa et al. 2017b) nahmen diesen Zusammenhang als gegeben hin und bezogen sich meist auf Literatur, die den Zusammenhang von Stress / Belastungen mit Burnout und Job (Un-)Zufriedenheit schon empirisch nachweisen konnten. Auch der Zusammenhang zwischen Burnout als inverse Metrik der Arbeitszufriedenheit wurde von den AutorInnen impliziert.

### **4.2.2 Job Zufriedenheit und Versorgungsqualität / PatientInnensicherheit**

Koy et al. (2015) konnten in ihrem Review einen Zusammenhang der Job Zufriedenheit der Pflegekräfte mit der Versorgungsqualität zeigen, dass Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und Burnout als wichtige Einflussfaktoren für Kündigungsabsichten, Fehlzeiten und MitarbeiterInnenfluktuation gelten können, welche sich alle negativ auf die Versorgungsqualität auswirken. Insbesondere konnten sie zeigen, dass adäquate

Personalschlüssel zu mehr Zufriedenheit im Job führen, bei ihnen weniger Burnout bei dem Pflegepersonal auftritt und eine bessere Pflegequalität berichtet wird. Jedoch scheint jede vierte Pflegekraft mit ihrer Arbeit unzufrieden zu sein, wobei die damit verbundene Absicht, zu kündigen, negativ mit der PatientInnenzufriedenheit verbunden war, die eine der Dimensionen der Versorgungsqualität darstellt. Sie betonten in ihrem Fazit die Bedeutung von Krankenhäusern mit günstigen Pflegepraxisbedingungen und ausreichendem Pflegepersonal, was zu einer qualitativ hochwertigen Pflege führen wird. Sie konnten zeigen, dass ein zufriedenstellendes Praxisumfeld positiv mit der von der Pflegekraft bewerteten Pflegequalität korreliert und negativ mit Burnout assoziiert war und die Pflegekräfte in Krankenhäusern mit weniger Pflegepersonal die Versorgungsqualität höher als unzureichend oder schlecht einstuften.

Das von Laschinger und Leiter (2006) erhobene Bild deutet darauf hin, dass die negative psychologische Verbindung von Pflegekräften (welche in Teilen die Arbeitszufriedenheit widerspiegelt) mit der Arbeit mit ungünstigen Ereignissen im Zusammenhang mit der Versorgung einhergeht. Sowohl ressourcenbezogene Probleme (angemessene Personalkapazität) als auch professionelle Unterstützung sind direkt relevant für die Häufigkeit des Auftretens von PatientInnensicherheitsereignissen. Dieselben Voraussetzungen stehen in direktem Zusammenhang mit der Häufigkeit und Ausprägung der Pflegekräfte entlang des Kontinuums von Burnout oder im Positiven der Zufriedenheit und dem Engagement bei der Arbeit. Der Zusammenhang zwischen angemessener Stellenbesetzung und Sicherheitszwischenfällen bestätigt die Ergebnisse von Koy et al. (2015), die auch den Zusammenhang zwischen der Besetzung von Pflegekräften und Versorgungsqualität sowie PatientInnensicherheit finden. Ihre Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Pflegedienstleiter Strategien entwickeln müssen, um Arbeitsumgebungen zu schaffen, die die Arbeitszufriedenheit erhöhen und somit sicherstellen, dass die PatientInnen mit einer sicheren, effektiven und qualitativ hochwertigen Versorgung rechnen können. Bei Dewa et al. (2017a) wurde explizit nur der Zusammenhang zwischen Burnout und Leistungsergebnissen ermittelt, jedoch beschrieben die AutorInnen einen in der Literatur beschriebenen Zusammenhang von Burnout und Job Zufriedenheit, der nach ihnen eine Definition von Burnout als inverse Metrik oder starke Determinante von Arbeitszufriedenheit zulässig erscheinen lässt. Im Falle Dewa et al. (2017b) wurde explizit die Rolle des Wellbeings als Maß generellem geistig-physischen Wohlbefindens als Determinante von Versorgungsqualität und PatientInnensicherheit bei Health Professionals besprochen. In diesem Review konzentrierten sie sich auf die Auswirkungen von Wellbeing auf die beiden Dimensionen der

Versorgungsqualität, Akzeptanz (d.h. PatientInnenzufriedenheit, wahrgenommene Qualität der Versorgung und Kommunikationsqualität) und PatientInnensicherheit, was unter folgendem hypothetischen Zusammenhang stand: Wenn das Wohlbefinden eines Health Professionals kompromittiert ist, kann sich dies auch negativ auf seine PatientInneninteraktion auswirken. Dieser Zusammenhang konnte in der Mehrzahl der analysierten Studien gefunden werden, wobei PatientInnensicherheit in diesem Fall als subjektiv durch die MedizinerInnen wahrgenommene Fehlleistungen und suboptimale Versorgung operationalisiert wurde.

Insbesondere wurde bei Hall et al (2016) festgestellt, dass ein schlechtes Wohlbefinden, welches durch Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Jobunzufriedenheit und Stress gekennzeichnet ist, signifikant mit mehr subjektiv wahrgenommenen Fehlern verbunden ist, wobei eine Anzahl der von Hall et al. (2016) untersuchten Studien eine Assoziation dieser Faktoren mit objektiven Fehlermaßen zeigt. Ein Prozentsatz von mehr als 80% der von Hall et al. (2016) analysierten Studien fanden signifikante Zusammenhänge zwischen Wohlbefinden und Fehlern, was auf die umfassende Bedeutung dieser Variable hinweist. Studien, die belegen, dass das Wohlbefinden unabhängig von anderen Faktoren mit einer schlechteren PatientInnensicherheit verbunden war, deuten auf die Bedeutung der Variablen unabhängig von eventuell vorliegendem Burnout hin. Tatsächlich konnten sie zeigen, dass ÄrztInnen, die unter hohem Burnout und geringer Arbeitszufriedenheit litten, noch mehr Fehler berichteten als diejenigen, die ausschließlich unter Burnout oder schlechter Arbeitszufriedenheit allein litten. Diese Studien zeigen, dass sowohl das Wohlbefinden der Mitarbeitenden als auch das Burnout wichtige Faktoren für Interventionen zur Steigerung der PatientInnensicherheit sein können. Wenn die Ergebnisse dieser Studien in ein übergreifendes Modell überführt werden sollten, könnte vorgeschlagen werden, so die AutorInnen, dass überlastete MitarbeiterInnen zu Burnout neigen, was sich in Unzufriedenheit am Arbeitsplatz führen kann, Burnout wäre in diesem Fall die primäre variable. Hall et al. (2016) konzipierten diesen gefundenen Zusammenhang so, dass sich Burnout und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz durch Müdigkeit, Reizbarkeit und verminderte kognitive Funktionen manifestiert, was die Teambeziehungen beeinträchtigt, was ein schlechteres Bewusstsein für PatientInnensicherheits verursachen kann und die eigene individuelle Arbeitsleistung vermindert, welches in Folge zu einer größeren Distanz der MitarbeiterInnen untereinander, einer schlechteren Qualität der Versorgung und letztlich einem höheren Fehlerrisiko führt.

### **4.2.3 Burnout und Versorgungsqualität / PatientInnensicherheit**

Im Falle von Burnout sind die Effekte noch drastischer und klarer. Beinahe alle besprochenen Reviews konnten klare Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Burnouts und der Versorgungsqualität in verschiedensten Operationalisierungen feststellen (darunter auch Maße der PatientInnensicherheit), sei es, dass Burnout über standardisierte Instrumente wie das Maslach Burnout Inventar erhoben wurde, wie im Falle von Laschinger und Leiter (2006) und Dewa et al. (2017a; 2017b), dem Copenhagen Burnout Inventory (Hall et al. 2016) oder über indirekte Maße wie emotionalen Disstress, Depersonalisierung, emotionale Erschöpfung oder Maße von Depression wie zum Teil bei Panagioti et al. (2018) und Rathert et al. (2018a, 2018b). Auch verschiedenste Maße der Versorgungsqualität wurden mit Burnout in einer indirekten Korrelation stehend gefunden.

