

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Der Bedarf von Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung
und Prävention für SozialarbeiterInnen -
Eine empirische Studie mit Fachkräften des ASD

Master-Thesis

Tag der Abgabe: 20.08.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung S.4

- 1.1 Burnout und psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit als gesellschaftliches Phänomen S.5
- 1.2 Burnout und psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in der Sozialen Arbeit S.8
- 1.3 Psychosoziale Krisen als Herausforderung für die Gesundheit S.9
 - 1.3.1 Begriffsbestimmung psychosoziale Krise S.10
 - 1.3.2 Veränderungskrisen und traumatische Krisen S.10
 - 1.3.3 Die Arbeit mit Menschen in akuten Krisen als Herausforderung für die Gesundheit von Fachkräften S.13
- 1.4 Bundesweiter Forschungsstand zur spezifischen Belastungen durch die Aufgabenbereiche und Arbeitssituation im ASD S.14
 - 1.4.1 Kernaufgabe und Aufgabenvielfalt S.14
 - 1.4.2 Kindeswohlgefährdungen S.17
 - 1.4.3 Fehlende Partizipationsmöglichkeiten S.20
 - 1.4.4 Sozialraumorientierung und Kooperationen S.21
 - 1.4.5 Gegensätzliche Positionen und ambivalente Anforderungen S.22
 - 1.4.6 Fehlende staatliche und gesellschaftliche Anerkennung S.22
- 1.5 Zusammenfassung S.23

2. Stressbewältigung und Ressourcenorientierung: Wissenschaftliche Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit S.25

- 2.1 Transaktionales Stresskonzept nach Lazarus S.26
 - 2.1.1 Primäre und sekundäre Bewertungsprozesse S.26
 - 2.1.2 Stressbewältigung (Coping) S.27
- 2.2 Hardiness nach Kobasa und Maddi S.29
 - 2.2.1 Engagement, Kontrolle und Herausforderung S.30
 - 2.2.2 Hardiness als Schutzfaktor – Wirksamkeit und Kritik S.31
- 2.3 Der Resilienz-Ansatz S.32
 - 2.3.1 Begriffsbestimmung S.32
 - 2.3.2 Schutz- und Risikofaktoren S.33
 - 2.3.3 Dynamik, Variabilität, Multidimensionalität und Situationsabhängigkeit S.36
- 2.4 Der Salutogenese-Ansatz nach Antonovsky S.36
 - 2.4.1 Stressoren und Widerstandsressourcen S.37
 - 2.4.2 Das Kohärenzgefühl S.38

2.5 Inhaltlicher Vergleich der Theorien und kritische Betrachtung S.39

2.5.1 Alleinstellungsmerkmale und Unterschiede S.40

2.5.2 Gemeinsamkeiten und inhaltliche Nähe S.43

2.5.3 Kritik an der Ressourcenorientierung S.44

3. Psychische Gesundheitsförderung und Prävention S.45

4. Verhaltensprävention: Möglichkeiten personaler psychischer Gesundheitsförderung und Prävention S.47

4.1 Soziales Netzwerk, Unterstützer und Natur S.48

4.2 Förderung von Selbstfürsorge, innerer Distanz und Körperarbeit S.50

4.3 Förderung von Mut, Realitätssinn, Verstehbarkeit und Humor S.52

4.4 Förderung von Handhabbarkeit, Selbstwirksamkeit und Optimismus S.53

4.5 Förderung von Sinnerleben und Bedeutsamkeit der Arbeit S.55

4.6 Zusammenfassung S.56

5. Verhältnisprävention: Organisationale psychische Gesundheitsförderung und Prävention S.57

5.1 Die Rolle der Leitungskraft – Salutogene Führung S.58

5.2 Auswahl, Einarbeitung und Beschäftigungssicherheit S.59

5.3 Förderung von fachlichen Kompetenzen, professioneller Haltung und innerer Distanz S.60

5.4 Positives Teamklima, Fehlerkultur und Handlungsspielräume S.62

5.5 Partizipation und Organisationsentwicklung S.63

5.6 Fachliche Alternativen zur Fremdunterbringung S.65

5.7 Politische und gesellschaftliche Anerkennung S.65

5.8 Zusammenfassung S.65

6. Empirische Untersuchung S.67

6.1 Theoretischer Bezugsrahmen und Hypothesen S.68

6.2 Untersuchungsmethode und Untersuchungsdesign S.69

6.3 Erhebungsinstrument und Operationalisierung der Variablen S.69

6.4 Stichprobe / Untersuchungsgruppe S.72

6.5 Ablauf der Untersuchung S.72

6.6 Auswertungsverfahren S.73

6.7 Ergebnisse S.74

6.8 Interpretation und Schlussfolgerungen S.78

6.9 Reflexion und kritische Punkte S.80

Eidesstattliche Erklärung S.82

Literaturverzeichnis S.82

Anhang 1: Fragebogen und Auswertungen S.86

Anhang 2: Ergebnisse der T-Tests S.102

1. Einführung

In dieser Arbeit soll der Bedarf von Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention für SozialarbeiterInnen untersucht werden. Als Untersuchungsgruppe dienen Fachkräfte des ASD. Der Aufbau der Arbeit gestaltet sich wie folgt:

Im ersten Kapitel wird die Aktualität des Themas und das mit ihr einhergehende Untersuchungsinteresse anhand von Gesundheitsreporten der Krankenkassen darstellt. Es wird außerdem aufgezeigt, mit welchen spezifischen beruflichen Belastungen und Stressoren SozialarbeiterInnen und insbesondere Fachkräfte des ASD in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sind. Nachdem die Belastungsfaktoren nachgewiesen wurden, werden im zweiten Kapitel psychologische Erklärungsmodelle herangezogen, die theoretischen Aufschluss darüber geben, warum sich langanhaltender Stress negative auf unsere Gesundheit auswirkt. Sie dienen auch dazu, um zu erklären, wie durch ressourcenorientierte Arbeit eine positive Stressbewältigung gelingen und so die psychische Gesundheit gefördert werden kann.

In den darauffolgenden Kapiteln drei bis fünf wird untersucht, was Arbeitgeber im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention praktisch unternehmen können, um die psychische Gesundheit ihrer angestellten SozialarbeiterInnen zu verbessern. Dazu widmet sich Kapitel drei der Frage, was genau unter den Begriffen Gesundheitsförderung und Prävention zu verstehen ist. Im vierten Kapitel werden dann mögliche Angebote zur Verhaltensprävention aufgezeigt, die sich auf den Erkenntnissen der Resilienzforschung und des Salutogenese-Ansatzes stützen. Sie zielen auf eine Förderung von Ressourcen der einzelnen MitarbeiterInnen ab. Im fünften Kapitel folgen dann praktische Maßnahmen der Verhältnisprävention. In diesem Kapitel soll dargestellt werden, durch welche organisationalen Strukturen Arbeitgeber gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für ihre Angestellten schaffen können. Dazu werden sowohl allgemeine gesundheitsförderliche Strukturen vorgestellt, als auch jene, die speziell auf die Arbeit im ASD zugeschnitten sind.

Im sechsten und letzten Kapitel der Arbeit erfolgt dann auf der Grundlage des aufgezeigten Forschungsstandes die empirische Untersuchung. Im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung soll in Erfahrung gebracht werden, ob der Bedarf an Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention bereits gedeckt ist oder ob es noch offene Bedarfe gibt und wie diese aussehen. Die Arbeit endet mit Empfehlungen für die Praxis und einer Auseinandersetzung mit den kritischen Punkten der Erhebung.

1.1 Burnout und psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit als gesellschaftliches Phänomen

Die WHO hat, nach jahrelangen Diskussionen in der Fachwelt, Burnout als Krankheit anerkannt. Burnout soll im ICD 11 als Syndrom aufgenommen werden, dass durch folgende Symptome gekennzeichnet ist: (vgl. WeltN24 2019) (vgl. Spiegel Online 2019)

1. Erschöpfungsgefühl
2. Geistige Distanzierung und negative Einstellung der eigenen Arbeit gegenüber
3. Verringerung der beruflichen Leistungsfähigkeit

Nach der Definition des WHO lässt sich Burnout ausschließlich auf Belastungen und chronischem Stress am Arbeitsplatz zurückführen, der nicht erfolgreich verarbeitet wurde. Der ICD 11 soll im Jahr 2020 verabschiedet werden und ab Januar Jahr 2022 gelten. (vgl. ebd.)

Betrachtet man die Fehlzeitenberichte der Betriebskrankenkassen, die die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage von ArbeitnehmerInnen in Deutschland dokumentieren, werden gesamtgesellschaftlich steigende Stress- und Burnoutphänomene sichtbar. (vgl. Klomann 2018, 329)

„Der Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen weist in der Zeit von 2005 bis 2015 eine Verdopplung der Arbeitsunfähigkeitstage in Folge psychischer- und Verhaltensstörungen auf.“ (Klomann 2018, 329)

Im selben Zeitraum haben sich die Fälle von Burnout verfünffacht. Psychische Störungen und Verhaltensstörungen sind außerdem der häufigste Grund für Frühverrentungen. Somit hat das Thema Burnout nicht nur Relevanz für das Wohlergehen von Fachkräften, sondern auch für die ökonomische Situation von Arbeitgebern. (vgl. Klomann 2018, 329) (vgl. Roschker 2014, 28)

„Es entstehen Kosten für Lohnfortzahlungen sowie für Neueinstellung und Einarbeitung von Mitarbeitern, die die Erkrankten ersetzen. Fallen qualifizierte Mitarbeiter durch psychische Erkrankungen vollständig aus, verliert das Unternehmen wertvolles Fachwissen.“ (Roschker 2014, 27)

Aber auch, wenn betroffene MitarbeiterInnen nicht langfristig arbeitsunfähig sind, wirkt sich der Mangel an Konzentration und Aufmerksamkeit negativ auf die Leistungsfähigkeit aus. (vgl. Roschker 2014, 31)

Psychische- und Verhaltensstörungen verursachen, nach Erkrankungen der Skelettmuskulatur, inzwischen die zweitmeisten Arbeitsunfähigkeitstage. Dies wird auch anhand der folgenden Grafik der Barmer-Krankenkasse deutlich, die die Verteilung von Arbeitsunfähigkeitstagen

auf Krankheitsarten abbildet. (vgl. Barner: Grobe/Steinmann/Gerr 2018, 45) (vgl. TK: Grobe/Steinmann/Gerr 2018, 23)

Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2017

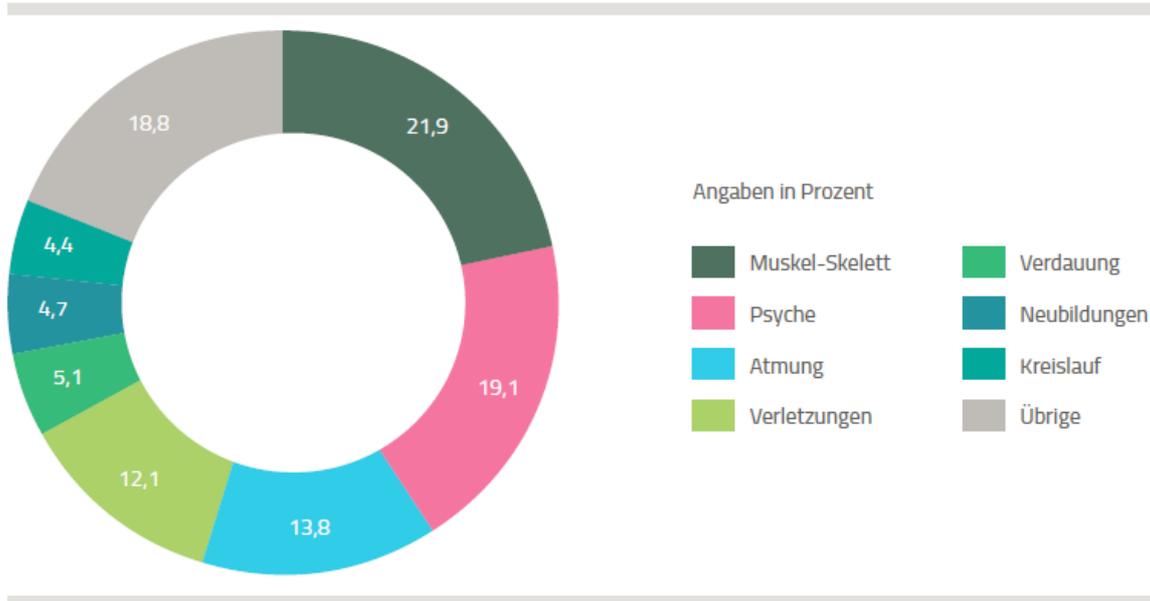


Abbildung 1: Fehlzeiten nach Krankheitsarten (Barner: Grobe/Steinmann/Gerr 2018, 45)

Doch wie kommt es zu dieser Entwicklung? Die moderne Arbeitswelt ist geprägt von steigenden Anforderungen an Flexibilität, Mobilität, Leistungs- und Verantwortungsdruck, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck. Immer mehr Menschen sind außerdem in Arbeitsbereichen tätig, in denen der Umgang mit Informationen und Wissen jeglicher Art im Vordergrund steht. Die moderne Arbeitswelt stellt damit hohe geistige und psychische Anforderungen an ArbeitnehmerInnen. Kommt es durch diese Anforderungen zu Dauerstress, kann dieser, in einem langsamen und schleichenden Prozess, die physischen und psychischen Gesundheit beeinträchtigen. (vgl. Kломann 2018, 329) (vgl. Roschker 2014, 10 ff.)

Es gibt berufsbedingte Faktoren, die zur Entstehung von chronischem Stress und Burnout beitragen. Diese sind: (vgl. WidO 2011, 5) (vgl. Roschker 2014, 14 ff.) (vgl. Scherrmann 2017, 16)

1. Zwischenmenschliche Extremsituationen und emotionale Belastungen
2. Zwischenmenschliche Schwierigkeiten wie Konflikte mit KollegInnen und Führungskräften, Mangel an Wertschätzung, Anerkennung und offener Kommunikation

3. Hohe Fluktuation von MitarbeiterInnen und somit keine festen Teams und fehlender Zusammenhalt
4. Hohe Verantwortung und Entscheidungsmacht bei gleichzeitigem Erfolgsdruck
5. Starke Kontrolle durch den Arbeitgeber, wenig eigene Handlungsspielräume und Vertrauen in MitarbeiterInnen
6. Arbeitsverdichtung und Arbeitsüberlastung, hoher Zeitdruck bei intensivem Arbeitsaufwand
7. Schlechte Vereinbarkeit von Familie/Privatleben und Beruf, ständige Erreichbarkeit, Überstunden
8. Widersprüchliche Werte von Organisation und ArbeitnehmerInnen, fehlende Identifizierung mit der Organisation
9. Unsichere Arbeitsverhältnisse, Angst vor Arbeitsplatzverlust (vgl. ebd.)

Wenn die im Arbeitskontext bestehenden Anforderungen dauerhaft zu hoch und die zur Bewältigung erforderlichen Ressourcen zu gering sind, dann entsteht Stress. Dieser geht häufig mit starken negativen Emotionen einher und begünstigt die Entwicklung von Krankheiten, wie unter anderem Burnout (siehe Kapitel 2). (vgl. Klomann 2018, 331)

Burnout tritt jedoch nicht plötzlich auf, sondern steht am Ende eines schleichenden und länger andauernden Entwicklungsprozesses, bei dem Menschen chronischen Stress ausgesetzt sind.

„Emotionale Erschöpfung [entsteht] [...] infolge einer hohen Ressourcenverwendung zur Bewältigung vielfältiger Anforderungen sowie emotionaler Überforderung und Ermüdung im Kontakt mit anderen Menschen.“ (Klomann 2018, 332)

Dabei reagiert jeder Mensch unterschiedlich auf die Anforderungen aus der Umwelt. Neben den berufsbedingten Faktoren gibt es auch personale Faktoren, die zur Entstehung von Burnout beitragen. Dazu zählen: (vgl. WidO 2011, 5) (vgl. Klomann 2018, 332)

1. (Zu) hohes Engagement, Leistungs- und Aufopferungsbereitschaft
2. Pflichtbewusstsein
3. Idealismus
4. Perfektionismus (vgl. ebd.)

Wenn es also um die Frage geht, wie man die psychische Gesundheit seiner MitarbeiterInnen fördern und Stress verringern kann, dann ist dies sowohl durch Maßnahmen zur Stärkung der einzelnen MitarbeiterInnen – der Verhaltensprävention (siehe Kapitel 4) und durch Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen – der Verhältnisprävention (siehe Kapitel 5) möglich.

