

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Zwischen Unterstützen und Ausbrennen - über die Gefahr von Burnout in sozialen Berufen am Beispiel der Behindertenhilfe

Bachelor- Thesis

Tag der Abgabe: 25.09.2015

Vorgelegt von: Harkess, Edward

Matrikel-Nr: 

Adresse: 

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweite Prüfende: Astrid Jörns-Prentati

Danksagung

Vielen lieben Dank an meine KorrekturleserInnen und vor allem an Eule, für die vielen sehr sehr hilfreichen Tipps und die viele Zeit und Arbeit, die Du Dir für mich genommen bzw. gemacht hast! Ich weiß nicht wie ich es ohne Dich geschafft hätte!!

Meinen lieben Kommilitoninnen und Freundinnen Nadine und Maike danke ich für ihr Unterstützen, sowohl in inhaltlichen als auch in Motivationsangelegenheiten. Beso an Euch.

Meinen anderen FreundInnen danke ich fürs immer wieder nachfragen, wie es denn so mit der Bachelor-Arbeit geht, die Ablenkung und Eure Hartnäckigkeit.

Danke an meinen Vater für den „technischen Support“.

Herzlichen Dank auch an meine InterviewpartnerInnen, dass Ihr Euch für mich Zeit genommen habt.

Mein größter Dank gilt meiner Schwester Isabel, für die unfassbar große emotionale Unterstützung und Rückhalt, wenn ich nicht mehr weiter zu schreiben wusste. Nebenbei auch für die letzten 27 Jahre Hilfe und Mutti-Sein. Thanks thanks thanks!

Vorwort

Nach ca. 8 Jahren während meiner Arbeit in der Behindertenhilfe, sowohl in Wohneinrichtungen als auch in einer Tagesförderung, habe ich nicht nur sehr viele verschiedene Menschen kennen gelernt und sie in ihrem Alltags- und Arbeitsleben unterstützen können. Ich habe auch die verschiedenen teilweise sehr hohen Erwartungen und damit verbundenen Belastungen kennen lernen müssen, mit denen MitarbeiterInnen in diesem Arbeitsfeld zurecht kommen müssen. Vor einigen Monaten, bevor ich mit der Bachelor-Thesis begonnen habe, erkrankte eine Kollegin an Burnout und ist seitdem auch nicht wieder an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurück gekehrt. Privat sind einige meiner KollegInnen mit ihr im Kontakt und Austausch und sie sagte ihnen, dass sie wohl nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, ja gar nicht mehr in der Behindertenhilfe arbeiten könne. Sie habe meinen KollegInnen gesagt, die Belastungen seien zu groß gewesen und sie könne es nicht mehr aushalten, mit so viel Leid konfrontiert zu sein. Diese Aussage machte mich insofern nachdenklich, als dass ich mich gefragt habe, was den sozialen Bereich und die Behindertenhilfe im Speziellen charakterisiert, dass MitarbeiterInnen Gefahr laufen können, an Burnout zu erkranken. Deshalb setzt sich diese Arbeit mit dem Thema in folgenden Schritten auseinander: Was ist Burnout? Was kennzeichnet den sozialen Bereich allgemein und was sind die genauen Anforderungen an die MitarbeiterInnen in der Behindertenhilfe im Speziellen? Der Eindruck mag entstehen, dass die Arbeit mit Menschen mit Behinderung nur belastend und „schrecklich“ sei, doch das ist natürlich nur die eine Seite der Medaille, denn die diversen Aspekte der Arbeit machen sie auch interessant und füllen die Arbeit mit verschiedenen Inhalten und damit mit sehr viel Leben. Aber sowohl von Seiten der ArbeitgeberInnen als auch ArbeitnehmerInnen und zum Teilen auch der Gesellschaft, wo soziale Berufe nicht unbedingt das höchste Ansehen genießen, werden die steigenden Anforderungen, gerade in Bezug auf eine vermehrt einkehrende Ökonomisierung sozialer Träger, oftmals unterschätzt und teilweise nicht thematisiert. Ziel dieser Thesis ist es, über die verschiedenen Aspekte und Teilbereiche der Behindertenhilfe einen Überblick zu geben und sie mit den möglichen Ursachen für Burnout zu verknüpfen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Das Burnout- Syndrom.....	2
2.1 Historischer Hintergrund und heutiger Forschungsstand.....	3
2.2 Was ist Burnout?.....	4
2.3 Ursachen für Burnout.....	5
3. Burnout in sozialen Berufen.....	7
3.1 Emotionalität als Werkzeug.....	8
3.2 Die Identitätsproblematik.....	9
3.3 Arbeitsstrukturelle Faktoren.....	10
4. Berufsalltag in der Behindertenhilfe.....	12
4.1 Das Klientel in der Behindertenhilfe.....	12
4.2 Empowerment.....	13
4.3 Institutionelle Rahmenbedingungen.....	14
4.4 Anforderungen an Fachkräfte.....	16
4.4.1 Die Komplexität von Behinderungen.....	17
4.4.2 Die professionelle Beziehung.....	20
4.5 Die Gefahr von Burnout für Fachkräfte in der Behindertenhilfe.....	22
5. Erfahrungen aus der Praxis - ein leitfadengestütztes Interview.....	24
5.1 Auswahl der Methode.....	24
5.1.1 Das problemzentrierte Interview.....	25
5.1.2 Theoriegeleitete Begründung der Fragestellung im Leitfaden.....	27
5.1.3 Vorstellung der InterviewpartnerInnen.....	28
5.2 Auswertung der Interviews.....	30
5.2.1 Themenkomplex 1: Persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit.....	30
5.2.2 Themenkomplex 2: Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe.....	32
5.2.3 Themenkomplex 3: Die inhaltliche Arbeit in der Behindertenhilfe.....	33
5.2.4 Themenkomplex 4: Teamarbeit.....	35
5.3 Interpretation der Interviews.....	36
6. Resümee.....	39
7. Quellenverzeichnis.....	42
Eidesstattliche Erklärung.....	47
Anhang.....	48

1. Einleitung

Burnout hat am Arbeitsplatz sowohl in der öffentlichen Medienlandschaft als auch in der Fachliteratur an Aufmerksamkeit gewonnen. Viele AutorInnen argumentieren, dass der Spagat zwischen der Unterstützung des Klientels und dem (finanziellen) Druck der Einrichtung (oder des Gesetzgebers), zur erhöhten Belastung führt.

Die Hauptfrage dieser Thesis soll klären (und sich positionieren): Welche Gründe und Faktoren tragen dazu bei, dass Menschen in sozialen Berufen allgemein und in der Behindertenhilfe im Speziellen an Burnout erkranken?

Diese Thesis soll keineswegs die These aufstellen, dass die Behindertenhilfe explizit ein Burnoutisiko für ihre MitarbeiterInnen darstellt, sondern exemplarisch für die sozialen Berufe erläutern, inwieweit und warum es in diesem Feld dazu kommen kann.

Zunächst wird das Burnout-Syndrom definiert und erklärt. Im nächsten Abschnitt wird ein historischer Rückblick dargelegt, sowie der aktuelle Forschungsstand zum Thema Burnout evaluiert. Angeknüpft daran wird erläutert, inwieweit besonders Menschen, die in sozialen Berufen tätig sind, ein erhöhtes Risiko haben am Burnout-Syndrom zu erkranken. Im Anschluss daran wird das Arbeitsfeld der Behindertenhilfe beschrieben und erläutert, welche verschiedenen Anforderungen an die MitarbeiterInnen gerichtet sind. Um die Tätigkeitsbereiche und -felder erläutern zu können, werden diese praxisfeldbeschreibenden Aspekte zunächst durch einen theoretischen Zugang erarbeitet, um daraus ableiten zu können welche Handlungsmaximen und damit potenzielle Schwierigkeiten sich für die Praxis und damit für die Fachkräfte ergibt.

Abschließend werden dann die drei im Rahmen dieser Thesis geführten Interviews vorgestellt, ausgewertet und vor dem Hintergrund der vorangegangenen Kapitel interpretiert.

2. Das Burnout- Syndrom

Geprägt von Herbert Freudenberger aus dem Jahre 1974, hat sich der Begriff Burnout in den letzten Jahren, als ein Konglomerat für zu viel Stress am Arbeitsplatz durchgesetzt (vgl. Freudenberger, 1992: 12 ff.).

Die ursprüngliche Definition Freudenbergers von Burnout sei: „Ein Zustand erschöpfter physischer und mentaler Ressourcen, der mit dem Arbeitsleben in ursächlichem Zusammenhang steht“ (Freudenberger, 1992: 12), richtete sich jedoch vorwiegend an Berufe die einer erhöhten emotionalen Belastung ausgesetzt waren (Ärzte, PflegerInnen, aber auch LehrerInnen und Feuerwehrleute). Nach neuerem Verständnis sind häufig auch Manager und andere Berufsgruppen betroffen. Nicht zuletzt durch die Verallgemeinerung des Begriffes kam es Anfang der 2000 zu einer Art „Burnoutboom“ (vgl. Burisch, 2014: 6). Auch im privaten Bereich, etwa bei der Pflege für Angehörige, ist eine Burnouterkrankung diagnostizierbar und bot bereits einen Nährboden für zahlreiche Publikationen. Für Betroffene ist Burnout eine sehr ernstzunehmende Erkrankung, da nicht wenige nach Erkranken nicht mehr in der Lage sind, zu ihrem einstigen Arbeitsplatz zurück zu kehren. Da es immer noch an einer eindeutigen Definition mangelt, kritisieren viele, dass Burnout gar nicht existiert. „Die Kollegin hat wieder Burnout“ heißt es schnell, wenn Kolleginnen, für eine längere Zeit am Arbeitsplatz fehlen. Doch was wird unter Burnout verstanden und seit wann ist es überhaupt eine 'akzeptierte' Krankheit?

2.1 Historischer Hintergrund und heutiger Forschungsstand

Im Sinne von beruflich ausgebrannt sein, bezeichnete der von Herbert J. Freudenberger im Jahre 1974 geprägte Begriff Burnout zunächst den „psychischen und physischen Abbau der meist ehrenamtlichen Mitarbeiter 'alternativer' Hilfsorganisationen: Free clinics, therapeutische Wohngemeinschaften, Frauenhäuser und Kriseninterventionszentren“ (Burisch, 2014: 6). Freudenberger erforschte aber nicht nur den Gedanken und die ursächlichen Symptome, er entwickelte auch ein Verlaufsmodell¹. Später wurden seine Ausführungen von den Psychologinnen Christina Maslach und Ayala Pines in Kalifornien weiterentwickelt, welche das Phänomen Burnout auch bei anderen Sozialberufen beschreiben konnten. Ab den 1980ern gerieten weitere Berufsgruppen, wie z.B. die der Manager, wo besonders hoher Leistungsdruck herrscht, ins Blickfeld (vgl. ebd.). In diesen Jahren stiegen die Publikationszahlen zu dem Thema, welche postulierten, dass Burnout auch im privaten Lebensbereich auftreten kann (vgl. ebd.). Im Jahr 1990 fand der erste deutsche Burnout-Kongress („Professional Burnout: Developments in Theory and Research“) statt, wo 30 internationale Spezialisten ihr Wissen zusammentrugen. 1995 fand eine zweite Tagung statt (vgl. Burisch, 2014: 6). Der ICD-10, herausgegeben von der WHO² im Jahre 1991, vergab erstmals auch einen Diagnoseschlüssel (Z73.0) für Burnout, wenn auch nur mit einer kurzen Erklärung: „Zustand der totalen Erschöpfung“ (vgl. Burisch, 2014: 7). Diese Entwicklung zeigt, dass Burnout in Fachkreisen im Verlauf der Jahre mehr an Interesse und Bedeutung gewonnen hat.

Laut dem letzten BKK- Gesundheitsreport 2014 sei die Zahl der Krankschreibungen aufgrund von Burnout zwar stagniert, allerdings sei dies auch aufgrund von anderen Kodier- und Therapieverfahren erklärbar (vgl. BKK- Gesundheitsreport, 2014). Auffällig ist hier aber die erhöhte Zahl der Frauen, die davon betroffen sind. Eine denkbare Erklärung dafür wäre, dass mehr Frauen als Männer in sozialen Berufen tätig sind (vgl. Poulsen, 2009: 14).

Bis heute gilt Burnout allerdings als schlecht erforscht (vgl. Burisch, 2014: 238), offenbar weil dafür noch die richtige Vorgehensweise zur genauen Erforschung fehle (vgl. Schaufeli und Enzmann, 1998: 96). Zwar gibt es auch einige Längsschnittstudien und Pfadanalysen,

1 Das Verlaufsmodell von Schmidbauer wird im Kapitel 2.2 erklärt

2 WHO steht hier als Abkürzung für World Health Organization

die aber nicht zu einem schlüssigen Ergebnis führen (vgl. ebd.). Seit den ersten Publikationen über Burnout seien kaum neue Forschungserkenntnisse gewonnen worden (vgl. Elsässer, 2013: 1). So bleiben nur Rückgriffe auf Theorien zahlreicher AutorInnen mit exemplarischen Fallstudien, die aber kaum bis gar keine Empirie aufweisen (vgl. Burisch, 2014: 238). Darin mag der Grund liegen, dass Burnout nicht die gesellschaftliche Anerkennung findet, wie manch andere Erkrankungen und manchmal abfällig wenn eine Kollegin für längere Zeit aufgrund von hohen Belastungen ausfällt „Die hat doch bestimmt Burnout“ (vgl. Elsässer, 2013: 3 ff.).

2.2 Was ist Burnout?

„Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit“ (Schaufeli und Enzmann, 1998: 36).

Die psychische Verfassung verschlechtert sich schleichend und kann bei betroffenen Menschen demnach lange unbemerkt bleiben. „Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewertungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht“. (Schaufeli und Enzmann, 1998: 36). Die drei Kernsymptome von Burnout sind nach Maslach Erschöpfung, Zynismus und Ineffektivität (vgl. Burisch, 2014: 19).

Erschöpfung bezieht sich auf das Gefühl, sowohl emotional als auch körperlich entkräftet zu sein. Zynismus ist eine distanzierte, gleichgültige Einstellung gegenüber der Arbeit sowie Kunden und Arbeitskollegen. Ineffektivität beschreibt das Gefühl beruflichen Versagens sowie den Verlust des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten (vgl. Maslach, 2001: 29 ff). Kennzeichnend für Burnout sind nicht nur die drei Kernsymptome, sondern auch die drei verschiedenen Dimensionen: „A key dimension of the burnout syndrome is increased feelings of emotional exhaustion where workers feel they are no longer to give of themselves on a psychological level. A second dimension is depersonalisation, meaning that

workers respond to persistent stress by developing negative, cynical attitudes and feelings about their clients. The third dimension is reduced personal accomplishment, meaning the workers views their work negatively and feels dissatisfied with their work accomplishments“ (Maslach et al., 1996 zit.n. Lloyd, Chris et al., 2011). Neben diesen Dimensionen, lässt sich Burnout auch in 3 Phasen aufteilen: In einer Anfangsphase, in der ein Überengagement der Betroffenen zu beobachten sei; Bedürfnisse werden hier oft ignoriert, und es wird auf Pausen und Erholungsphasen verzichtet (vgl. Elsässer, 2013: 16). Ein starker Idealismus tritt hier zutage, in dem Betroffene in dem Glauben sind, sie könnten alles und vor allem alleine erreichen. Die Betroffenen fühlen sich zudem in der Anfangsphase unverzichtbar (vgl. ebd.). Die zweite Phase ist von einem Einbruch gekennzeichnet, in der eine chronische Müdigkeit (Erschöpfung) auftritt. Erholung tritt dann auch nicht mehr im Urlaub ein, und die ursprüngliche Motivation zur Arbeit schwindet (vgl. ebd.). Die letzte Phase ist die Abbauphase; die Begeisterung über die Arbeit, die noch kennzeichnend für die erste Phase war, fehlt nun. Körperliche Leiden stellen sich ein und chronifizieren sich, wie z.B. Schlaflosigkeit oder Rückenschmerzen (vgl. ebd.). Betroffene ziehen sich daraufhin zurück und auch das Privatleben wird dann in Mitleidenschaft gezogen und resultiert in ein „Nicht-Mehr-Können“ (vgl. ebd.).

2.3 Ursachen für Burnout

Während Schmidbauer in seinem Werk „Hilflose Helfer“, die Ursachen für Burnout in der „narzisstisch geprägten Natur“ der Helfer-Persönlichkeit sieht (vgl. Schmidbauer, 2005: 15 ff), so sieht die aktuelle US-amerikanische Burnout-Forschung externale Faktoren verstärkt im Fokus (vgl. Burisch, 2014: 170). Hierzu sind vor allem Aspekte zu nennen, die die heutige Arbeitswelt prägen und verändert haben: Weniger Eigenwert, die globale Wirtschaft, technologischer Fortschritt, Neuverteilung der Macht und das Scheitern der Firmenzugehörigkeit (vgl. Burisch, 2014: 62). Diese genannten Punkte sind ursächlich für die von Maslach ausgearbeitete sechs-Faktoren-Liste, wonach Burnout maßgeblich von folgenden Faktoren verursacht werde: Arbeitsüberlastung, Mangel an Kontrolle,

ungenügende Belohnungen, Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls, mangelnde Gerechtigkeit (fairness) und Wertkonflikte (vgl. Maslach, 2001: 28). Diese werden insofern kritisiert, weil sie individuelle Faktoren zu vernachlässigen scheinen (vgl. Burisch, 2014: 54). Bei genauerer Betrachtung können sie auch als eine Schnittstelle, sowohl eines personen- als auch umweltbezogenen Blickwinkels gesehen werden. Beispielsweise kann Gerechtigkeit zwar objektiv messbare Aspekte von Diskriminierung enthalten, und somit die Verantwortung beim Arbeitgeber liegen, allerdings ist Gerechtigkeit ein moralischer Begriff, der immer subjektiv entsteht und sich konstituiert³.

Insbesondere wenn die Erwartungshaltung und die von der/dem Betroffenen gesetzten Ziele nicht mit der Berufsrealität übereinstimmen, besteht die Gefahr eines Ausbrennens (vgl. Schaufeli und Enzmann, 1998: 36). Cherniss spricht von einem Burnout nach dem Praxisschock: die 'absorbing commitment', also die aufzehrende Verpflichtung das gesteckte Ziel auf jeden Fall zu erreichen, sieht er als Kernelement des Ausbrennens (vgl. Cherniss, 1999: 8 ff.). Dieses Ausbrennen hänge aber auch mit der zugrunde liegenden Vulnerabilität der betroffenen Person zusammen. Die Vulnerabilität, also die Verletzlichkeit, leitet sich aus der Beobachtung ab, dass Organismen, die denselben objektiven Schädigungen ausgesetzt sind, unterschiedlich stark mit Krankheit reagieren (vgl. Burisch, 2014: 62). Sie ist bedingt durch ein labiles Selbstbild und eine ebensolche Selbstachtung und von der Abhängigkeit der Selbstdefinition über die erfolgreiche Ausübung einer einzigen Rolle (z.B. der der effektiven Sozialarbeiterin) (vgl. hierzu Kernaussagen Interview mit Frau B) ohne tragende Nebenrollen außerhalb der Arbeit. Weitere internale Faktoren, die eine Vulnerabilität verstärken sind der Ehrgeiz, durch eigene Aktivitäten Ziele zu erreichen, z.B. Probleme zu lösen und fehlende soziale Unterstützung im Privatleben, oftmals weil die Kenntnisse zum jeweiligen Berufsfeld der allgemeinen Bevölkerung fehlen (vgl. hierzu Kernaussagen Interview mit Frau B).

Dies ähnelt der ersten Phase des Verlaufsmodells nach Schmidbauer. Die Phase beginnt, wenn eine vulnerable Person in ihrer Umgebung ein „Projekt“ wahrnimmt, das ihr geeignet scheint, um sich daran zu beweisen (vgl. Burisch, 2014: 62).

³ Eine genauere Auseinandersetzung mit dem Sechs-Faktoren Modell von Maslach erfolgt in den nachfolgenden Kapiteln

3. Burnout in sozialen Berufen

„Der häufigste Grund, im Sozialbereich tätig zu werden, ist der Wunsch, anderen Menschen zu helfen“ (vgl. Wagner, 1992: 22).

Im folgenden Kapitel sollen grundlegende Bedingungen der Arbeitssituationen in sozialen Berufen dargestellt werden, die aufzeigen, inwieweit externe Faktoren, die diesen Arbeitsbereich betreffen, ein Burnoutrisiko mit sich tragen. Zu den sozialen Berufen zählen auch beispielsweise KrankenpflegerInnen und LehrerInnen, über deren Risikofaktoren im Kontext Burnout viel erforscht wurde (vgl. Lemke, 2010: 79). Im Zusammenhang mit dieser Thesis ist der Fokus aber auf die Soziale Arbeit und die dazugehörigen Arbeitsfelder gerichtet⁴.

In einer weiteren Definition von Maslach wird Burnout nur über den sozialen Beruf definiert: Demnach ist Burnout ein „Syndrom, [...] das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben“ (Maslach, 1982 zit.n. Burisch, 2014: 19). An dieser Stelle sei aber angemerkt, dass empirisch bisher nicht belegbar ist, dass Burnout bei sozialen Berufen öfter oder erschwert auftritt (vgl. Burisch, 2014: 183).