Panagioti et al. (2018) konnten in ihrem systematischen Review zeigen, dass die Burnout Ausprägung von MedizinerInnen mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit für eine Beteiligung an PatientInnensicherheitsvorfällen verbunden war. Alle Dimensionen von Burnout waren mit signifikant höherem Risiko für die Beteiligung an PatientInnensicherheitsvorfällen verbunden, unabhängig davon, ob es sich bei der signifikant stärker ausgeprägten Subskala um emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung oder verringerte Leistung handelte. Auch Symptome von Depressionen und emotionaler Belastung bei dem ärztlichen Personal waren mit einem zweifach erhöhten Risiko hinsichtlich der Verwicklung in PatientInnenensicherheitsvorfälle verbunden. Panagioti et al. (2018) erklärten dies teilweise durch das Konzept der bei Burnout verringerten Professionalität, welche stark mit dem Burnout korreliert war, wobei der stärkste Zusammenhang mit dem Burnout-Maß der Depersonalisierung bestand, was sich darin zeigte, dass wenn eine Person in dieser Dimension eine hohe Punktzahl erzielte, dies zu einem 3-fach erhöhten Risiko für die gleichzeitige Ausprägung niedriger Professionalität führte. Es wurde festgestellt, dass der Burnout bei MedizinerInnen mit einer halb so hohen PatientInnenzufriedenheit – einer von den AutorInnen gewählte Operationalisierung der Versorgungsqualität – verbunden ist. Auch hier war die Depersonalisierung der stärkste Prädiktor für eine niedrige PatientInnenzufriedenheit, der mit einer fast 4,5-fach höheren Wahrscheinlichkeit einer niedrigen PatientInnenzufriedenheit verbunden war, wohingegen emotionale Erschöpfung nicht signifikant mit der PatientInnenzufriedenheit verbunden war. Jedoch muss berichtet werden, dass die PatientInnensicherheitsvorfälle aus der subjektiven Perspektive der MedizinerInnen erhoben wurden und die Zusammenhänge sich nicht mit objektiven Maßen der

PatientInnensicherheit deckten, eine Auffälligkeit, welche durch die AutorInnen jedoch mit der Unvollständigkeit der institutionellen Erhebungsinstrumente für PatientInnensicherheitsvorfälle erklärt wurde.

Rathert et al. (2018a) analysierten vor allem Studien mit einem longitudinalen Design. Diese Studien fanden durchweg signifikante negative Zusammenhänge zwischen Burnout und Selbstberichten über die Qualität der Versorgung und der Anzahl von PatientInnensicherheitsvorfällen, sodass gesagt werden kann, dass bei ÄrztInnen, die in standardisierten Burnouttests höher abschneiden, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie in Selbstberichten Sicherheitsvorkommnisse und suboptimale Versorgung angeben. Aber die Auswertungen von Rathert et al. (2018a) bezüglich der prospektiven Kohortenstudien, welche Depressionen, Burnout und medizinische Fehler mittels objektiver Maße untersuchten, haben ergeben, dass, während depressive MedizinerInnen sechsmal so viele Fehler machten wie diejenigen, die nicht depressiv waren, es keine Unterschiede in den objektiven Fehlerquoten gab, die zwischen verschiedenen Niveaus von Burnout alleine basierten. Diese Studien berichteten alle, dass sie keinen Zusammenhang zwischen Burnout und objektiven klinischen Messungen von medizinischen Fehlern oder der Qualität der Versorgung fanden. Zusammengenommen deuten diese Studien auf eine Diskrepanz zwischen der ärztlichen Wahrnehmung der Versorgungsqualität und den tatsächlichen Kennzahlen der Qualität hin. Sie fanden zudem heraus, dass die PatientInnen der ÄrztInnen mit den niedrigsten Werten in Depersonalisierung deutlich zufriedener waren. Die Depersonalisierung war in der Mehrzahl der Studien signifikant mit einer geringeren PatientInnenzufriedenheit und zudem mit einer längeren Genesungsdauer der PatientInnen verbunden, jedoch zeigten sich keine Unterschiede in diesen Parametern für die anderen beiden Dimensionen (Emotionale Erschöpfung und persönliche Leistung). Zusammenfassend lässt sich zu ihren Ergebnissen sagen, dass die von ihnen analysierten Studien, die den Zusammenhang zwischen Burnout und PatientInnenzufriedenheit auf subjektiven Ratings aufbauend untersuchten, signifikante negative Beziehungen zwischen der Ausprägung der beiden Konstrukte zeigten, aber die Studien, die das spezifische objektive Verhalten des medizinischen Personals untersuchten, keine derartigen Zusammenhänge zeigten. Eine ihrer Erklärungen für die Zusammenhänge zwischen Burnout und verringerter Versorgungsqualität war, dass die Empathie der MedizinerInnen und die Qualität ihrer Kommunikation mit zunehmendem Burnout abnahmen, besonders während langer Bereitschaftszeiten. Ähnlich wie bei den Studien zur Versorgungsqualität fanden sie jedoch, dass ausgebrannte MedizinerInnen ihre

Kommunikation mit den PatientInnen als schlechter eingeschätzt, jedoch unabhängige Beobachtungen des Verhaltens keine solche Tendenz fanden.

Dies stellt einen Befund dar, der mit der Studie von Rathert et al. (2018b) korrespondiert, welche auch zeigen konnte, dass ausgebrannte ÄrztInnen berichten, eine qualitativ schlechtere Versorgung zu bieten, während untersuchte objektive klinische Daten keine Zusammenhänge zu PatientInnesicherheit und Versorgungsqualität fanden. Rathert et al. (2018b) erklärten dies mit der Tatsache, dass die MedizinerInnen motiviert sind, auch bei Stress, Erschöpfung oder gar Burnout konzentriert und aufmerksam zu bleiben, sei doch der Sozialisierungsprozess in der Medizinischen Ausbildung so beschaffen, dass er eine starke Ethik vermittelt, sich völlig auf die Betreuung von PatientInnen zu konzentrieren. Es könnte somit sein, dass nur wenn ÄrztInnen an sehr starkem Burnout leiden, negative Resultate entstehen. Die Zusammenhanganalyse zwischen Burnout und Versorgungsqualität ergab unterschiedliche Ergebnisse. Wenn die PatientInnen ihre Zufriedenheit mit der Betreuung durch ihre ÄrztInnen bewerteten, fanden die meisten Studien heraus, dass MedizinerInnen, die stärker an Burnout litten, schlechtere Bewertungen erhielten. Aber die AutorInnen schlugen für dieses Phänomen eine zirkuläre Kausalität vor, welche auch die PatientInnenunzufriedenheit als Ursache für Burnoutausprägung zulässt. Im Gegensatz zu diesen Befunden konnten sie auch eine gegenläufige Beobachtung in ihren Daten machen. Wenn PatientInnen gebeten wurden, bestimmte ärztliche Eigenschaften wie etwa Empathie und Kompetenz ihrer behandelnden MedizinerInnen zu bewerten, stand Burnout in einem positiven Zusammenhang mit der positiven Bewertung der Eigenschaften. Dies kann so interpretiert werden, dass ÄrztInnen, die sich mehr investieren, eher unter Burnout leiden. Insgesamt deuten ihre Ergebnisse darauf hin, dass die Auswirkung von Burnout auf die Versorgungsqualität möglicherweise nicht direkt ist, sondern über Mediator- oder Moderatorvariablen vermittelt wird. Sie betonten auch, dass vorrangig Depression und nicht Burnout, mit medizinischen Fehlern korreliert waren und präsentierten Indizien, dass vorrangig Depressionen mit medizinischen Fehlern und unerwünschten Behandlungsergebnissen zusammenhängen. Sie schlossen damit, dass der Zusammenhang zwischen Burnout und Depression, in Zusammenhang auf die PatientInnesicherheit und die Versorgungsqualität weiter differenziert werden sollte.