1.2 Burnout und psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in der Sozialen Arbeit

Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitswesen bilden die Berufsgruppe, mit den zweitmeisten Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Störungen nach Bus- und StraßenbahnfahrerInnen. Nach Berufen im Dialogmarketing ist sie außerdem die Berufsgruppe mit den meisten diagnostizierten, psychisch bedingten Krankheitsfällen. Die folgende Statistik der AOK zeigt dies für das Jahr 2017. Abgebildet sind die neun Berufe, mit den meisten Fällen psychischer- und Verhaltensstörungen und ihre Arbeitsunfähigkeitstage. Berufe aus der Erziehungswissenschaft sind auf Platz fünf der Berufe, mit den häufigsten Fällen diagnostizierter psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. (vgl. Badura/Ducki u.a. 2018, 372)

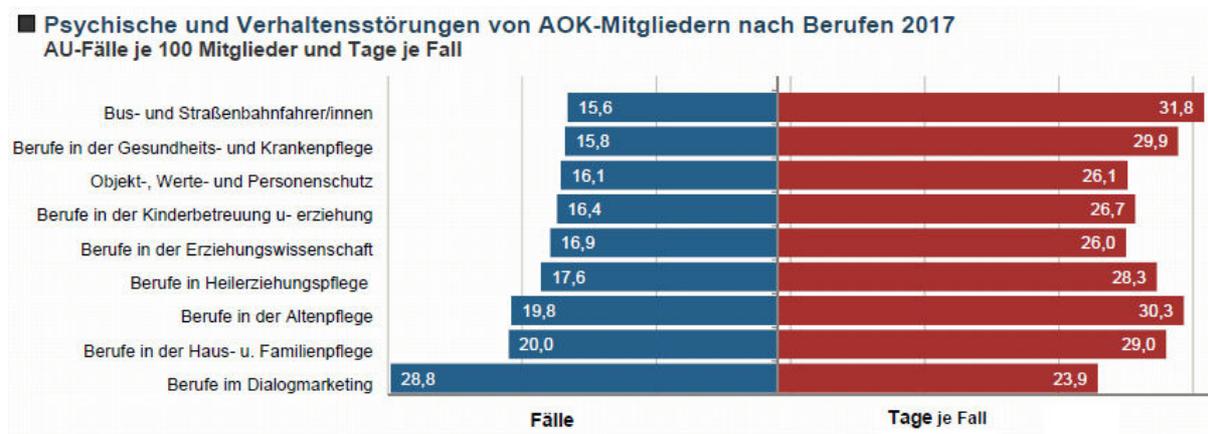


Abbildung 2: Psychische Störungen nach Berufen (Badura/Ducki u.a. 2018, 372)

Doch warum sind Menschen aus der Erziehungswissenschaft, und folglich aus der Sozialen Arbeit, besonders häufig von Burnout betroffen? Die Fachkräfte sind durch große Verantwortung und hohes Engagement für AdressatInnen gefordert. Sie haben vertiefte Einblicke in belastende Lebensschicksale und schwierige Lebensumstände von Menschen, genauso wie in in biographische Brüche. Sie werden konfrontiert mit Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern, Verelendung, Armut, Isolation, Suchtmittelabhängigkeit und mit schweren körperli-

chen und psychischen Erkrankungen. Um unter diesen Anforderungen und emotionalen Belastungen nicht zu erschöpfen, innere Distanz zu wahren, ohne sich geistig zu sehr zu Distanzieren, negativ Einstellung der eigenen Arbeit gegenüber zu entwickeln und schließlich dauerhaft zu erkranken, ist ein Balanceakt von Nöten, der manchmal nicht gelingt. Außerdem fördern steigende Fallzahlen und Fachkräftemangel die Tendenz, dass Fachkräfte aufgrund von Arbeitsüberlastung ihre eigene Grenzen nicht ausreichend wahren können. Das kann psychisch krank machen. (vgl. Roschker 2014, 14 ff.) (vgl. Klomann 2018, 332) (vgl. Poulsen 2009, 14 ff.)

1.3 Psychosoziale Krisen als Herausforderung für die Gesundheit

Viele Fachkräfte in der Sozialen Arbeit arbeiten mit Menschen in psychosozialen Krisen. Die Arbeit geht für die Fachkräfte oft mit einer starken emotionalen Belastung einher. Häufig befinden sich die Menschen, die sie begleiten, in einem Ausnahmezustand. Wie bereits beschrieben stellen zwischenmenschliche Extremsituationen und emotionale Belastungen einen Risikofaktor für die Entwicklung von Burnout dar. Um diesen Zusammenhang zu verstehen, werden psychosoziale Krisen im Folgenden genauer betrachtet.

Im Laufe des Lebens steht jeder Menschen immer wieder vor Herausforderungen und belastenden Situationen, die ihm ein hohes Maß an Veränderung abverlangt und die er nicht aus eigener Kraft heraus bewältigen kann. Diese Belastungen gehen mit starker Verunsicherung und Ungewissheit einher. Wenn die eigenen Lösungsversuche nicht ausreichen, um eine Situation zu bewältigen und zunächst kein Ausweg zu sehen ist, dann geht diese Erfahrung oft mit dem Gefühl starker Verunsicherung und Angst einher. Dies ist eine ganz normale Lebenserfahrung und häufig gelingt es nach einiger Zeit doch, aus eigener Kraft und/oder mit Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, diese Herausforderungen zu meistern. Dann können neue Lebenserfahrungen und Lösungsstrategien im persönlichen Wissens- und Kompetenzschatz aufgenommen werden. Es gibt aber auch belastende Situationen, die so gewaltig sind und dem Menschen so viel Veränderung abverlangen, dass sie nicht mehr bewältigt werden können und sich zu einer psychosozialen Krise entwickeln. Diese Krisen nehmen besonders starken Einfluss auf die psychische Gesundheit. (vgl. Hülshoff 2017, 11 ff.)

1.3.1 Begriffsbestimmung psychosoziale Krise

Definition psychosoziale Krise:

„[...] [Sie] beschreibt den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“ (Sonneck 2000, 15)

Im Unterschied zu einer „normalen“ belastenden Situation fehlen in diesem Moment nicht nur die Ressourcen, um die Situation zu bewältigen, sondern es gibt gar keine Strategie bzw. Idee dazu, wie mit der Krise umgegangen werden kann. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sinkt. Diese Hilflosigkeit und Überforderung kann sogar so weit gehen, dass Suizid als einzige verbleibende Handlungsstrategie gesehen wird. Es handelt sich also nicht um ein „normales“ Stimmungstief, das mit Problemen und Stress einhergeht, sondern um ein Gefühl massiver Destabilisierung, das für die Betroffenen kaum erträglich ist. Durch die Krise ist die Fortsetzung der alltäglichen Lebensführung unterbrochen (vgl. Allwinn 2018, 174 ff.) (vgl. Nikendei 2017, 49)

Psychosoziale Krisen gehen zu Beginn mit unspezifischen Symptomen wie Schlafproblemen, Appetitlosigkeit, Rückenschmerzen, Ängsten und depressiven Verstimmungen einher. Diese Symptome tragen im Verlauf zur Eskalation der Krise bei. (vgl. Stegmann/Schröder 2018, 30 ff.)

„Wenn der Schlaf kontinuierlich unterbrochen wird, wenn man keinen Appetit mehr hat, dann schwächt dies die Betroffenen [...] und verschlechtert [...] deren Situation.“ (Stegmann/Schröder 2018, 31)

Auch anhaltende Ängste und depressive Verstimmungen begünstigen die Entwicklung resignativer Gefühle und Selbstzweifel, was zur Verschärfung der Krise beiträgt. (vgl. ebd.)

1.3.2 Veränderungskrisen und traumatische Krisen

Es gibt zwei Arten von Krisen, die sich in ihrem Verlauf unterscheiden. Auch wenn Krisen in der Praxis selten einen linearen Verlauf haben, sondern eher spiral- bzw. wellenförmig verlaufen, kann dieses Wissen in Hinblick auf die Arbeit mit den Betroffenen hilfreich sein. Die Verläufe sollten jedoch nicht normativ verstanden werden, sondern dienen der Orientierung. (vgl. Martens/Begus 2016, 143) (vgl. Allwinn 2018, 177 ff.)

1. Veränderungskrisen: Sie stehen in Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben, die zum üblichen Lebenslauf eines Menschen dazu gehören. Beispiele für berufliche Entwicklungsaufgaben im Erwachsenenalter sind der Einstieg ins Berufsleben, erwünschte und unerwünschte berufliche Veränderungen durch Arbeitsplatzwechsel, Arbeitslosigkeit und beruflicher Auf- und Abstieg. Klassische private Entwicklungsaufgaben sind Partnerwahl, Familiengründung und Ablösung der Kinder. Für die Bewältigung dieser Aufgaben sind persönliche Veränderungsprozesse erforderlich, die mit neuen Anforderungen einer sozialen Rolle und individuellen Lernprozessen verbunden sind. Diese psychisch belastenden Momente im Lebenslauf werden entweder erfolgreich bewältigt und führen zur Weiterentwicklung oder, bei einer nicht gelingenden Bewältigung, zur Krise und gesundheitlichen Problemen. Veränderungskrisen treten nicht plötzlich auf, sondern entwickeln sich über mehre Tage und Wochen hinweg, wenn eine Entwicklungsaufgabe nicht bewältigt wird. Sie spitzen sich in ihrem Verlauf immer weiter zu. Mit dem eigenen Versagen, der zunehmenden Anspannung und Verringerung des Selbstwertgefühls entsteht eine Art Abwärtsspirale, die sich auch auf andere Lebensbereiche auswirkt. Sie betrifft also nicht nur die innere Befindlichkeit der Person, sondern auch ihre berufliche und private Situation. Bei einer voll ausgebildeten Krise ist soziale und/oder professionelle Unterstützung notwendig, um einen Weg heraus zu finden und um selbstgefährdende Verhaltensweise, wie Substanzenmissbrauch oder Suizid, abzuwenden. (vgl. Allwinn 2018, 175 ff.) (vgl. Stegmann/Schröder 2018, 30 ff.) (vgl. Faltermaier 2014, 80 ff.)

2. Traumatische Krisen: Sie entstehen durch ein plötzlich auftretendes, schmerzliches Ereignis, das hohe Relevanz für das Leben der betroffenen Person hat. Dies kann zum Beispiel die Trennung oder der Tod von einer nahestehenden Person sein, ein unvorhergesehener Arbeitsplatzverlust, ein Unfall oder die Diagnose einer schweren Erkrankung. Von einem Moment zum nächsten hat sich das Leben der Betroffenen dramatisch verändert. Direkt nach dem Schicksalsschlag stehen sie häufig unter Schock und reagieren wie betäubt und desorientiert. (vgl. Allwinn 2018, 177) (vgl. Nikendei 2017, 51)

„Die Ratio ist oft ausgeschaltet, tiefe Gefühle filtern unsere Wahrnehmung und beeinflussen sogar unser Wissen. Wir können uns nur an Informationen erinnern, die zu unseren (aufgewählten) Emotionen passen. Wir unterliegen nicht selten einer verzerrten Wahrnehmung, die auch unsere Reaktion beeinflusst. Wir sind für eine gewisse Zeit hilflos wie Kinder und brauchen Hilfe, emotionalen Schutz und Orientierung, sogar wenn wir nach außen aktiv scheinen.“ (Martens/Begus 2016, 36)

In dieser Zeit ist die Unterstützung durch Fachleute meist unabdingbar. Auch Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ist nun wichtig. Die Empfindungen und Emotionen sind wie betäubt und die Sinneswahrnehmungen sind selektiv. Das Sehen und Hören ist zum Teil nur eingeschränkt möglich. Nach dem Schock wird die betroffene Person mit der neuen Wirklichkeit konfrontiert, die Emotionen wirken überwältigend. In dieser Phase der intensiven Gefühle kann es ebenfalls verstärkt zu selbstschädigendem Verhalten von Substanzenmissbrauch bis hin zu Suizid kommen. (vgl. Martens/Begus 2016, 36 ff.) (vgl. Allwinn 2018, 177)

Erst wenn die erschütternde Situation erfasst und verarbeitet wird, bekommen die Betroffenen wieder Boden unter den Füßen. Bis diese akute Phase bewältigt wurde, müssen häufig die HelferInnen die Situation für sie einschätzen und gegebenenfalls für die Betroffenen anstehende Entscheidungen treffen und/oder sie schützen. Es ist eine Gefahr, dass dem Erkennen und Erfassen des Ereignisses, das den betroffenen Personen insbesondere durch die Hilfe anderer Menschen ermöglicht wird, zu wenig Raum gegeben wird. Dieser Prozess ist schmerzhaft aber sehr wichtig. (vgl. ebd.)

„Wir brauchen das Sehen der veränderten Realität nach einem Schicksalsschlag, um sinnvolle Entscheidungen treffen und die Wahrheit verarbeiten zu können.“ (Martens/Begus 2016, 41)

Dies ist der wichtigste Schritt, um aus der akuten Krisensituationen herauszutreten und wieder eigenverantwortlich handeln zu können. Es ist die Voraussetzung dafür, mit dem Erlebten umzugehen und neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Mit der Zeit werden nun die massiven emotionalen Reaktionen auf das Erlebte seltener und schwächer. Erst wenn die akute Krise überwunden wurde, können wieder die gesundheitsfördernden Ressourcen der Menschen wirksam sein und gestärkt werden. (vgl. Martens/Begus 2016, 143) (vgl. Allwinn 2018, 177 ff.)

Krisen gehen immer mit einem gewissen Grad an Kontrollverlust und Ohnmachtsgefühl einher. In der akuten Krise bestimmen oft andere Menschen für die Betroffenen. Aus diesem Grund ist es wichtig, das Selbstwirksamkeitserleben und die Eigenaktivität so gut es geht bereits während der akuten Phase, aber insbesondere im Anschluss daran zu stärken und so einem negativen Verlauf, wie der Umsetzung selbstschädigender Verhaltensweisen und der Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen, entgegen zu wirken. (vgl. Nikendei 2017, 51 ff.)

1.3.3 Die Arbeit mit Menschen in akuten Krisen als Herausforderung für die Gesundheit von Fachkräften

Für die Arbeit mit Menschen in akuten Krisen ist es von besonderer Bedeutung, sich darüber im Klaren zu sein, dass diese bei der helfenden Person meist ebenfalls Stress auslösen. Der/Die professionelle HelferIn muss in der Lage sein, seine/ihre eigene Stressreaktion von der des Betroffenen zu unterscheiden und seine/ihre Gefühle zu regulieren, um in der Situation hilfreich zu sein und überlegte Entscheidungen treffen zu können. Es besteht jedoch die Gefahr, eigene Belastungsfolgen zu entwickeln, wenn die persönlichen, kollegialen und strukturellen Bedingungen für eine gute Gesundheitsfürsorge nicht ausreichend vorhanden sind. Belastungsfolgen können für die Fachkraft entstehen, wenn die gefühlsmäßige innere Nähe, die im Kontakt mit den Betroffenen aufgenommen wird, im Anschluss nicht mehr aufgelöst werden kann. (vgl. Allwinn 2018, 178) (vgl. Nikendei 2017, 480 ff., 493)

„Durch tiefe Einblicke in persönliche Lebensverhältnisse, in Lebensschicksale und Lebenshintergründe von Menschen sind soziale Fachkräfte in besonderem Maße gefordert, ein professionelles Nähe-Distanz-Verhältnis zu wahren und sich von den Schicksalen der Menschen abgrenzen zu können.“ (Poulsen 2009, 14)

Für Fachkräfte ist die professionelle Beziehung tragende Grundsäule eines jeden Kontakts mit AdressatInnen. Diese Beziehung bewegt sich im Spannungsfeld von Mitgefühl, Interesse, Engagement und einem Einlassen auf die Lebenswelt der AdressatInnen auf der einen Seite und der Abgrenzung und inneren Distanz auf der anderen Seite. Insbesondere die Unterscheidung von Mitgefühl und Mitleid in schwierigen Lebenssituationen von AdressatInnen, die die Fachkräfte berühren, ist von hoher Bedeutung für die Psychohygiene. Nur wenn es gelingt, sich von dem Leid abzugrenzen, bleibt die gesundheitsfördernde Handlungsfähigkeit und professionelle Beziehung erhalten. Häufig geht es in der Ausbildung von Fachkräften jedoch um die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten und kognitiven Wissen. Die Persönlichkeit der Fachkräfte wird dagegen zu wenig thematisiert. Auch idealistische Überzeugungen und Ansprüche an die Soziale Arbeit und sich selbst, die der Realität im Arbeitsalltag nicht standhalten, können resignative Gefühle der eigenen Arbeit gegenüber fördern und Burnout begünstigen. (vgl. Poulsen 2009, 14) (vgl. WidO 2011, 5) (vgl. Klomann 2018, 337)

1.4 Bundesweiter Forschungsstand zur spezifischen Belastungen durch die Aufgabenbereiche und Arbeitssituation im ASD

Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst (kurz ASD) sind in besonderem Maße den Belastungen und Anforderungen der Sozialen Arbeit ausgesetzt. Im folgenden Unterkapitel werden die wissenschaftlicher Befunde zur spezifischen Belastung der ASD-Fachkräfte zusammengefasst. Dabei findet sowohl eine Auseinandersetzung mit der konkreten Tätigkeit, als auch mit der Arbeitssituation statt. Es werden organisationale, gesellschaftliche und politische Strukturen betrachtet, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Belastungen beteiligt sind.

1.4.1 Kernaufgabe und Aufgabenvielfalt

Die Fachkräfte des ASD haben ein breit gefächertes Aufgaben- und Dienstleistungsfeld, in dem sie tätig sind. Bundesweit gesehen gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Tätigkeiten, die von den Fachkräften, je nach Standort, ausgeführt werden. So gibt es MitarbeiterInnen, die sowohl Aufgaben aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gemäß SGB VIII, als auch der Sozial- und Arbeitslosenhilfe gemäß SGB XII übernehmen. In der Regel ist es jedoch so, dass die Arbeit im ASD ausschließlich oder überwiegend das Tätigkeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe umfasst. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 74)

Die Kernaufgabe der Fachkräfte im ASD beinhaltet die einzelfallbezogene Beratung, die Klärung des individuellen Hilfebedarfes, die Hilfeplanung und die Verfügung, Begleitung, regelmäßige Überprüfung und Dokumentation von Maßnahmen und Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetzes – der Hilfe zur Erziehung. Aber auch die Vermittlung von sozialräumlichen, beraterischen und therapeutischen Angebote und Maßnahmen zählt zur Kernaufgabe. Familien kommen dann mit dem Jugendamt in Kontakt, wenn sie es entweder selbst aufsuchen, um Unterstützung zu erhalten, oder wenn durch außenstehende Personen oder Institutionen eine Meldung über eine mögliche Kindeswohlgefährdung beim Jugendamt eingeht. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 73 ff.) (vgl. Petry 2013, 18 ff., 210 ff.) (vgl. Ackermann 2017, 168)

Es wird sowohl mit AdressantInnen in Krisen gearbeitet, bei denen die Arbeit einen hohen Interventionscharakter hat, häufiger handelt es sich jedoch um präventive Beratung und Unterstützungsvermittlung. Auf das Thema Krisen und ihre gesundheitliche Bedeutung für Fachkräfte, wurde bereits unter Punkt 1.3.3 vertieft eingegangen. (vgl. ebd.)