Menschen, die in sozialen Berufen arbeiten, sehen sich mit einer Vielzahl von Problemen anderer Menschen konfrontiert, sei es Armut, Krankheit oder Gewalt. In einer im Jahre 1999 durchgeführten dänischen Studie bei SozialarbeiterInnen, gaben gut 22 Prozent der Befragten an, dass sie an den Folgen von Burnout leiden (vgl. Poulsen, 2009: 16).

Aber nicht nur die Konfrontation mit fundamentalen Krisen anderer Personen, auch weitere Faktoren tragen dazu bei, dass Soziale Arbeit ein Arbeitsfeld ist, welches von hoher emotionaler Beanspruchung, einem Identitätskonflikt im Zusammenhang mit der eigenen Arbeit, der Profession Soziale Arbeit als solche und nicht zuletzt durch institutionelle Rahmenbedingungen geprägt ist. Diese einzelnen Faktoren werden im Folgenden erläutert.

⁴ Inhalte, die hier bearbeitet werden, schließen ab dem vierten Kapitel die Arbeit/Tätigkeiten der HeilerzieherInnen und ErzieherInnen aber mit ein, da diese in der Behindertenhilfe vermehrt arbeiten

3.1 Emotionalität als Werkzeug

„Writers [...] have postulated that social workers are a rather homogenous group, emotionally, whose sensitivity to clients' problems make them vulnerable to work stress“ (vgl. Lloyd et al., 2011). Während in anderen Berufsgruppen, speziell in industriellen, tatsächlich eine erhöhte Entfremdung von Arbeit stattgefunden hat und weiter stattfindet, so ist in der Sozialen Arbeit das Gegenteil eine Quelle für Stress und ein Hauptfaktor für ein mögliches 'Ausbrennen'. Die Arbeit ist geprägt von Begegnungen mit problembelasteten Lebenswelten und oftmals hochgradig traumatisierten KlientInnen (vgl. Elsässer, 2013: 3). Um diese Menschen in ihren Problemlagen unterstützen zu können, muss eine gewisse 'emotionale Öffnung' stattfinden, um überhaupt auf deren Situation eingehen zu können. Dies bedeutet, dass die eigene Empathie und das emotionale Einlassen die ersten Schritte des Umgangs mit den Menschen sind, denen in der Arbeit begegnet wird: „Elemente sozialer und kommunikativer Fähigkeiten wie z.B. Empathie, Intuition, soziale Sensibilität etc. sowie emotionale Qualitäten wie z.B. Spontaneität, Kreativität, Geduld etc., die sonst weitgehend aus Berufsbildern bzw. beruflichen Arbeitskräftemustern ausgeschlossen sind scheinen hier geradezu konstitutiv zu sein für die berufliche Tätigkeit“ (Gildemeister, 1983: 13).

Emotionalität ist also nicht nur gefordert, sondern auch die Basis der inhaltlichen Arbeit. Diese emotionale Nähe birgt aber eben auch Gefahren: „Das Besondere an Stress in helfenden Berufen ist seine emotionale Natur, die mit den Anforderungen an empathische Fähigkeiten, der direkten emotionalen Konfrontation und intensivem Engagement gegeben sei“ (Kleiber, 1986: 29).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Asymmetrie des helfenden Berufs: Während in privaten sozialen Beziehungen in der Regel emotionale Themen ausgetauscht werden, so bleibt in den sozialen Berufen die Gegenseitigkeit aus (vgl. Burisch, 2014: 25). Der/die SozialarbeiterIn leistet (emotionale) Unterstützung, ohne eine emotionale Rückleistung zu bekommen (vgl. ebd.).

3.2 Die Identitätsproblematik

„Am Anfang waren alle idealistisch, zugewandt und engagiert“ (Cherniss, 1999: 39).

Ein von Maslach beschriebener Faktor, der zum Burnout führen kann, ist der der Wertekonflikte. Doch wie machen sich die Wertekonflikte in Bereich Sozialer Arbeit bemerkbar und inwieweit trägt das Gefühl einer beruflichen Identität dazu bei?

„Überall, wo sich Sozialarbeiter treffen oder wo über Sozialarbeit geschrieben wird, kommt auf die eine oder andere Art die Identitätsproblematik des Berufes zur Sprache. Ja, es gehört schon fast zur beruflichen Identität des Sozialarbeiters, ein Identitätsproblem zu haben“ (Lüssi, 1991: 23).

Zunächst eine Erläuterung zum Begriff der Identität: „Identität wird in einem Prozess gestiftet, in dem man sich entwickelt und Herausforderungen begegnet“ (vgl. Karolus in: Wendt, 1995: 105). Eine berufliche Identität setzt sich aus mehreren Teilen zusammen (vgl. Wendt, 1995: 11). Diese Teile werden aber insbesondere von anderen nicht wahrgenommen, weil sich große Teile der praktisch ausgeübten Sozialen Arbeit dem öffentlichen Raum entzieht bzw. Methoden Sozialer Arbeit (z.B. Gesprächstechniken) nicht sichtbar oder nicht als solche zu erkennen sind (vgl. ebd.). So kann ein Mensch die Wirkung der Feuerwehr an einem Brand leicht erkennen, während beispielsweise in der Arbeit mit Kindern die Methoden und Auswirkungen pädagogischen Handelns wenig sichtbar und prüfbar sind (oder es zumindest scheinen), da dies meist nicht im öffentlichen Raum stattfindet, sondern bspw. in Kindertagesstätten oder in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe.

SozialarbeiterInnen führen meist Tätigkeiten aus, die so alltagsnah sind, das sie nicht als professionelle Tätigkeiten wahrgenommen werden (vgl. Galuske, 2011: 17 u. 42): „Trotz aller Professionalisierungsbemühungen der psychosozialen Berufe sperren sie sich einer vollkommenen beruflichen Zurichtung. Die immer wieder unternommenen Versuche psychosoziale Arbeit in Form von technisch beherrschbarem Handwerkszeug zu beschreiben und zu vermitteln, das hohe Spezialisierung und technische Kunstfertigkeit erfordert und herstellt, konnten nicht ausschalten, dass psychosoziale Praxis letztlich auf Haltungen und Fähigkeiten aufbaut, über die prinzipiell jeder Mensch verfügt (z.B. zuhören, Zeit dafür

haben, zuzuhören, emotionale und soziale Unterstützung zu geben, Vertrauen herstellen, über den Sinn des Lebens reflektieren)“ (Kleiber und Rommelspacher, 1986: 116).

3.3 Arbeitsstrukturelle Faktoren

Nach Poulsen lassen sich eine Vielzahl von arbeitspsychologischen Faktoren feststellen, die ein Burnout-Syndrom in sozialen Berufen begünstigen: „mangelndes Fachwissen, fehlende fachliche Unterstützung, eigene Überforderung durch fehlende Weiterbildung, mangelnde Aus- und Weiterbildung, zu hohe Fallzahlen, zu hoher Erfolgsdruck, wenig Erfolgserlebnisse (ständige Konfrontation mit problembelastetem Klientel), materielle Unsicherheit/ wenig finanzielle Ressourcen, mangelnde Reflexion/Supervision, fehlender Austausch, hohe Erwartungen, kein Zeitmanagement, Probleme mit Kostenträger/Leitung, zu langer Verbleib in einem Arbeitsbereich, zu lange im Job/ Interesselosigkeit, Schwierigkeiten im Team, konfliktbesetzte Teamstruktur, Umgang mit Druck „von oben“, nicht ernst genommen werden (Bagatellisieren von Krankheiten), kein Spaß an der Arbeit, nicht hinter dem Konzept stehen, Überforderung, Überstunden, Mehrfachbelastungen, fehlende soziale Anerkennung des Berufsstandes, fehlende Aufstiegschancen, Arbeitsethik, verschiedene Menschenbilder“ (vgl. Poulsen, 2009: 18). Diese Fülle an Faktoren zeigen die möglichen Probleme auf, mit der sich SozialarbeiterInnen konfrontiert sehen können. Für einige dieser Faktoren ursächlich ist die Abhängigkeit sozialpädagogischer⁵ Arbeit von sozialpolitischen Interessen und dem daraus resultierenden Finanzhaushalt (vgl. Galuske, 2011: 49). Insbesondere kann es für eine/n SozialarbeiterIn dann zum Dilemma kommen, wenn sie „bedingt durch ihre Nähe zu den Problemen, oft einen größeren Hilfebedarf identifiziert, als Finanzierungsträger, gerade in Zeiten enger Finanzbudgets, zu zahlen bereit sind“ (ebd.). So finden Fachkräfte sich in einem Spannungsfeld wieder, eigentlich mehr für ihr Klientel leisten zu wollen, es aber aufgrund finanziellen Sparzwangs nicht können. Dieses Spannungsfeld kann als Ursache für

5 Die Begriffe Soziale Arbeit und Sozialpädagogik werden in dieser Thesis synonym verwendet

den Wertekonflikt gesehen werden, der von den Fachkräften ausgehalten werden muss: Während SozialarbeiterInnen advokatorisch im Interesse ihrer KlientInnen agieren sollen, so sind sie doch in der Pflicht, Hilfsmaßnahmen zu überprüfen und damit gegenüber den KlientInnen Kontrolle auszuüben. Dieses Spannungsverhältnis, das die SozialarbeiterInnen immer wieder auszuhalten haben, wird als doppeltes Mandat bezeichnet (vgl. Galuske, 2011: 60). Nach Maslach tritt ein Wertekonflikt ein, wenn das Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und persönlichen Prinzipien nicht stimmig ist (vgl. Maslach, 2001: 17). Aus diesem Wertekonflikt kann auch ein Loyalitätskonflikt entstehen, dann wenn die Beziehung zu dem KlientIn eng ist (im professionellen Sinne) und die/der SozialarbeiterIn trotzdem verpflichtet ist, an der Kürzungen von Leistungen mitzuwirken (etwa bei dem Schreiben von Sozialverlaufsberichten). Diesem Konflikt ist der/die SozialarbeiterIn ausgesetzt und er/sie muss dies aushalten. Dieser Problematik ist der/die SozialarbeiterIn aber auch von dem/der direkten ArbeitgeberIn ausgesetzt. Die Ausrichtung der Arbeit und die eigenen Handlungsspielräume innerhalb und außerhalb der Methoden Sozialer Arbeit sind abhängig von der jeweiligen Institution und den dort vorherrschenden Strukturen: „[...] als Träger der Berufsrolle Repräsentant der der Institution innewohnenden Macht zu sein, als solcher deren Funktionsimperative zu spiegeln und gleichzeitig- von der Logik des Handlungsfeldes her- ein ganzheitlich-menschlicher Bezugspunkt sozialer Interaktion zu sein-diese strukturell bedingten Antinomien werden der Bearbeitung durch die „Person“ des Sozialarbeiters überlassen. Das „schlechte Gewissen“, mit dem viele Sozialarbeiter ihre Arbeit verrichten, ohne exakt angeben zu können, was dieses „schlechte Gewissen“ eigentlich verursacht findet hierin eine seiner Begründungen“ (Gildemeister, 1983: 70; vgl. hierzu auch Interview mit Frau B).

Einmal mehr tritt die Notwendigkeit einer politischen Einmischung von Seiten der SozialarbeiterInnen zutage: „Die psychosozialen Helferberufe brauchen eine politische Kultur, die ihre Tätigkeit trägt, unterstützt und bei der Verarbeitung alltäglicher Misserfolgserebnisse hilft. In dem Maße, wie diese politische Kultur fehlt oder verloren geht, wird der einzelne Kollege auf sich selber und seine ungenügende persönliche Motivation, Qualifikation zurückgeworfen“ (Kleiber und Rommelspacher, 1986: 121).

4. Berufsalltag in der Behindertenhilfe

Im folgenden Kapitel wird ein spezifischer Teilbereich Sozialer Arbeit vorgestellt, das Berufsfeld der Behindertenhilfe, und inwieweit dieses Berufsfeld ein Burnout-Risiko für Fachkräfte in sich birgt. Zunächst wird vorgestellt, welche Menschen mit welcher Art von Problemen sich gegenüber sehen und daraus ergebend Theorien, die die tatsächliche Arbeit der Fachkräfte wissenschaftstheoretisch begründen, woraus sich letztlich die Handlungsmaximen und die tatsächlichen Anforderungen ergeben.

Anhand dieser Anforderungen werden im Anschluss die sich daraus möglichen Ursachen für eine Burnout-Erkrankung erläutert.

4.1 Das Klientel in der Behindertenhilfe

„Die Bezeichnung Behindertenhilfe fungiert als Oberbegriff für das mittlerweile weit ausdifferenzierte Angebot der sozialrechtlich verankerten und institutionalisierten Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung in unterschiedlichen Lebenssituationen und über die gesamte Lebensspanne hinweg“ (Loeken, 2013: 18). Doch zunächst zum Begriff Behinderung, welchen Petzold „als eine komplexe Beeinträchtigung der Persönlichkeit eines Menschen in seinem Umfeld mit variierenden Einschränkungen auf der motorischen, sensorischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene“ (Petzold, 1994 zit.n. Theunissen, 2008: 22) zusammenfasst. „Diese Einschränkungen können genetisch-organische, traumatische und psychosoziale Ursachen haben. Sie werden durch die Sozialisations- und Lebensbedingungen nachhaltig bestimmt“ (ebd.). Die Personengruppe der Menschen mit Behinderung ist zudem Belastungen/Problematiken auf drei Ebenen ausgesetzt, die nicht unabhängig voneinander in Betracht gezogen werden sollten: Die personale Ebene (die psychische Beeinträchtigung und Pflegebedürftigkeit), die soziale

Ebene (Nichterfüllung von Bedürfnissen, Desintegration, fehlende soziale Unterstützung) und die gesellschaftliche Ebene (unterdurchschnittlicher Lebensstandard, Marginalisierung, unzureichende Hilfeleistungen) (vgl. Franz, 2014: 22). Nach Wacker entstehe Behinderung dann, „wenn eine unzureichende Passung besteht zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, den an sie gerichteten Erwartungen und den Umweltbedingungen“ (Wacker et al. zit.n. Fornefeld 2008: 17).

4.2 Empowerment

Durch die verschiedenen Ansätze der Begriffsdefinition von „Behinderung“ wird deutlich, dass Behinderung nicht nur als eine komplexe Beeinträchtigung, die biologische oder psychologische Faktoren beinhaltet, definiert werden kann. Verstanden werden kann der Begriff Behinderung auch als eine Einschränkung, die durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen entsteht: „Insofern ist geistige Behinderung kein objektiver Tatbestand, sondern ein soziales Zuschreibungskriterium.“ (Mercer, 1973 zit.n. Theunissen, 2009: 14) Damit entsteht ein Bruch mit der Denkweise, Menschen mit Behinderung „ausschließlich im Lichte von Schwächen, Mängeln, Versagen, Hilflosigkeit, Inkompetenz oder gar pathologischer Auffälligkeit wahrzunehmen und zu behandeln“ (Theunissen, 2009: 38), sondern zu sehen, wo Behinderung durch gesellschaftliche Zuschreibung entsteht und damit Barrieren erzeugt werden. Dieser Bruch war Grundlage für viele Reformen, die Fornefeld in vier Motive zusammenfasst: „Teilhabe verwirklichen, Gleichstellung durchsetzen, Selbstbestimmung ermöglichen, Lebensqualität sichern“, welche die aktuellen Entwicklungen der Pädagogik und Rehabilitation von Menschen mit geistiger Behinderung sowie der Behinderten- und Sozialpolitik bestimmen (vgl. Fornefeld, 2008: 17). Insofern ist die Behindertenhilfe als spezielles Feld zu sehen, da Behinderungen vor allem auch durch

Barrieren entstehen, die eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erschweren oder versperren, welche eine professionelle Intervention der Fachkräfte notwendig machen. Dies kann unter dem Begriff Empowerment zusammen gefasst werden. Empowerment ist im Feld der Behindertenhilfe als „ein Prozess der Selbstaneignung von (politischer) Macht, Kompetenzen und Gestaltungskraft“ (Herringer, 2006: 18) zu sehen. Zudem ist von Empowerment die Rede, wenn es darum geht, „Menschen in gesellschaftlich marginaler Position zur „Aneignung von Verhaltensweisen (zu befähigen), die notwendig sind um effektiv interagieren, [...] Entscheidungen treffen und Probleme lösen zu können“ (vgl. Nelson, Howard & Mc Laughlin, 1993 zit.n. Theunissen, 2009: 30) und ihnen einen Zugang und einen Nutzen von Ressourcen zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Das Ziel gilt dann als erreicht, wenn das Individuum sein/ihr Wachstumspotenzial ausschöpft, „ohne dies auf Kosten anderer zu tun“ (Theunissen, 2009: S.38).

4.3 Institutionelle Rahmenbedingungen

„Aus dem betriebswirtschaftlichen Denken brechen Managementkonzepte, Organisationsentwicklung, Corporate Identity, Produktorientierung, Wertanalysen und eine Menge anderer Begriffe und Ideen in die langjährige relative Sicherheit der Verwaltungen und Sozialarbeit ein, ohne dass wir heute wissen, ob sie zu mehr Effizienz führen“ (Karolus aus : Wendt, 1995: 109).

Von diesen betriebswirtschaftlichen Einflüssen ist auch die Behindertenhilfe betroffen, was seine Rechtfertigung darin findet, dass das ehemalige Hilfesystem als bürokratisch, intransparent und unflexibel bewertet wurde (vgl. Franz, 2014: 37). Neue Formen von Dokumentation, Administration und Qualitätsmanagement haben zum Ziel, Hilfeleistungen besser überprüfen und damit auswerten zu können. Zugleich dienen sie als Begründung für

viele finanzielle Kürzungen im sozialen Bereich. Allerdings haben diese Veränderungen im Hilfesystem nicht zu einer verbesserten Qualität der Hilfen geführt (vgl. ebd.). Insbesondere für Menschen, für die ein höherer Kostenaufwand nötig ist, beispielsweise bei einer höheren Pflegestufe oder einer größeren Komplexität oder Grad der Behinderung, geraten diese und auch die zuständigen MitarbeiterInnen in den jeweiligen Einrichtungen durch das geltende ökonomische Denken unter Legitimationsdruck: Es besteht eine „Tendenz, Menschen mit hohen Bedarfen in Pflegeeinrichtungen zu versorgen und somit von Teilhabeleistungen auszuschließen“ (vgl. ebd.). Durch die eingeführten ökonomischen Qualitätsstandards zur Standardisierungen von Leistungen, zeigt sich die Interessensverlagerung von dem individuellen Bedarf des Menschen zur Kosteneinsparung. Konkret zeigt sich dies, wenn anstatt KlientInnen von „Kunden“ gesprochen wird, obwohl sie diesen Status nicht haben, da sie sich in einer Abhängigkeitssituation befinden (vgl. Franz, 2014: 36 f.).

Für die Fachkräfte bedeutet dies eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen: Der Aufwand für Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten (vgl. Interview Herr C) nimmt zu, wodurch weniger Zeit für die eigentliche Arbeit in der Beziehung mit dem/der KlientIn bleibt (vgl. Franz, 2014: 37). Es kann sogar von Agenten der Ökonomisierung gesprochen werden, setzt diese Ökonomisierung sich bis in die Individuen hinein fort: „Die Herrschafts- und Kontrollfunktion tritt deutlicher zu Tage, was zu Spannungen mit einem ethisch geprägten Selbstbild führen kann“ (ebd.).

4.4 Anforderungen an Fachkräfte

„Gefordert ist ein inklusionsorientiertes und ganzheitliches professionelles Handeln in der sozialen Unterstützung von Menschen mit Behinderung jenseits der nach wie vor vorherrschenden institutionsorientierten Hilfen sowie neben finanziellen Leistungen und informellen Hilfen durch soziale Netzwerke (Angehörige, Nachbarn, Freunde, Selbsthilfegruppen usw.)“ (Loeken, 2013: 12). Die gesetzliche Grundlage dafür lässt sich im SGB XII §53 Abs. 3 S.1 finden: „Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (Stascheit, 2010: 372). Die MitarbeiterInnen haben demnach die Aufgabe, an den Grundrechten auf ein menschenwürdiges Leben ihres Klientels mitzuwirken und die Selbstbestimmung dieser Menschen zu fördern (vgl. Poulsen, 2009: 14).

Hier greift das Empowerment als Methode der Sozialen Arbeit, indem es ressourcenorientiert die Stärken der Menschen, die in marginale gesellschaftliche Positionen gerückt sind oder wurden, hervorzuheben und die Menschen konsultiv und kooperativ zu unterstützen (vgl. Theunissen, 2009: 63). Um dieses Ziel zu erreichen, gab es in den letzten Jahren viele Reformen auf dem Arbeitsfeld: Enthospitalisierung, De-Institutionalisierung, Integration, Qualitätsentwicklung und -sicherung, Personenzentrierung, Inklusion, persönliches Budget, Sozialraumorientierung und Modularisierung der Leistungserbringung (vgl. Franz, 2014: 11). Insbesondere MitarbeiterInnen, die schon viele Jahre oder sogar Jahrzehnte in dem Berufsfeld tätig sind, sehen sich folglich immer wieder mit großen Veränderungen konfrontiert und haben sich an diese Veränderungen, entsprechend dem, wie der jeweilige Träger bzw. ArbeitgeberIn diese durchzusetzen versucht, anzupassen und sie mitzutragen. Wie vielfältig diese Veränderungen und die damit einhergehende Arbeit für die Fachkräfte sind, zeigen die von Theunissen konkret für die Praxis formulierten Aufgaben: Enabler, BiografiearbeiterIn, Lebenswelt-AnalytikerIn, kritische/r LebensinterpretIn, Facilitator, Mobilizer, AdvokatorIn, SozialreformerIn, MediatorIn, RessourceninformantIn und Vertrauensperson (vgl.