Ähnlich wie ihre Ergebnisse zu Wohlbefinden fanden Hall et al. (2016) heraus, dass die Anzahl der medizinischen Fehler signifikant mit dem Burnout von ÄrztInnen zusammenhängt. Die Mehrheit der von ihnen untersuchten Studien lieferte den Nachweis, dass Burnout negativ mit der PatientInnesicherheit korreliert war. Insbesondere fanden sie heraus, dass Depressivität und besonders hohe Burnout-Werte signifikant mit mehr

berichteten subjektiven Fehlern verbunden waren, wobei eine Anzahl von Studien auch eine Assoziation dieser Faktoren mit objektiven Fehlermaßen zeigte. Die Studien, welche berichteten, dass Burnout unabhängig vom Wohlbefinden der Health Professionals mit schlechterer PatientInnensicherheit verbunden war, deuten darauf hin, dass die Bedeutung beider Variablen auf sich allein gestellt ist. Sie berichten zusätzlich, dass 96% der depressiven MedizinerInnen ebenfalls Burnout aufwiesen, jedoch nur 25% der ÄrztInnen mit positiver Burnout Symptomatik wiesen Depression auf, was sie so interpretierten, dass Burnout als ein möglicher Vorläufer von Depression gesehen werden kann. Sie schlagen ein übergreifendes Modell vor, das vermutet, dass überlastete MitarbeiterInnen Burnout bekommen, was schließlich zu Depressionen führen kann, welche dann letztlich zu einem höheren Fehlerrisiko und einer geringeren Versorgungsqualität führen.

Koy et al. (2015) konnten zeigen, dass Burnout die Rolle einer Mediator-Variable zwischen professioneller Kontrolle, Arbeitsbelastung, Entlohnung, Fairness, Gemeinschaftsgefühl und Sinnerleben bei der Pflegefachkraftfluktuation spielte, während die gesamte Arbeitsbelastung eine wichtige Rolle für die Intensität der emotionalen Erschöpfung spielte. Sie konnten zeigen, dass Arbeitsüberlastung im Pflegebereich sehr oft angemerkt wird. Es wurden zwar Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Burnout gefunden, die dabei am stärksten mit der emotionalen Erschöpfung ausfallen. Sie konnten auch zeigen, dass Burnout bei Pflegefachkräften mit einer geringeren PatientInnenzufriedenheit und Pflegequalität verbunden ist und zeichneten ein sehr pessimistisches Bild der Situation in der Pflege, da fast jede vierte ihrer untersuchten Studien feststellte, dass Pflegefachkräfte die Versorgungsqualität in der Pflege als minderwertig oder mangelhaft bezeichneten, was auf ein hohes Risiko für Fehler und PatientInnensicherheitsvorfälle hindeutet.

Die Ergebnisse von Laschinger und Leiter (2006) stimmen mit der Hypothese überein, dass die PatientInnensicherheitsvorkommnisse mit der Qualität der Pflegepraxis zusammenhängen und dass Burnout und Arbeitszufriedenheit eine wichtige mediierende Rolle spielen.

Sie testeten ein Modell, das die Versorgungsqualität mit Burnout und Arbeitsbelastung verknüpfte, gingen aber noch einen Schritt weiter, indem sie unerwünschte Vorkommnisse mit Implikationen für die PatientInnensicherheit untersuchten. Im Detail konnten sie Evidenz für ihr Modell gewinnen, in welchem die 3 Komponenten von Burnout den Zusammenhang von Arbeitsplatzfaktoren mit unerwünschten Behandlungsergebnissen vermitteln. So konnten sie zeigen, dass sich negative Arbeitsplatzbedingungen durch ihren Einfluss auf die emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Leistung der Pflegefachkräfte auf das Auftreten von unerwünschten Behandlungsergebnissen auswirken.

Die Analyse ergab auch, dass die Vermittlungsfunktion von Burnout zwischen Arbeitsplatzfaktoren und unerwünschten Behandlungsergebnissen nicht vollständig war. Tatsächlich fanden sie heraus, dass die Arbeitsplatzbeschaffenheiten und adäquate Personalausstattung den Zusammenhang von Burnout mit unerwünschten PatientInnensicherheitsvorkommnissen mediieren.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse von Laschinger und Leiter (2006) darauf hin, dass Merkmale von Arbeitsumgebungen in der professionellen Pflege eine wichtige Rolle für die Qualität der Versorgung und das Auftreten von Fehlern spielen, wobei das Vorliegen von Burnout ein wichtiger Vermittlungsprozess zu sein scheint, durch den Arbeitsbedingungen sich auf das Behandlungsergebnis für die PatientInnen auswirken.

Das Review von Dewa et al. (2017a) versuchte, den Zusammenhang zwischen Burnout und PatientInnensicherheit zu untersuchen, welchen die AutorInnen als medizinische Fehler operationalisiert haben, und den Zusammenhang zwischen Burnout und der Versorgungsqualität zu ermitteln, die als PatientInnenzufriedenheit, von PatientInnen wahrgenommene Versorgungsqualität, Kommunikationsqualität oder von den ÄrztInnen selbst wahrgenommene suboptimale Versorgung operationalisiert wurde.

Im Hinblick auf die Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Burnout und medizinischen Fehlern gab es einen konstant signifikanten Zusammenhang zwischen Burnout und medizinischen Fehlern, der in einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit eines größeren medizinischen Fehlers in den letzten 3 Monaten bei ÄrztInnen mit höherer emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung bestand.

Sie berichteten signifikante Zusammenhänge zwischen hohem Burnout und Diagnosefehlern, Therapiefehlern, suboptimaler psychosozialer Versorgung, suboptimaler Diagnostik sowie Behandlung und suboptimaler Qualitätssicherung.

Der Zusammenhang zwischen Burnout und Versorgungsqualität, operationalisiert als PatientInnenzufriedenheit, konnte zum Teil beobachtet werden. Dewa et al (2017a) konnten in der Mehrzahl der von ihnen untersuchten Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen PatientInnenzufriedenheit sowie Versorgungsqualität und entweder Burnout oder mindestens einer Dimension von Burnout feststellen. Unter den Studien, die separate Burnout-Dimensionen berichteten, schien sich eine einheitliche Tendenz abzuzeichnen, dass starke Depersonalisierung signifikant mit einer geringeren PatientInnenzufriedenheit verbunden ist. Die Signifikanz des Zusammenhangs zwischen emotionaler Erschöpfung und PatientInnenzufriedenheit variierte jedoch zwischen den untersuchten Studien, von signifikanten positiven Korrelationen bis hin zu signifikant negativen Beziehungen zwischen

hoher emotionaler Erschöpfung und der vom Medizinischen Personal wahrgenommenen Qualität der Versorgung.

Die Ergebnisse dieser analysierten Zusammenhänge zwischen dem Burnout eines behandelnden Arztes oder einer Ärztin und der Pflegequalität deuten darauf hin, dass es Hinweise darauf gibt, dass Burnout mit subjektiv wahrgenommenen medizinischen Fehlern und suboptimaler Pflege verbunden ist. Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass auch spezifische Dimensionen von Burnout mit der Qualität der Versorgung zusammenhängen, gemessen an der PatientInnenzufriedenheit, der von der/dem PatientIn wahrgenommenen Qualität der Versorgung oder der Kommunikationsqualität mit dem medizinischen Personal. Die AutorInnen schließen daher aus den vorliegenden Daten, dass es moderate Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Burnout und Sicherheitsaspekten der Gesundheitsversorgung gibt, während die Hinweise für die Versorgungsqualität schwächer sind.

Die Ergebnisse dieser systematischen Überprüfung deuten nach Dewa et al. (2017a) darauf hin, dass eine Investition in die Gesundheit und das Wohlbefinden der Humanressourcen, wie sie durch das medizinische Personal repräsentiert werden, eine sinnvolle Alternative sein könnten. Entweder in Bezug auf den verlagerten Schwerpunkt der Interventionen oder die Auswertung von Burnout-Interventionen anhand von PatientInnensicherheitsaspekten der Versorgungsqualität, um die Wirksamkeit der Interventionen zu beurteilen.