Alle Unterstützungsleistungen sollen dem Wohle des jungen Menschen dienen und Kindeswohlgefährdungen vermeiden. Hilfen zur Erziehung dürfen und müssen gemäß §§ 27 – 35 SGB VIII verfügt werden, wenn die Erziehung durch Sorgeberechtigte und Familie nicht ausreicht, um das Wohl des Kindes zu bewahren. Das Recht der Eltern auf Hilfe zur Erziehung ist gesetzlich verankert und kann ggf. auch von ihnen eingeklagt werden. Gleichzeitig hat das Jugendamt gemäß § 8a SGB VIII den Schutzauftrag für das Kindeswohl und muss auch gegen den Willen von Eltern und Kindern eingreifen, wenn er das Kindeswohl gefährdet sieht. Die ASD-Fachkräfte haben die Aufgabe, zu prüfen und einzuschätzen, in wie weit die Lebenssituation und Sozialisationsbedingungen der Kinder und Jugendlichen von denen anderer junger Menschen abweicht und zu einer Benachteiligung führen. Für die Fachkräfte stellt dies einen Balanceakt dar, andere Lebensentwürfe zu respektieren und gleichzeitig korrigierend einzugreifen, um Benachteiligungen abzubauen, soziale Teilhabechancen zu erhöhen und eine altersgemäße Entwicklung zu ermöglichen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Fachkräfte meist aus einer anderen sozialen Schicht kommen, wie die AdressatInnen. (vgl. ebd.)

„Arbeit im ASD bedeutet, dafür Sorge zu tragen, dass Kinder und Jugendliche und Familien zu ihrem Recht kommen, das Bedarfslagen in Krisen, Not und Belastung früh erkannt und [...] mit passgenauen Angeboten unter Beteiligung der Adressaten begegnet wird. [...] „Sorge tragen“ meint, dass etwas, das im „Normalfall“ von den Eltern und Familien im Rahmen der Erziehung und Versorgung privat geleistet wird, öffentlich zu leisten und zu verantworten ist. Der ASD [...] ist für die öffentliche Kompensation zuständig, wenn private Defizite erkennbar werden oder um Hilfe ersucht wird. Er muss verhindern, dass Kinder in Not geraten [...].“ (Petry 2013, 18 f.)

Liegt eine Benachteiligung vor und muss zum Wohle des Kindes eine Hilfe installiert werden, kann diese familienunterstützend, -ergänzend oder, wenn nicht anders möglich, familienersetzend sein. Einmal installierte Hilfen müssen, besonders in Hinblick auf einen sparsamen Umgang mit finanziellen Mitteln, regelmäßig kontrolliert und hinsichtlich ihrer Rechtmäßigkeit, Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit geprüft werden. (vgl. ebd.)

„Diese Arbeit bedeutet auch, mit meist knappen finanziellen Ressourcen verantwortungsvoll umzugehen.“ (Petry 2013, 18)

Zur Kernaufgabe zählt außerdem die Unterstützung von jungen Volljährigen, aufsuchende Arbeit in Form von Hausbesuchen und Maßnahmen des Kinderschutzes inklusive Fremdunterbringungen. Darüber hinaus werden in der Regel auch folgende Aufgaben übernommen: (vgl. Petry 2013, 212)

- Erziehungs- und Familienberatung
- Förderung der Erziehungskompetenzen
- Trennungs- und Scheidungsberatung
- Beratung beim Umgangs- und Sorgerecht sowie Begleitung und Stellungnahme bei familiengerichtlichen Verfahren
- Veranlassung der Prüfung von Leistungen der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit seelischer Behinderung

Je nachdem, wie die einzelnen Kommunen organisiert sind, können noch weitere Aufgaben hinzukommen. Beispiele hierfür sind: (vgl. Gissel/Schubert 2015, 73 ff.)

- Schuldnerberatung
- Pflegekinderdienst
- Jugendgerichtshilfe
- Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit, wie die Teilnahme an Arbeitskreisen und Gremien

Zum Teil werden diese Aufgaben auch auf andere spezialisierte soziale Dienste ausgelagert. Häufig gibt es neben dem ASD noch weitere private und öffentliche Dienstleistungsangebote wie Erziehungsberatungsstellen, die von Hilfesuchenden anstelle des ASD aufgesucht werden können. Leistungen der Hilfe zur Erziehung nach dem SGB VIII können dagegen ausschließlich von MitarbeiterInnen des ASD verfügt werden. (vgl. ebd.)

In den letzten Jahren haben sich vielerorts ASD-Fachkräfte auf ein bestimmtes Aufgabenfeld spezialisiert, in dem sie überwiegend oder ausschließlich tätig sind. Insbesondere in den Arbeitsgebieten Kinderschutzes, Migration sowie Trennungs- und Scheidungsberatung ist dies zu beobachten. (vgl. ebd.)

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass hohe qualitative und quantitative Anforderungen an die MitarbeiterInnen des ASD bestehen. Dies wird unter anderem durch Belastungsanzeigen sichtbar, deren Anzahl in den letzten Jahren gestiegen ist. Auch wenn gleichzeitig ein Stellenzuwachs zu verzeichnen war und bereits viele Lösungsversuche zur Verbesserung der Arbeitsbelastung durchgeführt wurden, ist das Thema weiterhin aktuell. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 75, 81)

Fraglich ist, ob eine derart große Aufgabenvielfalt innerhalb eines sozialen Dienstes überhaupt geleistet werden kann oder ob die Notwendigkeit einer so umfangreichen Fachexpertise, das Fungieren als Familienhelfer und das gleichzeitige wirtschaftliche Handeln zwangsläufig zur Überforderung führt. (vgl. Petry 2013, 21)

Viele Fachkräfte empfinden ihre Kernaufgabe, also die einzelfallbezogene Beratung und Dokumentation, als psychisch besonders belastend. Hohe Fallzahlen und wenig zeitliche Kapazitäten verstärken dies. Auch das Gefühl, in einem Fall nicht helfen zu können, also handlungsunfähig zu sein, führt zu einem starken Belastungserleben. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 82)

1.4.2 Kindeswohlgefährdungen

Eine Kindeswohlgefährdung liegt dann vor, wenn:

„[...] die altersgemäße Entwicklung des Minderjährigen durch die soziale, psychosoziale oder individuelle Lebenssituation gefährdet und konkrete Schäden für seine körperliche, geistige oder seelische Gesundheit zu befürchten sind. Der Kinderschutz hat für die Arbeit im ASD oberste Priorität, da das Jugendamt die Garantenstellung übernommen hat.“ (Petry 2013, 19)

Die alleinige Verantwortung bei der Gefährdungseinschätzung sowie die konkreten Inobhutnahmesituationen werden als psychisch belastend erlebt. Teamkonflikte, fehlende Eingebundenheit und Unterstützung durch KollegInnen und Leitungskräfte, Unzuverlässigkeit und Dauervertretungssituationen verstärken das Gefühl, die Verantwortung alleine zu tragen und wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. (vgl. Petry 2013, 210 ff.)

Einzelne fallzuständige Fachkräfte sind für einen Fall zuständig und übernehmen die Verantwortung für die Bearbeitung problematischer Familienkonstellationen. Sie schätzen die Gefährdung von Kindern für die Gegenwart und prognostisch für die Zukunft ein und müssen entscheiden, ob eine kurzfristige oder langfristige Herausnahme des Kindes aus der Familie aus ihrer Sicht notwendig ist. Dabei können sie auch nachträglich für ihre Entscheidungen verantwortlich gemacht werden und in Rechtfertigungsdruck geraten. Gleichzeitig gibt keine gesicherten Kriterien, anhand derer sozialpädagogischen Einschätzungen vollzogen werden. Nicht jede in der nahen Vergangenheit liegende Gewalttat von Eltern gegenüber Kindern rechtfertigt zum Beispiel eine Herausnahme der Kinder aus der Familie, um zukünftige Übergriffe zu verhindern. Meist ist es schwer einzuschätzen, welche Konsequenzen ein Verbleib in der Familie oder eine stationäre Unterbringung mit sich bringen, da menschliches Verhalten nicht vorhersehbar ist. Auch die Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung kann nicht vorherge-

sehen oder kontrolliert werden. Die Prognosen der Fachkräfte bleiben unsicher und fehleranfällig. (vgl. Petry 2013, 210 ff.) (vgl. Ackermann 2017, 167 ff., 289 ff) (vgl. Klomann 2018, 335)

„Eine nicht erfolgte Intervention kann im Extremfall die fortgesetzte Verletzung des Kindeswohls oder gar den Tod eines Kindes bedeuten. Der Einsatz von Fremdunterbringung hat hingegen die Trennung von Eltern und Kindern und damit schwerwiegende Konsequenzen für biographische Verläufe zur Folge.“ (Ackermann 2017, 289)

Fachkräfte stellen ihren Fall, ihre Einschätzung dazu und ihre Bearbeitungsstrategie den KollegInnen, Leitungskräften, weiteren Professionellen, wie MitarbeiterInnen aus freien Trägern und den Adressatinnen immer wieder vor. Dies ist notwendig, um den Bearbeitungsprozess transparent zu halten und durch einen Blick von Dritten zu überprüfen, ob die eigene Einschätzungen für die Situation angemessen ist. Der Rechtfertigungsdruck sichert somit die Qualität der Arbeit, da nicht einfach irgendetwas getan werden kann, sondern das Handeln begründet dargestellt werden muss. Die Darstellung trifft dabei auf mehr oder weniger kritisches Publikum. Schlimmstenfalls müssen Fachkräfte auch Rechenschaft gegenüber der Staatsanwaltschaft ablegen und ziehen das Medieninteresse auf sich. (vgl. Petry 2013, 210 ff.) (vgl. Ackermann 2017, 167 ff., 289, 298)

„Um die zahlreichen Situationen der Rechtfertigung zu bewältigen, [...] brauchen die Sozialarbeiter/innen nicht nur ausgesprochenes ›Darstellungstalent‹, sondern auch brauchbare Informationen, die ihnen verlässliche Falleinschätzungen ermöglichen.“ (Ackermann 2017, 171)

Durch Gespräche mit der Familie sowie Hausbesuche und deren Dokumentation werden Daten, wie zum Beispiel missbräuchlicher Alkoholkonsum der Mutter, über lange Zeit örtlich verfügbar gemacht. Schriftliche Informationen von Dritten, wie ambulanten Familienhelfer, bieten ebenfalls wichtiges Material. Diese Niederschriften sicher Fachkräfte zwar ab, in dem dokumentiert wird, welche Bemühungen unternommen wurden, um etwas über die Familie in Erfahrung zu bringen, auf welcher Grundlage Entscheidungen getroffen wurde und an welchen Problemen gearbeitet werden sollte. Gleichzeitig bringen aktenkundig gewordene Informationen die Fachkräfte auch in Handlungszwang. Sie müssen berücksichtigt werden, da sonst der Vorwurf entstehen kann, nicht schnell oder angemessen agiert und so die professionelle Sorgfaltspflicht verletzt zu haben. (vgl. Ackermann 2017, 222 ff.) (vgl. Klomann 2018, 335)

Oft ist es aber auch schwierig, überhaupt einen Einblick zu bekommen, was genau in den Familien los ist. Bei der Vielzahl von Fällen kann es passieren, dass Fachkräfte gar nicht so genau wissen, was zum Beispiel die ambulante Familienhilfen aktuell genau machen oder wie regelmäßig die Kontakte praktisch stattfinden. Häufig verfügen ASD-Fachkräfte nur über knappe Informationen und auch ihre Kapazitäten bei der Informationsverarbeitung sind begrenzt. Um einen Fall zu beurteilen, müssen sie seine Komplexität reduzieren. Unter begrenzten zeitlichen und kognitiven Ressourcen müssen die Fachkräfte aus einer Vielzahl relevanter Aussagen eine Selektion treffen und laufen dabei Gefahr etwas nicht zu beachten oder zu übersehen, was später relevant wird. (vgl. Ackermann 2017, 222 ff., 290) (vgl. Klomann 2018, 335)

„Immer wären auch noch ganz andere Schriftstücke, Formulierungen, Referanznahmen und mithin Selektionen möglich gewesen.“ (Ackermann 2017, 225)

Die notwendige Selektion macht die Entscheidung, zum Beispiel von Seiten der Eltern, Leitungskräfte oder Anwälten, angreifbar und sie kann Widerstände bei Eltern auslösen, was die partizipative Gestaltung eines Hilfeplans und gemeinsamer Hilfeziele erschweren kann oder gar unmöglich macht. Auch das Machtgefälle von Fachkräften und AdressatInnen trägt zu dieser Dynamik bei. Ohnmachtserleben und das Gefühl, dass MitarbeiterInnen ungerechtfertigterweise die Kinder wegnehmen (wollen), führen immer wieder dazu, dass AdressatInnen Fachkräfte bedrohen, was diese belastet. (vgl. Petry 2013, 20, 210 ff.) (vgl. Ackermann 2017, 48)

Auf Grund von politischen und gesellschaftlichen Versagensvorwürfen haben in den letzten Jahren neue, umfangreiche Regulierungen im ASD Anwendung gefunden. Sie haben den utopischen Anspruch Kinderschutz durch standardisierte Strukturen, wie den Einsatz von Risiko einschätzungsinstrumenten und Checklisten, zu 100% sicherzustellen und zu kontrollieren. Dies manifestiert sich für ASD-Fachkräfte in erhöhten Anforderungen und starkem Druck für das Gelingen von Kinderschutz, einer zeitintensiven Dokumentation und geringer werdenden Möglichkeiten und Kapazitäten sozialpädagogischer Arbeit, die wichtige Grundlage für fachlich fundierte, einzelfallorientierte Einschätzungen und Entscheidungen sein sollte. Die Instrumente tragen nicht zwangsläufig zu einer verbesserten Objektivität bei. Vielmehr fließen die subjektiven Einschätzungen und Interpretationen der Fachkräfte in die Instrumente ein. Häufig werden sie, anders als vorgesehen, gar nicht vor dem Fällen einer Entscheidung eingesetzt und für Prognosen verwendet, sondern sie dienen hinterher als Legitimation für das Han-

deln von Fachkräften. Risikoeinschätzungsinstrumente ersetzen demnach die pädagogische Einschätzung von Fachkräften keinesfalls. (vgl. Ackermann 2017, 281) (vgl. Bode/Turba 2015, 40 ff.) (vgl. Klomann 2018, 335)

„Es gibt normativ „verabsolutierte“ Erwartungen an Schutzerfolge, aber Spielräume sozialprofessionellen Handelns werden eher verstellt (z.B. durch EDV-gestützte Dokumentationen und prozedurale Standards). [...] vielfach verschiebt sich die Arbeit auf Nebenschauplätze (Rechtfertigungsschleifen, Entlastungskämpfe etc.) oder mündet schlicht in unausgesprochene Illusionen (fallübergreifende Patentrezepte und Universallösungen; Null-Fehler-Erwartungen etc.).“ (Bode/Turba 2015, 42)

Natürlich sind die Dokumentation und die Verwendung von Prüf- und Diagnosebögen, insbesondere zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen, teilweise gut und sinnvoll. Sie dürfen aber in ihrem Ausmaß nicht so groß und überregulierend sein, dass sie die Fachkräfte in ihrer pädagogischen Arbeit und Handlungsfähigkeit einschränken und diese den fachlich fundierten Blick auf den Einzelfall verlieren. (vgl. Petry 2013, 219) (vgl. Gissel/Schubert 2015, 79 ff.) (vgl. Klomann 2018, 335 ff.)

1.4.3 Fehlende Partizipationsmöglichkeiten

Des Weiteren gibt es von Seiten der Fachkräfte Unzufriedenheit bei den Partizipationsmöglichkeiten an internen Entscheidungen. Organisationale Veränderungen, wie Konzeptentwicklungen oder die Entwicklung fachlicher Standards, erfolgen überwiegend auf Führungsebene. Dies ist für MitarbeiterInnen besonders frustrierend, da innerhalb des ASD beruflicher Aufstieg und Weiterentwicklung nur sehr begrenzt möglich ist. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 82 ff.)

Es zeichnen sich also starre hierarchische Strukturen ab. Dies ist ein Problem, da die Veränderung von Arbeitsprozessen ohne Partizipation der ausführenden MitarbeiterInnen dazu führen kann, dass diese mit den neuen Entscheidungen nicht einverstanden sind und die erarbeiteten Instrumente und Prozesse in der Praxis nicht oder nur unzureichend umsetzen. Gerade dann, wenn die Zielsetzung auf Planungs- und Steuerungsebene wirtschaftliche Interessen verfolgt, fühlen sich MitarbeiterInnen häufig übergangen und in ihren Arbeitsmöglichkeiten eingeschränkt. Dies kann sich negativ auf die Dienstleistungsqualität und Einhaltung von Standards auswirken. (vgl. ebd.)

1.4.4 Sozialraumorientierung und Kooperationen

Die Arbeit in den ASDs hat sich in den letzten Jahr gewandelt. Es wird konzeptionell eine höhere Sozialraumorientierung, statt der zuvor verankerten Einzelfallorientierung, angestrebt. Praktisch überwiegt jedoch deutlich die einzelfallbezogene Arbeit, auch wenn Organisationen und Leitungskräfte das Konzept der Sozialraumorientierung und seine Relevanz hervorheben. Vernetzungsaufgaben werden eher innerhalb der Einzelfallararbeit angewendet und sind so integraler Bestandteil der Kernaufgabe. Sie werden von Fachkräften nicht explizit als Vernetzungsaufgabe oder Sozialraumorientierung wahrgenommen. Einzelfallunabhängige Vernetzungstätigkeiten, wie der Besuch von Gremien, Sozialraum- und Arbeitsgruppen, werden dagegen in der Regel nicht von Fachkräften, sondern von speziell dafür eingestellte NetzwerkmanagerInnen oder den Leitungskräften besucht. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 73 ff., 85 ff.)

Insbesondere bei sehr belasteten Familien hat die systemübergreifende Kooperation mit öffentlichen und freien Trägern, Institutionen – wie Schulen, Kindergärten und Polizei – sowie sonstigen Akteuren – wie Hebammen, Psychologen und Ärzten – jedoch zugenommen. Neben den Chancen, Möglichkeiten und den oftmals eher positiven Verläufen dieser Zusammenarbeit, entstehen auch Herausforderungen, mit denen die Fachkräfte umgehen müssen. Die unterschiedlichen Funktionen, Ziele, Arbeitsweisen sowie Macht- und Einflussmöglichkeiten von z.B. Polizei, Schule und Experten aus dem Gesundheitsbereich auf der einen Seite und dem ASD auf der andern Seite, können zu Störungen führen. Die Kooperation mit freien Trägern gestaltet sich, vielleicht wegen der fachlichen Nähe, oft positiver und wird häufiger als zufriedenstellend erlebt. (vgl. ebd.)