Theunissen, 2009: 71 f.). Grundsätzlich ist aber vor allem die persönliche Haltung ein zentraler Faktor in der Arbeit. Während ehemals die Fürsorge der Bedürftigen die Aufgabe war, so wird dieser Gedanke von der Idee der Dienstleistung abgelöst: „Es kann hier auch von einer neuen Dienstleistungskultur gesprochen werden. Der Begriff Dienstleistung im Unterschied zu Begriffen wie Hilfe oder Betreuung weniger in der Gefahr, Adressaten zu vereinnahmen: „Nicht die Totalität des Engagements für den anderen ist hier der Kern sittlicher Ordnung, sondern gerade die bewusste Selbstbegrenzung der Einmischung, die Diskretion, der Verzicht auf zu große Versprechungen, die Nützlichkeit und Verlässlichkeit der Leistungen, die Ermöglichung 'informierter Wahl'" (Theunissen, 2009: 63).

4.4.1 Die Komplexität von Behinderungen

Ausgehend von einer Veränderung des Klientels in den letzten Jahren (Durchsetzung von Mischformen/Anerkennung von Mehrfachdiagnosen geistige und seelische Behinderung), kommt es im Arbeitsalltag zu Kontakt mit Menschen, die verschiedene Krankheitsbilder und/oder Behinderungen und damit Problemlagen zu bewältigen haben. Die von Theunissen formulierten Aufgaben bzw. Rollen, die von den Fachkräften eingenommen werden müssen (siehe Kapitel 4.4), zeigen auf, wie groß der Unterstützungsbedarf der KlientInnen in diesem Berufsfeld sein kann. Insbesondere dann, wenn in Betracht gezogen wird, wie vielfältig körperlich und geistige Behinderungen sein können (vgl. Theunissen, 2008: 19 ff.). Bei Menschen mit Behinderungen ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten vergleichbar häufig wie bei nicht behinderten Personen (vgl. ebd.). Diese Verhaltensauffälligkeiten lassen sich auf sechs Ebenen feststellen: im Sozialverhalten (fremdaggressives Verhalten, soziale Isolation), im psychischen Bereich (Ängstlichkeit, depressive Gefühle), in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten (sich beißen, Haare reißen), gegenüber Sachobjekten (Zerstören von Dingen, ritueller, stereotyper Sachumgang), somatisch-physisch (motorische Hyperaktivität, leichte Ermüdbarkeit) und im Arbeits- und Leistungsbereich (Arbeitsunlust, fehlende Ausdauer) (vgl. Theunissen, 2008: 25). Zudem können auch chronische körperliche Krankheiten oder Behinderungen

auftreten, die die Menschen in ihrem Leben massiv einschränken (vgl. Interview mit Frau B). Die Fachkräfte benötigen dafür auch ein fundiertes Wissen über Syndrome und Krankheitsverläufe, um adäquat agieren und reagieren zu können (vgl. Franz, 2014: 134). Viele KlientInnen sind zudem so beeinträchtigt, dass sie aufgrund ihrer (körperlichen) Behinderung kaum mehr in der Lage sind, überhaupt Tätigkeiten auszuführen: Die Mitarbeiterin findet sich dann in einem Verantwortungskarussell wieder, da sie plötzlich für das ganze Leben des/der KlientIn verantwortlich zu sein scheint oder es zumindest so empfindet (vgl. Interview mit Frau B). Konkrete auf die Situation bezogene Tätigkeiten sind insbesondere in der Behindertenhilfe sehr vielfältig: Bei dem Transfer zwischen Bett und Rollstuhl und umgekehrt, Unterstützung bei Nahrungsaufnahme und Toilettengängen, über Begleitung zu Ärzten bis zu Vertretung vor Behörden, z.B. dem Fachamt für Eingliederungshilfe oder Vermittlung bei Schwierigkeiten mit Angehörigen und nicht zuletzt bei psychischen Sorgen muss die Fachkraft tätig werden bzw. sein.

Um die Komplexität von Behinderungen zu verdeutlichen, werden im Folgenden drei Fallbeispiele⁶ skizziert:

Frau F., 37, ist seit ihrem 21. Lebensjahr auf einen Rollstuhl angewiesen und halbseitig gelähmt. Sie leidet an einem Schädel-Hirn-Trauma, ausgelöst durch eine Überdosis Methadon, das sie aufgrund ihrer damaligen Heroinabhängigkeit eingenommen hat. Später wurde zusätzlich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Aufgrund ihres komplexen Krankheitsbildes und der Schädigung ihrer rechten Gehirnhälfte leidet sie an einer überhöhten Reizempfindlichkeit und einer geringen Frustrationstoleranz. Wenn ihr etwas nicht gelingt, fängt sie an laut zu schreien, teilweise mit Beschimpfungen gegenüber Angehörigen oder MitarbeiterInnen der stationären Wohneinrichtung, in der sie seit einigen Jahren lebt. Sie äußert Hass gegenüber ihrem eigenen Körper und ihrer körperlichen Behinderung, die sie für sich nicht akzeptieren kann. Überdies äußert sie regelmäßig Suizidgedanken, die sie aber meist aufgrund ihrer Behinderung nicht umsetzen könnte.

Dieses Beispiel verdeutlicht die Anforderungen für die MitarbeiterInnen, die aus komplexen Krankheitsbildern resultieren: So ist Empathie und Wertschätzungen in Momenten zu zeigen, in der MitarbeiterInnen von Frau F. verbal attackiert werden, um sie auch in solchen Momenten vor selbstverletzendem Verhalten zu schützen, da sie in ihren

6 Die hier geschilderten Fallbeispiele entsprechen, in anonymisierter Form, Fällen aus eigener Praxiserfahrung

Impulsdurchbrüchen ihre eigene Körperlichkeit nicht mehr einzuschätzen und zu kontrollieren vermag. In den Momenten, in denen sie Suizidgedanken äußert und sich versucht, die Treppe hinunter zu stürzen, ist der/die MitarbeiterIn in der Pflicht, die Unversehrtheit der Person sicherzustellen, was in dem Moment jedoch gegen den aktuellen Willen der Klientin ist. Dies steht wiederum aber im Gegensatz zu der Berufsethik, die fordert, dass „keine Hilfsmaßnahme ohne die durch die freie Einsicht gewonnenen Zustimmung des Klienten einzuleiten“ (Brumlik, 2004: 211) ist.

So ist es in der Wohneinrichtung, in der sie lebt, schon einmal vorgekommen, dass Frau F. sich in einer schweren psychischen Krise in ihrem Rollstuhl die Treppe hinunter gestürzt hat.

Herr S. Ist 42, seit etwa 10 Jahren aufgrund eines Sturzes gelähmt, kann sich aber in seinem Rollstuhl recht selbstständig bewegen. Kurz vor seinem Unfall ist er aus Nigeria nach Deutschland eingewandert und spricht nur gebrochenes Deutsch. Er neigt aufgrund seiner Körperbehinderung oft zu depressiven Phasen, kann diese aber nur schwer verständlich äußern, oder äußert sie aufgrund der von ihm als schamhaft empfundenen Sprachbarriere zum Teil gar nicht.

Hier ist eine Begleitung nötig, die neben der körperlichen Pflege und dem psychosozialen Beistand in Phasen mit depressiver Verstimmung, auch eine Unterstützung im Erlernen der deutschen Sprache beinhaltet. Dies ist essentiell damit Herr S. Emotionen und Gedanken äußern kann um den MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu geben sein Wohlbefinden zu stärken.

Herr K, 52, leidet seit vielen Jahren an Multiple Sklerose und ist aufgrund dessen seit 10 Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen. Zudem leidet er seit seiner Pubertät an einer Zwangsstörung und episodisch auftretender Depression. Die Zwangsstörung hat zur Folge, dass Herr K medikamentöse Unterstützung und einen Duschstuhl verweigert, sodass er auf dem Boden hockend duscht und sich durch ruckartige Bewegungen auf den Fliesen Wunden zufügt.

Hier entsteht ein Spannungsfeld zwischen der Unterstützung seines Willens und Rechts auf Selbstbestimmung und der erforderlichen gesundheitlichen Unterstützung. Die/der MitarbeiterIn muss also ständig anwesend sein um eine Einschränkung der Selbstbestimmung des Patienten gegen die Schädigung der selbstzugefügten Verletzungen

abzuwägen. Durch das Zulassen der temporären gesundheitlichen Verschlechterung durch die Wunden wird die Autonomie des Klienten gewahrt, welches zu einer besseren psychischen Gesundheit führen kann, jedoch zu einer Verschlechterung seines körperlichen Zustands und damit eine Mehrarbeit für die MitarbeiterInnen bedeutet.

4.4.2 Die professionelle Beziehung

„Nein zu sagen, wenn man 'Nein' meint und fühlt, fällt vielen immer noch schwer, und es wird besonders den Angehörigen helfender Berufe unterstellt, dass sie dies allgemein nicht können“ (Poulsen, 2009: 14).

Die „'professionelle Beziehung' ist die tragende Grundsäule jedes Kontakts mit Klienten, und sie bewegt sich im Spannungsfeld von 'sich interessiert und engagiert einlassen auf die Lebenswelt des Klienten und sich abgrenzen und distanzieren zu können'“ (Poulsen, 2009: 14).

Wie in den meisten Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit, so ist auch die Beziehungsarbeit in der Behindertenhilfe von zentraler Bedeutung. KlientInnen haben schweres persönliches Leiden zu tragen oder sind aufgrund ihrer Behinderung von vielen Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen. Das auszuhalten und sich nicht von persönlichen Gefühlen wie Mitleid leiten zu lassen, ist als große Herausforderung zu sehen: „Den Unterschied zu kennen von Mitgefühl und Mitleid in schwierigen Lebenssituationen von Klienten, die einen selbst berühren, ist existenziell für die eigene Psychohygiene, um weiterhin professionell die Beziehung halten zu können und sich nicht von anfänglicher Begeisterung für den Beruf in Verdrossenheit wieder zu finden und seinen Abschied vorzubereiten“ (ebd.).

Überdies werden viele KlientInnen über Jahre oder sogar Jahrzehnte begleitet (vgl. Interview mit Frau B). Da der Kontakt nicht auf einen kurzen Beratungstermin beschränkt ist,

sondern bspw. in der stationären Behindertenhilfe tiefe Einblicke in jegliche Formen psychischer und physischer Krisen gegeben werden, gilt es eine professionelle Beziehung aufzubauen, die solche Krisen für die KlientInnen aushaltbar machen.

Die eigene Persönlichkeit fließt in die Beziehung zu den KlientInnen mit ein und kann sogar als wichtigstes Instrument gesehen werden (vgl. Poulsen, 2009: 14), da die MitarbeiterInnen oftmals den einzigen sozialen Kontakt der KlientInnen darstellen (vgl. Interview mit Frau B). So haben die Fachkräfte, protektive soziale Faktoren zu schaffen und selbst auch einer zu sein. „Protektive soziale Faktoren beziehen sich insbesondere auf die Verfügbarkeit einer (außerfamiliären) Vertrauensperson für emotionale Unterstützung in Belastungssituationen sowie auf das Vorhandensein von „Enabling niches“⁷ (Taylor, 1997 zit.n. Theunissen, 2009: 39), zum Beispiel tragfähiger sozialer Netzwerke durch [...] (psycho-) soziale Dienstleistungssysteme“ (ebd).

Empathiefähigkeit, Engagement und Interesse am Menschen werden immer wieder abgefragt und herausgefordert (vgl. Poulsen, 2009: 14). Die Fachkräfte werden aber in ihrer Ausbildung kaum bis gar nicht darauf vorbereitet mit ihrer eigenen 'Helfer-Persönlichkeit' zu arbeiten (vgl. ebd.). Die Abgrenzung fällt zudem oft schwer, wenn KlientInnen MitarbeiterInnen nach dem Feierabend noch bitten 'was kleines für sie zu erledigen'. Hier sind die Fachkräfte in hohem Maße gefordert, ein professionelles Nähe-Distanz-Verhältnis zu wahren, um sich abgrenzen und auch „nein“ sagen zu können.

„Sich einlassen und abgrenzen können- ein täglicher Spagat, den Fachkräfte durchzuführen haben“ (ebd.). Um sich dahingehend nicht zu verausgaben und persönlich-individuelle Grenzen reflektieren zu können, gibt es Supervision und kollegiale Unterstützung, die aber in vielen Teams mangelhaft ist oder sogar ganz fehlt (vgl. ebd. und vgl. Interviews mit Frau A und Frau B). In der professionellen Beziehung zu AdressatInnen der Behindertenhilfe ist aber auch das Abhängigkeitsverhältnis zu nennen, das es in der Arbeit mit dem/der KlientIn zu thematisieren gilt: Begleitung und Teilhabe treten nun im Gegensatz zum einstigen Modell des/der fürsorglich-behütenden Helfers/Helferin in den Vordergrund und fordern neue Aufgaben im Sinne des Empowerments, ohne die Abhängigkeit der AdressatInnen an die MitarbeiterInnen beseitigen zu können (vgl. Franz, 2014: 67). Dieses Verhältnis ist aber nicht das einzige Spannungsfeld, was es für MitarbeiterInnen auszubalancieren und auszuhalten gilt: Das Empowerment macht einen „Dienst am Nächsten“ erforderlich, in dem

7 „Enabling niches“ können hier mit „haltgebende Strukturen“ übersetzt werden

die Fachkraft dem behinderten Menschen 'assistieren' und 'befähigen' soll, doch „andererseits hat er in dieser Funktion zugleich auch gesellschaftliche Interessen zu vertreten bzw. dem Staatwesen oder einer subsidiären Instanz (Organisation, Wohlfahrtsverband, Institution) zu dienen“ (vgl. Theunissen, 2009: 63). So sind MitarbeiterInnen stets in dem Konflikt, die Interessen beider „Parteien“ (Klientel vs. Institution) gegeneinander abzuwägen.

Um diesen Konflikt auch mit den KlientInnen kommunizieren zu können, benötigen Fachkräfte auch Kenntnisse über sozialrechtliche Möglichkeiten und Grenzen in dem jeweiligen Handlungsfeld, um ihre KlientInnen professionell unterstützen zu können (vgl. Galuske, 2011: 49).

4.5 Die Gefahr von Burnout für Fachkräfte in der Behindertenhilfe

Die vorangegangenen Kapitel verdeutlichen, welchen hohen Anforderungen die MitarbeiterInnen gewachsen sein müssen, um professionell im Sinne ihrer Klientel zu arbeiten. Unter Bezugnahme der Sechs-Faktoren-Liste von Maslach zeigt sich, dass der Behindertenhilfe in ihrer inhaltlichen Arbeit und in ihren Rahmenbedingungen ein erhöhtes Risiko innewohnt, dass dort tätige Fachkräfte an Burnout erkranken. Doch spielen bei der Entstehung von Burnout, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, auch intrapsychische Faktoren eine Rolle.

Das IMVR (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität Köln) führte von Oktober 2004 bis September 2006 eine Studie zu diesem Thema durch. Die Forschenden gingen der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen der

Persönlichkeit des Helfers und einer Burnout-Erkrankung gibt⁸. Der Fokus der Untersuchung wurde auf den Einfluss der individuellen Kontrollüberzeugung auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit gesetzt. So wurde unter anderem der subjektiv empfundene Einfluss unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale untersucht (vgl. Versorgungsforschung Deutschland, 2006). Hierzu wurden pädagogisch tätige MitarbeiterInnen aus sechs Einrichtungen der Behindertenhilfe anonym und postalisch befragt, wovon 175 Fragebögen in die Untersuchung mit einfließen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich fast ein Drittel der pädagogischen MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe ein- bis mehrfach im Monat emotional erschöpft und chronisch ausgebrannt fühlen würde und etwas über 7 Prozent fühlten sich sogar mehrmals die Woche bis täglich chronisch ausgebrannt und zeigten damit eine erhebliche Burnout-Symptomatik. Auffällig war hier, dass Männer sich in höherem Maße emotional erschöpft fühlen als die Frauen in der Untersuchung (vgl. ebd.).

MitarbeiterInnen zeigten ein 3-fach erhöhtes Risiko emotionaler Erschöpfung, wenn die externale Kontrollüberzeugung, also die Überzeugung der MitarbeiterInnen eintretende Ereignisse nicht durch ihr eigenes Verhalten zu beeinflussen, als hoch bewertet wurde. Wenn der eigene Tätigkeitsspielraum als gering eingeschätzt wurde, neigten sie Befragten 2-fach häufiger zu der Einschätzung, dass ihre eigene Arbeit wenig bedeutsam gesehen werden würde. Auch wurden die MitarbeiterInnen befragt, wie sie ihre Unterstützung durch die Leitung wahrnahmen. Hier zeigte sich, dass die MitarbeiterInnen, welche die Unterstützung durch die Leitung als gering ansahen, ein fast vierfach erhöhtes Risiko hatten, an emotionaler Erschöpfung zu leiden und auch fast doppelt so häufig dazu neigen, die Bedeutung ihrer Arbeit als gering einzuschätzen (vgl. ebd.)

8 Da in dieser Studie ausschließlich MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe befragt wurden, wird diese Studie an dieser Stelle vorgestellt und nicht in Kapitel 3

5. Erfahrungen aus der Praxis - ein leitfadengestütztes Interview

Durch die Beispiele und Erläuterungen im 4. Kapitel, wurde deutlich wie viele Aufgaben und Funktionen die MitarbeiterInnen in der Behindertenhilfe zu erfüllen haben. Um daraus einen Rückschluss zu dem im ersten Kapitel erläuterten Burnout-Syndroms ziehen zu können, wurden Interviews mit 3 MitarbeiterInnen mit Tätigkeit im Fachbereich der Behindertenhilfe (Sozialpädagogin, Erzieherin, Heilerzieher) geführt. Diese Interviews werden in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt. Darauf erfolgt eine Interpretation dieser, um einen Zusammenhang zwischen den Anforderungen für Fachkräfte und dem Phänomen Burnout feststellen zu können.

5.1 Auswahl der Methode

Für die Durchführung der Interviews wurde eine qualitative Methode gewählt. Da einige Zahlen bereits vorliegen, soll der Fokus der Forschung auf den Inhalt der Arbeit gelegt werden, welcher durch ein Interview am besten ausgeführt und dargestellt werden kann. Für die Interviews dieser Arbeit wurde die Methode des problemzentrierten Interviews gewählt, da sich die Forschungsfrage am besten mit den Grundpositionen dieser Interviewmethode bearbeiten lässt.

Beim problemzentrierten Interview geht es um eine „möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (vgl. Witzel, Andreas 2000). In Abgrenzung etwa zum ExpertInnen Interview soll es hier weniger um eine professionell-reflektierte Positionierung einer Thematik gehen, sondern um die individuell erlebte Problematik burnoutähnlicher Symptome und die Schilderung eines stressdurchzogenen Berufsalltag, deren Schilderung Rückschlüsse auf die Entwicklung von erhöhtem Stress und Burnout zulasse.

5.1.1 Das problemzentrierte Interview

Nach Witzel (1982, 1985) zielen die Konstruktionsprinzipien des problemzentrierten Interviews⁹ „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (vgl. Witzel, Andreas: 2000) ab. Das PZI basiert auf drei Grundpositionen: Die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung (vgl. ebd.). Problemzentrierung bedeutet, dass sich das Interview vorwiegend an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung (Burnout) und die Organisation des Erkenntnis- und Lernprozesses (Vorinterpretation) zulässt. Daher wurde sich schon vor der Erstellung des Leitfadens für die Interviews mit den Theorien und Erkenntnissen über das Burnout-Syndrom und auch die alltägliche Arbeit in der Behindertenhilfe beschäftigt. Hierbei nutzt der Interviewer Vorwissen sowie die objektiven Kenntnisse von Rahmenbedingungen, um die Aussagen der Befragten nachvollziehen und am Problem orientierte Fragen bzw. Nachfragen stellen zu können (vgl. ebd.). Das Problem bezieht sich im Falle dieser Arbeit auf die Belastungen im Berufsalltag der Behindertenhilfe und die daraus potenziell resultierenden burnoutähnlichen Symptome. Die vorgängige Kenntnisname der objektiven Rahmenbedingungen entspricht dem untersuchten Berufsfeld der Behindertenhilfe, die in Kapitel 4 aufgezeigt und erläutert wurden.

Unter der Gegenstandsorientierung ist die Flexibilität der eingesetzten Gesprächstechniken, um einen Gegenstand möglichst genau zu erfassen, zu verstehen. Dem Interviewer ist es so möglich, genauer auf die unterschiedlich ausgeprägte Reflexivität und Eloquenz der Befragten einzugehen (so am Beispiel von Frau B, wo die Erfahrungen mit Burnout schon einige Zeit zurück liegt) und so eher eine narrative oder durch Nachfragen unterstützende Dialogweise zu wählen (vgl. ebd.). Bei der Vorauswahl der InterviewpartnerInnen wurde eine Person ausgewählt, die bereits eine Burnout-Erkrankung hatte, daher wurde in diesem Themenbereich eine narrative Erzählweise unterstützt, um mehr über das persönliche Empfinden des Krankheitsverlaufs und -ausbruchs zu erfahren.