Salyers et al. (2017) fanden kleine bis mittlere Zusammenhänge zwischen Burnout und verminderter Versorgungsqualität sowie verminderter PatientInnensicherheit bei GesundheitsdienstleisterInnen. Es war eine der wenigen Studien, die Effektgrößen berichtete. Für die von den GesundheitsdienstleisterInnen wahrgenommene Versorgungsqualität konnte der Effekt des Burnouts der Health Professionals auf 7 % der Gesamtvarianz beziffert werden. Bei der PatientInnensicherheit wurde die Effektgröße mit ca. 5 % erklärter Varianz, die auf das Burnout des Anbieters/der Anbieterin zurückzuführen ist, veranschlagt. Von den Burnout-Subskalen hatte die emotionale Erschöpfung in dieser Studie den stärksten Zusammenhang mit der Versorgungsqualität, gefolgt von Depersonalisierung und reduzierter persönlicher Leistung, was nach Salyers et al. (2017) darauf hindeutet, dass die emotionale Erschöpfung das entscheidende Element in der negativen Auswirkung von Burnout sein kann.

In Bezug auf die Versorgungsqualität wies Burnout eine mittelgroße Korrelation mit verringerter, durch die GesundheitsdienstleisterInnen wahrgenommener Versorgungsqualität auf, jedoch auch eine, wenn auch schwächere, signifikante Korrelation mit geringerer PatientInnenzufriedenheit, die nach Salyers et al. (2017) als das objektivere Maß gelten darf.

Ähnlich wie bei der Versorgungsqualität waren die Zusammenhänge von Burnout mit durch die Health Professionals berichteten PatientInnensicherheitsvorfällen stärker, aber auch eine signifikante negative Korrelation für eine objektive Messung von Sicherheitsvorkommnissen, die in Form von medizinischen Aufzeichnungen oder BeobachterInnenbewertungen operationalisiert wurde, konnte gefunden werden. Obwohl die Effektgröße gering war, stellen diese Ergebnisse nach Ansicht der AutorInnen einen Fall dar, in dem selbst kleine statistische Effekte immer noch unbedingt als relevant zu bezeichnen sind, da Burnout im Gesundheitswesen teilweise zu realen beeinträchtigten Behandlungsergebnissen für PatientInnen beitragen kann, wodurch sie einem höheren Risiko für Fehler oder unerwünschten Behandlungskonsequenzen ausgesetzt sind. Die Auswirkungen des Burnouts waren für Pflegekräfte größer als für ÄrztInnen oder gemischte Stichproben.

Sie verwiesen auf Laschinger und Leiter (2006), die feststellten, dass Pflegekräfte mehr direkten PatientInnenkontakt haben als andere Angehörige des Gesundheitswesens wie ÄrztInnen und daher deren Beeinträchtigung stärkere Auswirkungen auf die PatientInnen haben können.

Als Limitation erklärten sie, dass sie nicht ausschließen können, dass schlechte Qualitätsmerkmale selbst zu einem Burnout beitragen können oder dass andere Faktoren zu beiden führen können: mehr Burnout und schlechtere Qualität.

Sie schlossen jedoch auch mit der Aussage, dass die Gesamteffekte weniger als 10 % der Varianz in Versorgungsqualität und PatientInnensicherheit ausmachten, was bedeutet, dass das Burnout von Health Professionals nicht der Hauptfaktor für diese Behandlungsergebnisse ist, aber ihre Ergebnisse schreiben Burnout eine konstante Funktion unter anderen Prädiktoren für Versorgungsqualität und PatientInnensicherheit zu.

Bei der Untersuchung der drei Subdomänen von Burnout stellten Dewa et al. (2017b) fest, dass emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung die Wahrscheinlichkeit von selbstangegebenen Sicherheitsvorfällen mit PatientInnen erhöht, auch wenn sie den Zusammenhang für Depressionen, Empathie und Erschöpfung kontrollieren. Allerdings war die Beziehung zwischen selbstberichteten medizinischen Fehlern und Depersonalisierung nicht mehr signifikant, die AutorInnen für Schläfrigkeit kontrollierten, was sie es für wahrscheinlich halten ließ, dass diese Sub-Komponente die Hauptvariable für den Effekt war. Andere Erklärungen, die für den Zusammenhang zwischen Burnout und Sicherheits- und Qualitätsergebnissen vorgelegt wurden, waren: Fehler aufgrund von überfordernder Arbeitsbelastung, Burnoutassoziiertes Vergessen der Informationsweitergabe und Schlafmangel aufgrund von Schlafstörungen.

Im Widerspruch zu der Tatsache, dass die Befragten mit Burnout im Gegensatz zu denen ohne Burnout eine größere Anzahl von Fehlern berichteten, fanden Dewa et al (2017b) keinen signifikanten Unterschied in den Gruppen mit und ohne Burnout, als sie eine Messung auf der Grundlage von Überprüfungen der klinischen Aufzeichnungen zur Beurteilung von medizinischen Fehlern verwendeten. Es wurde generell kein signifikanter Zusammenhang zwischen Burnout und selbst-wahrgenommener Versorgungsqualität gefunden, aber sie fanden einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen Kommunikationsqualität und Burnout, was mit der festgestellten positiven Korrelation zwischen Empathieverlust und Burnout bei GesundheitsexpertInnen korrespondierte.

### **4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bezug zur Theorie**

Zentrale in der Literatur gefundene Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit, Burnout, Stress, Belastung und verschiedenen Ressourcenfaktoren (wie Personalschlüssel, geringere Arbeitslast und professionelle Unterstützung) mit Versorgungsqualitätsoutcomes wie PatientInnensicherheit (Anzahl der berichteten oder tatsächlichen Fehler in der Versorgung), berichteter PatientInnenzufriedenheit, Genesungszeiten, Kommunikationsqualität, Empathie, etc. konnten bestätigt werden.

#### *Die Ergebnisse hinsichtlich Versorgungsqualität – Burnout:*

Die Analyse der Übersichtsarbeiten konnten Zusammenhänge zwischen Burnout Maßen und reduzierter PatientInnenzufriedenheit feststellen. Verringerte wahrgenommene Versorgungsqualität, operationalisiert durch Selbst-Aussagen der Health Professionals, konnte in den Studien als mit Burnout Maßen korreliert gefunden werden. Auch die Kommunikationsqualität untereinander und mit den PatientInnen und die berichtete Empathie waren beim Vorliegen von Burnout verringert.

Dabei wurden entweder die Subdimensionen Depersonalisierung (meist erklärt über verringerte Professionalität wie bei Panagioti et al. 2018; Rathert et al. 2018a; Laschinger und Leiter 2006; Dewa et al. 2017a) und/oder Emotionale Erschöpfung (Salyers et al. 2017) als zentrale Einflussgrößen ermittelt, reduzierte persönliche Leistung konnte als schwächster Aspekt (Salyers et al. 2017) teilweise gar nicht mit der Versorgungsqualität korreliert gefunden werden und Panagioti et al. (2018) und Rathert et al. (2018a) fanden sogar Emotionale Erschöpfung als nicht korreliert mit Maßen der Versorgungsqualität.

Dabei wiesen die Reviews ein einheitliches Muster auf, dass Maße von Burnout mit subjektiven Maßen der Versorgungsqualität konsistent schwächer korrelierten als mit

objektiven Maßzahlen wie etwa medizinischen Aufzeichnungen. Ein Muster, dass sich bei anderen Zusammenhängen wiederholen wird.

Die Theorie zum Zusammenhang von Burnout und Versorgungsqualität konnten so also die schädlichen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Einzelnen und auf ein Unternehmen als Ganzes bestätigt werden (Bährer-Kohler 2013). Die Abnahme der Arbeitsleistung auch im Gesundheitswesen mit Auswirkungen auf die Qualität der Dienstleistungen für PatientInnen bestätigt die Rolle bei den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit (Shanafelt et al. 2010).

#### *Die Ergebnisse hinsichtlich der Versorgungsqualität – Job Zufriedenheit / Job Unzufriedenheit:*

Generell wurde festgestellt, dass die Zufriedenheit bei Health Professionals Berufen als gering einzuschätzen ist (bei Pflegefachkräften mehr als bei MedizinerInnen) (Koy et al. 2015). Jedoch konnten die Arbeiten, welche diesen Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit oder gar generellem Wohlbefinden und Versorgungsqualitätsmaßen untersuchten, eine konsistente Verbindung von Arbeitszufriedenheit/Wohlbefinden mit Versorgungsqualitätsmaßen finden (Koy et al. 2015; Laschinger und Leiter 2006; Dewa et al. 2017b; Hall et al. 2016). Wobei Wohlbefinden/Arbeitszufriedenheit als eine unabhängig von Burnout bestehende Kategorie aufscheint, was mit Erkenntnissen der theoretischen Literatur wie etwa dem Herzberg zwei Faktoren Modell der Arbeitszufriedenheit korrespondiert (Herzberg et al. 1959).