„Im Zusammenspiel unterschiedlicher Instanzen sind Spannungen zwischen Problemdiagnosen, Interventionskonzepten und Selbstverständnissen eher die Regel als die Ausnahme. So streitet man sich etwa über die Frage, wie weit der Primat der Familie tatsächlich gehen soll oder wie die Arbeitsteilung zwischen Kosten- und Leistungsträgern fair organisiert werden kann; auch innerhalb des öffentlichen Sektors gibt es komplexe Abstimmungserfordernisse, z.B. im Verhältnis von Jugend- und Gesundheitsamt. Mitarbeitende im ASD erleben, wie in ihrem Auftrag intervenierende Träger betreute Familien – oder auch sich selbst – gegen die Jugendämter verteidigen und nehmen Kooperationspartner aus Gesundheits-, Sicherheits- und Sozialberufen nicht selten als ignorant oder abweisend wahr (genauso wie dies umgekehrt der Fall ist).“ (Bode/Turba 2015, 41)

1.4.5 Gegensätzliche Positionen und ambivalente Anforderungen

Es wird deutlich, dass sich die Fachkräfte in ihrer Arbeit häufig zwischen widersprüchlichen Positionen und Anforderungen bewegen, wie Verwaltung und emphatischer Einzelfallberatung,: (vgl. Petry 2013, 210)

„[...] zwischen Akzeptanz von Lebensentwürfen und Kontrolle von Lebensumständen, zwischen präventiver und begleitender Beratung und intervenierender Entscheidung, zwischen Schutz des Kindes und Widerstand der Eltern (und der Kinder), zwischen (steigenden) Bedarfen und (knapper werdenden) Mitteln und zwischen Einzelfall und Gemeinwesen.“ (Petry 2013, 21)

„Gefordert werden mehr Flexibilität und zugleich mehr Patentlösungen; mehr Nachhaltigkeit und weniger Interventionstiefe [...] [zum Beispiel durch sozialräumliche Hilfen und Angebote, statt Hilfen zur Erziehung], mehr Sicherheitsorientierung und weniger Kapazität für nachhaltige Steuerung [...]; mehr Arbeitsteilung und weniger Selbstständigkeit bei denen, die Fallkontakt haben; und nicht zuletzt gibt es einen Druck in Richtung mehr Wettbewerb einerseits, mehr Zusammenarbeit andererseits [...].“ (Bode/Turba 2015, 41 f.)

Dieses Spannungsfeld, in dem sich die Fachkräfte bewegen, ist anstrengend und führt zu Anspannung. MitarbeiterInnen müssen die Ambivalenzen aushalten und erleben sie häufig als Überforderung. Die eigene Positionierung verlangt ihnen hohe Professionalität, Flexibilität und Widerstandskraft ab. Je mehr sie sich einem Pol zuwenden, desto leichter können sie vom anderen Standpunkt aus kritisiert werden. Als besonders belastend wird die Positionierung entweder auf Seiten der AdressatInnen oder auf Seiten der Organisation, mit dem Ziel Ressourcen zu sparen, erlebt. (vgl. Petry 2013, 21 ff., 213) (vgl. Bode/Turba 2015, 42)

1.4.6 Fehlende staatliche und gesellschaftliche Anerkennung

Dass der Übernahme von so viel Verantwortung von Seiten des Staates so wenig finanzielle Wertschätzung entgegen gebracht wird, wirkt sich stark demotivierend aus. Auch die fehlende gesellschaftliche Anerkennung und der schlechte Ruf des ASD bei den BürgerInnen, haben demotivierende Auswirkungen und fördern Unzufriedenheit. Dies spiegelt sich auch in der Unzufriedenheit von ASD-Fachkräften wider, was die Durchsetzungsfähigkeit von ASD-spezifischen Anliegen innerhalb der Kommune und der geringen Wirksamkeit von Öffentlichkeitsarbeit der Jugendämter betrifft. (vgl. Petry 2013, 210 ff.) (vgl. Gissel/Schubert 2015, 82) (vgl. Klomann 2018, 338)

In der Bevölkerung gibt es kein klares Bild davon, was die Aufgaben von ASD-Fachkräften sind. Publik werden nicht die Unterstützungsleistungen und Angebote, sondern die medial präsenten Kinderschutzfälle, in denen Ämter durch ungerechtfertigte oder vorschnelle Herausnahmen Familien zerstören oder versagen, weil Kinder durch fehlende Schutzmaßnahmen zu Schade kommen. Dass der Kinderschutz nur einen Teilaspekt des ASD darstellt, ist wenig bekannt. (vgl. Petry 2013, 210 ff.)

1.5 Zusammenfassung

In der modernen Arbeitswelt sind die geistigen und psychischen Anforderungen an ArbeitnehmerInnen gestiegen. Leistungs- und Verantwortungsdruck haben sich erhöht, es ist eine Arbeitsverdichtung zu verzeichnen und ArbeitnehmerInnen stehen zunehmend unter Zeitdruck. Ihnen wird mehr Flexibilität und Mobilität abverlangt. Die Trennung von Berufs- und Privatleben wird unter anderem durch Überstunden und ständige Erreichbarkeit durchlässiger. Diese Anforderungen führen bei zahlreichen Menschen zu Dauerstress, der insbesondere die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigt. So verzeichnen Krankenkassen seit Jahren einen gravierenden Anstieg psychischer Erkrankungen wie z.B. Burnout, die auf Überforderungen am Arbeitsplatz zurückzuführen sind.

Insbesondere Fachkräfte aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, darunter auch SozialarbeiterInnen, sind von dieser Entwicklung betroffen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit tragen häufig große Verantwortung für AdressatInnen und setzen sich mit viel Engagement für diese ein. Dabei sind sie durch die enge Arbeit mit Menschen in psychosozialen Krisen und durch ihre vertieften Einblicke in Einzelschicksale emotionalen Belastungen und zwischenmenschlichen Extremsituationen ausgesetzt. Steigende Fallzahlen und Fachkräftemangel verstärken die Arbeitsbelastung zusätzlich. Unter diesen Voraussetzungen innere Distanz zu AdressatInnen zu wahren, eine positive Einstellung gegenüber der Arbeit zu behalten und gesund zu bleiben, ist eine Herausforderung, die nicht alle SozialarbeiterInnen bewältigen können.

Besonders Fachkräfte des ASD sind im Rahmen ihrer Tätigkeit und Arbeitssituation erhöhten Anforderungen und Belastungen ausgesetzt, die chronischen Stress verursachen. An dieser Stelle sollen noch einmal die bedeutsamsten Ursachen für die Entstehung von Stress und Burnout im ASD benannt werden:

Es bestehen hohe quantitative Anforderungen an Fachkräfte, die sich aus den vielfältigen Aufgabenbereichen ergeben. Auch die qualitativen Anforderungen sind hoch. Sie ergeben sich aus den fachlichen Anforderungen, die für die Ausübung der anspruchsvollen Tätigkeiten notwendig sind. Hohe Fallzahlen und zu wenig zeitliche Kapazitäten pro Fall erhöhen zusätzlich das Stresspensum. Arbeitsverdichtung, hoher Zeitdruck und intensiver Arbeitsaufwand sind Faktoren, die das Risiko für Burnout erhöhen. Verstärkt wird dies bei Unterbesetzung und (Dauer-)Vertretungssituationen von KollegInnen.

Die konkrete Einzelfallarbeit und die damit verbundene Konfrontation mit dem Leid anderer Menschen stellt einen weiteren Belastungsfaktor dar. Besonders stark wird dies bei dem Gefühl, in einigen Fällen nicht helfen zu können. Das Erleben von Extremsituationen, wie die Herausnahme von Kindern aus Familien, die Arbeit mit Menschen und Familien in Krisensituationen aber auch konkrete Bedrohungen durch Familienangehörige, ist ein weiterer Risikofaktor für die psychische Gesundheit.

Die alleinige Verantwortlichkeit bei Kindeswohlgefährdungen wird ebenfalls als belastend erlebt. Sie geht häufig mit der Angst vor Fehlern einher, die sich unter anderem aus der Anfechtbarkeit von Entscheidungen und dem Rechtfertigungsdruck für gegenwärtige und vergangene Vorgehensweisen ergibt. Eine hohe Verantwortung und Entscheidungsmacht bei gleichzeitigem Erfolgsdruck, konnte als Risikofaktor für Burnout identifiziert werden. Verstärkt wird das Belastungserleben durch mangelnde öffentliche und politische Anerkennung für die Übernahme dieser Tätigkeit. Insbesondere das negative Image des ASD bei BürgerInnen und die geringe staatliche Honorierung bei der Bezahlung vermindern die Arbeitsmotivation von Fachkräften. Verringert sich die Arbeitsmotivation, vermindert sich auch ihre protektive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Neben den bereits genannten Punkten können Teamkonflikte und wenig Unterstützung, Wertschätzung sowie Zuverlässigkeit von KollegInnen und Leitung die Einzelkämpfermentalität im ASD fördern und das Erleben von Überforderung zusätzlich erhöhen.

Zunehmende Kontrollen und Regulierungen durch Staat und Arbeitgeber in Form von zeitintensiven, standardisierten Dokumentationen und der Anwendung von Kontrollinstrumenten, schränken die pädagogischen Handlungsmöglichkeiten von Fachkräften ein. Starke Kontrolle, wenig eigene Handlungsspielräume und mangelndes Vertrauen in MitarbeiterInnen sind ebenfalls Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von chronischem Stress und Bur-

nout erhöhen. Gleichzeitig fehlen bei den oftmals starren hierarchischen Strukturen in Jugendämtern Partizipations-, Aufstiegs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten für Fachkräfte, was sich ebenfalls negativ auf die Arbeitsmotivation auswirkt.

Gewünschte Kooperationen mit Einrichtungen und Experten wie Polizei, Schule und Ärzten, sind zwar häufig eine Chance für Familien und Fachkräfte, sie führen wegen unterschiedlicher Rollenverständnisse, Vorgehensweisen und Zielsetzungen jedoch auch immer wieder zu Konflikten.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass sich MitarbeiterInnen im ASD zwischen ambivalenten Anforderungen und Positionen von KlientInnen (z.B. intensiver Unterstützungswunsch oder Widerstand), der eigenen pädagogischen Haltung (z.B. emphatische Einzelfallberatung, pädagogische Begleitung, Adressatenorientierung), dem Arbeitgeber (z.B. sparsamer Umgang mit Ressourcen, hohe Fallzahlen, Sozialraumorientierung) und dem gesellschaftlichem Auftrag (z.B. Kontrolle und Intervention bei Verletzung des Kinderschutzes) bewegen. Widersprüchliche Werte von Arbeitgeber und Fachkräften sowie eine fehlende Identifizierung mit der Organisation verstärken dabei die Entwicklung von Stress.

2. Stressbewältigung und Ressourcenorientierung: Wissenschaftliche Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit

Im letzten Kapitel wurde gezeigt, welche Anforderungen an SozialarbeiterInnen und Fachkräfte des ASD gestellt werden und welche Belastungen bestehen. Manchen MitarbeiterInnen gelingt es gut, die Anforderungen des Arbeitslebens zu bewältigen. Andere erleben dagegen langanhaltenden Stress, der für die Entstehung von Krankheiten mitverantwortlich ist.

In diesem Kapitel werden vier psychologische Theorien vorgestellt, die erklären, wie aus den Anforderungen der Umwelt Stress entsteht und wie dieser unsere Gesundheit beeinträchtigen kann. Mit den verschiedenen Ansätzen kann außerdem erklärt werden, wie Stressbewältigungsstrategien sowie interne und externe Ressourcen es ermöglichen, trotz schwieriger Bedingungen gesund zu bleiben.

Vorgestellt werden das transaktionale Stresskonzept nach Lazarus, der Hardiness-Ansatz nach Kobasa und Maddi, der Resilienz-Ansatz, der von verschiedenen Wissenschaftlern geprägt wurde und der Salutogenese-Ansatz nach Antonovsky. Die Theorien wurden von den 1950er

bis in die 1970er Jahre hinein entwickelt und dienen bis heute als Grundlage zahlreicher Studien und Konzepte zum Thema Gesundheit und Resilienz.

Die Erklärungsansätze werden hinsichtlich ihrer Alleinstellungsmerkmale und ihrer inhaltlichen Unterschiede und Ähnlichkeiten miteinander verglichen und kritisch betrachtet. Am Ende werden die Ergebnisse noch einmal kurz zusammengefasst.

2.1 Transaktionales Stresskonzept nach Lazarus

Der Psychologe Richard S. Lazarus entwickelte in den 1950er und 1960er Jahren das transaktionale Stressmodell. Stress ist nach diesem Modell ein psychologisches Geschehen, das aufgrund kognitiver Bewertungen entsteht.

„[...] Stress ist das Ergebnis einer Wechselwirkung (Transaktion) zwischen Situation und denkendem Individuum.“ (Allwinn 2018, 62)

Der Fokus dieses Ansatzes liegt auf dem subjektiven Erleben von Stress, welches als Grundlage für kognitive Erklärungsansätze von Stressempfindungen und Interventionen dient. (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 24)

2.1.1 Primäre und sekundäre Bewertungsprozesse

Lazarus kam zu der Überzeugung, dass die jeweilige Stressreaktion eines Menschen das Ergebnis seiner individuellen Bewertung der Situation (primäre Bewertung) und der Bewertung der eigenen Bewältigungskompetenzen (sekundäre Bewertung) ist. Nicht die tatsächliche Gefahr, die von einer Situation ausgeht und die tatsächlichen Möglichkeiten, um diese zu bewältigen, spielen demnach bei der Entstehung von Stress eine Rolle, sondern die subjektive Sichtweise dieser beiden Aspekte durch das Individuum. Durch diese Annahme ist es möglich, die unterschiedlichen Reaktionen bzw. Stressempfindungen von Menschen auf einen objektiv gleichen Reiz zu erklären. (vgl. Allwinn 2018, 62 ff.) (vgl. Heinrichs/Stächele/ Domes 2015, 24 ff.)

Wenn subjektiv bereits eine Schädigung bzw. ein Verlust stattgefunden hat oder sich der Mensch von den Anforderungen aus der Umwelt in seiner körperlichen oder psychischen Unversehrtheit bedroht fühlt, dann wird eine Situation als gefährlich erlebt. Wenn die Gefahr im zweiten Schritt als stark bedrohlich und die vorhandenen Ressourcen als gering bewertet wer-

den, dann entsteht Stress. Die Einschätzung von der Situation erfolgt überwiegend anhand von Informationen aus der Umwelt und beruht auf dem individuellen Weltbild eines Menschen. Die Ressourceneinschätzung erfolgt dagegen anhand der Merkmalen der Person und beruht auf seinem Selbstbild. Selbst- und Weltbild entstehen durch biographische Erfahrungen, die im Laufe des Lebens gesammelt wurden. Biographische Vorerfahrungen sind demnach die Erklärung dafür, warum Menschen unterschiedlich auf objektiv gleiche Umweltinformationen reagieren. Ein bellender Hund (Umweltinformation) wird von einer Person, die ausschließlich negative Vorerfahrungen mit Hunden gemacht hat (negatives Weltbild), als Gefahr bewertet. Eine Person, die mit Hunden positive Erfahrungen gemacht hat (positives Weltbild), schätzen die gleiche Situation als unbedrohlich ein. Auch die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten (Selbstbild), die auf den Vorerfahrungen z.B im Umgang mit Hunden und körperliche Fitness im Falle eines Angriffs durch ebendiese beruhen, wirken sich auf das Stresserleben aus. (vgl. Allwinn 2018, 63 ff.) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 24 ff.) (vgl. Rönau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 21) (vgl. Reif/Spieß/Stadler 2018, 44 ff.)

2.1.2 Stressbewältigung (Coping)

Lazarus bezeichnet den Bewältigungsprozess als Coping. Darunter versteht er alle praktischen und kognitiven Handlungen, die ein Mensch unternimmt, um eine gefährliche Situation zu verändern oder sich dieser anzupassen, um so den erlebten Stress zu reduzieren. Coping kann sowohl die erfolgreiche Überwindung, als auch das Finden eines Umgangs mit der schwierigen Situation bedeuten. (vgl. Allwinn 2018, 64 ff.) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 26)

Ein stressreiches Ereignis wird nach dem transaktionalen Modell nicht als statischer Zustand verstanden, den ein Mensch einmal bewertet und auf den er dann reagiert. Es handelt sich vielmehr um einen dynamischen Prozess zwischen einem Strom von Ereignissen, auf die immer wieder neue Gedanken, Bewertungen, Gefühle und Copingversuche folgen. Die verfügbaren Bewältigungsstrategien werden in Bezug auf ihrer Wirksamkeit zur Problemlösung durch die betroffene Person bewertet und ausgewählt, was zu einer Neubewertung von Situation und den zur Verfügung stehenden Ressourcen führt. (vgl. Allwinn 2018, 65) (vgl. Reif/Spieß/Stadler 2018, 47)

Menschen haben unterschiedliche Bewältigungsstrategien. Je mehr positive Erfahrungen mit den eigenen Lösungsversuchen und sozialer Unterstützung gemacht wurden, desto mehr

Ressourcen stehen dem Menschen zur Verfügung. Lazarus unterscheidet zwischen zwei Funktion der Bewältigung: (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 21) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 25) (vgl. Allwinn 2018, 67)

1. Bei der emotionsfokussierten Bewältigung liegt der Fokus darauf, die negativen psychischen und physischen Folgen einer belastenden Situation zu reduzieren, zum Beispiel durch den Erhalt von Trost durch eine enge Bezugsperson. Es handelt sich überwiegend um intrapsychische Bewältigungsstrategien.
2. Die problemfokussierte Bewältigung zielt darauf ab, durch aktive Handlungen eine Veränderung der auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen zu bewirken, die zur Belastung führen. Hier wäre ein Beispiel das Lernen für eine Prüfung, auf die man sich noch nicht ausreichend vorbereitet fühlt. (vgl. ebd.)