Unter Prozessorientierung fasst Witzel den gesamten Forschungsverlauf und insbesondere die Vorinterpretation zusammen. Wenn der Interviewer für einen sensiblen und

⁹ Im Folgenden wird das problemzentrierte Interview mit PZI abgekürzt

akzeptierenden Kommunikationsprozess sorgt, welcher primär auf die Rekonstruktion von Orientierung und Handlung zentriert ist, soll bei den Befragten eine Vertrautheit entstehen. Diese ermöglicht eine freie und offene Narration, welche die Erinnerungsfähigkeit fördert und zur Selbstreflexion motiviert. Indem die Befragten ihre Problemsicht frei, jedoch mit Unterstützung des Interviewers schildern, können im „Laufe des Gesprächs immer wieder neue Aspekte zum gleichen Thema, Korrekturen an vorangegangenen Aussagen, Redundanzen und Widersprüchlichkeiten“ (vgl. ebd.) auftreten. Dies ist im Vergleich zu anderen Interviewformen durchaus erwünscht, da Redundanzen und Widersprüchlichkeiten „interpretationserleichternde Neuformulierungen“ enthalten und/oder ambivalente und unentschlossene Einstellungen des Interviewten widerspiegeln. Diese können noch während des Interviews aufgegriffen und besprochen werden (vgl. ebd.). Dadurch wird der/die Befragte nicht gedrängt, „isolierte Fragen auf isolierte Antworten“ geben zu müssen. Um die subjektiv empfundenen Belastungen im Berufsalltag und Burnout-Erfahrungen der Befragten möglichst detailreich zu erfahren, wurde aus den oben genannten Gründen die Form eines problemzentrierten Interviews für die Befragung der drei InterviewpartnerInnen gewählt.

5.1.2 Theoriegeleitete Begründung der Fragestellung im Leitfaden

Um eine schnellere und systematisch schon vorstrukturierte Auswertung vornehmen zu können, wurden bei der Erstellung des Leitfadens für die Interviews, die Fragen thematisch in vier Themenblöcke unterteilt.

Im ersten Themenblock geht es um die persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit. Angepasst an das individuelle Auftreten von Symptomen oder dem Krankheitsbild, wurde dieser Themenbereich etwas ausführlicher bearbeitet bzw. kürzer gehalten. Um darzulegen, inwieweit Arbeitsstrukturen und die Rahmenbedingungen (z.B. Schichtdienst oder feste Arbeitszeiten) die Einstellung der MitarbeiterInnen beeinflussen, floss dies im zweiten Themenblock mit ein. Schwerpunkt der Thesis und der Interviews sind die Besonderheiten in der Behindertenhilfe, insbesondere mit dem Klientel, weswegen hier Fragen gestellt wurden, die eher auf eine narrative Erzählweise der Interviewten abzielen, um auch die Arbeitssituation und Arbeitsweisen darlegen zu können. Allerdings sollen aber sowohl Arbeitsstrukturen als auch die (fehlende) Unterstützung durch das Team und die Leitung erfragt werden. Somit wurden folgende Leitfragen zum jeweiligen Themenblock erstellt:

Themenbereich 1: Persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit

Fragen: Kannst du¹⁰ beschreiben, wie du dich nach einem langen Tag auf der Arbeit fühlst? Warst du schon mal aufgrund von Burnout krankgeschrieben? Denkst du noch im privaten Rahmen an die Arbeit? Denkst du dabei an die Lebenssituation und Problemlagen der Klienten? Hast du das Gefühl die Belastungen nehmen zu?

Themenbereich 2: Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe

¹⁰ Da die Befragten dem Interviewer persönlich bekannt waren/sind, wurde im Interview die Du-Form für das Stellen der Fragen benutzt

Fragen: Wie viele Überstunden hast du im Durchschnitt im Monat? Machst du Nachtdienste? Wie lange geht der Nachtdienst? Wie oft machst du Nachtdienst?

Themenbereich 3: Arbeit mit dem Klientel in der Behindertenhilfe

Fragen: Wie unterscheidet sich die Behindertenhilfe von anderen Gruppen Sozialer Arbeit? Was macht das Klientel in der Behindertenhilfe speziell? Hat sich das Klientel in den letzten Jahren verändert? Wirst du von KlientInnen auch abgelehnt? Wenn ja, wie ist dein Umgang damit?

Hat das Mitgefühl den KlientInnen gegenüber in den letzten Jahren abgenommen? Wenn ja, warum deiner Einschätzung nach? Kannst du ein Beispiel nennen, für die letzte Situation mit einem/r KlientIn, die dir viel Kraft genommen hat oder besonders belastend war?

Themenbereich 4: Teamarbeit

Fragen: Fühlst du dich im Team unterstützt? Wenn ja, wie sieht die Unterstützung konkret aus? Was würdest du dir mehr an Unterstützung wünschen? Fühlst du dich in belastenden Situationen von der Leitung unterstützt? Inwieweit unterstützt dich die Leitung? Spürst du einen erhöhten Leistungsdruck über die Jahre? Wie oft gibt es Supervision? Bietet die Supervision Raum, über eigene Belastungen sprechen zu können?

5.1.3 Vorstellung der InterviewpartnerInnen

Wie in Kapitel 4.1 beschrieben, gilt als Leitziel der Arbeit mit Menschen mit Behinderung die Inklusion. Beispielhaft wurden daher zwei MitarbeiterInnen einer teilstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe nach SGB XII §§ 52, 53 befragt. Diese Einrichtung ist deshalb beispielhaft, da sie sehr zentral im Ballungszentrums Hamburgs ist und das Haus ein sechsstöckiges Mehrfamilienhaus ist, in dem nicht nur Menschen mit Behinderung leben, sondern auch 'normale' MieterInnen und somit den Inklusionsgedanken umsetzen. Der

dritte Interviewpartner arbeitet in einer Tagesförderstätte für Menschen mit schwerst-
 mehrfach Behinderungen. Dieser wurde befragt, damit die Arbeitsbelastungen, die in der
 Thesis bearbeitet werden, nicht auf Wohneinrichtungen beschränkt sind, sondern auch auf
 den Arbeitsbereich der AdressatInnen. Bewusst wurde ein männlicher Interviewpartner
 ausgewählt, um damit innerhalb der Interviews auch das berufsfeldbetreffende
 Geschlechterverhältnis widerzuspiegeln¹¹. Ebenso wurden die InterviewpartnerInnen nach
 unterschiedlichem Alter befragt, um möglichst umfassende und unterschiedliche Erlebnisse
 zu erfahren, die auch auf einer unterschiedlich langen Berufserfahrung basieren.

Ausgewählt wurde speziell eine Mitarbeiterin, die vor einigen Jahren schon an Burnout
 erkrankt ist, und so Symptome, mögliche Ursachen beschreiben und ihren Krankheitsverlauf
 schildern konnte. Die beiden anderen InterviewpartnerInnen waren nicht aufgrund von
 Burnout krankgeschrieben, um eine unvoreingenommene Sichtweise zum Thema darstellen
 zu können. Frau A, 34, ist Erzieherin und seit 10 Jahren in der Behindertenhilfe. Sie strebe
 aufgrund des Schichtdienstes aber einen zeitnahen beruflichen Wechsel an.

Frau B, 52, ist Sozialpädagogin und Krankenschwester und arbeitet seit 11 Jahren in ihrer
 jetzigen Arbeitsstelle, ebenfalls einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung. Sie
 arbeitet momentan auf 30 Stunden und hat schon Erfahrungen in anderen Bereichen
 sozialer Arbeit, unter anderem Stadtteilarbeit. Herr C, 25, hat vor kurzem eine Ausbildung
 zum Heilerzieher abgeschlossen und arbeitet aktuell in einer Tagesförderstätte für
 Menschen mit schwerst¹²- und mehrfach Behinderungen mit 30 Stunden.

11 Das Geschlechterverhältnis besteht bei den Interviews somit aus einem Verhältnis von 2:1, was allerdings
 nicht dem tatsächlichen Geschlechterverhältnis in der Ausbildung und Praxis Sozialer Arbeit entspricht.
 Dies liegt etwa bei 2 zu 5 (vgl. Poulsen, 2009: 35).

12 Zur Definitionsproblematik des Begriffs „schwerst“-Behinderung vgl. Fornefeld, 2008: 156

5.2 Auswertung der Interviews

Wie in 5.1.2 beschrieben, erfolgte sowohl die Fragestellung als auch die Auswertung in vier Themenbereiche unterteilt. Die Auswertung erfolgte zunächst über ein Postskriptum, welches zeitlich direkt nach dem Interview erstellt wurde, das Gedanken und Notizen des Interviewers enthält. Darauf wurden die Interviews transkribiert¹³ und dann die Kernaussagen der Befragten zusammengefasst. Abschließend erfolgt eine Interpretation der Kernaussagen.

5.2.1 Themenkomplex 1: Persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit

Frau A: Frau A schildert, dass sie in den letzten Jahren ihre Stundenzahl von 30 auf 34 aufgestockt habe, da sie sowieso mehr gearbeitet hätte während ihres 30-Stunden Vertrages. Frau A gab an, sie wollte nach 10 Jahren die Behindertenhilfe verlassen und in der Kita arbeiten. Hierfür seien hauptsächlich der Schichtdienst und die Anstrengungen auf der Arbeit die ausschlaggebenden Gründe. Nach einem langen Arbeitstag fühle sie sich genervt, müde und erschöpft und habe „keine Lust mehr auf irgendetwas“.

Aufgrund von Burnout sei sie aber noch nie krankgeschrieben gewesen. Nach Dienstende denke sie nicht mehr an die Arbeit, der genervte und erschöpfte Zustand halte aber an.

Frau B: Frau B sei vor etwa acht Jahren an Burnout erkrankt. Es sei neben Erschöpfung und Überforderung vor allem zu körperlichen Symptomen gekommen; Sie habe unter einer massiven Lungenentzündung gelitten, von der sie sich nicht mehr erholte habe. Die

¹³ Siehe Anhang

psychische Erschöpftheit und die nicht mehr vorhandene Konzentrationsfähigkeit habe immer mehr zugenommen. Sie habe sich dann Unterstützung geholt, was aber schwierig gewesen sei, aufgrund der langen Wartezeiten für einen Therapeuten. Das Warten darauf habe die „nicht mehr vorhandene Kraft überstrapaziert“. Von der Bereichsleitung seien ihr dann noch Steine in den Weg gelegt worden. Damals sei die jetzige Wohneinrichtung, in der Frau B arbeitet, neu aufgezogen worden und alle Klienten, von denen es Anfragen gab, seien aufgenommen worden. Die geforderte Betreuungssituation sei unrealistisch gewesen, zusätzlich seien hohen Erwartungen auch von den Angehörigen ausgegangen. Alle Kollegen¹⁴ hätten „in der Anfangsphase ihr Bestes gegeben“, sodass nicht auf eine erhöhte Zahl von Überstunden geachtet wurde. Sie habe „weit über 200 Überstunden“ gehabt, später seien andere Kollegen ausgefallen, wodurch doppelt- und dreifach Schichten notwendig gewesen seien. Das größte Problem, besonders in der Anfangsphase sei gewesen, dass es kein Bezugssystem der Betreuung gegeben habe, weshalb sich jeder Mitarbeiter für jeden Klienten verantwortlich gefühlt habe. Nach der Arbeit sei das Gefühl geblieben, „nichts getan zu haben“, obwohl den ganzen Tag gearbeitet wurde. Das Gefühl, „nicht zu genügen“, sei ihr in Erinnerung geblieben. Frau B habe dann zusätzlich Probleme mit der Mutter eines Klienten gehabt, die den Mitarbeitern unterstellt habe, ihr Kind nicht richtig zu pflegen, was Frau B sehr nahe gegangen ist, da sie sich pflegerisch als sehr professionell einschätze.

Nach der Arbeit sei sie dann so erschöpft gewesen, dass sie kaum noch Freizeitaktivitäten nachgehen konnte. Innenpolitisch habe sich beim Träger viel verändert, was noch dazu gekommen sei. Sie habe das Gefühl gehabt, es stürze alles über sie ein.

Heute sei dies besser, da mehr auf freie Tage geachtet werde. Es sei aber noch weit entfernt von einer Burnout Prophylaxe. Von Menschen in ihrem Bekanntenkreis fühle sie sich mit dem Inhalt ihrer Arbeit unverstanden, da es entfernt von ihrer Lebenswelt sei.

Herr C: Nach einem langen Arbeitstag fühle sich Herr C erschöpft, müde und genervt. Wenn es einem Klienten gesundheitlich schlecht ginge, würde Herr C öfter im privaten Rahmen an die Arbeit denken, ansonsten schaffe er es, sich gut abzulenken.

14 In der Auswertung der Interviews wird der generische Maskulin dann verwendet, wenn dieser von den InterviewpartnerInnen auch genutzt wurde, um eine möglichst genaue Wiedergabe der Schilderungen nicht zu verfälschen.

5.2.2 Themenkomplex 2: Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe

Frau A: Frau A. habe dadurch dass sie im Schichtdienst und in zwei Wohnhäusern arbeitet, kaum Überstunden. Zwei bis dreimal im Monat mache sie Nachtdienste, die jeweils 16 Stunden dauern. Ob die Belastungen im Berufsalltag zunehmen, könne Frau A nicht genau sagen, es hänge von dem jeweiligen Träger der Einrichtung ab. Sie schätze aber, dass die Belastungen zunehmen, weil Sparmaßnahmen auch das Personal betreffen würden.

Frau B: Die Überstunden würden sich bei Frau B immer phasenweise aufbauen, momentan habe sie unter 90 Überstunden. Früher habe sie über 200 Überstunden gehabt. Frau B müsse auch Nachtdienste machen, die eine Bereitschaftszeit beinhalten, die von 23.30 bis 5.30 Uhr gehen. Eine gesamte Nachtschicht von 18 Uhr bis 6 Uhr am Folgetag werde mit 12 Arbeitsstunden abgerechnet, unabhängig davon ob in der Nacht tatsächlich gearbeitet werden müsse, weil eine Klientin einen Notfall habe.

Herr C: Überstunden mache Herr C kaum, da die Arbeitszeiten bei ihm (In der Tagesförderstätte) geregelt seien. Die Dokumentation (Fußnote im Interview eigentlich im vierten Teil) werde mehr und koste sehr viel Zeit und Energie. Das Einhalten der Dokumentation werde von der Leitung forciert.

5.2.3 Themenkomplex 3: Die inhaltliche Arbeit in der Behindertenhilfe

Frau A: Ein Hauptmerkmal in der Behindertenhilfe sei nach Frau As Einschätzung, die Undankbarkeit der KlientInnen, die den MitarbeiterInnen gegenüber deutlich werde. Die Arbeit in anderen Bereichen sozialer Arbeit schätze sie als fröhlicher ein, da in der Behindertenhilfe viele Menschen sehr krank sein. Man begegne Menschen, die depressiv seien und die sehr viel Leid zu tragen haben. Die Arbeitsabläufe in dem Bereich, seien gleichbleibend, mit sehr viel Routine.

Ablehnung von KlientInnen gegenüber MitarbeiterInnen nehme sie nicht persönlich, sie weise sie im extremen Falle daraufhin, dass der/die KlientIn sich nicht angemessen verhalte. Die Empathie gegenüber den KlientInnen habe im Verlauf der Jahre abgenommen, da sie sich daran gewöhnt habe. Auch bei sehr schlimmen Krankheiten stumpfe man ab.

Als nervlich belastend empfinde sie besonders eine Klientin, die laut schreie, sich nicht mehr beruhigen lasse, und Frau A dann in der Situation mit ihr bleiben müsse. Insbesondere bei Nachtdiensten sei dies sehr stressig.

Frau B: Ein Grundphänomen in der Behindertenhilfe sei die fehlende Resonanz der Klienten, besonders dadurch dass die Arbeit mit den Klienten alltäglich sei. Nach Ansicht von Frau B, würden sich die Klienten noch zusätzlich an den MitarbeiterInnen abarbeiten, man sei dann Projektionsfläche und werde noch angeschrien¹⁵.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Arbeit sei die Beziehung zu den Klienten. Hier werde vor allem über Vertrauen gearbeitet, um den Klienten ein selbstständiges Leben zu ermöglichen. Die Begleitung der Klienten erfolge meist über einen langen Zeitraum. Neben der Einschränkung durch körperliche Behinderungen werden die Menschen auch älter, wodurch chronische Erkrankungen zunehmen würden. Besonders körperlich würden die Klienten immer mehr abbauen. Meistens seien die sozialen Kontakte der KlientInnen auf die MitarbeiterInnen beschränkt. Das Berufsfeld habe sich insofern in den letzten Jahren geändert, als das auch Menschen mit psychischen Behinderungen dazukämen. Schwierig

¹⁵ Hier hat sich der Inhalt mit dem Themenblock 1 im geführten Interview überschneiden. Zur inhaltlichen Strukturierung wurde der Punkt aber nach der Auswertung in dem Kapitel 5.2.3 angefügt.

seien auch die verschiedenen Formen von Behinderungen, die sich vermischen bei manchen Klienten. Klienten in dem Wohnhaus, indem Frau B arbeitet, hätten als Diagnosen unter anderem Borderline, Psychosen oder Traumata.

Bei manchen Klienten würde sie Ablehnung erfahren, welche Frau B dann gar nicht sehen wollen.

Die Empathie gegenüber Klienten habe nicht abgenommen, aber Frau B habe gelernt, eigene Grenzen für sich zu setzen. Belastend empfinde sie oftmals das Klingeln des vorhandenen Notrufsystems im Wohnhaus, das teilweise von Klienten missbraucht werde. Momentan rühre sie die Situation eines Klienten an, den Frau B seit Jahren eng betreut habe, der im Wohnhaus versterben werde. Sie mache sich Sorgen, trotz installierter Hilfe, dass es nicht so klappt wie erhofft. Belastend seien zudem die verbalen Übergriffe einer Klientin, die „unter der Gürtellinie“ seien. Diese würden sie oftmals an ihre Grenzen treiben. Manchmal¹⁶ habe sie ein schlechtes Gewissen, weil zusätzliche Betreuungen, trotz Wünsche der Klienten dann nicht machbar seien, obwohl sie sinnvoll wären. Zur Versorgung der Klienten zähle nicht nur eine Rollstuhlversorgung, sondern auch alles, was das Leben sonst betrifft. Zusätzlich würden noch „administrative Geschichten“ kommen. Man sei sowohl für den sozialen und grundpflegerischen Bereich zuständig, als auch für sozialrechtliche Belange. Komplex sei auch die Beratung derjenigen Klienten, die keinen gesetzlichen Betreuer haben.

Herr C: Die Arbeit in der Behindertenhilfe mache Herrn C großen Spaß, da ihm sehr viel Lebensfreude begegne. Im Vergleich zu anderen Feldern Sozialer Arbeit sei das Besondere in der Behindertenhilfe die eingeschränkte Kommunikation zu manchen Klienten, die sich verbal nicht äußern können. Er leite eine Gruppe von 5-7 Klienten alleine, von denen 3 im Rollstuhl seien. Die Hauptaufgabe bei Klienten, die sehr stark körperlich eingeschränkt sind, liege darin, ihnen eine Teilhabe am Alltagsablauf zu ermöglichen. Herr C organisiere und gestalte den gesamten Tagesablauf für die Klienten und sei dann für die Klienten 'rundum' verantwortlich. Manchmal gäbe es auch körperliche Übergriffe von Klienten auf Mitarbeiter, dies sei ihm aber selbst noch nicht passiert. Ablehnung von Klienten würde er nicht erleben. Als Herr C Berufseinsteiger war, fiel es ihm schwer gedanklich abzuschalten. Insbesondere

16 Hier hat sich der Inhalt mit dem Themenblock 3 im geführten Interview überschritten. Zur inhaltlichen Strukturierung wurde der Punkt aber nach der Auswertung in dem Kapitel 5.2.3 angefügt.

die körperlichen Einschränkungen von einigen Klienten hätten ihm zu schaffen gemacht. Die Situation eines Klienten, der eine schwierige Familiensituation zuhause habe, habe ihn sehr mitgenommen.

5.2.4 Themenkomplex 4: Teamarbeit

Frau A: Frau A fühle sich teilweise im Team bei stressbelasteten Situationen nicht unterstützt. Es störe sie vor allem, dass es keine klare Pausenregelung gibt, in der sie abschalten könne. Von den räumlichen Bedingungen her sei es nicht möglich, eine Pause gut zu machen und sich abzugrenzen. Von der Leitung fühle sie sich „nicht so richtig“ unterstützt. Das liege vor allem daran, dass die Leitung den Bürojob mache. In einem Nachtdienst, wo Frau A nachts eine Klientin unterstützen musste, wurde ihr von der Leitung nicht erlaubt, die geleistete Arbeit in der Nacht stundenmäßig gutgeschrieben zu bekommen. Es sei anstrengend, dass bei Urlaub von KollegInnen oder bei Krankheitsausfall, erwartet werde, dass Frau A einspringen muss. Das werde voraus gesetzt und ihr bliebe nichts anderes übrig, als das hinzunehmen. Supervision gäbe es in dem einen Wohnhaus gar nicht mehr, weil das Team sich entschieden habe, dass es nichts bringe. In dem anderen Wohnhaus gäbe es Supervision unregelmäßig, etwa alle drei Wochen. Die Supervision biete Raum über eigene Situationen zu sprechen, der werde aber nicht von Frau A genutzt.