#### *Die Ergebnisse hinsichtlich der Versorgungsqualität – Depression:*

Bei dem in der Literatur in Bezug zu Burnout gestellten Faktor der Depression (Bianchi 2017, 2018) konnte ein ähnliches Muster gefunden werden: Nicht nur hat die Depressivität der GesundheitsdienstleisterInnen einen erheblichen Einfluss auf die Maße der Versorgungsqualität, vielmehr erklärt nach Ansicht mancher AutorInnen dieses Konstrukt mehr der gefundenen Varianz an Versorgungsqualität (Hall et al. 2016; Rathert et al. 2018a; und insbesondere: Rathert et al. 2018b).

Jedoch auch hier wurde ein auffallender Unterschied zwischen objektiven und subjektiven Maßzahlen der Versorgungsqualität gefunden, bei dem subjektive Maße der Versorgungsqualität (berichtet durch die Health Professionals) einen weitaus stärkeren Zusammenhang mit Depressivität aufwiesen.

#### *Die Ergebnisse hinsichtlich der PatientInnensicherheit – Burnout:*

Es konnte ein konsistentes Muster gefunden werden, welches sich als mehr oder weniger linearer Zusammenhang zwischen Burnout und PatientInnensicherheit beschreiben lässt, wobei auch einige AutorInnen (Rathert et al. 2018b) die Effekte nur bei stark ausgeprägten

Burnout Fällen nachweisen konnten, was Evidenz für einen nichtlinearen Zusammenhang zwischen Burnout und PatientInnensicherheit liefern könnte. Auch hier zeichnete sich ein stabiler Zusammenhang zwischen Burnoutausprägungen in allen drei Subdomänen ab (Depersonalisierung, Emotionale Erschöpfung und persönliche Leistung), wobei die beiden ersteren wieder den stärksten Einfluss hatten (Panagioti et al. 2018; Rathert et al. 2018a; Laschinger und Leiter 2006; Dewa et al. 2017a). Persönliche Leistungsverminderung war in Studien der schwächste Einflussfaktor auf PatientInnensicherheit. Auch hier konnten die Zusammenhänge zwischen subjektiven Maßen der Fehlerhäufigkeit als stabil stärker ausgeprägt als die Zusammenhänge mit Burnout und objektiven Fehlermaßen gefunden werden (etwa bei Salyers et al. 2017). Teilweise verschwanden die Zusammenhänge ganz, wenn Burnout mit objektiven Fehler-Größen korreliert wurde (Rathert et al. 2018a; 2018b).

*Die Ergebnisse hinsichtlich der PatientInnensicherheit – Depression:*

Auch Depressivität konnte als eigenständiges Vorhersagemass für die Häufigkeit der Fehler in Bezug auf die PatientInnenversorgung gefunden werden (etwa Rathert et al. 2018a). Da 96% der depressiven MedizinerInnen ebenfalls Burnout aufwiesen, jedoch nur 25% der ÄrztInnen mit positiver Burnout Symptomatik Depressionen aufwiesen, interpretierten Hall et al. (2016), dass Burnout als ein möglicher Vorläufer von Depression gesehen werden kann, bei der überlastete MitarbeiterInnen Burnout bekommen, was schließlich zu Depressionen führen kann, welche dann letztlich zu einem höheren Fehlerrisiko führt. Somit sehen verschiedene AutorInnen Burnout und Depression teils als unabhängige Faktoren, teilweise als sich überschneidende Symptomatik (Bianchi et al. 2017, 2018) oder als konzeptuell verbundene Konstrukte (Hall et al. 2016) in Bezug auf Ergebnisse der PatientInnensicherheit.

*Die Ergebnisse hinsichtlich der PatientInnensicherheit – Job Zufriedenheit / Job Unzufriedenheit:*

Vermindertem Wohlbefinden war mit mehr berichteten Fehlern bei der Versorgung der PatientInnen verbunden (Laschinger und Leiter 2006; Hall et al. 2016). Auch die generellen Einstellungen den Job betreffend waren mit schlechteren Ergebnissen der PatientInnensicherheit verbunden (Laschinger und Leiter 2006).

Alles in allem lässt sich sagen, dass das von Rathert und KollegInnen formulierte Vierfach-Ziel der Mitberücksichtigung der Gesundheit und des Wohlergehens der Health Professionals sich mit einem drastischen Imperativ präsentiert. Es ist sinnvoll, dass die Ursachen für Probleme mit schlechter Versorgungsqualität, mangelhafter PatientInnensicherheit und hohen Gesundheitskosten bei den Systemen und Organisationen zu suchen sind, die ausgebrannte Health Professionals bedingen. Was bedeutet, dass wenn das Wohlbefinden, die Gesundheit

und die Job Zufriedenheit der GesundheitsdienstleisterInnen nicht zu einem integralen Ziel der Gesundheitssysteme gemacht werden und Interventionen getätigt werden, welche bei der Verwirklichung von zu kurz gegriffenen Zielen entwickelt wurden, diejenigen Health Professionals, die unter Burnout leiden, nicht nur mehr Drogenmissbrauch, defizitäre zwischenmenschliche Beziehungen und Selbstmordgedanken aufweisen (Weber und Jaekel-Reinhard, 2000), sondern auch berichten, dass sie glauben, eine schlechtere Versorgung zu bieten. Auch PatientInnensicherheit und weitere hochrelevante Qualitätsaspekte können unter einer solchen Vernachlässigung der Gesundheit und des Wohlergehens der MitarbeiterInnen resultieren.

Zwar werden die generellen Effektgrößen der Zusammenhänge mit einem kleinen Wert beziffert (Salyers et al. 2017), jedoch argumentieren die AutorInnen, dass selbst solche kleinen Effekte bei dem Handeln mit menschlicher Gesundheit weder zu vernachlässigen noch zu unterschätzen sind.

Den Befund, dass subjektive und objektive Maße unter verschiedenen Burnout / Job Zufriedenheitsausprägungen teils stark divergieren, erklärten Rathert et al. (2018b) mit der Tatsache, dass die MedizinerInnen motiviert sind, auch bei Stress, Erschöpfung oder gar Burnout konzentriert und aufmerksam zu bleiben, sei doch der Sozialisierungsprozess in der Medizinischen Ausbildung so beschaffen, dass er eine starke Ethik vermittelt, sich völlig auf die Betreuung von PatientInnen zu konzentrieren. Nach Salyers et al. (2017) spiegelt dieses Ergebnis möglicherweise die Inkongruenz zwischen Selbst- und objektivem Bild der Burnout Betroffenen und ein geringeres Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wieder. Auch die subjektive Erfahrung des mit Burnout verbundenen Scheiterns kann das Gefühl verstärken, eigentlich ein(e) BetrügerIn zu sein und die verlangten Anforderungen nicht erfüllen zu können, wenngleich die objektiven Fähigkeiten dies nicht begründbar machen. Jedoch könnte nach ihnen der Zusammenhang zwischen Burnout und PatientInnensicherheitsvorkommnissen auch ein Spiegelbild der Assoziation zwischen Burnout und verminderter kognitiver Funktion sein. Darüber stützten sich die Studien zumeist auf Selbstberichtsdaten, um die medizinischen Fehler zu beurteilen, welche durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden, darunter Erinnerungsverzerrungen, soziale Erwünschtheit und der Einfluss von Burnout als emotional färbende und informationsselektierende Entität.