Darüber hinaus gibt es fünf übergeordnete Bewältigungsformen, deren Ziel die emotionsfokussierte oder problemfokussierte Bewältigung ist: (vgl. Allwinn 2018, 67)

1. Informationssuche: Hierunter werden alle Informationen verstanden, die der Menschen heranzieht, um eine (Neu)Bewertung der Situation durchzuführen und eine geeignete Copingstrategie auszuwählen.
2. Direkte Aktion: Sie bezieht sich auf alle konkreten Handlungen, die jemand unternimmt, um mit einer belastenden Situation umzugehen.
3. Aktionshemmung: Darunter versteht man die Unterdrückung dysfunktionaler und schädlicher Handlungsimpulse zu Gunsten konstruktiver Handlungen.
4. Intrapsychische Bewältigung: Sie beschreibt alle gedanklichen Vorgänge, die zur Emotionsregulation beitragen, die erwartete Handlungsfähigkeit stärken und Ohnmachtsgefühle reduzieren. (vgl. ebd.)
5. Sozialer Unterstützung: darunter ist das aktive Suchen und die Inanspruchnahme von Hilfe durch andere Personen gemeint. (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 20)

Eine Kombination aus verschiedenen emotionsfokussierten und problemfokussierten Bewältigungsstrategien ist nach aktueller Forschungslage am erfolgreichsten bei der Bewältigung von Stress. Auch wenn das aktive Angehen von schwierigen Situationen wichtig ist, muss ausreichend Selbstfürsorge betrieben werden. (vgl. Allwinn 2018, 68)

„Selbst bei der Prüfungsvorbereitung ist das Kombinieren beider Copingformen wichtig. Wer nur lernt, ist am Ende zu müde für die Klausur. Es muss auch Zeiten der Ablenkung und des Auftankens geben. Vermutlich ist ein großes Repertoire an Bewältigungsstrategien am erfolgreichsten.“ (Allwinn 2018, 68 f.)

Erst wenn die Copingversuche als wirksam wahrgenommen werden und dadurch eine entlastende Neubewertung stattfindet, verringert sich der Stress. Es findet also dann ein Bewältigungserfolg statt, wenn durch die Neubewertung eine subjektive Wahrnehmung von Handlungsfähigkeit entsteht und die vorhandenen Ressourcen als ausreichend eingeschätzt werden. Ein Erfolg kann auch dann einsetzen, wenn sich die betroffene Person wieder wohl fühlt, weil keine Bedrohung mehr wahrgenommen wird – die gefährliche Situation also nicht mehr besteht. Bis ein Bewältigungserfolg einsetzt, wird der Copingsprozess wie unten abgebildet, immer weiter spiralförmig fortgesetzt. (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 25 ff.) (vgl. Allwinn 2018, 68 ff.)

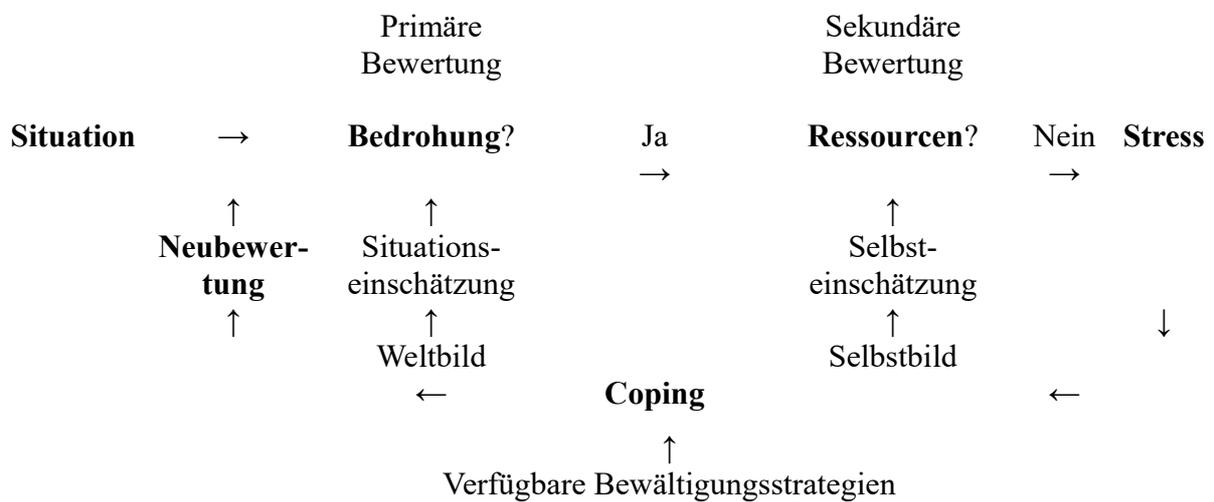


Abbildung 3: Copingprozess (vgl. Allwinn 2018, 66)

Je mehr bedrohliche Situationen bestehen und je länger sie anhalten, desto größer wird die Belastung. Insbesondere dann, wenn bei dem Betroffenen nur wenige Bewältigungsstrategien kompensierend wirken. (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 21)

2.2 Hardiness nach Kobasa und Maddi

Hardiness (Widerstandsfähigkeit) ist ein in den 1970er Jahren entstandener Ansatz aus der Humanpsychologie von Suzanne C. Kobasa und Salvatore Maddi. Er wurde in Studien zur Arbeitsbelastung von Managern einer US-Amerikanischen Telefongesellschaft entwickelt. (vgl. Bengel/Lyssenko 2012, 69)

Hardiness beschreibt in erster Linie einen Persönlichkeitsfaktor, der dazu beiträgt, dass Menschen trotz Belastungen und kritischer Lebensereignisse gesund bleiben, indem sie auf Stress – in diesem Fall belastenden Anforderungen aus der Umwelt – sachlich und problemorientiert reagieren. Der Ansatz beruht außerdem auf der Erkenntnis, dass manche Menschen über die Motivation verfügen, Stress in etwas Positives und Gewinnbringendes zu transformieren, was sich förderlich auf ihre Gesundheit auswirkt. Der individuelle Umgang mit Stressoren findet in diesem Ansatz besondere Beachtung. (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012, 69 ff.) (vgl. Maddi 2013, 9 ff.)

„Ein Persönlichkeitsmerkmal (auch Charaktereigenschaft oder -merkmal genannt) ist ein Begriff aus der Persönlichkeitspsychologie, der eine verhältnismäßig - auch über die Zeit – beständige Eigenschaft einer Person beschreibt, auf bestimmte Weise zu denken, zu fühlen und sich zu verhalten.“ (Psychologie Lexikon 2017)

2.2.1 Engagement, Kontrolle und Herausforderung

Der Persönlichkeitsfaktor Hardiness setzt sich aus drei Komponenten zusammen: (vgl. Bengel/Lyssenکو 2012, 69 ff.) (vgl. Maddi 2013, 9 ff.)

1. Engagement bzw. Selbstverpflichtung: Damit ist die Grundeinstellung einer Person gemeint, sich selbst mit dem, was man tut, zu identifizieren und sich zu engagieren. Die privaten und öffentlichen Lebensbereiche werden als sinnvoll und bedeutend erlebt. Es besteht die Bereitschaft, die Lebensbereiche aktiv zu gestalten und sich in ihnen zu verwirklichen.
2. Kontrolle: Personen mit hohem Kontrollempfinden sind davon überzeugt, Einfluss auf Ereignisse nehmen zu können. Sie erleben neue Situationen nicht als etwas unkontrollierbares, uneinschätzbares und überwältigendes, dem sie hilflos ausgeliefert sind. Vielmehr nehmen sie ihre Situation als aktiv gestalt- und beeinflussbar wahr.
3. Herausforderung: Herausforderung meint schließlich, dass Veränderungen nicht als Bedrohung, sondern als positive Chance wahrgenommen werden. Wandel und Veränderung gehören für diese Menschen zum Leben dazu. Sie sehen in ihnen eine Gelegenheit, neue Erfahrungen zu sammeln und Anreiz zum weiterem Wachstum zu erhalten, statt sich bedroht zu fühlen. Schwierigkeiten werden als Anlass genommen, aus ihnen zu lernen. (vgl. ebd.)

„Die Kombination dieser drei Variablen sieht Maddi als einen der bedeutsamsten Schutzfaktoren angesichts widriger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse an. (Bengel/Lyssenko 2012, 69)

Aus den drei Komponenten gehen Einstellung und Haltung hervor, die die Motivation fördern, problemfokussierte Bewältigungsstrategien anzuwenden. Dafür wird die herausfordernde Situation analysiert und eine angemessene Lösungsstrategie ausgewählt. Bei diesen Strategien handelt es sich nicht nur um eigene Bewältigungsstrategien, sondern auch das Fragen nach und erhalten von sozialer Unterstützung zählen zu den Bewältigungsstrategien. Die Kombination aus Haltung, problemfokussierten Bewältigungsstrategien und der Bereitschaft soziale Unterstützung anzunehmen ermöglichen es, Stress in einen persönlichen Vorteil umzuwandeln. (vgl. Maddi 2013, 9 ff.)

Wenn Herausforderungen und Stress jedoch nicht bewältigt werden können und Bewältigungsstrategien scheitern, dann steigt die innere Anspannung, was sich negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit auswirkt. Genetische Dispositionen beeinträchtigen außerdem die Stressbewältigung negativ. (vgl. ebd.)

2.2.2 Hardiness als Schutzfaktor – Wirksamkeit und Kritik

Die potenziell protektive Wirkung von Hardiness wurde in zahlreichen Studien belegt. So konnten hohe Werte des Persönlichkeitsfaktor mit geringeren Burnout-, Depressions- und PTBS-Symptome in Verbindung gebracht werden. Auch weniger Fehltag auf der Arbeit und mehr Aufgaben- und Rollenklarheit wurde festgestellt. Hardiness steht im Zusammenhang mit geringerer psychischer Belastung, weniger psychischen Krankheitssymptomen sowie mehr Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit. Auch die inhaltlichen Annahmen des Ansatzes konnten bestätigt werden: (vgl. Bengel/Lyssenko 2012, 70 ff.)

„Personen mit hohen Hardiness-Werten erleben Ereignisse generell als weniger stressreich und wandten häufiger problemorientierte Copingsstrategien an. Wenn Personen mit hohen Hardiness-Werten Ereignisse jedoch als hoch belastend und stressreich erlebten, so litten sie seltener unter psychischen Belastungen und psychopathologischen Symptomen“ (Bengel/Lyssenko 2012, 71)

Obwohl sich Hardiness in wissenschaftlichen Studien klar als Schutzfaktor herausgestellt hat, der zu einer höheren Lebenszufriedenheit beiträgt, vor psychische Krankheiten schützt und die Widerstandsfähigkeit in kritischen Lebenssituationen stärkt, gibt es dennoch Kritikpunkte am Ansatz. Der erste Punkt sind die konzeptionellen Überschneidungen und fehlende Trennschärfe zum Resilienz- und Salutogenese-Ansatz (siehe Kapitel 2.5).

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob und inwieweit sich Hardiness von dem Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus abgrenzen lässt. Neurotizismus beschreibt die Neigung zu emotionaler Labilität, Ängstlichkeit und Sensibilität bei Stress. Es kann nicht trennschaft unterschieden werden, ob bei der Ermittlung von Hardiness-Werten über negativ formulierte Hardiness-Items tatsächlich Hardiness oder Neurotizismus gemessen wird bzw. ob bei positiv formulierten Hardiness-Items nicht negativ formulierte Neurotizismus-Items gemessen werden. (vgl. Bengel/Lyssenko 2012, 72 ff.)

2.3 Der Resilienz-Ansatz

Der Resilienz-Ansatz ist aus einer human- und gesundheitswissenschaftlichen Strömung heraus entstanden und entwickelt sich bis heute durch die große Anzahl von veröffentlichten Forschungen und Studien stetig weiter. Besonders die Arbeiten von Emmy E. Werner, die seit den 1960er Jahren mit quantitativen Längsschnittstudien insbesondere zur Resilienzentwicklung im Kindesalter forschet, hat einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Forschungsgebiets geleistet. (vgl. Hofer 2017, 104)

Die Fragen, mit denen sich der Resilienz-Ansatz beschäftigt, lassen sich in vier Schwerpunkte einteilen: (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 14 ff.)

1. Resilienz als Resistenz gegenüber Stress
2. Resilienz als schnelle Regeneration nach Belastungen
3. Resilienz als Rekonfiguration (Anpassungsfähigkeit) nach z.B. traumatischen Ereignissen
4. Entwicklung und Nachhaltigkeit von Resilienz über die Lebensspanne (vgl. ebd.)

2.3.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff Resilienz bezeichnet die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber Stress, also erfolgreich mit Krisen, belastenden Lebenssituationen und den negativen Folgen von Stress umzugehen. Resilienz beschreibt die Fähigkeit, auf tiefgreifende Herausforderungen flexibel zu reagieren und diese ohne nachhaltige psychische Schäden zu bewältigen. (vgl. Hofer 2017, 48)

Rosmarie Welter-Enderlin definiert Resilienz folgendermaßen:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Hofer 2017, 48)

Insbesondere in Fachkreisen wird Resilienz als die Fähigkeit beschrieben:

„[...] kritische und emotionale Herausforderungen in gesellschaftlichen Kontexten, trotz widriger Umstände, aus eigener Kraft zu bewältigen und darüber hinaus diese Bewältigungserfahrungen als Lernerfahrungen konstruktiv nutzen zu können.“ (Hofer 2017, 48)

Der Resilienz-Ansatz beschäftigt sich also mit Ressourcen, die die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber Krisen und Stress stärken. Durch sie können Probleme und Rückschläge unbeschadet überstanden werden. Die dabei gesammelten Erfahrungen, können am Ende der Krise sogar zu mehr emotionaler Stärke und Reichtum führen. Resilienz ermöglicht außerdem, belastenden Lebenssituationen standzuhalten, die sich nicht verändern lassen. (vgl. Götze 2013, 24 ff.)

„[...] mit der Zeit [wird] ein Weg gefunden, der den Menschen dazu befähigt, mit den widrigen Bedingungen gut umzugehen bzw. sich diesen anzupassen. Einwirkende Risiken können und müssen also nicht unbedingt ausgeschaltet werden, um sich resilient zu zeigen.“ (Götze 2013, 25)

2.3.2 Schutz- und Risikofaktoren

Die Bewältigung belastender Lebensumstände hängt also sowohl von internen als auch von externen Ressourcen ab. Neben diesen können vorhandene Risikofaktoren sogar weiterbestehen.

Risikofaktoren beschreiben alle äußeren und inneren Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer seelischen Beeinträchtigung und Entwicklungsstörung erhöhen. Beispiele für Risikofaktoren sind Armut, geringe Bildung, unsichere Bindungserfahrungen, unzureichende Erziehung, psychische Erkrankungen der Eltern, körperliche und kognitive Entwicklungsrückstände, chronische Erkrankungen und geringe Selbstregulationsfähigkeiten von Anspannung und Entspannung. Je länger Risikofaktoren wirksam sind und je mehr Risikofaktoren auf einen Menschen einwirken, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Beeinträchtigungen. (vgl. Götze 2013, 27)

Schutzfaktoren beschreiben dagegen alle Ressourcen, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer psychischen Beeinträchtigung verhindern bzw. abmildern und die Wahrscheinlich-

keit für eine positive Entwicklung erhöhen. Es handelt sich um Gesundheitsquellen, die zur Widerstandsfähigkeit gegen belastende Situationen beitragen. Sie lassen sich in soziokulturelle, materielle, soziale und personale Ressourcen unterteilen: (vgl. Götze 2013, 27 ff.) (vgl. Straus/Höfert 2011, 41 ff.)

- **Soziokulturelle Ressourcen:** Diese Ressourcen basieren auf dem politisch-kulturellen und spirituell-philosophischen Eingebundensein und der Teilhabe an einer Gesellschaft. Darunter fallen z.B. soziale Anerkennung, die Verfügbarkeit von Arbeit und Wohnraum, aber auch Sozialleistungen.
- **Materielle Ressourcen:** Hierunter fallen materieller Wohlstand und Besitz, wie Geld und Güter.
- **Soziale Ressourcen:** Darunter versteht man die emotionale Bindung zu bedeutsamen Bezugspersonen und sozialen Netzwerken, die das Gefühl der Zugehörigkeit, des Vertrauens und der Anerkennung beinhalten. Sie umfasst außerdem die Unterstützung und das „Sich-verlassen-können“ auf ebendiese Bezugspersonen.
- **Personale Ressourcen:** Hierbei handelt es sich, neben der genetischen, der konstitutionellen und der immunologischen Ausstattung eines Menschen, um die im Laufe des Lebens erworbenen kognitiven, psychischen und sozialen Fähigkeiten. Nach aktuellem Forschungsstand gibt es sechs personale Resilienz- bzw. Schutzfaktoren. Diese werden im Folgenden genauer betrachtet, da sie für die Verhaltensprävention (siehe Kapitel 4) bedeutsam sind: (vgl. ebd.)
 1. **Selbst- und Fremdwahrnehmung:** Selbstwahrnehmung beschreibt die Wahrnehmung der eigenen Emotionen, Gedanken und Handlungen, die Einschätzung der eigenen Stärken und Schwächen und die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Fremdwahrnehmung bezieht sich auf die Fähigkeit, andere Menschen und ihre Gefühlszustände möglichst richtig einzuschätzen und ihre Denk- und Sichtweise verstehen zu können. (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 17 ff.)
 2. **Selbststeuerung:** Sie beschreibt die Emotionsregulationsfähigkeit, also die Fähigkeit innere Gefühle und Spannungen herzustellen, aufrecht zu erhalten, sie in ihrer Intensität und Dauer zu beeinflussen und abzubauen. Sie beinhaltet zum Beispiel Strategien, um sich selbst zu beruhigen.

3. Selbstwirksamkeit: Hierbei handelt es sich um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die Überzeugung und Erwartung auch herausfordernde Situationen bewältigen zu können.
4. Soziale Kompetenzen: Soziale Kompetenzen beschreiben eine Vielzahl von Fähigkeiten, sich bei sozialen Interaktionen angemessen zu verhalten, wie die Fähigkeit Konflikte zu lösen, Beziehungen aufzunehmen, aufrecht zu erhalten und gegebenenfalls zu beenden, aber auch Empathie zu empfinden und, wenn nötig, Unterstützung zu mobilisieren.
5. Aktive Bewältigungskompetenzen zum Umgang mit Stress: Stressauslösende Situationen werden angemessen eingeschätzt und aktiv angegangen, indem geeignete Bewältigungsstrategien angewendet werden. Dazu gehört auch das Wissen um die eigenen Grenzen und die Fähigkeit, sich Unterstützung zu holen.
6. Problemlösung: Hierunter wird die Fähigkeit verstanden, komplexe Probleme gedanklich zu durchdringen, zu analysieren, Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln und umzusetzen, um diese zu lösen. Besonders wichtig bei der Problemlösung ist das Treffen von Entscheidungen unter Stress. (vgl. ebd.)