Frau B: Die Unterstützung im Team hänge davon ab, mit wem sie zusammen arbeite. Es helfe ihr besonders, wenn zu zweit an Situationen heran gegangen werden könne und nicht alleine. Dies schütze sie auch davor, die Fassung zu verlieren und mache die Situation komfortabel. Zusätzliche Ausflüge mit KlientInnen seien schwierig, weil dies im Zeitbudget nicht eingeplant sei und von der Leitung darauf geachtet werde, dass nicht zu viele Überstunden gemacht werden.

Herr C: Die Atmosphäre in dem Team von Herrn C wird von ihm als sehr gut beschrieben. Als er noch Praktikant in der Einrichtung gewesen sei, habe es allerdings Probleme mit der damaligen Leitung gegeben. In stressigen Situationen fühle sich Herr C im Team unterstützt.

5.3 Interpretation der Interviews

Im Verlauf des Interviews erläuterte Frau B, wie es damals zu ihrer Burnout-Erkrankung kam, nämlich durch die Aufbauphase innerhalb der neuen Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung. Die Motivation innerhalb des Teams und die Erwartungshaltung der Angehörigen an die Wohneinrichtung seien hoch gewesen. Viele Überstunden wurden gemacht und es herrschte Unklarheit in einigen internen Arbeitsstrukturen, insbesondere über die Zuständigkeit der Klientinnen. Das spiegelt die Darstellung der ersten Phase des Burnouts aus Kapitel 2.3 wieder. Ebenso das von Frau B geschilderte Gefühl, nichts geschafft zu haben. Die Motivation und die Konzeptlosigkeit der Einrichtung sind hier die Ursache für: Dadurch, dass Aufgabenbereiche nicht eingegrenzt sind, erscheinen die Aufgaben grenzenlos und wecken damit in den Betroffenen das schlechte Gewissen, das viel Arbeit liegenbleibt, was faktisch auch so ist, da MitarbeiterInnen nicht wissen, was der genaue Inhalt ihrer Arbeit ist oder zu sein hat.

Auch die daraus resultierende körperliche Erkrankung, in ihrem Falle eine starke Lungenentzündung, kann als Zeichen für einen typischen Burnoutverlauf gesehen werden. Müdigkeit und Genervtheit in Folge eines langen Arbeitstages wurden auch von Frau A und Herrn C genannt, beide wurden aber nicht aufgrund von Burnout krankgeschrieben, zeigen aber womöglich erste Anzeichen für erhöhten Stress. Bei Frau A seien die Rahmenbedingungen der Arbeit (in ihrem Falle der Schichtdienst) aber Grund für einen Wechsel in einen anderen Bereich sozialer Arbeit (Kindertagesstätte). Die Erfahrungen von Herrn C unterscheiden sich in Bereich (Wort) etwas stärker von denen von Frau A und Frau B gemachten, das mag daran liegen, dass er in einer Tagesförderstätte arbeitet und nicht in einer Wohneinrichtung, und sich daher nicht nur die Rahmenbedingungen (feste bzw. nicht feste Arbeitszeiten) sondern auch die KlientInnen (Menschen mit schwerst und mehrfach Behinderungen und Menschen mit seelischer Behinderung bspw.) unterscheiden. So erwähnt Herr C im Themenblock 3 eine Lebensfreude, die von den KlientInnen ausginge, während Frau A und Frau B beide von großer Undankbarkeit im Zusammenhang mit ihrer Arbeit sprachen. Beide sprachen auch von einer Alltäglichkeit und Routine in der Arbeit, die von Herrn C nicht erwähnt wurde, auch wenn sich Arbeitsabläufe in einer Tagesförderstätte auch wiederholen.

Frau B nannte als wichtigen Punkt der inhaltlichen Arbeit die Beziehung zu den KlientInnen (siehe dazu Kapitel 4.4.2) und dabei spiele das Vertrauen eine große Rolle. Aufgrund von chronischen Leiden, die im Laufe der Jahre zunehmen, würden Behinderungen und Krankheiten sich verschlechtern und die Arbeit damit verkomplizieren. Wie von Frau B geschildert, werde in ihrer Wohneinrichtung die Sterbebegleitung eines Mannes gemacht, den sie schon seit Jahren eng begleitet. Zudem leben Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Borderline, Psychosen und Trauma in der Wohneinrichtung. Dies verdeutlicht die Komplexität der Anforderungen, die durch die verschiedenen Bedarfe entstehen und wie emotional unterschiedlich die MitarbeiterInnen hier gefordert sind: Zum Einen als PflegerIn im palliativen Sinne, auf der anderen Seite als AnsprechpartnerInnen bei schweren psychischen Krisen (wie sie etwa aufgrund von Borderline vorkommen können). Beides erfordert einen jeweils anderen Zugang zu verschiedenen Aspekten von Emotionalität. Auch seien MitarbeiterInnen eine Projektionsfläche, da viele Menschen dort kaum mehr andere soziale Kontakte haben; somit werden auch besonders innere Konflikte mit den MitarbeiterInnen ausgetragen, um sie überhaupt austragen zu können. Frau A schilderte, dass sie im Laufe der Jahre abgestumpft sei, während Frau B noch immer ihre Empathie für KlientInnen aufbringen könne.

Ein weiterer Aspekt, der in der Behindertenhilfe zum Tragen kommt, ist die Möglichkeit, verbalen und körperlichen Übergriffen ausgesetzt zu sein. Frau B und Herr C berichteten beide, dass solche Übergriffe in ihren jeweiligen Arbeitsstätten aufträten. Sowohl Frau B als auch Herr C berichteten von einer notwendigen „Rundumversorgung“ der KlientInnen. Herr C müsse den gesamten Tagesablauf für die KlientInnen organisieren und Frau B nannte Pflege, administrative Arbeit und psychosoziale Gespräche als drei Schwerpunkte ihrer Arbeit.

Die Unterstützung im Team wird von allen drei unterschiedlich wahrgenommen. Herr C nannte die Atmosphäre in seinem Team harmonisch, bei Frau A und Frau B hinge es davon ab, welche/r KollegIn mit ihr zusammenarbeite. Eklatant zu beobachten sei die Tatsache, dass wenn Tätigkeiten mit einer/m KlientIn in die Nachtbereitschaftszeit fiele, sie die Arbeit nicht entsprechend in Form von Zeit oder Lohn entlohnt wird.

Wird das Sechs-Faktoren-Modell von Maslach in Betracht gezogen, kann letzteres als stark mangelndes Gerechtigkeitsempfinden gewertet werden. Auch die anderen Faktoren wie Arbeitsüberlastung, etwa bei vielen Überstunden oder einem zu geringen Personalschlüssel

wie im Falle von Herrn C, oder den Nachtbereitschaften als solches, die den MitarbeiterInnen auch physisch zusetzen, da sie etwa 16 Zeitstunden überdauern, können hier nachgewiesen werden. Die Wertkonflikte zeigen sich bei Frau B beispielsweise an dem geäußerten schlechten Gewissen, dass für einige KlientInnen zusätzliche 1 zu 1 Betreuungen nicht geleistet werden können, obwohl sie für die betreffenden Personen als sinnvoll erachtet werden.

Alle drei InterviewpartnerInnen zeigen durch ihre Schilderungen auf, inwieweit die Arbeit in der Behindertenhilfe ein Nährboden für Burnout oder zumindest für die im ersten Kapitel dieser Thesis dargestellten burnoutähnliche Symptome sein kann.

6. Resümee

Burnout wird in vielen Bereichen, auch insbesondere von führenden PsychologInnen, sehr kritisch betrachtet. Dies basiert auf dem Mangel empirischer Untersuchungen und somit dem ungenügenden Fachwissen über Ausbruch und Verlauf der Krankheit. Zudem ähneln viele Symptome denen der Depression, welches häufig eine Differenzierung erschwert. So wie Schmidbauer von hilflosen Helfern spricht, gibt es nicht wenige, die Burnout nur den 'Schwachen' zuschreiben, insbesondere deswegen, weil es eben auch internale Faktoren gibt, die ein Burnout begünstigen. Dass sich aber die Diagnose Burnout und die Problematik des beruflichen Ausbrennens auch auf andere berufliche Felder, bspw. führende ManagerInnenpositionen ausgedehnt hat und nicht nur im sozialen Sektor Tätige betroffen sind, lässt den Schluss nicht zu, dass es nur die 'Schwachen' und ohnehin zur 'Sentimentalität neigenden' (Frauen) betroffen sind. Auch die leistungsorientierten Menschen, die so viel Energie und Zeit in ihre Arbeit legen, dass sie sich irgendwann leer und erschöpft fühlen, bekommen die Diagnose Burnout gestellt.

Wie in dieser Thesis dargelegt, weisen soziale Berufe ein hohes Risiko für MitarbeiterInnen auf, an Burnout zu erkranken, nicht umsonst ist die Diagnose in diesem Berufsfeld als erstes beobachtbar in Erscheinung getreten. Internale Faktoren, wie einer erhöhte Vulnerabilität können ursächlich dafür sein, denn die Theorie liegt nahe, dass insbesondere Menschen, die eine erhöhte Sensibilität für die Probleme anderer haben, überhaupt erst zu der Entscheidung kommen, einen sozialen Beruf ausüben zu wollen. Dies liegt meist darin begründet, anderen Menschen zu helfen zu wollen.

Unabhängig davon, wie valide die Diagnose Burnout ist, so sind die Symptome für die Betroffenen eine nachhaltige Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit und ist insbesondere deshalb ernst zu nehmen. Inwieweit es in sozialen Berufen dazu kommen kann, wurde im dritten Kapitel dargestellt: Die emotionale Beziehung, die zu KlientInnen eingegangen werden muss, um professionell zu arbeiten kann hier als Hauptfaktor gesehen werden, denn nur wer emotional mit der Arbeit verbunden ist, kann auch einen Idealismus

entwickeln, der initiierend für die erste Phase von Burnout sein kann. Ebenso können die Schwierigkeiten, die mit einer professionsbezogenen Identität als SozialarbeiterIn verbunden sind, eng mit Burnout verknüpft sein: So kann eine mangelnde Identität mit dem eigenen Berufsstand das Gefühl fehlender Autonomie (die real gegeben ist, etwa in der Arbeit mit staatlichen Institutionen wie Behörden o.ä.) hervorrufen. Dies kann in einen Mangel an Kontrolle resultieren, welches nach Maslach ein Faktor für die Entstehung eines „Ausbrennens“ ist. Überdies stellt die zunehmende Ökonomisierung des sozialen Sektors für ArbeitnehmerInnen eine Herausforderung dar, wenn bürokratisch orientierte Arbeiten (Dokumentation, Schreiben von Berichten oder Assistenzplänen) die eigentliche Arbeit, die mit KlientInnen, überlagert und für mehr Arbeit sorgt, während die tatsächliche Beziehungsarbeit sich aber nicht verringert. Die vorgestellte Studie der Universität Köln zeigt auf, dass die fehlende subjektive Kontrollüberzeugung dann verstärkt wird, wenn Unterstützung im Team und durch die Leitung fehlt. Dies äußert sich was in der Praxis so,, dass bei einem tatsächlichen Burnout der/dem Betroffenen auch „Steine in den Weg gelegt“ werden, wie von der Interviewpartnerin Frau B dargestellt.

Die Arbeitsüberlastung lässt sich daran erkennen, dass KlientInnen eine Vielzahl (auch von körperlichen) von Problemen zu bewerkstelligen haben, die die Unterstützung durch MitarbeiterInnen bedürfen. Insbesondere im stationären Bereich, wo Nachtdienste von bis zu 16 Stunden geleistet werden müssen, ist dies problematisch. MitarbeiterInnen haben keinen klar abgrenzbaren Aufgabenbereich, sondern fühlen sich (auch durch fehlende Supervision) mit ihren Aufgaben oftmals überlastet. Durch die Modularisierungen des Hilfesystems sehen sie sich zudem noch mit anderen Problematiken konfrontiert. Das doppelte Mandat, ein typischer Konflikt in Berufsfeldern der Sozialen Arbeit, sorgt für ein Spannungsfeld, wenn KlientInnen während der Unterstützung durch MitarbeiterInnen regelmäßig auf ihren tatsächlichen Hilfebedarf kontrolliert werden. Dies wird vor allem dann als schwierig empfunden, wenn dies KlientInnen betrifft, die teilweise über ein Jahrzehnt hinweg begleitet und unterstützt und zu denen eine professionelle persönliche Beziehung entstanden ist. Der von Maslach genannte Faktor des Zusammenbruchs eines Gemeinschaftsgefühls zeigt sich darin, dass die Unterstützung durch das Team oftmals mangelhaft ist, wie in den Interviews mit Frau A und Frau B gesagt wurde. Supervision findet selten statt oder wird vom Team als unwichtig empfunden, da der Mehrwert darin nicht gesehen wird.

Diese in dieser Thesis erläuterten Faktoren, welche die Anforderungen an die Fachkräfte in der Behindertenhilfe ausmachen, weisen nach wo die Risiken einer Burnout-Erkrankung im Berufsfeld der Behindertenhilfe liegen.

7. Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Brumlik, Micha (2004): Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. Philo & Philo Fine Arts GmbH. Berlin und Wien

Burisch, Matthias (2014): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer Verlag. Berlin und Heidelberg

Cherniss, Cary (1999): Jenseits von Burnout und Praxisschock. Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Elsässer, Jeanette / Sauer, Karin E. (2013) : Burnout in sozialen Berufen. Öffentliche Wahrnehmung, persönliche Betroffenheit, professioneller Umgang. Centaurus Verlag & Media. KG, Freiburg.

Fornfeld, Barbara (2008): Menschen mit komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. Reinhardt. München

Franz, Daniel (2014): Anforderungen an MitarbeiterInnen in wohnbezogenen Diensten der Behindertenhilfe. Veränderungen des professionellen Handelns im Wandel von der institutionellen zur personalen Orientierung. Lebenhilfe-Verlag. Marburg

Freudenberger, H.J. / North, G. (1992) : Burnout bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Fischer Verlag. Frankfurt.

Galuske, Michael (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Juventa Verlag. Weinheim und München.

Gildemeister, Regine (1983): Als Helfer überleben. Beruf und Identität in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Luchterhand. Neuwied und Darmstadt

Herriger, Norbert (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Kohlhammer. Stuttgart

Kleiber, Dieter / Rommelspacher, Birgit (Hrsg.) (1986): Die Zukunft des Helfens. Neue Wege und Aufgaben psychosozialer Praxis. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Lemke, Jürgen (2010): Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. Asanger Verlag GmbH. Kröning.

Loeken, Hiltrud / Windisch, Matthias (2013): Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel-Arbeitsfelder- Kompetenzen. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

Lüssi, Peter (1991): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Paul Haupt. Bern

Maslach, Christina / Leiter, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was sie dagegen tun können. Springer Verlag. Wien

Poulsen, Irmhild (2009): Burnoutprävention im Berufsfeld Soziale Arbeit. Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften. GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden

Schaufeli, Wilmar und Enzmann, Dirk (1998): The Burnout Companion to study and practice. A critical analysis. Taylor & Francis Group.

Schmidbauer, Wolfgang (2005): Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Rowohlt Verlag GmbH. Reinbek bei Hamburg

Stascheit, Ulrich (2010): Gesetze für Sozialberufe. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden

Theunissen, Georg / Lingg, Albert (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau

Theunissen, Georg (2009): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau

Wagner, Peter (1993): Ausgebrannt. Zum Burnout- Syndrom in helfenden Berufen. Bielefeld.
Böllert, KT-Verlag

Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) (1995): Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses.
Beruf und Identität. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau

Internetquellen

BKK- Gesundheitsreport (2014). In:
http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf [Stand 03.09.2015]

Lloyd, Chris et.al. (2011) : Social work, stress and burnout. A review. In:
http://www.researchgate.net/publication/29464897_Social_Work_stress_and_burnout_A_review [Stand 03.08.2015]

Versorgungsforschung Deutschland (2006): Burnout in helfenden Berufen. Am Beispiel pädagogisch tätiger Mitarbeiter der Behindertenhilfe. In:
<http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/show.php?pid=564> [Stand 23.08.2015]

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In:
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>
[Stand 26.08.2015]

Eidesstattliche Erklärung

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

Anhang

Transkription des Problemzentrierten Interviews mit Frau A

Legende

I: Interviewer

A: Interviewpartnerin

(-): Pausen, Stockungen oder Ähnliches

(- -) (- - -): längere Pausen

(...): Unklarheiten

(): Besonderheiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder ähnliches

(#): Überschneidung von Wörtern

Frau A ist Erzieherin und arbeitet seit 10 Jahren in der Behindertenhilfe

18.08.2015 Dauer: 0:15:33

Themenkomplex 1: Persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit

1. I: Wieviele Stunden äh arbeitest du hier in der Woche?
2. A: 34 Stunden pro Woche.
3. I: Was.. äh wie hat sich das in den letzten Jahren verändert?
4. A: Die Stunden?
5. I: Mhmm.
6. A: Äh..
7. I: Also wieviele Stunden hast du vorher gearbeitet? Hat sich das überhaupt verändert? Äh hast du immer 34 Stunden gearbeitet oder äh hat sich das mal geändert?
8. A: Nein, davor hab ich nur davor 30 Stunden gearbeitet. Die 34 Stunden hab ich erst seit (-).. ja gute Frage seit drei Jahren glaub ich.
9. I: Ähm. Warum hat sich das verändert?
10. A: Ähm weil ich sowieso immer mehr als 30 Stunden eingeplant wurde und ich sowieso dann auch wollte, dass sie auch vertraglich festgehalten werden, dass man die dann auch immer bezahlt bekommt.
11. I: Ok. Wie lange bist du jetzt schon in der jetzigen Einrichtung? (Wohneinrichtung

Anm.)

12. A: Fast 7 Jahre
13. I: In welchem Bereich warst du vorher tätig?
14. A: Ähm (-) auch im Behindertenbereich, in einem Autistenwohnheim hab ich vorher gearbeitet.
15. I: Siehst du deine Zukunft auch in der Behindertenhilfe?
16. A: Nein. Also ich hab nach so langer Zeit ähm (-) das sind jetzt fast zehn Jahre, überlegt jetzt zu wechseln. In einen anderen Bereich.
17. I: Okay. in welchen Bereich wechselst du?
18. A: Ähm. Kinder. In die Kita möchte ich gerne wechseln.
19. I: Und warum willst du wechseln?
20. A: Weil (-) ich nicht mehr im Schichtdienst arbeiten möchte (#) und (-) noch n paar andere Gründe. Weil es sehr anstrengend ist.
21. I: Kannst du so beschreiben, wie du dich nach einem langen Arbeitstag so fühlst? Hast du ähm so körperliche Beschwerden? Hast du überhaupt welche oder geht das so spurlos an dir vorbei und Bist du müde?
22. A: Genervt.
23. I: Okay.
24. A: Hauptsächlich genervt bin ich dann. Genervt, (-) müde, erschöpft, und eigentlich hab ich auch keine besondere Lust mehr zu irgendwas dann
25. I: Warst du schon mal aufgrund von Burnout oder Erschöpfungszuständen krank geschrieben?
26. A: (- -) Nein. Also n nein (-) nicht direkt dass ich erschöpft war und zum Arzt gegangen bin und mich krank äh schreiben hab lassen weil ich keine Lust mehr hatte. ja.
27. I: Denkst du noch zuhause äh oder im privaten äh Rahmen an die Arbeit?
28. A: (- -) Nein. So gesehen nicht, das kann ich dann bei der Arbeit lassen, was Arbeit ist, aber dieser genervte oder erschöpfte Zustand hält an, dass man am nächsten Tag ähm wieder hin muss, aber ich mach mir nicht aktiv Gedanken über die Arbeit.

Themenkomplex 2: Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe

29. I: Wieviele Überstunden hast du im Durchschnitt im Monat?
30. A: Äh (#) meistens nicht so viele bis gar keine.
31. I: Ah okay. (-) aber das hat sich jetzt geändert, da dass du jetzt die

Stundenumverteilung ähm hattest?