## 5 Diskussion und Empfehlungen

Die starke Personalreduzierung im Health Professionals Bereich aufgrund der Umstrukturierung von Krankenhäusern in den 90er Jahren hatte erhebliche Auswirkungen auf das Arbeitsumfeld der Health Professionals. Obwohl die Angehörigen der Gesundheitsberufe unbestreitbar viel leisten, werden ihre Bewältigungsressourcen stark belastet. Burnout resultiert aus der akkumulierten Belastung durch Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen und mangelnde Ressourcen und wird in hohem Maß in allen Health Professionals Bereichen, zusammen mit niedriger Arbeitszufriedenheit und teils hoher Depressivität berichtet. Dennoch ist es eine Maxime des Gesundheitsbetriebes, Leistung zu erbringen, sodass MitarbeiterInnen, die an Burnout leiden, dennoch herausgefordert werden, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten. Dennoch kann Burnout die Bereitstellung einer optimalen Versorgung beeinträchtigen. Der Zusammenhang zwischen Burnout und Sicherheitsrisiko sowie der Versorgungsqualität ist von besonderer Bedeutung. Neben den offensichtlichen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der PatientInnen führt eine größere Anzahl von PatientInnensicherheitsvorkommnissen auch zu einer größeren Gefahr von Haftungsklagen gegenüber der Gesundheitsorganisation.

Die Fragestellung: „Welche Zusammenhänge finden sich in der Literatur zwischen der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung (Burnout, Stress) von Health Professionals und der Behandlungsqualität / PatientInnensicherheit?“ kann somit wie folgt beantwortet werden: Es gibt konsistente, bedeutsame, wenn auch kleine Korrelationen zwischen Burnout / Arbeitszufriedenheit der Health Professionals, mit subjektiven wie auch objektiven Maßen der PatientInnensicherheit und der Behandlungsqualität. Dabei nehmen sich die objektiven Maße als schwächer von der Arbeitszufriedenheit / psychischen Belastung der Health Professionals beeinflusst aus.

In diesem Kontext fordern besonders Konzeptionen von Zielen wie ein Vierfachziel in der Art von Rathert et al. (2018a) ihre Anwendung. Der Zielsteuerungsvertrag (Zielsteuerungsvertrag 2017-2021) implementiert schon viele der von Rathert et al. (2018a) genannten Ziele des Dreifachziels aus “improving patient experiences”, “reducing costs” and “improving population health” (Rathert et al. 2018a), jedoch scheint die Dimension des Wohlbefinden, der Gesundheit und der Job Zufriedenheit der GesundheitsdienstleisterInnen noch nicht zu einem derart integralen Ziel der Gesundheitssysteme gemacht worden zu sein, dass ausgeschlossen werden kann, dass durch negatives Wohlbefinden, beeinträchtigte Gesundheit

und Job Zufriedenheit bei einer Vernachlässigung dieser Parameter schwerwiegende Fehler und Qualitätseinbußen entstehen.

Gerade in diesem Kontext kommt betrieblicher Gesundheitsvorsorge eine noch größere Bedeutung zu, um nicht nur dem idealen Gesundheitssystem näher zu kommen, welches für PatientInnen wie auch für Health Professionals Gesundheit bedeutet, sondern auch und für Argumentationen noch viel bedeutsamer: um Fehler zu vermeiden, die sowohl für die PatientInnen, als auch für die ökonomische wie auch ethische Integrität der Gesundheitsbetriebe das Aus bedeuten können.

## 6 Literaturverzeichnis

- Adams, J.S. and Freedman, S., 1976. Equity theory revisited: Comments and annotated bibliography. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 9, pp. 43-90). Academic Press.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T. and Tishelman, C., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, p.e1717.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andaleeb, S.S., Siddiqui, N. and Khandakar, S., 2007. Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health policy and planning*, 22(4), pp.263-273.
- Angerer, P., Petru, R., Weigl, M. and Glaser, J., 2010. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung Bd, 2*, pp.175-184.
- Badura, B., Walter, U. and Hehlmann, T., 2010. *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*. Springer-Verlag.
- Bährer-Kohler, S. and Hemmeter, U., 2013. Aspects of mental health care provision of the elderly in Switzerland. *Geriatric Mental Health Care*, 1(1), pp.11-19.
- Baptiste, M., 2015. Workplace discrimination: An additional stressor for internationally educated nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3), p.8
- Barnett, J.E., Baker, E.K., Elman, N.S. and Schoener, G.R., 2007. In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), p.603a.
- Barnsteiner, J., 2012. Safety. *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*, pp.149-169.
- Bauer, U., 2007. Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 44, pp.98-119.
- Bettany-Saltikov, J., 2010. Learning how to undertake a systematic review: part 2. *Nursing Standard (through 2013)*, 24(51), p.47.
- Beyer, M., Chenot, R., Erler, A. and Gerlach, F.M., 2011. Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(1), pp.13-20.

- Bhatnagar, K. and Srivastava, K., 2012. Job satisfaction in health-care organizations. *Industrial psychiatry journal*, 21(1), p.75.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S. and Laurent, E., 2018. Burnout syndrome and depression. In *Understanding depression* (pp. 187-202). Springer, Singapore.
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S., Vandel, P. and Laurent, E., 2017. On the depressive nature of the “burnout syndrome”: a clarification.
- Blegen, M.A., 1993. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing research*.
- Bouvet, E., 2007. Infectious risks-occupational infectious risks in health care workers. In *International Symposium by Elinyae & ISSA Health Services Section, Athens*.
- Bovier, P.A. and Perneger, T.V., 2003. Predictors of work satisfaction among physicians. *The European Journal of Public Health*, 13(4), pp.299-305.
- Brodsky, H., Draper, B. and Low, L.F., 2003. Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of advanced nursing*, 44(6), pp.583-590.
- Buciuniene, I., Blazeviciene, A. and Bliudziute, E., 2005. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Family Practice*, 6(1), p.10.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2012) Strategie zur PatientInnensicherheit 2013-2016 [Internet]. [zitiert am 1.1.2019]. URL: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502\\_patientensicherheitsstrategie.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/5/CH1331/CMS1366277814203/20130502_patientensicherheitsstrategie.pdf)
- Büssing, A., Glaser, J. and Höge, T., 2004. Psychische und physische Belastungen in der ambulanten Pflege: Ein Screening zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 48(4), pp.165-180.
- Camilleri, D. and O’Callaghan, M., 1998. Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), pp.127-133.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. and Tyrer, P., 2000. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Bmj*, 321(7262), pp.694-696.
- Chu, C.I., Hsu, H.M., Price, J.L. and Lee, J.Y., 2003. Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *International nursing review*, 50(3), pp.176-182.

- Cooper, C.L., Cooper, C.P., Dewe, P.J., O'Driscoll, M.P., O'Driscoll, M.P. and Dewe, P.J., 2001. *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Sage.
- Cox, T., 1997. Workplace health promotion. *Work & Stress*, 11(1), pp.1-5.
- De Castro, A.B., Gee, G.C. and Takeuchi, D.T., 2008. Workplace discrimination and health among Filipinos in the United States. *American Journal of Public Health*, 98(3), pp.520-526.
- Dekker, S., Cilliers, P. and Hofmeyr, J.H., 2011. The complexity of failure: Implications of complexity theory for safety investigations. *Safety science*, 49(6), pp.939-945.
- Demerouti, E., Fergen, A., Glaser, J., Herbig, B., Hofmann, A., Nachreiner, F., Packebusch, L. and Seiler, K., 2012. *Psychische Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz: inklusive DIN EN ISO 10075-1 bis-3*. Beuth Verlag.
- Dewa, C.S., Jacobs, P., Thanh, N.X. and Loong, D., 2014. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC health services research*, 14(1), p.254.
- Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S. and Trojanowski, L., (2017a). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ open*, 7(6), p.e015141.
- Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L. and Rea, M., 2017b. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC medical education*, 17(1), p.195.
- Donabedian, A. and Bashshur, R., 2003. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press. *New York*.
- Donabedian, A., 1968. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical care*, 6(3), pp.181-202.
- Donabedian, A., 1980. Explorations in quality assessment and monitoring definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor*.
- Donabedian, A., 1988. The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), pp.1743-1748.
- Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., & West, C.P., 2019. Clarifications Needed on Study of Association Between Physician Burnout and Patient Safety. *JAMA internal medicine*, 179(4), pp.593-593.