Je mehr Schutzfaktoren es gibt, desto höher ist die protektive Wirkung gegenüber psychischen Beeinträchtigungen. Menschen, die sich resilient verhalten, haben jedoch nicht zwangsläufig mehr Ressourcen als andere, sondern setzen diese anders und öfter ein. Resilienz ist demnach das Ergebnis eines hilfreichen Umgangs mit persönlichen Einzelfähigkeiten und externen Ressourcen. Sie hängt nicht nur von kognitiven und intrapsychischen Faktoren ab, sondern bezieht auch externe Unterstützung in die Problembewältigung mit ein. (vgl. Götze 2013, 24 ff.) (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 15)

Jedoch sind nicht alle Schutzfaktoren gleich bedeutsam. Die sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson hat sich als wichtigster Schutzfaktor für Resilienz herauskristallisiert, der über die gesamte Lebensspanne wirksam ist. Auch wenn in der Kindheit keine positive Bindung erlebt wurde, kann eine stabile Beziehung im Erwachsenenalter noch stark zur Entwicklung von Resilienz beitragen und eröffnet positive Entwicklungsmöglichkeiten. (vgl. ebd.)

Der Resilienz-Ansatz richtet sich sowohl an eine Verbesserung von gesellschaftlichen und sozialen Kontexten, als auch an die personenbezogenen Stärkung von Kompetenzen und Fähigkeiten. (vgl. Straus/Höfert 2011, 41 ff.)

2.3.3 Dynamik, Variabilität, Multidimensionalität und Situationsabhängigkeit

Die individuelle Resilienz eines Menschen wird im jeweiligen sozialen Kontext dynamisch und prozesshaft zwischen Individuum und Umwelt erworben und angewendet. Entsprechend ist die Entwicklung von Resilienz abhängig von den jeweiligen Erfahrungen, die Anpassungs- und Entwicklungsleistungen erforderlich gemacht haben. Ihre Entwicklung ist nicht mit einer bestimmten Lebensphase abgeschlossen, sondern sie entsteht und verändert sich ein Leben lang. Resilienz ist keine feste Größe, die, wenn sie einmal erworben wurde, für immer Bestand hat. Sie ist variabel und verändert sich im Laufe des Lebens. Insbesondere kritische Lebensereignisse und Traumata können dazu beitragen, dass in der Vergangenheit erworbene Fähigkeiten nicht mehr verfügbar sind. (vgl. Götze 2013, 21 ff.) (vgl. Hofer 2017, 48 ff.) (vgl. Rönnauböse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 13 ff.)

Es gibt Menschen, die in bestimmten Bereichen, zum Beispiel im analytischen Denken, sehr kompetent und resilient sind, in anderen Bereichen, wie im Umgang mit sozialen Kontakten, jedoch Defizite haben. Die unterschiedliche Ausprägung von Resilienz in den verschiedenen Lebensbereichen kennzeichnet die Multidimensionalität von Resilienz. Natürlich gibt es auch Menschen, die in mehreren Bereichen überdurchschnittlich resilient sind. Dies garantiert aber ebenfalls nicht, dass sie in jedem neuen Kontext und in jeder Lebenssituation ihre Kompetenzen einsetzen können. Dies soll am folgenden Beispiel verdeutlicht werden: Angenommen eine Person mit hoher sozialer Kompetenz hat einen zwischenmenschlichen Konflikt. Die Frage, ob und wie gut sie ihr Resilienz-Potenzial in der konkreten Situation entfalten kann, hängt von der Vorerfahrung ab, die sie mit dem Menschen hat, mit dem der Konflikt besteht. Außerdem spielen die inneren Befindlichkeit zu dem Zeitpunkt der Interaktion, der soziale Kontext (handelt es sich zum Beispiel um einen engen Freund oder den Chef) sowie die Umgebung, in der die Interaktion stattfindet, eine Rolle. (vgl. Hofer 2017, 53 ff.)

2.4 Der Salutogenese-Ansatz nach Antonovsky

Aaron Antonovsky hat in den 1970er Jahren den Gesundheitsansatz der Salutogenese entwickelt. Anders als der Ansatz der Pathogenese, der sich damit befasst, warum ein Mensch krank wird, befasst sich der Ansatz der Salutogenese, ebenso wie der Ansatz der Resilienz, damit, welche Faktoren Gesundheit fördern und erhalten. Er geht dabei vor allem auf die folgenden Fragen ein: (vgl. Straus/Höfert 2011, 41)

1. Welche dynamischen Prozesse sind an der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit beteiligt?
2. Warum bleiben Menschen trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund?
3. Wie kann es gelingen, Schicksalsschläge und Traumata so zu bewältigen, dass die Gesundheit erhalten bleibt?
4. Was braucht es, damit man sich von einer Erkrankung wieder erholen und gesund werden kann? (vgl. ebd.)

Der Ansatz der Salutogenese ist dimensional und basiert darauf, dass sich jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt seines Lebens zwischen den Extremen von Krankheit und Gesundheit hin und her bewegt. Dabei besteht stets ein normales Ungleichgewicht zwischen den beiden Polen. Der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit ist nach dem Ansatz fließend. Jeder Mensch ist demnach gleichzeitig krank und gesund, wenn er sich auf dem Kontinuum zwischen den Extremen bewegt. Die Bemühung, vollständige Gesundheit zu erlangen, kann somit nie beendet werden. Man kann jedoch lernen, ein möglichst gesundheitsförderndes Leben zu führen. (vgl. ebd.)

2.4.1 Stressoren und Widerstandsressourcen

Dabei gibt es verschiedene innere und äußere Einflussfaktoren, sogenannte Stressoren, die sich darauf auswirken, ob ein Mensch überwiegend krank oder gesund ist. Ob Stressoren einen positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, hängt davon ab, wie mit dem Spannungszustand, der durch die Stressoren ausgelöst wird, umgegangen wird. (vgl. Straus/Höfert 2011, 43)

Antonovsky geht außerdem davon aus, dass nicht nur ein Defizit an individuellen, sozialen und kulturellen Ressourcen (hier: Widerstandsressourcen) dazu führt, dass Stress nicht ausreichend bewältigt und dadurch die Gesundheit beeinträchtigt wird. Eine unzureichende Stressbewältigung kann ihre Ursache ebenfalls in mangelnder Nutzung vorhandener Ressourcen haben: (vgl. ebd.)

„Man muss Ressourcen erkennen und die Fähigkeit besitzen, die richtigen zu aktivieren und für sich nutzbar einzusetzen.“ (Straus/Höfert 2011, 43)

Personen, denen ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, haben – so Antonovsky – eine ganz besondere Grundhaltung dem eigenen Leben und der Welt gegenüber. Er nennt diese Lebensorientierung „Sense of Coherence“ (SOC), wofür im Deutschen die beiden Übersetzungen „Kohärenzsinn“ und „Kohärenzgefühl“ existieren. Das Kohärenzgefühl ist für den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit ausschlaggebend und wirkt sich somit positiv auf die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität aus. (vgl. ebd.)

„In Abgrenzung zu Resilienz geht es in der Salutogenese um die Grundidee, dass die mobilisierbaren Ressourcen eines Menschen letztlich nur von einer Kompetenz abhängig sind und zwar dem Kohärenzgefühl.“ (Hofer 2017, 48)

2.4.2 Das Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist der Kern des salutogenetischen Gesundheitsansatzes von Aaron Antonovsky. Es kann als Steuerungs- und Regulationsinstrument betrachtet werden, das Menschen dazu befähigt, flexibel auf die Anforderungen, vor denen sie im Leben stehen, zu reagieren und ihre Ressourcen zum Umgang damit sinnvoll auszusuchen und einzusetzen. (vgl. Straus/Höfert 2011, 45)

Es beschreibt eine generelle Einstellung des Menschen gegenüber der Welt und dem Leben. Wer ein starkes Kohärenzgefühl entwickelt hat, verfügt über ein Grundgefühl des Vertrauens, dass: (vgl. Straus/Höfert 2011, 43 ff.)

1. die Reize, die sich aus dem inneren Erleben und der äußeren Umgebung ergeben, vorhersehbar, strukturiert und erklärbar sind (Verstehbarkeit).
2. der Person die Ressourcen zur Verfügung stehen, um auf die Anforderungen, die sich aus diesen Reize ergeben, angemessen zu reagieren. Sie verfügt also über die Fähigkeit, Probleme zu lösen (Handhabbarkeit).
3. es sich bei den Anforderungen um Herausforderungen handelt, für die sich die Anstrengung und das Engagement zur Bewältigung lohnen (Bedeutsamkeit). (vgl. ebd.)

Im Folgenden werden diese drei Komponenten des Kohärenzgefühls noch einmal näher erklärt:

Die Verstehbarkeit bezeichnet die Überzeugung von der Verständlichkeit und der Erklärbarkeit der Welt. Ein Mensch, bei dem diese Komponente stark ausgeprägt ist, vertraut darauf, dass die Probleme und Belastungen geordnete, strukturierte und einschätzbare Phänomene

sind. Sie sind in gewissem Maße vorhersehbar oder können zumindest nach ihrem Auftreten erklärt werden. Dies gibt ihm Sicherheit und Halt. Er fühlt sich wenig ausgeliefert, ängstlich und hilflos. (vgl. Poulsen 2009, 21 ff.)

Die Komponente der Handhabbarkeit meint die Überzeugung von der Kraft der Ressourcen. Hier ist der Mensch davon überzeugt, dass die Schwierigkeiten mit Hilfe der ihm zur Verfügung stehenden Fähigkeiten und Möglichkeiten zu handhaben und zu lösen sind. Dies impliziert auch den Glauben an die Unterstützung durch das soziale Umfeld oder eine höhere Macht. (vgl. ebd.)

Die Bedeutsamkeit beinhaltet nach Antonovsky die Überzeugung von der Bedeutsamkeit des eigenen Handelns und dem Lebenssinn. Wenn diese Komponente stark ausgeprägt ist, dann erlebt der Mensch in den Anforderungen des Lebens eine Sinnhaftigkeit, sodass sich der Aufwand lohnt, die Anforderungen des Alltags oder die Anforderungen, die sich aus kritischen Lebensereignissen ergeben, zu bewältigen. Er verfügt über die Fähigkeit, das Leben an sich als sinnvoll und gestaltbar zu erleben. Ein hohes Maß an Bedeutsamkeit trägt dazu bei, Anforderungen eher als Herausforderung, denn als Belastung und Stress zu erleben. (vgl. ebd.)

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl haben die innere Einstellung, dass die Dinge für sie gut ausgehen werden und die Belastungen des Lebens nicht die eigenen Fähigkeiten übersteigen. Sie sind zufriedener in ihrem Leben. Eine hohe Lebenszufriedenheit wirkt sich wiederum positiv auf die physische und psychische Gesundheit aus. Die zentrale Aussage des Salutogenese-Ansatzes kann also wie folgt zusammengefasst werden: Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ausgebildet sind, desto besser kann diese Person ihre Gesundheit erhalten. (vgl. Poulsen 2009, 21 ff.) (vgl. Mohr 2017, 54)

2.5 Inhaltlicher Vergleich der Theorien und kritische Betrachtung

In diesem Unterkapitel findet der inhaltliche Vergleich und die kritische Auseinandersetzung mit den verschiedenen Theorien statt. Dazu werden zunächst die Alleinstellungsmerkmale und die inhaltlichen Unterschiede herausgearbeitet. Im Anschluss erfolgt die Betrachtung der inhaltlichen Ähnlichkeiten und es werden Gemeinsamkeiten zwischen den Erklärungsansätzen aufgezeigt. Zum Schluss erfolgt eine grundsätzliche kritische Betrachtung der Ressourcenorientierung, die allen Ansätzen zu eigen ist.

2.5.1 Alleinstellungsmerkmale und Unterschiede

Durch das transaktionale Stresskonzept kann erklärt werden, warum Menschen auf objektiv gleiche Stressauslöser unterschiedlich reagieren und sich ihr Stressempfinden unterscheidet. Es kann auch zur Entwicklung von Interventionen bei Stress herangezogen werden. Kern des Ansatzes sind die individuellen Bewertungsprozesse von Situation und Bewältigungskompetenzen sowie der Bewältigungsprozess bei Stress. Das Coping läuft nach diesem Ansatz so lange zirkulär ab, bis ein Erfolg eingesetzt hat oder keine Gefahr mehr wahrgenommen wird. Stressbewältigungsstrategien erfolgen emotions- und problemorientiert. Beide Strategien sind gleichermaßen bedeutsam. Ob ein Mensch eine Situation als Bedrohung erlebt und wie er seine Bewältigungskompetenzen einschätzt, hängt von den jeweiligen biographischen Erfahrungen ab, die sein Welt- und Selbstbild geprägt haben. Je mehr positive Erfahrungen er mit eigenen Lösungsversuchen und sozialer Unterstützung gemacht hat, desto mehr Bewältigungsstrategien entwickelt er und desto eher bewertet er diese als wirksam. (vgl. Allwinn 2018, 63 ff.) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 24 ff.) (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 21) (vgl. Reif/Spieß/Stadler 2018, 44 ff.)

Sowohl der Hardiness-, Resilienz-, als auch der Salutogenese-Ansatz beschäftigen sich mit der Frage, welche Faktoren dazu beitragen, dass Menschen trotz Belastungen und kritischer Lebensereignisse gesund bleiben. Die Theorien unterscheiden sich jedoch in ihren Ausrichtungen. Der Hardiness-Ansatz hat den geringsten Umfang der vier Theorien. Nach diesem Ansatz gibt es einen messbaren und zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsfaktor, der es ermöglicht, hinreichend zuverlässige Voraussagen darüber zu machen, wie gut ein Mensch mit Stress umgehen kann. Menschen mit hohen Hardiness-Werten verfügen über die Motivation und Fähigkeit, Stress in etwas positives und gewinnbringendes zu transformieren, sachlich auf Stress zu reagieren und problemfokussierte Bewältigungsstrategien anzuwenden. Bei der Bewertung der Situation (Stress ist nicht bedrohlich sondern positiv) und der problemfokussierten Bewältigung von Stress zeigt sich auch die inhaltliche Nähe zum transaktionalen Stresskonzept. Der Persönlichkeitsfaktor begünstigt zwar, in akuten Stresssituationen handlungsfähig zu bleiben, dennoch bleiben emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien und die emotionale Verarbeitung von Stress im Ansatz unberücksichtigt. (vgl. Bengel/Lyssenko 2012, 69 ff.) (vgl. Maddi 2013, 9 ff.)

Die Komponente der Herausforderung, mit seiner motivierenden und transformierenden Wirkung, stellt die größte inhaltliche Unterscheidung zum Resilienz- und Salutogenese-Ansatz dar. An dieser Stelle ist es interessant zu erwähnen, dass gerade diese Komponente oft als überflüssig kritisiert wird, da zu ihr die meisten inkonsistenten Befunde in der Forschung vorliegen. (vgl. ebd.)

Bei Hardiness-Ansatz wirken sich genetische Dispositionen negativ auf die Entwicklung des Persönlichkeitsfaktors aus. Dies lässt darauf schließen, dass sich positive genetische Anlagen auch vorteilhaft auf die Entwicklung von Hardiness auswirken. Auf die Rolle von Umwelterfahrungen bei der Entwicklung wird in diesem Ansatz nicht eingegangen. Der Persönlichkeitsfaktor ist über einen längeren Zeitraum verhältnismäßig beständig und nur mit viel Energieaufwand, zum Beispiel durch Psychotherapie, veränderbar. (vgl. ebd.)

Damit hebt sich Hardiness vom Resilienz- und Salutogenese-Ansatz ab. Widerstandsfähigkeit als ein Persönlichkeitsfaktor zu verstehen, mit dem manche Menschen geboren werden, ist eine Auslegung, die von der aktuellen Resilienzforschung kritisiert wird. Unter Widerstandsfähigkeit werden im Salutogenese- und Resilienz-Ansatz stattdessen Einzelfähigkeiten verstanden, mit denen man nicht zur Welt kommt, sondern die im Laufe des Lebens erlernt werden, die veränderbar sind und mal stärker, mal weniger stark wirken und angewandt werden. Die Fähigkeiten werden im jeweiligen sozialen Kontext dynamisch und prozesshaft zwischen Individuum und Umwelt erworben und sind demnach, wie beim transaktionalen Stresskonzept, abhängig von den jeweiligen Erfahrungen eines Menschen. Gleichwohl findet auch die Wirksamkeit genetischer Komponenten auf die Widerstandsfähigkeit bei den individuellen Faktoren im Resilienz- und Salutogenese-Ansatz kurze Erwähnung. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei der Widerstandsfähigkeit des Menschen sowohl Persönlichkeitsfaktoren mit vergleichsweise starken genetischen Komponenten, als auch über die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt erworbene Fähigkeiten eine Rolle spielen. (vgl. Rönnauböse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 23 ff.) (vgl. Götze 2013, 22) (vgl. Tameling 2014, 132)

Der Resilienz-Ansatz verfügt über die umfangreichste Theorie. Er erklärt, wie interne und externe Schutzfaktor an der Entwicklung der psychischen Widerstandsfähigkeit beteiligt sind und Risikofaktoren psychische Auffälligkeiten begünstigen. Er zielt sowohl auf die Verbesserung von gesellschaftlichen und sozialen Kontexten, als auch auf die personenbezogenen Stärkung von Kompetenzen und Fähigkeiten ab, damit Menschen mehr Ressourcen zur Gesunder-

haltung zur Verfügung stehen. (vgl. Hofer 2017, 48 ff.) (vgl. Götze 2013, 22 ff.) (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 15 ff.) (vgl. Straus/Höfert 2011, 45 ff.)