32. A: (#) Genau, weil ich jetzt in zwei Wohnhäusern arbeite, gibt das eh jetzt meistens durch die Ruhetage her, dass man jetzt äh viele Überstunden macht. Ich hatte mal irgendwie jetzt 40 rund, aber die sind jetzt dadurch dass sie jetzt 34 sind und ähm dadurch, dass das jetzt auf zwei Wohnhäuser verteilt sind, ist es kaum mehr möglich, dass ich jetzt so viele Überstunden mache. Und überhaupt weil man dann keine freien Tage mehr hätte. Deswegen (-) hab ich meistens gar keine.
33. I: Wie oft machst du Nachtdienst?
34. A: () zwei, dreimal im Monat
35. I: Wie lange geht der?
36. A: () vom ein- bis ausloggen? Ist man glaub ich 16 Stunden tatsächlich im Haus
37. I: Also von von (-)?
38. A: Von halb sechs, sechs uhr abends ähm bis halb zehn, zehn morgens.
39. I: (- - -) Wie siehst du die Zukunft im Behindertenbereich? Nimmt die Belastung eher zu oder ist das eher gleichbleibend wo du jetzt die letzten zehn Jahre im Behindertenbereich arbeitest und betrachtetest, bleibt es gleich oder ist es eher so ein?
40. A: () weiß ich gar nicht so genau. Also in dem Autistenwohnheim (-) vor den 7 Jahren bevor ich hierher kam war es noch viel anstrengender, ich glaub es ehm ist auch immer die Frage, wer der Träger der Einrichtung ist und wie dann die Personal- ähm hier wieviel Personal einfach zur Verfügung steht. Und auch die zwei Wohnhäuser unterscheiden sich ja ganz doll. Also ich wüsste jetzt gar nicht ob das zu oder abgenommen hat, das ist immer auch ein Trägerfrage und ähm einfach ne personalaufstellungsfrage. Kann ich so gar nicht sagen. Ich würde jetzt grob wahrscheinlich eher denken es wird zunehmen, weil das mit den Personal ja einfach auch nicht besser wird. ja.
41. I: Okay

Themenkomplex 3: Arbeit mit dem Klientel in der Behindertenhilfe

42. I: Wie unterscheidet sich die Behindertenhilfe von anderen Gruppen sozialer Arbeit, also ähm zum Beispiel in der Kinder und Jugendarbeit? Also das das Klientel, was ist bei der Arbeit anders? Zum Beispiel arbeitet man hier ähm mit Leuten ähm die ähm ähm sterbenskrank sind und im Kinderbereich ist das zum Beispiel nicht. Was gibt's da eventuell noch für Unterschiede, die du dir ähm?
43. A: (#) ähm also ich vermute mal, dass das bei Jugendlichen auch so ist, diese Undankbarkeit, die einem hier jeden Tag entgegenschlägt. Man macht und macht und macht und die meisten der Behinderten ähm nölen halt trotzdem weiter und sind undankbar und ich glaub dass das bei Kindern nochmal anders ist, das sie einfach ähm fröhlicher in den Tag, also die Arbeit einfach fröhlicher ist als so viel mit kranken Menschen, die natürlich auch ein schweres Leben haben aber das glaub ich ist in der Behindertenhilfe sehr anstrengend. Das sind einfach sehr viel Kranke, sehr viel Leid sehr viel ja keine Ahnung, viel Depression, dass die einfach sehr schlecht drauf sind.
44. I: Und die Erkrankungen, also die psychischen und die körperlichen ähm, die werden dann ja auch nicht besser?
45. A: Ne, das sind ja meistens gleich, was heißt gleichbleibende Krankheiten , die verschlechtern sich natürlich auch.
46. I: Und wie so Arbeitsabläufe so in dem Bereich, sind die so, verändert sich das im Sinne von (- -) ähm gibt es jeden Tag was Neues zu entdecken sozusagen oder ist es einfach Routine und es ist oftmals das Gefühl man macht immer nur das Gleiche
47. A: Ich würde sagen, hauptsächlich ist das Routine, ja. Was ich vor vier Jahren hier an ähm Arbeitsschritten ähm oder Griffen gemacht hab, mach ich auch heute noch. Also ganz ganz viel Routine, weil die Zeit auch für für Wechsel oder neue Dinge ja auch fehlt. Ganz oft, also es ist viel dass es einfach gleich ist. ja.

48. I: (-) wie gehst du mit Ablehnung von Klienten um? Also wenn ein Klient zum Beispiel sagt nee, du dich find ich scheiße, ich rede nicht mit dir?
49. A: Wenn der Klient beleidigend wird, dann sag ich auch direkt, dass der nicht beleidigend werden muss. Ansonsten kann der mich gerne ablehnen, da fühl ich mich jetzt persönlich nicht angegriffen aber ähm ist durchaus ja auch schon vorgekommen, aber wenn dann wirklich stark in die beleidigende Schiene gegangen wird, dann weise ich den Klienten darauf hin, dass das einfach kein angemessenes Verhalten ist.
50. I: Hat das Mitgefühl, die Empathie gegenüber den Klienten, gerade die ähm (- -) die ein bisschen kranker sind, in den letzten Jahren abgenommen? und wenn ja, warum?
51. A: Ja, es hat abgenommen. Weil man einfach ähm beziehungsweise versuche ich mich zwischendurch daran zu erinnern, die Empathie aufrecht zu erhalten, aber es hat einfach stark abgenommen, wenn man das jeden Tag sieht und sich einfach so an diesen Anblick oder an die Krankheit gewöhnt, das ist bei mir einfach auch abgenommen hat. Man stumpft ein bisschen ab, wenn man das jeden Tag sieht. Auch bei sehr schlimmen Krankheiten.
52. I: Kannst du ein Beispiel nennen, für die letzte Situation nennen, mit einem Klienten oder einer Klientin, die dir viel also viel Kraft gekostet hat oder dich mitgenommen hat, die sehr belastend war und du vielleicht noch Tage später dran denken musstest? (- -) also ein Beispiel wo zum Beispiel jemand sehr aggressiv war oder autoaggressiv war oder weil du auch sagtest dass die auch körperlich eben krank sind ähm?
53. A: Naja, also nicht emotional belastend sondern einfach eher nervlich sehr belastend, wenn die eine Klientin einfach dauerhaft schreit und ähm nicht aufhört und sich auch nicht beruhigen lässt und man aber trotzdem in manchen ähm Momenten in der Situation bleiben muss, das ist einfach diese permanente Lautstärke, das ist nervlich einfach manchmal sehr aufreibend, dass man dann auch grad aus der Situation nicht kann. Nachts zum Beispiel da möchte man einfach nur durchdrehen und sich nicht mehr um sie kümmern und das geht dann nicht. Das ist dann wirklich sehr stressig und man weiß dann manchmal wohin man mit sich selbst soll.
54. I: Okay

Themenkomplex 4: Teamarbeit

55: I: Fühlst du dich ähm im Team unterstützt? Wenn du äh stressige Situationen erlebst?

56: A: (-) Ja, ich ich meistens schon. Also von manchen Kollegen ja, dass man das auch benennen kann und sich dann abwechselt und sich ablöst in anstrengenden ähm oder nervigen Situationen. Also nicht von allen Kollegen. Das ja, manche ja oder manche nein. ja.

57: I: Was würdest du dir mehr an Unterstützung wünschen?

58: A: Öhm (- - -) weiß ich grad nicht

59: I: Ja, also vielleicht dass mehr Kollegen dich dann ablösen in stressigen Situationen? Oder das man sich mehr absprechen kann?

60: A: Ja, also ich weiß (-) was mich auch oft stört, grade zum Beispiel die Pausenregelung, damit man sich am Tag vielleicht auch mal runterfahren kann oder ne vernünftige Pause machen kann, das ist halt oft. Die pausenmöglichkeiten sind oft einfach unterirdisch, man kann sich selbst dann ja nicht richtig raus nehmen und mal runterfahren weil die Bedingung dafür oft einfach nicht also (-) für meine Ansprüche schlecht sind. Das ist zum Beispiel eine Sache, die einfach irgendwie ähm besser laufen müsste. Ja.

61: I: Die Dienste sind ja auch relativ lang dann oder?

62: A: Ja, richtig und wenn man dann ne Dreiviertelstunde so halbherzig Pause macht weil man einfach h keinen ruhigen Raum findet, finde ich das ähm ja einfach das ist unmöglich. Das geht gar nicht. Grade in einem Beruf, wo man den ganzen Tag mit Menschen unterwegs ist und zu tun hat und man sich nicht abschotten kann, ist ja kein Papier was man ablegen kann, finde ich müsste die Pausen so gewährleistet sein dass man dann einen ruhigen Ort auch aufsuchen kann, aber das ist meistens einfach gar nicht gegeben. Von den räumlichen

Bedingungen her.

63: I: Fühlst du dich in belastenden Situationen von der Leitung unterstützt? Also sowohl was arbeitsinhaltliche Sachen angeht oder deine Stunden zum Beispiel?

64: A: Also ich hab das Gefühl, dass die eine Leitung da in dem Haus wo es einfach stressiger ist, ähm nein, also man man. Ne so richtig unterstützt föhl ich mich da nicht, aus dem Grund dass die Leitung ja hauptsächlich den Bürojob macht und ähm dann einfach nicht viel abnehmen kann oder abnimmt. Man kann es wohl äußern, wenn man gestresst ist oder n Problem hat oder sonst was aber ähm das ändert nichts an der Situation. Also die Leitung, nö (-) hätte ich keine Erfahrung, dass es mir irgendwas gebracht hätte, gebracht hat. Fällt mir direkt ein, nach ner Nacht, einer stressigen Nacht wo man gar nicht geschlafen hat, durfte ich mir nicht mal dann irgendwie ne Stunde mehr aufschreiben. Um das dann auch bezahlt zu bekommen, nach hause gehen, das wurde nicht erlaubt. Das wäre dann zum Beispiel ein Entgegenkommen gewesen, das was ich eigentlich als Minimum sehe, dass man dann in solchen Momenten dann nach hause kann und sich dann eine Stunde aufschreiben kann, dafür. Aber das sind dann so Kleinigkeiten, das ist dann einfach nur Pech.

65: I: Spürst du einen erhöhten Druck über die Jahre, von der Leitung ausgehend, also so ein Arbeitsdruck eben, dass erwartet wird, ihr müsst das und das leisten?

66: A: (#) Mhm, was heißt Druck, erhöhter Druck, ich finde der war von Anfang an da, weil da von Anfang an immer geföhlt zu wenig Personal da ist. Ähm und man auch kein personal nachbekommt . Und grade in Urlaubszeiten oder im krank ähm Krankzeiten ist die Situation einfach immer eng, es ist immer anstrengend, es wird erwartet, dass man einspringt oder Überstunden macht oder die Ruhetage werden dann einfach verletzt oder der Dienstplan wird halt hinterher, dann wird halt noch Tage zugefügt ähm oder ähnliche Sachen. Ähm wie war die Frage? ()

67: I: () Der erhöhte Druck?

68: A: Ich hab den Faden verloren (). äh genau, das wird einfach immer irgendwie voraus gesetzt und finde ich ist schon großer Druck aber es verändert sich auch nicht, da wird nichts wirklich (-) was dran verändert. Man muss es halt so hinnehmen.

69: I: Aber du hast jetzt nicht das Gefühl, dass vor zehn Jahren, auch was finanzielle Sachen angeht, also dass der Druck erhöht wurde?

70: A: Ne, ich finde es war schon immer irgendwie ein gewisser Druck, weil man geföhlt schon immer zu wenig Personal war. Könnte ich jetzt gar nicht so richtig sagen, dass sich das

groß verändert hat. Es war schon immer so ein bisschen (- -) anstrengend. Weiß nicht genau.

71: I: Wie oft gibt es Supervision?

72: A: in dem einen Wohnhaus haben wir das gar nicht mehr gemacht, weil sich das Team dafür entschieden hat, dass es nicht, dass es dem Team nichts bringt. Und in dem anderen Wohnhaus war es glaub ich so alle drei Monate vielleicht. Ich weiß gar nicht genau, aber ist schon son bisschen unregelmäßig.

73: I: Ähm, bietet die Supervision Raum über eigene Situationen sprechen zu können oder geht das denn eher unter?

74: A: Ja, sie sie bietet Raum so gesehen, aber ich glaube einfach ich einschließlich nutze diesen Raum einfach nicht so, weil das was einen glaub ich wirklich stört oder wirklich belastet, das, man kann es benennen, aber soweit es auch irgendwie die anderen Kollegen geht, ist keiner wirklich (-) ehrlich und ich glaube dann in großer Runde auf einzelne Menschen rumzuhacken bringt eh nichts also mir persönlich bringt ne Supervision eher irgendwie gar nichts mehr. Da kann ich drauf verzichten.

75: I: Vielen Dank!

Transkription des Problemzentrierten Interviews mit Frau B

Legende

I: Interviewer

B: Interviewpartnerin

(-): Pausen, Stockungen oder Ähnliches

(- -) (- - -): längere Pausen

(...): Unklarheiten

(): Besonderheiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder ähnliches
#: Überschneidung von Wörtern

Frau B, 52, ist Sozialpädagogin und Krankenschwester

20.08.2015 Dauer Interview 0:44:57

Themenkomplex 1: Persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit

1. I: Wieviele Stunden arbeitest du insgesamt in der Woche?
2. B: 30 Stunden ist die Sollarbeitszeit, pro Woche
3. I: Wie lange bist du jetzt schon äh in der Einrichtung? In der jetzigen?
4. B: In der jetzigen Einrichtung 11 Jahre.
5. I: Und wie lange insgesamt in der Behindertenhilfe?
6. B: Ähm ich hab 1999/2000 hier angefangen.
7. I: In welchem Bereich warst du vorher tätig?
8. B: Ich hab vorher in der Stadtteilarbeit gearbeitet, äh drei Jahre als Sozialarbeiterin ähm, dann hab ich ein halbes Jahr im Pflegedienst äh als Leitung gearbeitet, mein Anerkennungsjahr im Bereich, äh wie nennt sich das, der AIDS Hilfe gemacht im, in einem Wohnhaus für Menschen mit HIV und AIDS und (-) während des Studiums hab ich immer auch gearbeitet, auch während der Schulzeit, als Abruf und Springer, und davor hab ich hauptsächlich in der Chirurgie gearbeitet, während meiner Ausbildung auf unterschiedlichen Stationen in unterschiedlichen Schichtzusammenhängen.
9. I: Hast du schonmal mit Burnout oder burnoutähnlichen Symptomen zu tun gehabt?
10. B: Ja.
11. I: wann war das, ungefähr?
12. B: Das war vor etwa acht Jahren, ungefähr.
13. I: Kannst du kurz beschreiben, was du äh für Symptome hattest?

14. B: Ähm, erstmal wurde es körperlich (#) (-) ähm neben der grundsätzlichen Erschöpftheit und Überforderung, weil ich nicht drauf reagiert habe, wurde es dann halt körperlich, hatte eine massive Lungenentzündung, hab mich davon auch nicht mehr erholt. Und bin dann sozusagen ähm ja nahm die psychische Erschöpftheit und die nicht mehr Konzentrationsfähigkeit, ja nicht mehr können zu können, immer mehr zu und daraufhin hab ich mich dann auch krank schreiben lassen. Hab mir dann auch gleich Unterstützung geholt, was sehr schwierig war.
15. I: Inwiefern war das schwierig?
16. B: Ähm, du hast über, also wenn du einen Therapeuten suchst, eine unendliche Wartezeit, erstmal um ein Gespräch zu bekommen irgendwo, dann ähm ob du dann genommen wirst, ist dann die zweite Frage. Und die meisten haben erstmal dankend abgewinkt und haben gesagt erst, erst Krankenhausaufenthalt und dann Therapie. Und dann hab ich mich zeitgleich auch ähm um beides bemüht. Hab mich da schlau gemacht, wer irgendwie schon Erfahrungen hatte, wollte nicht in so ein Großklinikum, wo ich dann auch das Gefühl habe ich bin schon wieder auf der Arbeit. Und hab dann eine superkleine Klinik gefunden in der Nähe von (anonymisiert), aber es hat dann eben auch die nicht vorhandene Kraft, die man dann nicht hat, () in dem Moment nicht hat, nochmal über die Maßen strapaziert. Also es war, es gab dann eben nicht wirklich Unterstützung von der Arbeit her, sondern da wurden mir auch noch ziemlich viel Steine in den Weg gelegt. also es war schon ein bisschen heftig.
17. I: Ähm Steine in den Weg gelegt, ähm im Sinne von der oberen Leitung, sozusagen, der Bereichsleitung?
18. B: Ja.
19. I: Wie kam es dazu? Also kannst du ähm grob beschreiben, wie also welche Situationen auf der Arbeit besonders stressvoll waren und wie sich das dann so getürmt hat?
20. B: Genau, also es hat sich im Prinzip dadurch sehr getürmt, weil es ein Haus war, das komplett neu aufgebaut wurde. Und ähm (-) alles aufgenommen werden musste. Oder sozusagen die Devise irgendwo war.
21. I: Aus finanziellen Gründen?
22. B: Nee, jeder hat einen Anspruch auf, egal welche Behinderung, äh egal psychische

Befindlichkeit und so weiter, jeder hat ein Anrecht auf ein Angebot, was erstmal ja auch gut ist, aber () es sollten eben auch alle dann zusammen in den Wohnungen dann betreut werden. Äh jeder in in in der Wohnungssituation, mit Frühstück, Mittag und so weiter mit zwei personen was irgendwie nicht realistisch zu händeln war. Ähm es waren mega hohe Erwartungen von den Angehörigen da gewesen. Auch äh gewisse Problematiken, die auch eher bei den Angehörigen angesiedelt waren, ähm was dann auch zu Konflikten geführt hat, erstmal wurden sozusagen die Mitarbeiter beschuldigt, ähm das gemacht zu haben. Was natürlich (- - -) jeder tut in so einer Aufbauphase natürlich sein Allerbestes und tut und wir haben natürlich wenig auf Überstunden geachtet, also ich hatte weit über 200 Überstunden gehabt, dann sind da Kollegen ausgefallen, weil es denen auch nicht gut ging, man hat dann doppelt und dreifach Schichten gefahren. Und dann irgendwann ging es dann einfach auch nicht mehr. Und nochmal zurück zum (-) ja, es war eben diese Aufbausituation, man war, also es kostet natürlich immer ein bisschen mehr Energie, und so weiter und jeder fühlte sich ähm für alle Klienten zuständig, das war glaub ich unser allergrößter Fehler, das gab noch kein Bezugssystem und dadurch ähm waren wir, also wenn man dann sozusagen für 18 Klienten zuständig sein soll, dann, also pro Schicht und das mit vollem Umfang, das haut dich echt von den Socken, weil du gehst jedes Mal aus dem Dienst und du weißt jedes Mal, was du nicht getan hast, aber du weißt nicht was du getan hast. Du hast immer das Gefühl, du hast eigentlich nichts getan., obwohl du den ganzen Tag gerödelt hast wie ne Blöde, aber du merkst dann eben nicht ähm, du denkst einfach immer es fehlt einfach so viel. Du bist nicht (-) du genügst nicht. Also diese Komponente und () ähm (-) später kam dann Supervision dazu und dann (-) haben wir dann auch mehr fixiert, das es eben dann auch ein Bezugssystem gab. Ich hatte dann auch noch Probleme mit einer Mutter, die (-) uns ähm sozusagen immer unterstellt hat, dass wir sozusagen ihr Kind immer schlecht behandeln, ähm nicht dafür sorgen, dass sie richtig versorgt wird, angeblich blaue Flecke zufügen und so weiter. Ein Kollege war dann nochmal mit ihr in der Gerichtsmedizin gewesen und da wurde uns dann allerdings ein super Gesundheitszustand und Pflegezustand und (- -) ähm ja dann gabs einen Kausalzusammenhang zwischen den Wochenendaufhalten der Mutter und den Stellen, das konnte natürlich (-) also erstmal wurde es natürlich den Mitarbeitern

zugeschoben, und ich war damals zuständig, das machte mich natürlich auch nochmal sehr betroffen, weil ich ähm eigentlich sehr fürsorglich bin und ähm auch möchte dass es den Leuten gut geht und eine hohe Professionalität habe, was solche Sachen eben auch angeht, das die gut versorgt sind.

23. I: Ja, du hast ja auch die Krankenschwesterausbildung.

24. B: Ja, genau, also von daher bin ich da (-) erstmal gut davor. Hab auch ein gewisses Grundwissen dafür, wo auch eine brenzlige Situation sein könnte. Naja, also jedenfalls, das waren so so Segmente, die das Ganze dann auch bestärkt haben. Also zusätzlich. Das Problem war (-) ähm man kam komplett erschöpft nach hause, man hat nur noch eins gemacht, aufs Sofa, ins Bett, geschlafen und auch sonst nichts mehr getan. So, und keine Erholung mehr gehabt. Keine kreativität, keine Spiritualität, nichts was sozusagen, wo man sagt oh ja da tank ich jetzt auf, und alles gut. So ähm und ähm das ging mir dann immer so ein bisschen längs gehandelt, ach dann hast du wieder vier Tage frei oder drei, also vierzehn Tage durchzuarbeiten war in der Zeit gar nichts. So 16 Tage am Stück und auch so längere Schichten, also das waren auch nicht 6, das waren immer 8 Stunden Schichten , das wurde dann später erst so ein bisschen auseinander dividiert. Also das war noch so in der Anfangsphase. Und das staute sich dann immer mehr auf. Und auch so innenpolitisch war hier dann so einiges dann in der Veränderung und man hatte dann so das Gefühl, es stürzt irgendwie so alles über einem zusammen.

25. I: Im Vergleich damals und heute, wenn du dir das vorstellst, ähm könntest du dir vorstellen, dass es dir nochmal passieren könnt oder glaubst du ähm dass die ähm Arbeit (-) und die Einrichtung sich so verändert hat, dass es nicht mehr möglich wäre oder dass du sozusagen Tricks hast, wie du (#)

26. B: Ich versteh was du meinst, ähm also ähm die Lage hat sich grundsätzlich verbessert. Ähm das Grundphänomen, also grade das in der Behindertenhilfe, also grade das man ähm keine positive Resonanz bekommt. Man hat sozusagen seine Routine, wenn es gut läuft, ähm geht es den Leuten gut ähm, aber ist sozusagen kein Dankeschön, das man sagt Mensch, ähm im Krankenhaus hast du dann jemanden, der ist operiert, der hat gute Pflege gehabt. Der kann wieder auf zwei Füßen raus gehen, der sagt dann dankeschön und geht dann. Vielleicht wächst noch eine Packung Pralinen rüber (), aber man merkt eben so, man hat was getan, den leuten

geht's gut und man kriegt ein Dankeschön. (- -) das können unsere Leute nicht. Das können unsere Leute nicht, im Gegenteil, man wird dann auch noch () angemeutert, angemotzt ähm äh, geschrien, solche Sachen, weil es einfach so ist. Die Menschen können sich sozusagen nicht ähm, das ist für die alltäglich, unser Tun ist auch alltäglich, im Gegenteil, die arbeiten sich dann teilweise an uns noch zusätzlich ab, weil wir dann auch noch so eine pädagogische Funktion haben. Ablösung von der Mutter, ähm, Schädel-Hirn-Trauma, dann sind wir Projektionsflächen ähm, werden da angeschrien als irgendwas anderes.