- Eikötter, T. and Greiner, W., 2008. Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 13(01), pp.25-31.
- Epp, K., 2012. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23(4), pp.25-31.
- Euteneier, R., 2015. Motivation und Verhalten. In *Handbuch Klinisches Risikomanagement* (pp. 125-132). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Faller, G., 2010. *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H.M. and Salanterä, S., 2008. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(5), pp.727-739.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. and Gruen, R.J., 1986. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), p.992.
- Freudenberger, H.J. and Richelson, G., 1981. *Burn-out: The high cost of high achievement*. Bantam Books.
- Freudenberger, H.J., 1974. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), pp.159-165.
- Geraedts, M., 2014, July. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. In *Public Health Forum* (Vol. 22, No. 2, pp. 2-4). Elsevier.
- Gerlach, F.M., 1998. Qualitätsmanagement in der Medizin–Definitionen und Ziele. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57(5), pp.335-339.
- Goldenberg, M.J., 2012. Defining “quality of care” persuasively. *Theoretical medicine and bioethics*, 33(4), pp.243-261.
- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B. and Mustajbegovic, J., 2009. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of advanced nursing*, 65(10), pp.2056-2066.
- Grembowski, D., Ulrich, C.M., Paschane, D., Diehr, P., Katon, W., Martin, D., Patrick, D.L. and Velicer, C., 2003. Managed care and primary physician satisfaction. *J Am Board Fam Pract*, 16(5), pp.383-393.
- Grönroos, C., 1982. An applied service marketing theory. *European journal of marketing*, 16(7), pp.30-41.
- Hackman, J.R. and Oldham, G.R., 1976. Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational behavior and human performance*, 16(2), pp.250-279.
- Hagopian, A., Zuyderduin, A., Kyobutungi, N. and Yumkella, F., 2009. Job satisfaction and morale in the Ugandan health workforce. *Health affairs*, 28(5), pp.w863-w875.

- Hall, D.S., 2004. Work-related stress of registered nurses in a hospital setting. *Journal for Nurses in Professional Development*, 20(1), pp.6-14.
- Hall, L.H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. and O'Connor, D.B., 2016. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one*, 11(7), p.e0159015.
- Hayes, B., Douglas, C. and Bonner, A., 2015. Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *Journal of nursing management*, 23(5), pp.588-598.
- Herzberg, F., Mausner, B., Bloch Snyderman, B., 1959. *The Motivation to Work*. 2. Auflage. Wiley, New York.
- Hjort, P.F., 2007. Adverse events in health care.
- Hulka, B.S., Zyzanski, S.J., Cassel, J.C. and Thompson, S.J., 1970. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical care*, 8(5), pp.429-436.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, S. and Kaprinis, G., 2003. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of affective disorders*, 75(3), pp.209-221.
- Institute of Medicine (US). Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, 2004. *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. National Academy Press.
- Jabnoun, N., & Chaker, M., 2007. Comparing the quality of private and public hospitals. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(4), pp.290-299.
- Jaffery, H. and Farooq, H., 2015. The impact of structural empowerment on organizational citizenship behavior-organization and job performance: A mediating role of burnout. *Journal of Management Sciences*, 2(2), pp.273-288.
- Janus, K., Amelung, V.E., Baker, L.C., Gaitanides, M., Schwartz, F.W. and Rundall, T.G., 2008. Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(6), pp.1133-1167.
- Jha, A.K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I.A. and Bates, D.W., 2010. Patient safety research: an overview of the global evidence. *BMJ Quality & Safety*, 19(1), pp.42-47.
- Johnson, H.L. and Kimsey, D., 2012. Patient safety: break the silence. *AORN journal*, 95(5), pp.591-601.

- Joss, R. and Kogan, M., 1995. *Advancing quality: Total quality management in the National Health Service*. Open University Press.
- Kager, M., 2015. *Haltung und Bedürfnisse von Medizinstudierenden hinsichtlich Fehlermanagement und Patientensicherheit* (Doctoral dissertation, lmu).
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. and Rosenthal, R.A., 1964. Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. and Ilic, D., 2015. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), pp.652-666.
- Kohn, L.T., Corrigan, J. and Donaldson, M.S., 2000. *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). Washington, DC: National academy press.
- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y. and Fisher, M.L., 2015. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), pp.1825-1831.
- Kreißl, M. (2014). Motivation als Komponente der Personalführung – Eine empirische Analyse über die Motive und Motivationsfaktoren von Mitarbeitern am Beispiel einer internationalen Eventagentur. [Internet]. Zitiert am 22.05.2019 URL: [https://monami.hs-mittweida.de/frontdoor/deliver/index/docId/4104/file/Bachelorarbeit\\_Markus\\_Kreissl\\_AA10wS4\\_B\\_Digital.pdf](https://monami.hs-mittweida.de/frontdoor/deliver/index/docId/4104/file/Bachelorarbeit_Markus_Kreissl_AA10wS4_B_Digital.pdf)
- Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M. and Hjortdahl, P., 2006. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human resources for health*, 4(1), p.3.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Itano, J., Inouye, J., Kim, S., Kuniviktikul, W., Sitthimongkol, Y., Pongthavornkamol, K., Gasemgitvattana, S. and Ito, M., 2004. Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International journal of nursing studies*, 41(6), pp.671-684.
- Lambrou, P., Kontodimopoulos, N. and Niakas, D., 2010. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human resources for health*, 8(1), p.26.

- Laschinger, H.K.S. and Leiter, M.P., 2006. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), pp.259-267.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S., 1987. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), pp.141-169.
- Lee, I. and Wang, H.H., 2002. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *The journal of nursing research: JNR*, 10(4), pp.253-260.
- Leebov, W. and Clara Jean Ersoz, M.D., 2003. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*. iUniverse.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J. and Moher, D., 2009. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine*, 6(7), p.e1000100.
- Lim, J., Hepworth, J. and Bogossian, F., 2011. A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), pp.1022-1033.
- Linzer, M., Manwell, L.B., Williams, E.S., Bobula, J.A., Brown, R.L., Varkey, A.B., Man, B., McMurray, J.E., Maguire, A., Horner-Ibler, B. and Schwartz, M.D., 2009. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Annals of internal medicine*, 151(1), pp.28-36.
- Locke, E.A., 1968. Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational behavior and human performance*, 3(2), pp.157-189.
- Lu, H., Barriball, K.L., Zhang, X. and While, A.E., 2012. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(8), pp.1017-1038.
- Lu, H., Zhao, Y. and While, A., 2019. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*.
- Mahood, Q., Van Eerd, D. and Irvin, E., 2014. Searching for grey literature for systematic reviews: challenges and benefits. *Research synthesis methods*, 5(3), pp.221-234.
- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M. and Virtanen, M., 2003. Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), pp.197-205.
- Marek, T., Schaufeli, W.B. and Maslach, C., 2017. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Routledge.

- Maslach, C. and Leiter, M.P., 2016. Burnout. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 351-357). Academic Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. and Leiter, M.P., 1996. *Maslach burnout inventory manual* (Vol. 4). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P., Schaufeli, W.B. and Schwab, R.L., 1986. *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P., 2001. Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), pp.397-422.
- Maslow, A.H., 1943. A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), p.370.
- McClelland, D.C., 1961. *The Achieving Society*. Princenton, N.J.: O. Van Nostrand Company.
- McGregor, D., 1960. Theory X and theory Y. *Organization theory*, 358, p.374.
- McLaughlin, C.P. and Kaluzny, A.D., 2004. *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications*. Jones & Bartlett Learning.
- McVicar, A., 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), pp.633-642.
- Milutinović, D., Golubović, B., Brkić, N. and Prokeš, B., 2012. Professional stress and health among critical care nurses in Serbia. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 63(2), pp.171-180.
- Mitchell, P.H., 2008. Defining patient safety and quality care. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Moola, S., Ehlers, V.J., & Hattingh, S.P., 2008. Critical care nurses' perceptions of stress and stress-related situations in the workplace. *Curationis*, 31(2), pp.74-83.
- Mosadeghrad, M.A., 2013. Healthcare service quality: towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*, 26(3), pp.203-219.
- Moustaka, E. and Constantinidis, T.C., 2010. Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health science journal*, 4(4), p.210.
- Nadj-Kittler, M. and Stahl, K., 2016. Arbeitszufriedenheit in der Pflege als Faktor der Versorgungsqualität. In *Patientenzentrierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie*(pp. 59-65). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Nature (2006). Quality and value: The true purpose of peer review. [Internet]. [zitiert am 01.01.2019] URL: <https://www.nature.com/nature/peerreview/debate/nature05032.html>