Der Salutogenese-Ansatz geht ebenfalls davon aus, dass sich das Vorhandensein und die Abwesenheit interner und externer Widerstandsressourcen auf die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen auswirken. Der Ansatz hat jedoch seinen Schwerpunkt auf den personenbezogenen Ressourcen – dem Kohärenzgefühl. Gesellschaftliche Gegebenheiten finden, wie auch im transaktionalen Stressmodell, weit weniger Beachtung als im Resilienz-Ansatz. Bei Hardiness wird der gesellschaftliche Kontext gar nicht in die Theorie eingebogen. Im Salutogenese-Ansatz ist der Mensch nicht den gesundheitsgefährdenden Einflüssen passiv ausgesetzt, sondern kann, mit Hilfe der unterschiedlichen Widerstandsressourcen, aktiv Einfluss auf seine Gesundheit nehmen. Dies ist sowohl die besondere Stärke, aber auch die Schwäche des Konzepts. (vgl. Straus/Höfert 2011, 45) (vgl. Poulsen 2009, 21-22) (vgl. Hofer 2017, 49)

Die Gefahr des Ansatzes besteht darin, dass Menschen, die sich in schwierigen Situationen nicht als resilient erweisen, für dieses Defizit selbst verantwortlich gemacht werden können oder sich selbst verantwortlich machen. Dass die Ausbildung von Resilienzfaktoren auch von äußeren Faktoren wie Erziehung, Bildung, Familie und dem sozialen Umfeld abhängt, findet bei der starken Fokussierung auf die einzelne Person im Salutogenese-Ansatz zu wenig Beachtung. Im Gegensatz zum Resilienz-Ansatz, der zum Beispiel durch seine entwicklungspsychologische Perspektive einen Forschungsschwerpunkt auf den Bedingungen für gelingendes Aufwachsen und die Entwicklung von Resilienz in der Kindheit legt. Außerdem wird ein stärkerer Bezug auf den Kontext bei der Bewältigung von Stress sowie der Verfügbarkeit von Ressourcen, die dem Individuum zur Verfügung stehen, gefordert. Erst unter Einbezug einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive für die Entwicklung von Resilienz, kann auch die Sozialpolitik in die Verantwortung genommen werden. Zur Entwicklung von personalen Gesundheitsressourcen sind gesellschaftliche Rahmenbedingungen bereits ab der frühen Kindheit und bis ins hohe Alter notwendig. Die ausschließliche Reduzierung auf das individuelle Verhalten und die alleinige Verantwortung für die Entwicklung und praktische Umsetzung von Resilienz beim Individuum wird beim Salutogenese-Ansatz kritisiert und aus der Perspektive des Resilienz-Ansatzes als ethisch fragwürdig bezeichnet. (vgl. Straus/Höfert 2011, 51) (vgl. Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 23 ff.)

Der Salutogenese-Ansatz kann aus diesem Grund besser als ein Teil einer Ressourcentheorie verstanden werden, bei dem der Resilienz-Ansatz, mit seiner soziokulturellen Perspektive, einen anderen Teil dieser Theorie abbildet. (vgl. Hofer 2017, 49)

„Starke Überschneidungen gibt es bei den beiden Ansätzen hinsichtlich des ressourcenorientierten Betrachtungsfokus und naheliegenderweise auch beim von Antonovsky beschriebenen Kohärenzgefühl und dessen Definition. Darüber hinaus ergänzen sich die beiden Ansätze gut. Hat der Salutogenese-Ansatz seinen Betrachtungsfokus stärker auf die Person gerichtet und beschäftigt sich mit der Frage, wie es gelingt, möglichst exakt den individuellen „sense of coherence“ zu ermitteln, geht es in der Resilienzforschung vorwiegend um den soziokulturellen Kontextbezug und die individuellen biografischen Erfahrungen sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Entfaltung von Resilienzfaktoren und um die Qualität interaktionaler Beziehungsmuster“ (Hofer, 2017, 49)

Antonovsky selbst begrüßt die Diversität und Vielfalt der ressourcenorientierten Theorien und versteht sie nicht als konkurrierend, sondern als wechselseitige Ergänzung bei der Betrachtung von Resilienz aus unterschiedlichen Blickwinkeln. So wird im Resilienz-Ansatz zwar berücksichtigt, dass nicht nur die Summe der Ressourcen, sondern auch der hilfreichen Umgang mit ihnen Resilienz ausmacht. Der Salutogenese-Ansatz bietet mit seinem Kohärenzgefühl jedoch eine Erklärung dafür, was Menschen dazu befähigt, flexibel auf Anforderungen zu reagieren und ihre Ressourcen zum Umgang sinnvoll auszusuchen und einzusetzen. (vgl. Hofer 2017, 49) (vgl. Straus/Höfert 2011, 45) (vgl. Götze 2013, 24 ff.) (vgl. Rönau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 15)

2.5.2 Gemeinsamkeiten und inhaltliche Nähe

Wenn man die personenbezogene Widerstandsfähigkeit eines Menschen fördern will, dann stärkt man beim Salutogenese-Ansatz das Kohärenzgefühl und beim Resilienz-Ansatz die personalen Resilienz- und Schutzfaktoren. Diese beiden Elemente haben viele Gemeinsamkeiten und werden im Folgenden, zusammen mit dem transaktionalen Stressmodell und Hardiness verglichen. In allen vier Ansätzen spielt die Erwartung über die Wirksamkeit der eigenen Ressourcen/Bewältigungsstrategien eine wichtige Rolle bei der Stressbewältigung. Beim transaktionalen Stresskonzept erfolgt dies anhand des Selbstbildes, bei Hardiness über die Komponente Kontrolle, bei den personalen Resilienz- und Schutzfaktoren über die Selbstwirksamkeitserwartung und beim Kohärenzgefühl über die Komponente Handhabbarkeit. (vgl. Allwinn 2018, 63 ff.) (vgl. Bengel/Lyssenko 2012, 69 ff.) (vgl. Straus/Höfert 2011, 41 ff.) (vgl. Götze 2013, 27 ff.)

Allen Ansätze haben außerdem die Gemeinsamkeit, dass zunächst die stressauslösende Situation richtig eingeschätzt werden und mit den vorhandenen Bewältigungskompetenzen/Ressourcen abgeglichen werden muss, um eine geeignete Strategie auszuwählen. Im transaktionalen Stressmodell erfolgt dies über Informationssuche, bei Hardiness über die Analyse der Situationen, bei den personalen Resilienz- und Schutzfaktoren über die Selbst- und Fremdwahrnehmung und beim Kohärenzgefühl über die Komponente Verstehbarkeit. Inhaltlich sind sich diese Elemente sehr ähnlich. (vgl. ebd.)

Alle vier Theorien betonen darüber hinaus die Fähigkeit, soziale Unterstützung einzufordern und zu erhalten als wichtige Ressource, wenn die eigenen Lösungsstrategien nicht ausreichen. Welche Kompetenzen darüber hinaus bei der Bewältigung von Stress förderlich sind, wird unterschiedlich stark differenziert. Wie bereits erwähnt, bezieht sich der Hardiness-Ansatz ausschließlich auf problemfokussierte Bewältigungsstrategien. Im Salutogenese-Ansatz werden keine Strategien beschrieben. Im transaktionalen Stressmodell und bei den personalen Resilienz- und Schutzfaktoren werden dagegen emotions- und problemfokussierte Strategien bzw. Ressourcen beschrieben, die sich inhaltlich stark ähneln. So werden Emotionsregulation, die Hemmung dysfunktionaler Verhaltensweisen und aktive Handlungen in beiden Ansätzen aufgeführt. (vgl. ebd.)

In drei von vier Ansätzen ist außerdem enthalten, dass eine positive Einstellung dem Leben gegenüber und das Erleben von Sinnhaftigkeit positiven Einfluss darauf haben, wie Stress bewertet und bewältigt wird. Wird der Bewältigung einer Situation Sinn und Bedeutung zugeschrieben, dann wird die Anforderung eher als Herausforderung, denn als Belastung erlebt. Im transaktionalen Stressmodell erfolgt dies anhand des Weltbildes, bei Hardiness über die Komponente Engagement und beim Kohärenzgefühl über die Komponente Bedeutsamkeit. Im Resilienz-Ansatz ist ein positives Lebensgefühl nicht explizit enthalten, sie kann jedoch in den soziokulturellen Ressourcen mitgedacht werden. (vgl. ebd.)

2.5.3 Kritik an der Ressourcenorientierung

Es besteht die Gefahr, dass die Fokussierung auf Schutzfaktoren, Widerstandsressourcen, Bewältigungskompetenzen und gesundheitsförderlichen Persönlichkeitseigenschaften so ausgelegt wird, dass Schwächen, Dysfunktionalität und negative Gefühle wie Angst, Trauer und

Schmerz keine Berechtigung besitzen und „wegoptimiert“ werden müssen. (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 23 ff.) (vgl. Götze 2013, 22)

Durch die Ressourcenorientierung (inkl. Bewältigungskompetenzen) mit seinem Schwerpunkt auf dem Erkennen, Fördern und Aktivieren von Ressourcen und Kompetenzen, besteht die Gefahr für die Praxis, dass das Schwere, Leidvolle und andere negativen Gefühle zu wenig Raum erhalten. Es gerät aus dem Blick, dass der Fokus auf die individuellen Stärken und Kompetenzen gerade bei Menschen, deren Leben mit viel Schmerz und Trauer verbunden ist, erhebliche Kraft und Anstrengung benötigt. Nicht nur bei der Veränderung von Persönlichkeitsfaktoren, auch für die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten, ist viel Energie und Arbeit notwendig. (vgl. Rönna-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2015, 23 ff.)

„Man erreicht Resilienz nicht in einer Wellness-Oase, sondern in der konkreten Situation mit Herausforderungen des Lebens und seiner persönlichen Reaktion darauf. Sie verlangt einiges an Persönlichkeitsentwicklung. [...] Sich selbst kennen zu lernen mit seinen Haltungen ist die Devise.“ (Mohr 2017, 64)

3. Psychische Gesundheitsförderung und Prävention

Neben dem verantwortlichen und achtsamen Umgang mit der eigenen Person, bedarf es organisationaler Strukturen, die Verantwortung für die psychische Gesundheit von MitarbeiterInnen übernehmen. Dazu zählen, neben der Einhaltung rechtlicher Vorgaben, alle Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der Qualitätssicherung und der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. (vgl. Nikendei 2017, 475)

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden häufig synonym oder gemeinsam verwendet. Dennoch gibt es Unterschiede bei den Zielen, der Zielgruppen und den Maßnahmen. (vgl. Faltermaier 2018, 523 ff.) (vgl. Faltermaier 2017, 340 ff.) (vgl. Faltermaier 2014, 82 ff.)

1. Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern und Krankheitsrisiken zu minimieren. Sie basiert auf der Früherkennung, der Bestimmung und der Vermeidung von Faktoren, die Krankheiten auslösen. Alle Ziele und Strategien von Prävention sind also auf die Vermeidung und/oder Minderung von Risikofaktoren ausgelegt.

Strukturelle Risikofaktoren, die die Entstehung von Krankheiten begünstigen, sind z.B. Lärm, für den Schlafrhythmus ungünstige Arbeitszeiten und ein dauerhaft erhöhtes Arbeitspensum. Persönliche Risikofaktoren meinen dagegen riskante Lebensweisen wie zum Beispiel eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum und sexuelles Gefährdungsverhalten. Ein wichtiger Ansatz ist hier die Gesundheitsbildung. Durch Aufklärung und die Vermittlung von Information soll mehr Wissen über Gesundheitsgefährdungen erreicht und durch konkrete Verhaltensanleitungen positiv Einfluss auf das Gesundheitsverhalten genommen werden. (vgl. ebd.)

2. Gesundheitsförderung hat dagegen das Ziel, die Gesundheit positiv zu fördern, indem sie salutogene Kräfte und gesundheitsförderliche Ressourcen von Organisation und MitarbeiterInnen stärkt. Die Maßnahme der Gesundheitsförderung haben also insbesondere das Ziel, das Kohärenzgefühl der MitarbeiterInnen zu stärken und ihre Widerstandsressourcen zu fördern.

Die Ressourcen für ein gesundes Leben und ein positives Gesundheitsverständnis werden unterstützt. Dabei wird die Verantwortung für die Gesunderhaltung nicht ausschließlich dem einzelnen Mensch übertragen, sondern sie soll vom Arbeitgeber und der gesamten Gesellschaft getragen werden. Verschiedene Organisationen und Institutionen entwickeln hierbei Konzepte, die neben den personalen, sozialen und organisationalen, auch die politischen und gesellschaftlichen Aspekte von Gesundheit mit einbeziehen. (vgl. ebd.)

Gesundheitsprävention und Förderung ergänzen sich sinnvoll. Der Abbau gesundheitlicher Risiken (Gesundheitsprävention) und Aufbau gesundheitsfördernder Ressourcen (Gesundheitsförderung) gelten zusammen als optimale Strategie. Idealerweise sollten dabei möglichst personale und strukturelle Ansätze der Gesundheitsförderung verbunden werden. (vgl. ebd.)

Aus salutogenetischer Perspektive stellen Gesundheitsförderung und Prävention unterschiedliche Perspektiven eines Prozesses dar: Befindet sich ein Mensch eher auf der Gesundheitsseite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, greift die Gesundheitsförderung, befindet er sich dagegen eher auf der Krankheitsseite, greift die Prävention. Bei der Ressourcenorientierung liegt das Augenmerk insgesamt eher auf den gesundheitsfördernden Einflüssen und Kräften, denn auf den schädlichen. Statt also darauf zu gucken, welches Verhalten negativen Einfluss

auf die Gesundheit hat, kann es verstärkt darum gehen, die konstruktiven Bewältigungskompetenzen einer Person zu stärken und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu fördern. (vgl. ebd.)

Wie bereits erwähnt ist bei der Gesundheitsförderung und Prävention sowohl der Blick auf das Verhalten, als auch auf die Verhältnisse wichtig. Verhaltensorientierte Angebote richten sich an die einzelnen MitarbeiterInnen, also die personalen Faktoren. Verhältnisorientierte Angebote zeigen dagegen Wege auf, wie sich die gesamte Organisation in ihren Strukturen gesundheitsfördernd ausrichten kann. Sie richtet sich entsprechend an die organisationalen Faktoren. Der Umgang mit Stress und Burnout ist ein wichtiges Element sowohl von verhaltens- wie auch von verhältnisorientierter Maßnahmen. (vgl. Scherrmann 2017, 35)

"Prävention und Gesundheitsförderung haben konzeptionell und methodisch je nach Zielsetzung einen weiten Bereich von Möglichkeiten. Es dominieren heute jedoch Ansätze der Verhaltensänderung, die sich [...] auf die Veränderung von Ernährungs- Bewegungs- und Rauchverhalten beschränken und Entspannungsverfahren als Universalmittel gegen Stress einsetzen." (Faltermaier 2014, 86)

Es ist eine positive Entwicklung, dass für immer mehr Organisationen die Gesundheit der MitarbeiterInnen an Bedeutung gewinnt und die Bereitschaft steigt, in diese zu investieren. Trotz der Dominanz verhaltensorientierter Gesundheitsmaßnahmen, ist ein Trend zu erkennen, dass immer mehr berücksichtigt wird: (vgl. Scherrmann 2017, 35)

„[...] welchen gesundheitlichen Einfluss die gesamte Organisation mit ihren Strukturen, Prozessen, der Unternehmenskultur, der wirtschaftlichen Situation etc. auf die Mitarbeiter hat und wie sie verbessert werden kann.“ (Scherrmann 2017, 35)

4. Verhaltensprävention: Möglichkeiten personaler psychischer Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem Kapitel werden die Komponenten der personalen Resilienzförderung betrachtet, die sich in der Forschung als besonders bedeutsam und wirkungsvoll herausgestellt haben. Sie lassen sich sowohl auf den Ansatz der Salutogenese – also dem Kohärenzgefühl –, als auch auf die personalen Resilienz- und Schutzfaktoren aus dem Resilienz-Ansatz beziehen.

„Stärkung der psychischen Gesundheit im Sinne der Resilienz und Unterstützung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung sind wirksame Strategien, um trotz belastender (Arbeits-)Bedingungen Gesundheit zu bewahren.“ (Gündel 2014, 181)

Unter anderem in Fortbildungen, Trainings und Coachings können die im Folgenden beschriebenen Komponenten zur Ressourcenstärkung reflektiert und gefördert werden. Notwendig ist,

dass die Fachkräfte die Bereitschaft und Motivation mitbringen, sich intensiv mit der eigenen Person auseinanderzusetzen. Neben der kognitiven Auseinandersetzung können im Rahmen der personalen Gesundheitsförderung und Prävention auch körperorientierte Verfahren zum Umgang mit Stress angeboten werden.

4.1 Soziales Netzwerk, Unterstützer und Natur

„Das Spannende an der persönlichen Resilienz ist, dass sie gerade nicht nur persönlich ist, sondern über die Person deutlich hinaus geht. Resilienz hängt ab von der Einbettung ins System. Der wichtigste Resilienzfaktor der Einzelperson ist die Unterstützung durch andere. Damit ist Resilienz immer systemisch.“ (Mohr 2017, 36)

Positive zwischenmenschliche Kontakte wirken sich auf die körperliche und psychische Gesundheit im erheblichen Maße positiv aus. Gerade bei traumatischen Erlebnissen und belastenden Situationen sind wir auf andere Menschen angewiesen. Das Erleben von körperlicher und emotionaler Nähe reduziert z.B. Schmerzen und vermindert Angst und Stress. Soziale Kontakte tragen bei Alltagsproblemen und in Krisen wesentlich zum Wohlbefinden bei. Auch die Zuwendung und das Kümmern um Tiere kann tröstend sein. Soziale Isolation hat stattdessen den gegenteiligen Effekt und ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor – noch schwerwiegender als Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. (vgl. Kaluza 2015, 48) (vgl. Kaluza 2018, 51 ff.) (vgl. Mohr 2017, 36) (vgl. Martens/Begus 2016, 145)

Das soziale Netzwerk einer Person lässt sich in strukturelle Merkmale (Anzahl der Personen, Dauerhaftigkeit/Qualität der Beziehung, Häufigkeit der stattfindenden Kontakte...) und funktionale Unterstützungsmerkmale unterscheiden. Funktionale Unterstützungsmerkmale sind: (vgl. Kaluza 2015, 49 ff.) (vgl. Kaluza 2018, 52 ff.) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 32 ff.)