27. I: Vielleicht auch zum Feindbild?

28. B: Ja genau, man wird dann zum Feindbild, warum auch immer. Und ähm ich denke das ähm da sind Mechanismen schon mal drin, Supervision ist installiert, durch die MAV [Mitarbeitervertretung] wird jetzt stärker auch geguckt, dass die Stunden eingehalten werden, also das der Dienstplan jetzt sozusagen nicht von vornherein so hoch geplant ist, dass die Pausenzeiten schon gar nicht mehr eingehalten werden. Also die freien Tage gar nicht mehr eingehalten werden können. Aber es ist noch nicht so, dass es ähm einer Burnout Prophylaxe gewachsen ist. Ich selber merke immer wieder, dass ich an meine Grenzen komme, dass ich gucken muss, wo stehe ich jetzt, hier wird's grade für mich kippelig, ich muss sehen, dass ich wieder mich positioniere, ich werde mir wieder () wie nennt sich das (-) meine Akkus wieder auflade. Das ist manchmal auch so fern von den Lebenswelten anderer Freunde, die können das dann auch nicht verstehen, mit denen darüber zu reden, weil es ist komplett fern ähm der Lebenswelten. Und das macht irgendwie auch Supervision, also dass man sich externen Hilfe selber holt, ganz wichtig, weil ein Freund kann das einfach nicht verstehen. Man muss selber da immer auch am Ball bleiben, dass man sich da ähm nicht (-) verzettelt. Und wieder in diese diese Fallen rein tapst. Oder wenn man in die Fallen tapst, dass man sich dann seiner eigenen Ressourcen wieder bewusst wird. Also das lernt man ähm jedenfalls ganz gut in so einer Therapie, die ähm dann stattgefunden hat. Aber es ist eben auch ein langer Prozess, wenn man erstmal drin war.

29. I: Ja, das kann ich mir vorstellen.

Themenkomplex 2: Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe

30. I: Wieviele Überstunden hast du im Durchschnitt im Monat?
31. B: Im Moment (-) es baut sich immer so phasenweise auf. Ich versuche jetzt momentan ähm dass zu halten, beziehungsweise auch abzubauen, dass ich trag mich auch in Wunschdienstplänen auch mit weniger Stunden ein, als geplant weil immer irgendwas dazukommt, eine Begleitung zum Arzt, immer was besonderes, irgendwie Kollege fällt aus. Deshalb sehe ich schon immer zu, dass ich Dienste offen hab und mache mich (-) nicht von vornherein dran, dass alles ausfülle, in diesem Wunschdienstplan. Ich habe momentan knapp unter 90 Überstunden, das heißt, das sind im Prinzip drei Wochen, die ich sozusagen in diesem Jahr () erwirtschaftet habe.
32. I: Aber das war früher anders?
33. B: Genau, bevor ich den Ausfall sozusagen hatte, hatte ich weit über 200 Überstunden. Also fast an die 300.
34. I: Machst du hier auch Nachtdienste?
35. B: Ja, es gibt sogenannte Nachtbereitschaften. Die sozusagen nicht komplett als Arbeitszeit gewertet werden. Also quasi von ähm halb zwölf bis halb (-) sechs Bereitschaftszeit, das heißt, man könnte schlafen, wenn sich (-) keiner meldet. Das ist aber leider () nicht immer der Fall, weil es Menschen gibt, die diese Notfallklingel, also für den Notfall eben, auch benutzen, wenn sie sich alleine fühlen, ähm irgendwelche Unstimmigkeiten mit sich ähm (- -) wie soll ich sagen, ähm nicht wissen was sie mit sich werden sollen, grade in der Nacht.
36. I: Wie ist das wenn man zum beispiel ähm bei Klienten die nachts klingelt, angenommen man ist dann sozusagen in der Arbeit, also arbeitet mit ihr, kriegt man das ähm gut geschrieben?
37. B: Nein. Nein, das ist sozusagen mit der Bereitschaftszeit abgegolten. Es ist keine komplette Freizeit ähm ähm, es wird mit einem geringen Stundenlohn hinterlegt. Bin mir nicht ganz sicher, pro nacht ähm pro Stunde sind es glaub ich eine viertel stunde ähm. Ja, genau. Also eine Schicht von 18 Uhr bis 10 am nächsten Tag beläuft sich auf

etwas über 12 Stunden.

38. I: Wie ist das mit Wochenenden geregelt und Feiertagen ähm, gibt's da eine Regelung?
39. B: Ja, es ist mehr so informell geregelt. Meistens so alle vierzehn Tage dann am Wochenende. Da achtet dann aber auch die Hausleitung mit drauf.

Themenkomplex 3: Arbeit mit dem Klientel in der Behindertenhilfe

40. I: Du sagtest ja, das früher im Krankenhaus gearbeitet hast, und das ja da ein Punkt ähm, der anders war, also im Vergleich zur Arbeit mit behinderten Menschen, die Dankbarkeit. Kannst du noch mehr ähm (-) Punkte nennen, wie sich das unterscheidet? (-) also was das Klientel schwieriger macht oder vielleicht auch einfacher?
41. B: Ein wichtiger Punkt ist halt man arbeitet über Beziehung. Ein Teil ist einfach, dass man Beziehungen aufbaut zu den Klienten und darüber dann auch versucht, sie ähm im täglichen Leben zu unterstützen. Also Vertrauen haben, die nächsten Schritte möglichst unabhängig und selbstständig zu werden. Ähm das fällt zum Beispiel eben auch weg, ähm im Krankenhaus. Da hast du zwar auch keine aktivierende Pflege, also möglichst viel auf Selbstständigkeit, aber ähm äh es ist eben kürzer angelegt. Also du hast jemanden was weiß ich, maximal zwei drei Wochen, wenn es hochkommt. Vielleicht auf ner Krebs- oder auf ner chronischen, da hast du die Leute vielleicht auch im regelmäßigen Rhythmus manchmal da. Hier ist es einfach so, du begleitest die Leute (-) so lange sie da sind, also hier wohnen. Das ist meistens keine ganze Zeit. Ähm, sozusagen ihr Leben lang in Führungsstrichen. Also für die Zeit in der sie hier wohnen. Das ist einfach ein massiver Unterschied. Ähm was (-) ähm (- -) noch, eben auch das Abgrenzen schwieriger macht, ähm und eben auch das Einwirken von neuen Gesichtspunkten. Also, da müssen wir ganz anders wieder denken, und eben auch so der Anspruch ähm möglichst ähm jeden selbstständig zu begleiten, also hin zur Selbstständigkeit. Auf der anderen Seite eben auch das tägliche Leben, also

Menschen werden älter, neben ihrer Behinderung noch mit ihrem Alter, mit ihren körperlichen Einschränkungen, mit ähm zusätzlichen chronischen Erkrankungen klar kommen, das kommt sozusagen alles noch on top, äh ähm, die Behindertenproblematik sag ich jetzt mal, das Grundthema, noch obendrauf. Das ist schon auch nochmal für mich ein großer Bereich, ähm also dieses Fortschreiten von Lebensalter, das liegt auch vielleicht ein bisschen daran, dass ich jetzt hier irgendwas bei zehn Jahre bin, und Menschen auch so lange begleitet habe und sehe, dass sie jetzt eben auch ähm ja körperlich, ja körperlich immer mehr ähm (-) abbauen. Genau, oder sich verändern, oder Krankheiten eben auch fortschreiten. Und das eben auch auf so ner ganz anderen Ebene, weil man eben auch ne Beziehung hat. Es ist nicht anonym, also ähm wie im Krankenhaus wo man sagt jüpp, das hak ich jetzt ab. Es bleiben ähm immer Menschen äh in Erinnerung, aber äh ist auch nochmal ne ganz andere Geschichte. Hier ist sozusagen (- -) und das macht eben auch das Abschalten schwieriger, und ja die sozialen Kontakte der Klienten ähm sozusagen sind nur auf uns, meistens ähm auf uns beschränkt. Die gut, ähm die haben noch die Tagesförderstätten. Ihre Arbeit, aber darüber hinaus wird es dann häufig auch, weil es ähm eben auch anders gewünscht ist mit dieser Stadtteilarbeit ähm, schwieriger. So, dass sie sozusagen zusätzlich noch andere Kontakte haben und ähm das macht eben ganz viel eben aus, mit diesem täglichen Miteinander aus.

42. I: Ähm würdest du sagen im Vergleich zu heute, sagen wir mal vor, ruhig 20 Jahren, hat sich das Klientel da verändert?

43. B: Also gut, ich bin noch nicht so ganz lange in der Behindertenhilfe drin, ich bin in so einer klassischen Wohngruppe angefangen, bei diesem Träger, da war noch alles so sehr ja, ich sag jetzt mal so krankenhausbäßig steril, alle in einem Flur, links rechts links rechts, ähm bisschen versucht auch aufzulockern. Aber es waren eben auch immer () so ganz klare ähm, zwei Leute in einem Zimmer, jeder hatte sein Bettchen da gehabt, ein Schrank und das wars. Plus ein Gemeinschaftsraum. Da möchte natürlich kein Mensch wieder zurück. Also das ähm ähm ist dann auch ähm unpersönlich und ähm für die Leute auch (-) ja, so möchte man selber auch nicht leben. Das hat sich geändert, und eben auch diese mehrfachen Geschichten, also psychische Behinderung, ähm psychische Geschichten, aber eben auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und psychischen oder eben auch geistigen

Behinderungen, die sind eben auch mit in das Feld hinein gekommen, also das das nicht eben nur eine Grundgeschichte ist, sondern eben auch verschiedene Grundkomponenten dazu, und die müssen dann ähm ja auch alle bedient werden. Also, mit ner psychischen Komponente, einer chronischen Erkrankung ähm ja und mit ner geistigen Behinderung am besten dann noch. Das macht ähm einiges ähm aus, das macht die ganze Sache sehr schwierig, oder eben auch Trauma gepaart mit ner Borderline Störung und eben ähm auch mit ner körperlichen Problematik, eben halb Seiten Lähmung. Das macht dann ganz viel aus, früher war das eben dann auch so, die meisten Leute dann eher so klassisch behindert, also ähm , zu wenig Sauerstoff während der Geburt, ähm was weiß ich, geistige Behinderung ähm, Down-Syndrom und so ähm diese (-) ja oder Mehrfachbehinderungen aufgrund von ähm irgendwelchen Schwangerschaftsgeschichten, wo heute ja ganz klar schon seit etlicher Zeit diese ganze Fruchtwasserdiagnostik ähm ja, ganz klar zum Tragen gekommen ist.

44. I: Weil du sagtest psychische Erkrankungen, was sind das beispielsweise für Erkrankungen?
45. B: Ähm Psychosen, ähm Borderline, Persönlichkeitsstörungen, ähm (-) wobei Borderline ja ne Persönlichkeitsstörung ist. Ähm Trauma, muss man klar sagen (-) Traumata, das erstmal so im vorrangigen Bereich.
46. I: Ein ähnlicher Punkt zur Frage vorhin, ähm zum Thema Dankbarkeit- ähm wie gehst du mit Ablehnung um? Und gibt es die?
47. B: Klar. Also manche Menschen, ähm da kommt man rein und die sagen dann heute will ich dich aber komplett nicht sehen. Und du bist ähm die Letzte, kosmetische ähm Formulierungen schenke ich mir jetzt, mal. Da muss man dann wirklich ähm, ein bisschen gucken für sich dass man bei solchen Situationen dann guckt, wie geht man damit um. Ähm also meine Methode ist dann so ich geh jetzt erstmal raus, beruhig dich und dann versuchen wir nochmal n Neustart. Ähm
48. I: Ähm hat das Mitgefühl, ähm die Empathie gegenüber den Klienten ähm im Laufe der Jahre abgenommen?
49. B: Ähm nö, eigentlich nicht. Das ist auch ein bisschen so, nö, das hats nicht. Das einzige was sich geändert hat ist so, dass man sagt ja, das ist schlimm. Aber eben auch mehr jetzt auch daran kann ich jetzt nichts ändern, ich kann nur mein bestes

tun, und ähm mehr geht dann auch nicht. Also grad ähm eben seine eigenen (-) Grenzen mehr wahrzunehmen. Das hat sich verändert.

50. I: Kannst du ein Beispiel nennen ähm für eine Situation ähm mit einem Klienten einer Klientin die ähm dir viel Kraft genommen hat, die du sehr als sehr anstrengend empfunden hast?

51. B: Also was ich schwierig halt finde, wenn es laut wird ähm, wo es für mich im Moment schwierig wird und wo sich dann auch meine Nackenhaare () ähm () aufstellen, ist das berühmte klingeln dieses Telefons, klingeltöne machen mich wahnsinnig mittlerweile, weil das ist dann sozusagen dieses Notrufsystem, also wenn dich dann sozusagen jemand anruft oder nicht, und ich ein bisschen durch bin, dann machen mich Klingeltöne wahnsinnig (), ich könnte das Ding nehmen und raus schmeißen

52. I: Also die Bewohner haben hier so Klingeln ähm (#)?

53. B: Ja, jeder hat hier sozusagen ein ein, die Möglichkeit, also wenn sie mehr nicht in der Lage sind, sich uns aufzusuchen, die Möglichkeit per Klingeln heranzu rufen. Und manche äh nutzen, können es nicht verstehen ähm oder wollen es nicht verstehen, manche eben auch aufgrund ihrer psychischen Befindlichkeit, wollen es dann teilweise auch nicht verstehen, zwischen Klingeln und ähm Erscheinen ähm einfach auch ein bisschen Zeit vergeht. Und ähm Klingeln, machen wieder aus, klingeln, machen wieder aus ja und ähm das greift einfach die nervliche Substanz ähm an. Was ich ähm, das ist für mich besonders schwierig, und da merk ich auch so, dass ich auch ähm wenn ich im privaten Bereich () Klingeln höre, ähm im Arbeitsmodus bin (), und was im Moment (- -) also was mich besonders angerührt hat ist dieser Klient, den ich schon seit Jahren betreue und wo die Perspektive eben hier auch ist, dass er hier im Haus versterben wird (-) ähm, und das zu begleiten (-) ist für mich eben gut zu wissen, dass das, also das hier keiner raus muss, weil er stirbt, weil er noch zu jung ist für ein Altersheim, also das wäre die Alternative und ähm (-) immer dieses Rest Ungute läuft (-) klappt das denn auch alles so wirklich, können wir das wirklich so leisten, also dieser Spagat ähm auf der einen Seite möchte er auch bewusst in diesen Räumlichkeiten bleiben aufgrund seiner Behinderung, auf der anderen Seite ist es dann immer so können wir das alles so leisten, wo wir ja ganz viel ähm (#) Hilfsmittel eingebaut haben, ganz viel zusätzliche Unterstützung eben auch mit drin

haben, wo wir uns eben auch ein gutes Netzwerk aufgebaut haben. Und das andere ist eben, wenn diese eine Klientin halt immer auch Verbalattacken also auch ähm ähm (-) ja wie soll ich sagen ähm, ja eher so im ähm untersten Level der Straße

54. I: Der Verbalen Ausdrücke?

55. B: () (#) genau Kraftausdrücke liegen, eben auch dieses Angeschrien werden macht, das ist für mich auch so dieses ähm, das diese mir auch gegenüber ausgeübte psychische Gewalt, dieses verbale, und eben auch dieses Schreien, das finde ich also wirklich schon als übergriffig. Obwohl sie mich da als Person auch höchstwahrscheinlich gar nicht meint, es ist einfach diese, ich nenne das jetzt einfach, sie kann ja nicht schlagen, treten oder sonst irgendwas machen ähm, deswegen schreit sie uns halt ähm an, und das ist manchmal ähm nicht auszuhalten und da merke ich halt, da komme ich an meine Grenzen und muss gucken dass ich meinen Selbstschutz da gut auf- ähm baue, also das ist schwierig.

56. I: Wenn du deine Kompetenzen und ähm deine Professionalität als Gesamt ähm Paket betrachtest ähm, würdest du sagen, dass dich das Studium darauf damals vorbereitet hat? Oder lernt man das eher im Beruf?

57. B: Ähm, gut ich hatte das Glück gehabt, dass ich eine () stressige ähm Tutorengruppe hatte, äh wo ich durchaus auch mit, wo wir auch immer ähm ganz intensiv im Gespräch waren, noch andere Studienzusammenhänge, die heute mit dem Bachelor nicht mehr ähm vergleichbar sind, wo man sich auch mit solchen Themen, also mit Gewalt ähm Mitarbeitern ähm (- - -) Umgang ähm auch gewidmet hat, in der Arbeitsgruppe, ähm ich glaub das ist einfach in diesem verschulten Studiengang nicht der Fall. Ja, also das hat mich einen Teil drauf vorbereitet, ähm das Cro waren Erfahrungen und ähm Supervision. Und ein ähm Deeskalationstraining, also das man einfach auch sagt, Stop, also das man ähm selber immer auch drauf achtet, egal wer jetzt da grad die ähm Aggressionen hat, immer auch auf seine Komfortzone zu achten und Fluchtwege auch immer für Klienten offen hält und auch auf seine achtet, falls da mal eine Situation entsteht. Das war mir ähm, das hat mir schon sehr gut geholfen, grade auch im Umgang mit Menschen, die sehr ähm schnell aggressiv werden.

Themenkomplex 4: Teamarbeit

58. I: Fühlst du dich im Team unterstützt, grade bei stressigen oder ähm belastenden Momenten? Grade auch mit dieser ähm verbal aggressiven Klientin?

59. B: Mittlerweile ähm ja, kommt dann immer drauf an wer mein Gegenüber, also mein kollegiales Gegenüber ist, davon ist es immer auch ein bisschen abhängig. Oder grade wie der oder die psychisch aufgestellt ist, wir sind ja auch unseren Befindlichkeiten (-) ähm, wir können ja an manchen Tagen auch nicht so belastbar sein, weil es uns psychisch manchmal auch sehr runterreißt.

60. I: Wenn du sagst, dass es bei einigen Kollegen Unterstützung gibt, wie sieht die aus?

61. B: Also was ich momentan als sehr hilfreich finde, ist wenn man zu zweit ran geht, dann ähm entschärft es die Situation, weil man ist selber nochmal ein Spiegel und es schützt einen selber nochmal davor, ähm ähm sag ich jetzt mal, ganz hart, selber auszurasen. So, das muss man auch klar sagen, man kommt selber auch an seine Grenzen, und das schützt einen auch selber davor, irgendwie die Fassung zu verlieren. Das ist manchmal schon sehr herausfordernd und ähm und ja man kann diese Situationen auch eben schnell gut ähm und für sie auch eben komfortabel meistern.

62. I: Rückblickend auf die letzten Jahre, hat sich der Arbeitsdruck, grade ähm in Hinblick auf finanzielle Geschichten, hat sich der erhöht?

63. B: Ja, früher gabs öfter so Ausflüge, das ist natürlich dann immer eine 1 zu 1 oder 1 zu 2 Betreuung, ähm weil wir sehr viele Rollstuhlfahrer haben, das muss dann eben auch 1 zu 1 gemanaged werden, weil das funktioniert nicht anders. Da muss man eben auch auf sein Zeitbudget achten und das wird eben auch von der Leitung her eben kommuniziert, das darauf zu achten ist. Dass man da halt nicht über sein Level geht, das macht da natürlich auch immer einen Teil der Überstunden aus, ähm weil man sozusagen ja schon knapp am Limit geplant ist und was darüber hinaus geht, daraus ergeben sich dann ähm folglich auch die Überstunden weil Zusatzgeschichten ähm nicht wirklich geplant sind. Ähm (-) also sozusagen die Grundsachen sind da, ich hab manchmal schon ein schlechtes Gewissen, weil ich denke die und die Klientin

hat sich das eigentlich gewünscht, einmal im Monat eine Außenaktion zu starten, mit ner Betreuung, und das macht auch Sinn, ähm aber es ist eben nicht zu bewerkstelligen. So, da kommt man dann selber auch in die Bredouille, und das ist halt eben dem geschuldet man ähm ist ja im regulären Schichtdienst, sichert ähm sozusagen den Grundbau, muss aber eben auch für ne Rollstuhlversorgung, gucken, dass jemand ne gute Rollstuhlversorgung hat, das ist ja nicht nur diese Versorgung oder Begleitung, sondern alles was das Leben ähm sonst noch betrifft. Und eben auch so administrative Geschichten, die da noch so obendrauf kommen. Man ist sozusagen ich () sag jetzt ganz blöd die eierlegende Wollmilchsau, man muss aus dem sozialen Bereich, aus dem grundpflegerischen Bereich etwas bedienen, psychosoziale Betreuung ähm machen, ähm äh sozialrechtlich zu wissen ähm wo was hingehört, damit man das zumindestens weiterleiten kann, an den gesetzlichen Betreuer, wenn kein gesetzlicher Betreuer vorhanden ist, muss man den Klienten auch noch dahin gehend beraten, was er denn jetzt sozialrechtlich zu tun hat, boah () das ist manchmal doch sehr, sehr komplex. Und ähm ja man hat eben auch noch bei urlaub die Vertretung von anderen Klienten noch mit obendrauf, was da anfällt eben auch bewerkstelligt wird. Macht aber auch spannend die Arbeit (), ist also () nicht alles nur (#) negativ, es macht auch Spaß. Das grundpflegerische alleine wäre auf die Dauer ja auch langweilig, das macht den Reiz ja auch aus.