- Neidhardt, F., 2010. Selbststeuerung der Wissenschaft: Peer Review. In *Handbuch Wissenschaftspolitik* (pp. 280-292). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nicholson, P.J., 2017. Does workplace health promotion work? A review of the evidence. *Occupational Health & Wellbeing*, 69(8), p.15.
- Nightingale, F., 1863. *Notes on hospitals*. Longman, Green, Longman, Roberts, and Green.
- Norris, B., 2009. Human factors and safe patient care. *Journal of Nursing Management*, 17(2), pp.203-211.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.M., Michaelis, M. and Hofmann, F., 2005. Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. *Erprobung eines Messinstruments (COPSOQ)*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Øvretveit, J., 2000. Total quality management in European healthcare. *International journal of health care quality assurance*, 13(2), pp.74-80.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R. and Esmail, A., 2018. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), pp.1317-1331.
- Pearson (2019) Hormones and Stress [Internet]. Zitiert am 22.05.2019 URL: [https://revelpreview.pearson.com/epubs/pearson\\_ciccarelli\\_pae/OPS/xhtml/ch02\\_sec\\_10.xhtml](https://revelpreview.pearson.com/epubs/pearson_ciccarelli_pae/OPS/xhtml/ch02_sec_10.xhtml)
- Penz, K., Stewart, N.J., D'arcy, C. and Morgan, D., 2008. Predictors of job satisfaction for rural acute care registered nurses in Canada. *Western Journal of Nursing Research*, 30(7), pp.785-800.
- Peterson, C., 2018. *Work stress: Studies of the context, content and outcomes of stress: A book of readings*. Routledge.
- Pisljar, T., van der Lippe, T. and den Dulk, L., 2011. Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Social science & medicine*, 72(6), pp.899-906.
- Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B. and Azoulay, E., 2007. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), pp.698-704.
- Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M., Goeschel, C.A., Needham, D.M., Sexton, J.B., Thompson, D.A., Lubomski, L.H., Marsteller, J.A., Makary, M.A. and Hunt, E., 2006. Creating high reliability in health care organizations. *Health services research*, 41(4p2), pp.1599-1617.

- Rassia, S.T., 2017. *Workplace Environmental Design in Architecture for Public Health: Impacts on Occupant Space Use and Physical Activity*. Springer.
- Rathert, C. and May, D.R., 2007. Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health care management review*, 32(1), pp.2-11.
- Rathert, C., Williams, E.S. and Linhart, H., 2018a. Evidence for the Quadruple Aim. *Medical care*, 56(12), pp.976-984.
- Rathert, C., Williams, E.S. and Linhart, H., 2018b, July. Improving Lives: A Systematic Review of the Literature on Physician Burnout and Patient Outcomes. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2018, No. 1, p. 10544). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247a.
- Ruegger, M., Abrens, R., Eickmann, U. and Falcy, M., 2007. Safe handling of antineoplastic drugs—ISSa Guidelines and their implementation in Switzerland International Symposium by Elinyae & ISSA Health Services Section.
- Saifuddin, S.K., Nawaz, A. and Jan, F.A., 2012. Predicting job-satisfaction among the academicians of Universities in KPK, Pakistan. *Industrial Engineering Letters*, 2(2), pp.34-45.
- Salyers, M.P., Bonfils, K.A., Luther, L., Firmin, R.L., White, D.A., Adams, E.L. and Rollins, A.L., 2017. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 32(4), pp.475-482.
- Schaufeli, W. and Salanova, M., 2007. Work engagement. *Managing social and ethical issues in organizations*, 135, p.177.
- Schaufeli, W.B. and Maslach, C., 2017. Historical and conceptual development of burnout. In *Professional burnout* (pp. 1-16). Routledge.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. and Maslach, C., 2009. Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), pp.204-220.
- Schuster, M.A., McGlynn, E.A. and Brook, R.H., 2005. How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp.843-895.
- Seaward, B.L., 2017. *Managing stress*. Jones & Bartlett Learning.
- Selberg, R., 2013. Nursing in times of neoliberal change: An ethnographic study of nurses' experiences of Work Intensification. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 3(2), p.9.

- Selmanovic, S., Ramic, E., Brekalo-Lazarevic, S. and Alic, A., 2011. Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors. *Medical archives*, 65(4), p.221.
- Selye, H., 1956. *The stress of life*.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. and Campbell, D.T., 2002. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference/William R. Shadish, Thomas D. Cook, Donald T. Campbell.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P.J., Sloan, J. and Freischlag, J., 2010. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*, 251(6), pp.995-1000.
- Sharma, A., Sharp, D.M., Walker, L.G. and Monson, J.R.T., 2008. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(6), pp.570-576.
- Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag.* 2006, 13(2), 176–200.
- Siu C, Yuen SK, Cheung A. 2012. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J*, 186–92.
- Smith, C.M., 2005. Origin and uses of primum non nocere—above all, do no harm! *The Journal of Clinical Pharmacology*, 45(4), pp.371-377.
- Sozialministerium (2017) Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene Zielsteuerung-Gesundheit [Internet]. [zitiert am 1.1.2019]. URL: [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag\\_2017-2021\\_urschrift.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021_urschrift.pdf)
- Stockwell, D.C. and Slonim, A.D., 2006. Quality and safety in the intensive care unit. *Journal of intensive care medicine*, 21(4), pp.199-210.
- Sveinsdottir, H., Biering, P. and Ramel, A., 2006. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 43(7), pp.875-889.
- Tan, S.Y. and Yip, A., 2018. Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore medical journal*, 59(4), p.170.
- Tomes, A.E. and Chee Peng Ng, S., 1995. Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *International journal of health care quality assurance*, 8(3), pp.25-33.

- Tranfield, D., Denyer, D. and Smart, P., 2003. Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British journal of management*, 14(3), pp.207-222.
- Ulich, E., 2003. *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis: Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Hans Huber.
- Universität Kassel (2019) Einführung in die systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken „PsycINFO“, „Pubmed“ und „PEP – Psychoanalytic Electronic Publishing“ sowie in das Literaturverwaltungsprogramm „Citavi“ [Internet]. Zitiert am 01.01.2019]. URL: <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2010081634029/3/TutorialSystematischeLiteraturrecherche.pdf>
- Utriainen, K. and Kyngäs, H., 2009. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of nursing management*, 17(8), pp.1002-1010.
- van Berkel, J., Meershoek, A., Janssens, R.M., Boot, C.R., Proper, K.I. and van der Beek, A.J., 2014. Ethical considerations of worksite health promotion: an exploration of stakeholders' views. *BMC public health*, 14(1), p.458.
- van den Berg, T.I., Alavinia, S.M., Bredt, F.J., Lindeboom, D., Elders, L.A. and Burdorf, A., 2008. The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *International archives of occupational and environmental health*, 81(8), pp.1029-1036.
- Vicente, K.J., 2003. What does it take? A case study of radical change toward patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), pp.598-609.
- Vincent, C.A. and Coulter, A., 2002. Patient safety: what about the patient? *BMJ Quality & Safety*, 11(1), pp.76-80.
- Wachter, R.M., 2004. The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human' Amid signs of progress, there is still a long way to go. *Health affairs*, 23(Suppl1), pp.W4-534.
- Weber, A. and Jaekel-Reinhard, A., 2000. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational medicine*, 50(7), pp.512-517.
- World Health Organization, 2004. *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). World Health Organization.
- Yoder-Wise, P.S., Scott, E.S. and Sullivan, D.T., 2013. Expanding leadership capacity: educational levels for nurse leaders. *Journal of nursing administration*, 43(6), pp.326-328.

Zangaro, G.A. and Soeken, K.L., 2007. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing & health*, 30(4), pp.445-458.