Transkription des Problemzentrierten Interviews mit Herrn C

Legende

I: Interviewer

C: Interviewpartner

(-): Pausen, Stockungen oder Ähnliches

(- -) (- - -): längere Pausen

(...): Unklarheiten

(): Besonderheiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder ähnliches

(#): Überschneidung von Wörtern

Herr C, 25, ist Heilerzieher.

03.09.2015 Dauer: 00:21:26

Themenkomplex 1: Persönliche Erfahrung mit Burnout oder burnoutähnlichen psychischen oder physischen Symptomen im Zusammenhang mit der Arbeit

1. I: Kannst du beschreiben, wie du dich nach einem langen Tag fühlst, also ähm sowohl körperlich als auch ähm psychisch?
2. C: Ähm ja () kaputt, ähm, kaputt, müde, ähm, genervt. Mir tun manchmal auch die Ohren weh, ähm. Eine Kollegin ist deswegen auch öfter krank geschrieben, ich aber persönlich nicht.
3. I: Warst du schon mal aufgrund von Burnout oder Erschöpfungszustand krank geschrieben?
4. C: Nein. Nee.
5. I: Denkst du noch zuhause, im privaten Rahmen oft an die Arbeit? An die Lebenssituation der Klienten?
6. C: () ja. Ja, (- - -) ja, aber ja doch. In bestimmten Situationen, also wenn es

jemandem gesundheitlich schlecht geht, so, oder ja wo das denn wirklich kritisch wird. Ja, ähm ansonsten würd ich eigentlich sagen nicht so sehr. Ähm, ich schaff das immer ganz gut, mich nicht so sehr ja, auf, also ich schaff das ganz gut mich abzulenken, sagen wir es mal so () ähm ja, (-) ich mach meistens ziemlich viel mit Freunden und so, häng irgendwie rum () und da denk ich dann nicht so viel dran ehrlich gesagt.

Themenkomplex 2: Rahmenbedingungen in der Behindertenhilfe

7. I: Wieviele Überstunden hast du im Durchschnitt im Monat?
8. C: (-) im Monat äh (- -) nicht so viele würd ich sagen. Vielleicht sieben oder acht oder so (). bei uns in der Tafö macht man eigentlich nicht so viel, es ist ne relativ geregelte Zeit, das heißt genau von morgens halb neun geht's los, genau und dann bis so halb vier ungefähr. Also um drei machen wir dann zu und dann ist danach noch son, bis die Klienten dann abgeholt werden, von den Fahrdiensten und so weiter, beziehungsweise bis die nach hause kommen, dann ist es meistens schon halb vier oder so. Ja, von daher, guck mal ich hab ja auch dreißig Stunden. Von daher passt das auch (). ne ich mach nicht so viele Überstunden, nee.

Themenkomplex 3: Arbeit mit dem Klientel in der Behindertenhilfe

9. I: Okay. Kannst du dir vorstellen noch länger so in der Behindertenhilfe zu sein?also wenn du sagst du bist da jetzt seit drei Jahren, du hast ja dann parallel die ähm Heilerzieher ähm, Ausbildung gemacht. Bist du immer noch zufrieden damit?
10. C: Ähm ja, also das genau, ja doch, ich kann mir eigentlich nicht vorstellen, grob was anderes zu machen. Ähm also ich bin ja in der Tafö, und das macht unheimlich viel

Spaß, da ist teilweise ähm so viel ähm Lebensfreude, die einem da entgegen kommt. Also wirklich ja, sehr sehr (-) positiv, ähm ()nö, ich kann mir vorstellen, nochmal irgendwie in die Werkstatt zu wechseln, irgendwie sowas, also Berufsbildungsbereich gibt's ja nochmal und also mit jüngeren, meistens jüngeren, ähm vielleicht auch psychisch kranken Menschen irgendwie noch was zu machen und da so ne Berufseingliederungsmaßnahme ähm (-) und die nochmal sozusagen zu betreuen, da also die ähm Klienten zu betreuen, da, da hätt ich schon Lust drauf muss ich sagen, kann ich mir gut vorstellen, ja. Aber erstmal so ja Behindertenbereich, ja ist mein (-) Ding (#).

11. I: Wenn du jetzt ähm dein das Klientel beschreibst in der Behindertenhilfe, was macht das besonders im Vergleich zu vielleicht anderen ähm (-) Arbeitsbereichen von sozialer Arbeit?
12. C: Ja, ähm (- -) das ist jetzt schwierig zu beantworten, da muss ich überlegen ähm (...) (- -) also das besondere ist, würd ich jetzt sagen, das man mit den Klienten nicht so sehr, man kommuniziert schon mit ihnen, also natürlich kommuniziert man mit ihnen, aber ähm die Kommunikation ist sehr (- -) ähm was heißt schwierig, also sehr eingeschränkt einfach. Also, da sind einige, die gar nicht sprechen können, also was heißt einige, sehr viele sogar, insgesamt 10 glaube ich.
13. I: Also ja, du kannst ja ein bisschen erzählen, wieviele Klienten ihr so habt und wie die so sind?
14. C: Ja, ähm also insgesamt so 30 Klienten, 25, 30, die sind unterteilt immer in so fünf Gruppen, da sind dann immer so sechs, moment macht das Sinn, ich muss kurz rechnen () nee, genau da sind immer so fünf oder sechs, halt wir haben momentan sieben() ja genau und davon, das ist immer so ein bisschen gemischt, Die Gruppenszahl, wir haben meistens immer so drei Rollstuhlfahrer, bei mir zum Beispiel in der Gruppe, ich leite eine Gruppe, da sind drei Rollstuhlfahrer, und da können zum beispiel drei nicht sprechen, und (-) genau, viele andere, also zwei die, die laufen können, die sprechen auch, die kann man auch gut verstehen, die da (...) also da kann man sich wirklich unterhalten, also da kann man von Unterhaltung sprechen sagen wir mal, aber da (-) bei den anderen sind es mehr so Laute, mit denen sie sich dann verständigen oder son, gut, der eine der kann auch sprechen, aber der redet kaum und wenn dann ist das immer das gleiche, so (-) sozusagen son Abspulen von

von ja () gelernten Sätzen so, ähm und das macht es son bisschen ja, wie soll ich das sagen ähm (-) besonders würd ich sagen, also die die Arbeit mit Menschen zu kommunizieren und denen eben auch möglichst während ihres Aufenthalts sag ich jetzt mal bei uns, denen möglichst einfach (-) ähm ja, ne Lebensqualität und irgendwie ne Aufgabe ähm zu zu, also das sie einfach teilhaben an irgendetwas. Also die eine Klientin, die wo ich sagte die ist im Rollstuhl und kann nicht sprechen, ähm die ist zum Beispiel auch so ähm körperlich eingeschränkt dass sie ihren eigenen Rollstuhl auch gar nicht bewegen kann, das heißt sie liegt quasi in ihrem Rollstuhl, hat so ne Art Liegerollstuhl, ähm entweder liegt sie da oder sie liegt halt im Bett ähm, ja also die kann zum Beispiel nicht sprechen, aber die lacht einfach immer () (-) ähm auch beim Essen, wenn sie dann Joghurt im Mund hat, wird man schön angespuckt, großartig (), ähm jedenfalls ähm ja da würd ich sagen (...) ja, das würd ich sagen macht das Besondere glaub ich aus. Also dieses ja, auch diese Rundumverantwortung, die man hat. Also ja, dadurch dass ich in der Tagesförderstätte bin, bin ich ja nicht rundum verantwortlich sozusagen, man hat die Person ja nur für ähm ein paar Stunden am Tag, bei sich in der Gruppe, aber das ist ähm schon, also ich gestalte quasi den ganzen ganzen Tagesablauf für sie, weil sie es selbst nicht bestimmen können, ähm ja, genau. ja.

15. I: Gibts Klienten die dich ähm ablehnen? Also wo öfter vielleicht Konflikte entstehen?

16. C: Nee, also Klienten die mich ablehnen hab ich so nicht, ehrlich gesagt. Die sind schon (-) ähm, man wird angeschrien, das kannst du haben () (-) aber oder wenn das Essen nicht schnell genug kommt (), das ist mir persönlich nicht passiert, aber ja es gibt schon so so Übergriffe, ähm also was weiß ich, da gings einmal beim Essen nicht schnell genug, und dann wurde der Kollegin von mir schön hinten am Zopf gepackt und ähm und so weg geschleudert sozusagen, ähm ja von einem Klienten der auch ungeduldig ist ähm (-) und ein bisschen schwierig manchmal, er kann eben auch aggressiv werden ähm mir gegenüber noch nicht. Aber ähm kann ja noch werden, weiß man nicht (), aber so Ablehnung eigentlich gar nicht, es ist so, also ich hab auch Freunde oder Bekannte () (#) die in dem Bereich arbeiten, da hör ich schon Geschichten, aber eher so im Wohnbereich und in den Werkstätten eher, aber nicht bei uns ehrlich gesagt, weil das ist so, ja Ablehnung gibt's da nicht so wirklich,

so nee, das ist sehr harmonisch ()würd ich jetzt mal so sagen, ja doch eigentlich schon.

17. I: Jetzt bist du ja drei Jahre ähm ungefähr in der Behindertenhilfe

18. C: Ja genau

19. I: Hat da das ähm Mitgefühl, die Empathie gegenüber Klienten so abgenommen?
Oder geht's dir emotional noch immer so wie am Anfang?

20. C: Ähm ne, wie am Anfang geht's mir nicht mehr, das es ist ähm Mitgefühl ähm (- - -) hat nicht wirklich abgenommen, eher so dieses dass man sich so Gedanken macht, also das Mitgefühl hat nicht abgenommen würde ich sagen, aber so grade als ich angefangen habe (-) also ich hab FSJ gemacht in ner anderen Tagesförderstätte und da hab ich am Anfang, also da hatte ich echt Schwierigkeiten mit, dann am Anfang irgendwie abzuschalten, also da musste ich schon, gut im Bezug auf die erste Frage am Anfang (), ähm da musste ich schon viel drüber nachdenken, doch. Also ähm da gings mir schon nahe, dass es Leute gibt die so jung sind und nicht ähm sprechen können, nicht für sich entscheiden können, nichts machen können, nicht bewegen können ähm , das ging mir schon sehr nahe, doch muss ich sagen. Und ähm son bisschen das, was mach ich jetzt mit denen, son bisschen ähm dann fühlte ich mich schlecht, weil die sitzen dann nur rum und grad mit denen die laufen können, mit denen hab ich dann viel gemacht, oder mach ich noch immer () also ähm irgendwelche Esstrainingsgeschichten oder was weiß ich mal spazieren gehen, die mit ähm denen irgendwas basteln, irgendwelche ähm kleinen Arbeitsaufträge ähm bearbeiten und das funktioniert dann so gar nicht mit diesen Klienten aber ähm ja da hab ich mich jetzt dran gewöhnt sozusagen, beziehungsweise ähm hab für mich gelernt, dass es einfach die möglichst große Teilhabe ist, dass sie einfach dabei sind, und einfach ähm ja, also wir haben zum Beispiel so einen Snoezelraum, und dää kann man die dann zum Beispiel mit rein legen, da ist dann so ein Wasserbett eben und da ja oder auf so eine Matte oder so beim Sport, dass sie einfach dabei sind, ja und dann einfach so über Geruchs ähm Schmecken, ähm über so ne so ne Sinnes ähm Ebene sozusagen, dass man da Erlebnisse schafft für die, aber das ähm ja.. das wars ().

21. I: Hast du ein Beispiel für eine Situation mit einem Klienten, die sich ähm sehr berührt hat vielleicht oder die dir emotional viel Kraft gekostet hat?

22. C: Ähm (- -) in der Situation mit Klienten direkt ähm jetzt nicht, ich hatte neulich ähm () der ist aber gar nicht mehr in meiner Gruppe, der war früher in meiner Gruppe, der ist jetzt gewechselt, der der ist relativ ja wie soll ich das sagen, ja körperlich hygienisch verwahrlost, der lebt halt zuhause, ist auch noch relativ jung, also ich glaube so 22 müsste der sein, ähm und da kriegt man dann so Geschichten von zuhause mit, und da wars dann relativ ähm unangenehme Geschichte, die zuhause ähm abgelaufen ist, ähm (- -) und die die nimmt mich dann schon mit, ja also wo es dann auch Ärger mit der Mutter gab, die die das betraf meine Kollegin dann eher aber ähm ja, da ich mich dann eben auch mit dem Klienten verbunden fühle, fand ich das eben auch ähm (-) ja, das hat mich dann auch mitgenommen und das man halt so so hilflos da auch gegenüber steht. Also grad so was Eltern angeht oder so Familiensituationen, die man mitkriegt, also eher so die Backgroundgeschichten, die nehmen einen dann schon manchmal ganz schön mit. Ja, die Leute die sich dann grad nicht so wehren können, die dann zuhause sitzen und dann ja.

23. I: Wie ist da die Situation bei dem einen Klienten?

24. C: Ja, also der wird dann so so ja, darf da halt nicht, also der spricht dann so normal, ist halt geistig eben halt eingeschränkt sozusagen, kann sich aber schon unterhalten und so weiter, also wohnt da in so einer schwierigen Familie, wo er sehr untergebuttert wird einfach, wo sich nicht um ihn gekümmert wird einfach, der wird dann quasi in sein Zimmer gesperrt quasi und dann Tür zu und ähm darf zum essen irgendwie raus kommen, und ähm ja und dann auch so komische Machenschaften die da zuhause ablaufen mit dem Stiefvater, und so weiter und ähm wo man da selber nicht genau weiß was stimmt da und was passiert, man kriegt es halt von ihm so ein bisschen mit und ähm auch in Gesprächen mit der Mutter und äh unserem sozialen Dienst hier, und da werden natürlich auch Gespräche geführt und ähm ja das man irgendwie guckt (-) ähm dass irgendwie ne Wohneinrichtung für ihn besser angebracht und aber dass die Mutter ähm (-) sozusagen Geld bekommt ähm dass sie er bei ihr wohnt und ähm (- -) das wird dann gerne genommen, aber sich nicht um ihn gekümmert sozusagen wie das dann halt so ist, schwierige Sache, aber ja ähm wir sind da mit der Mutter im Gespräch also meine Kollegin und dass man da halt was ändert irgendwie ändern kann an der Situation, ja das man ihr eben anbietet und erklärt was man mit dem Sohn eben auch machen könnte, woran er irgendwie

Spaß hat, und ähm ja so Sachen.

Themenkomplex 4: Teamarbeit

25. I: Fühlst du dich im Team ähm unterstützt, also emotional auch? Wie ist so die Atmosphäre im Team bei euch?
26. C: Ähm die Atmosphäre im Team würd ich (-) als sehr gut beschreiben, ähm, das war nicht immer so, also als ich angefangen habe, da gabs noch ne, da hatten wir noch ne andere Leitung und ähm also als ich damals noch mein Praktikum gemacht habe, da war noch alles in so einer Umbruch, Umwälzstimmung, weil vor mir ne Kollegin gegangen ist, eben aus, die hatte (-) ähm ja auch irgendwie ne psychische Geschichte am () Laufen, und ähm der gings halt nicht gut und die hatte wohl äh hier son bisschen für ähm Trouble gesorgt, im im im Team so, die Chefin, die war auch son bisschen schwierig (), hat son bisschen immer sehr auf Leistung und ähm so Sachen gepocht, grade im Bezug auf die Klienten, also dass die Klienten was leisten müssen, auch immer son bisschen Richtung Werkstatt geschoben, also alle die was können, sollen halt Richtung Werkstatt gehen, ähm und war halt auch menschlich teilweise ein bisschen schwierig, also sehr kalt, ein bisschen schroff auch, son bisschen hat die auch die Stimmung im Team so ein bisschen gedrückt auch, die ist aber jetzt nicht mehr da (), seit einem Jahr haben wir ne neue Leitung die ähm () ganz gut ist wie ich finde () und im Team ist die Stimmung super ().
27. I: Wie ist die Teamstruktur so?
28. C: Also wir haben ein sehr gemischtes Team, so mit ähm ich bin der einzige Mann () aber also gemischtes Team im Sinne von, also wir haben zwei Kolleginnen, die sind beide schon irgendwie zwanzig Jahre hier und dann haben wir noch eine, die so in meinem Alter ist und dann haben wir noch zwei, drei FSJLer, die das ganze noch ein bisschen aufpeppen sozusagen (), also son bisschen ja, also ein gemischtes Team, also das ist schon sehr harmonisch würd ich sagen, schon recht familiär eigentlich,

würde ich fast sagen, also (...) seit die neue Leitung da ist beziehungsweise die alte Leitung weg ist, hat sich das wirklich ähm ja gebessert, es war zwar da auch unter uns Kollegen, die damals auch schon da waren, also das war schon immer harmonisch, da gabs halt mit der Leitung immer diese Reibereien, die eine Kollegin, die dann weg ist, da gabs dann so eine Mobbinggeschichte, die von der ausging gegenüber ner anderen Kollegin, die aber noch (-) da ist, und ähm ja da gabs wie gesagt diese große Mobbinggeschichte, ach da gabs auch so ganz komische Ungereimtheiten mit Klienten teilweise, ähm wurden die irgendwie nicht gewickelt und wurden dann in ihrem Gruppen liegen ähm stehen gelassen. Ja, komische Geschichten, aber die habe ich nur gehört, die wurden mir dann erzählt, und da haben wir dann auch Supervision und so zu gehabt. Aber das war zu der Zeit ähm als ich noch mein Jahrespraktikum gemacht habe und ähm ja da war ich ja noch Praktikant () da bekommt man ja nicht so viel mit plus, da wie gesagt war die Kollegin schon weg die da ähm ja wo das vom Team her ein bisschen schwierig war mit der. Aber das ja ist jetzt gar nicht so, also das ist echt angenehm muss ich sagen, doch ja.

29. I: Also fühlst du dich so bei stressigen oder belasteten Situationen vom Team unterstützt?

30. C: Ähm ja, würd ich sagen, ja doch doch. Also grade was private Sachen irgendwie angeht, da kann man auhc sprechen, wenn es einem nicht so gut geht, kann man ähm ja also (-) konkretes Beispiel, ich bin da (-) alleine in meiner Gruppe, also ich hab jetzt sechs, nee sieben, zu betreuende und wenn ich Urlaub hab oder so dann werden die Klienten so aufgeteilt, da wird son bisschen geguckt, dass ich ersetzt werde so, aber wenn dann so andere Gruppen da relativ leer sind, dann wird mir noch zusätzlich ein FSJler zur Seite gestellt oder ne Kollegin, in der einen Gruppe sind zum Beispiel zwei Festangestellte, und ähm da kommt die eine Kollegin dann zu mir und unterstützt mich dann eh also dann ist es wirklich ähm ja gar kein Problem, ja. Schön. Schön, ne? () (#)

31. I: Gibt es denn noch diesen Leistungsdruck ähm du hast vorhin gesagt dass die damalige ähm Leitung einen Druck ausgeübt hat?

32. C: Ja, ähm ja, (-) also was heißt Leistungsdruck, ich merke schon dass so ein bisschen, also was ich so höre von Kollegen, ich bin ja noch nicht ähm so lange dabei, aber

ähm (-) so dass der Personalschlüssel ähm schlechter geworden ist, also wir haben eigentlich einen Personalschlüssel von 1 zu 3, das ist bei mir in der Gruppe () ja auch nicht so gegeben, ähm beziehungsweise ich hab ja dann meistens noch ne FSJlerin oder ne Praktikantin manchmal auch selber, die ich dann anleite mit. Das ist ähm (-) wohl so ein bisschen enger geworden, aber als ich hier Praktikant war, da war das auch schon so, ja. Und dass es mehr verschriftlicht wird, also mehr Dokumentation, man muss wirklich alles immer aufschreiben, und hier und da, möglichst viel Programm anbieten, und das muss dann immer auch verschriftlicht werden, damit man das auch alles ähm nachweisen kann. Das finde ich auch ist ein (-) richtig nerviger Teil der Arbeit muss ich sagen, weil das einfach viel Zeit kostet, viel Energie auch frisst. Und ich bin auch jemand der das dauernd vergisst () diese Sachen () (-) auch einzutragen und denn wenn ich unterwegs bin im Feierabend denke ich so Scheiße, du wolltest das und das noch eintragen und am nächsten Tag denke ich mir dann auch wieder, fuck du wolltest es noch eintragen , vergesse es natürlich wieder, wenn morgens irgendwas anliegt, keine Ahnung, wenn es Schwierigkeiten gibt mit irgendjemandem und denn ja dann komm ich da nicht zu und denn sind irgendwie drei Tage vergangen, wo ich dann vergessen habe dann Dokumentation zu machen und dann türmt sich das manchmal son bisschen und ähm ich kreuze dann einfach irgendwas ab () quasi () (- - -) das (-) muss aber keiner wissen () (- - -) ja, und das (-) ist dann einfach nervig. Aber das also ja der Teil den ich nicht so gerne mag aber weil das einfach auch Zeit kostet und irgendwann muss ich diese Doku dann machen und das wird dann von der Leitung dann auch ja forciert, dass es dann passiert. Das ist halt sehr nervig