1. emotional: z.B. trösten, ermutigen, gemeinsames freuen und trauern
2. informell: z.B. Problemlösungen aufzeigen, informieren, Rückmeldung geben
3. materiell und praktisch: z.B. finanzielle Hilfe und praktische Hilfe, wie Heizung reparieren und Haustiere füttern
4. geistig: z.B. Austausch zu politischen Themen, Wertevorstellungen und spirituellen Orientierungen (vgl. ebd.)

Entscheidend für positive gesundheitliche Auswirkungen ist, ob die betroffenen Personen die Unterstützung aus dem privaten, beruflichen oder professionellen Netzwerk als zufriedenstellend erleben. Soziale Unterstützung kann nur dann gesundheitsförderlich wirken, wenn sie als solche wahrgenommen wird. Die quantitative Anzahl von Sozialkontakten erweist sich dagegen als weniger bedeutsam. (vgl. ebd.)

Um soziale Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten, muss dafür zunächst das Unterstützungspotenzial in diesem erkannt und als wertvoll wahrgenommen werden. Im zweiten Schritt geht es häufig darum zu lernen, den eigenen Unterstützungsbedarf zu kommunizieren und um Hilfe zu bitten. (vgl. ebd.)

Es gibt jedoch auch soziale Kontakte, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

„Negative Wirkungen sozialer Unterstützung können [...] darin bestehen, dass sie mit Vorwürfen, sozialen Kontrollen, unangemessenen Dankbarkeitserwartungen oder Verpflichtungsgefühlen verbunden werden. Ganz abgesehen davon, dass schlicht und einfach die falsche Hilfe geleistet oder Hilfeversprechen nicht oder nur unzuverlässig eingelöst werden.“ (Kaluza 2018, 53)

Es bedarf also auch der Fähigkeit, sich ggf. von Hilfsangeboten abzugrenzen, sie abzulehnen und sich vor einem Eingriff in die Autonomie zu schützen. (vgl. Kaluza 2015, 50)

Fragen, mit denen sich Fachkräfte z.B. im Rahmen von Fortbildungen, Gruppenangeboten, Coachings und Einzelarbeit beschäftigen können, wenn sie an ihrem Unterstützernetzwerk arbeiten möchte, sind zum Beispiel: (vgl. Kaluza 2015, 53) (vgl. Scherrmann 2017, 27)

- ➔ Wer gehört zu meinem sozialen Netzwerk?
- ➔ Welche Kontakte tun mir gut / erlebe ich als hilfreich?
- ➔ Wen könnte ich öfter um Unterstützung bitten?
- ➔ Was tue ich, um mein soziales Netzwerk zu pflegen? (vgl. ebd.)

Bei der Auseinandersetzung spielt natürlich die Förderung von sozialen Ressourcen im beruflichen Netzwerk eine wichtige Rolle, aber auch private Kontakte wie Freunde und PartnerInnen dienen als Unterstützung und wichtige Kommunikationspartner bei der Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz. (vgl. Poulsen 2009, 46)

Neben dem unterstützenden sozialen Netzwerk kann auch das Erleben von Natur zu einer externen Quelle von Gesundheit werden. Viele Menschen fühlen sich näher mit dem eigenen Leben verbunden, wenn sie die Natur als einen Erfahrungsbereich in das eigene Leben aufge-

nommen haben. Das Erfahren und Erleben von Natur kann die Achtsamkeit und Wahrnehmung für den Wert des Lebens stärken. (vgl. Mohr 2017, 39 ff.)

4.2 Förderung von Selbstfürsorge, innerer Distanz und Körperarbeit

Ein wertschätzender Umgang mit der eigenen Person und ein offener Umgang mit den eigenen Ängsten und Gefühlen sind wichtige Voraussetzung, um die belastende Arbeit so verarbeiten zu können, dass die eigene psychische Gesundheit erhalten bleibt. Im Anschluss an eine belastenden Begegnung ist die eigenverantwortliche, aktive Hinwendung zur eigenen Personen und den Gefühlen in Form von Selbstfürsorge und Achtsamkeit notwendig. (vgl. Nikendei 2017, 473)

Selbstfürsorgliches Verhalten bezeichnet einen achtsamen, wertschätzenden, liebevollen und emphatischen Umgang mit der eigenen Person, sowie das Wahr- und Ernstnehmen der eigenen Gefühle und Bedürfnisse. Um die Selbstfürsorge zu stärken, müssen Fachkräfte insbesondere lernen wahrzunehmen, ob sie Erholung benötigt und/oder angespannt sind, um dann einen positiven Ausgleich zum anstrengenden Arbeitsalltag zu schaffen. Sich selbst etwas Gutes zu tun, sich um das eigene Wohlbefinden zu kümmern, Phasen der Entspannung und Freude in den Alltag integrieren – das sind Ressourcen, die langfristig davor schützen, unter den negativen Folgen von Stress und Belastungen zu leiden. (vgl. Kaluza 2015, 43 ff.)

Auch wenn das Bedürfnis nach sozialem Rückzug und Ruhe bei belastenden Situationen meist hoch ist und es längere Regenerationsphasen des Nichts-Tuns braucht, ist es wichtig, neben der Arbeit auch eigene Interessen und Hobbys zu verfolgen und sozial aktiv zu bleiben, um einen Ausgleich zur Arbeitsbelastung zu schaffen. (vgl. Kaluza 2015, 43 ff.) (vgl. Petry 2013, 211)

Betrachten wir nun die professionelle Beziehung und die Notwendigkeit der inneren Distanz: Eine Möglichkeit, um nach einem belastenden Kontakt innere Distanz zu erhalten, wäre es, die Person, um die sich die Fachkraft sorgt, darum zu bitten, dass sie oder ein Angehöriger ihr nach einer festgelegten Zeit eine Rückmeldung darüber gibt, wie es nach dem Kontakt weitergegangen ist. Außerdem kann es hilfreich sein, wenn Fachkräfte „Ausstiegsrituale“ entwickelt, die sie nach schwierigen Gesprächen und am Ende eines Arbeitstages durchführt, um den Kopf frei zu kriegen für den eigenen Alltag, der sie nach der Arbeit erwartet. Gelingt es jedoch nicht sich emotional zu distanzieren, bedarf es einer aktiven Handlung, um die eigene

Gesundheit zu bewahren. Damit ist nicht gemeint, dass innere Distanz grundsätzlich bereits in den ersten Stunden nach einem besonders emotionalen Kontakt eingenommen werden muss, sondern wenn auch nach mehreren Stunden und Tagen immer wieder an die betroffene Person und ihre Problemlage gedacht wird. In diesem Fall muss die Fachkraft Eigenverantwortung für sich übernehmen, sich ehrlich die eigene Belastung eingestehen und sich dann damit der Leitung bzw. dem Team mitteilen. (vgl. Nikendei 2017, 473 ff.)

Gleichwohl soll an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass die Verantwortung für die psychische Gesundheit nicht bei der Selbstfürsorge endet, sondern auch Verantwortung in Form von Mitarbeiterfürsorge durch den Arbeitgeber zu erfolgen hat. So helfen auch Supervision, kollegiale Beratung und Fortbildungen dabei, innere Distanz zu erhalten und sich nicht zu sehr zu verausgaben. Leitungskräfte sollten außerdem bei Verhaltensänderungen von MitarbeiterInnen aufmerksam sein und diese gegebenenfalls auf ihre emotionale Befindlichkeit ansprechen. (vgl. Nikendei 2017, 473) (vgl. Poulsen 2009, 14)

Gesundheitsfördernde Fragen, mit denen sich Fachkräfte unter dem Gesichtspunkt der Selbstfürsorge beschäftigen können, lauten zum Beispiel: (vgl. Kaluza 2015, 47) (vgl. Scherrmann 2017, 26)

- ➔ Nehme ich mir Zeit für mich selbst?
- ➔ Habe ich Entspannungsmomente im Alltag?
- ➔ Habe ich Hobbys, die mit Spaß machen? Was hat mir früher Freude bereitet?
- ➔ Wie kann ich mir bewusst etwas Gutes tun?
- ➔ Was nehme ich mir Schönes für die Zukunft vor? (vgl. ebd.)

Bei der Beschäftigung mit psychischer Gesundheit gibt es eine enge Verbindung zum Körper, die nicht außer Acht gelassen werden darf. Starker Stress und als bedrohlich erlebte Situationen wirken u.a. auf das limbische System und versetzen den Körper in Alarmbereitschaft. In Situationen, die als stark bedrohlich empfunden werden, wird die Amygdala aktiviert und Fachkräfte geraten in den sogenannten Überlebensmodus. Auch wenn das Gefühl der Ohnmacht und Angst nicht mehr akut ist, hat der Körper diesen Modus gespeichert. Um die Amygdala und das mit ihr verbundene Alarmsystem zu beruhigen, kann durch Körperarbeit Einfluss auf das Körpererleben der Fachkräfte genommen werden. Dies kann über die Förderung von Körperwahrnehmung und durch Bewegungsangebote erfolgen. Anwendungsbeispiele

le zur Körperwahrnehmung sind Bodyscans, Autogenes Training, Imaginationsübungen, Meditation und Achtsamkeitstrainings. Neben diesen können Sportarten und Methoden, die mit Anspannung und Entspannung arbeiten, wie das Jacobsen-Training, Yoga und Krafttraining, zum Abbau von Anspannung hilfreich sein. (vgl. Mohr 2017, 41 ff.)

Auch wenn beim Umgang mit Stress überwiegend kognitive Prozesse zur Förderung der Gesundheit betrachtet werden, stellt eine allgemeine körperliche Fitness einen wichtigen protektiven Faktor bei der Stressbewältigung dar. Körperlich fitte Menschen reagieren im Vergleich zu unsportlicheren Menschen auf akuten Stress mit geringeren körperlichen Stressreaktionen. (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 34 ff.)

4.3 Förderung von Mut, Realitätssinn, Verstehbarkeit und Humor

Stress, Probleme und Konflikte führen häufig dazu, dass sich Menschen zurückziehen und die Konfrontation vermeiden. Um sich einer Situation, die unangenehme Emotionen wie Angst auslöst, überhaupt zu stellen, braucht es Mut, der veränderten Realität ins Auge zu sehen. Wird die Bearbeitung der Schwierigkeiten dagegen aufgeschoben oder verdrängt, ist dies zwar kurzfristig hilfreich, langfristig führt das Vermeidungsverhalten jedoch häufig zu noch größeren Problemen. Deswegen ist es ein wichtiger Teil der Resilienzförderung, die Menschen darin zu bestärken, sich mit belastenden Themen auseinanderzusetzen, sie realistisch und umfassend einzuschätzen, um dann angemessen zu handeln. (vgl. Mohr 2017, 57 ff.) (vgl. Martens/ Begus 2016, 32 ff.)

Es gilt zunächst zu überprüfen, ob es sich bei der als bedrohlich erlebten Situation um ein reales Geschehnis handelt, oder ob es eine bedrohliche Vorstellung ist, die Ängste auslöst. Handelt es sich um eine bedrohliche Vorstellung, ist es häufig so, dass negative Erfahrungen aus der Vergangenheit eine realistische Einschätzung der aktuellen Situation trüben. In diesem Fall kann zum Beispiel durch Biographiearbeit und Selbsterfahrung eine Bewusstmachung und Veränderung der durch die eigene Lebensgeschichte entstandenen Struktur im Denken, Fühlen und Handeln erarbeitet werden. (vgl. Mohr 2017, 62 ff.)

Auch kann sich im Sinne der Verstehbarkeit die Frage gestellt werden, ob die Situationen und die zur Verfügung stehenden Informationen, die (innerlich und äußerlich) wahrgenommen und erlebt werden, für die Fachkraft einzuordnen, erklärbar und strukturiert sind oder ob alles chaotisch verläuft. Ist es überhaupt möglich für die Fachkraft vorauszusehen, wie eine weitere

Entwicklung, z.B. ein Kinderwohlgefährdungsfall, verläuft oder fehlen noch wichtige Informationen? (vgl. Scherrmann 2017, 25)

Manche Menschen und Systeme neigen außerdem dazu, nur das Schwere und negative zu sehen und zu fühlen. Oft geraten sie in einen lethargischen, resignativen und depressiven Zustand. Dann wird auch das Fördern von Resilienz schwer. Trotz schwerer privater und beruflicher Herausfordernden Freude und Zuversicht zu empfinden und auch über eine scheinbar aussichtslose Situation lachen zu können, kann wichtig sein, um enge Denk- und Gefühlsschleifen wieder zu erweitern. Die Fähigkeit, neben dem Schweren auch das Leichte und Schöne im Leben und an der Arbeit integrieren zu können, ist ein wichtiges Merkmal von resilientem Verhalten. (vgl. Mohr 2017, 65 ff.)

4.4 Förderung von Handhabbarkeit, Selbstwirksamkeit und Optimismus

Das Denken beeinflusst die körperliche und psychische Gesundheit des Menschen. Die allgemeinen Erwartungen von Fachkräften über den positiven Ausgang einer belastenden Situation, die Überzeugung, dass es prinzipiell möglich ist, Einfluss auf den Ausgang dieser Situation zu nehmen und die Überzeugung, dass sie selbst über die Fähigkeiten verfügen, durch eigenes Handeln Einfluss auf diese zu nehmen, wirken sich positiv auf das körperliche und seelische Wohlbefinden aus. Warum ist das so? – Optimisten wählen andere Bewältigungsstrategien als pessimistische Menschen. (vgl. Kaluza 2015, 53 ff.) (vgl. Martens/Begus 2016, 143) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 35)

„Während Pessimisten eher zu Verleugnung sowie Vermeidungs- und Fluchtverhalten tendierten, zeigten Optimisten mehr aktive und problemorientierte Copingstrategien und in objektiv wenig aussichtsreichen Situationen [...] neigten sie eher zu einer Akzeptanz der Realität und inneren Auseinandersetzung mit dem Ziel der Sinnfindung.“ (Kaluza 2018, 54)

Nicht in eine Opferrolle zu geraten bzw. zu lernen, diese wieder zu verlassen und eigenverantwortlich auf Herausforderungen zu reagieren, sind grundlegende Voraussetzungen für resilientes Verhalten. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung hilft außerdem bei der Bewältigung von Alltagsstress, beim Umgang mit chronischen Schmerzen und Erkrankungen sowie beim Aufbau von Gesundheitsverhalten. Ein zuversichtlicher Blick in die Zukunft gepaart mit einer positiven Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten sind also hilfreich, wenn es darum geht, schwierige Aufgaben anzugehen. (vgl. Mohr 2017, 64) (vgl. Kaluza 2015, 55 ff.) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 36)

"Hohe Selbstwirksamkeit beflügelt die Inangriffnahme von schwierigen Aufgaben. Nachdem erst einmal die Tätigkeit in Gang gekommen ist, investieren selbstwirksame Personen mehr Anstrengung und verharren länger an einer schwer lösbaren Aufgabe, bevor sie aufgeben. Von Rückschlägen erholen sie sich eher und ihre Zielbindung erhalten sie länger aufrecht." (Kaluza 2015, 54)

Gleichwohl kann naiver Optimismus, dass auch ohne eigenes Zutun schon alles gut ausgehen wird sowie eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten dazu führen, reale Gefahren und Risiken zu übersehen und an einer Herausforderung zu scheitern. Kein überschwänglicher, naiver Optimismus, sondern verhaltener Optimismus ist also günstig, wenn es darum geht, Herausforderungen anzugehen sowie Erfahrungen des Scheiterns in das Selbstbild und die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Unter Berücksichtigung dieser Gefahren ergibt sich ein Schwerpunkt der psychologischen Gesundheitsförderung. (vgl. Kaluza 2015, 54 ff.) (vgl. Mohr 2017, 59) (vgl. Heinrichs/Stächele/Domes 2015, 36)

"Einstellungen der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit sollen abgebaut und optimistische Erwartungen hinsichtlich des Erfolges der eigenen Handlungen als Fundament einer insgesamt positiv-optimistischen Zukunftsaussicht gefördert werden." (vgl. Kaluza 2015, 55)

Neben der eigenen Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit wirkt sich insbesondere Anerkennung und positive Resonanz auf das eigene Handeln durch andere Menschen vorteilhaft auf das Selbstwirksamkeitserleben aus. Aus diesem Grund ist positives Feedback von KollegInnen und Leitung so wertvoll. (vgl. Mohr 2017, 58)

Mögliche Fragen für die Praxis, um Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und den Optimismus zu stärken sind: (vgl. Kaluza 2015, 56) (vgl. Scherrmann 2017, 25 ff.)

- ➔ Welche größeren Erfolge konnte ich im Laufe meines Arbeitslebens bereits erzielen?
- ➔ Wann war mein Handeln wirksam?
- ➔ Was sind meine Stärken?
- ➔ Was mache ich, wofür ich Anerkennung verdiene?
- ➔ Was kann ich tun, um meinen Optimismus zu stärken?
- ➔ In welchen Bereichen möchte ich noch kompetenter werden? Welche Fort- und Weiterbildungen könnte ich dafür besuchen? (vgl. ebd.)

4.5 Förderung von Sinnerleben und Bedeutsamkeit der Arbeit

Das eigene Gefühl, eine abwechslungsreiche und sinnerfüllte Tätigkeit auszuüben und sich bei der Ausführung als selbstwirksam zu erleben, trägt zur Stärkung der psychischen Gesundheit bei. (vgl. Petry 2013, 210 ff.) (vgl. Gissel/Schubert 2015, 82 ff.)

Für Antonovsky ist der motivationale Kern des Salutogenese-Ansatzes das Gefühl der Sinnhaftigkeit. Der Mensch benötigt ein tiefes Gefühl davon, dass sein Leben einen emotionalen Sinn hat, um überhaupt die dafür notwendige Energie aufzubringen, die es braucht, um schwierige Anforderungen oder eine stark stressauslösende Situation zu bewältigen. Die Sinngebung muss dabei nicht immer in dem schwierigen Ereignis selbst gefunden werden. Um schwere Ereignisse, wie das Miterleben von schweren Schicksalen und Leid, zu bewältigen, müssen Fachkräfte, trotz der Betroffenheit, dem eigenen Handeln eine Sinn zusprechen. Mit der Sinngebung hängt häufig die Fokussierung auf das Wesentliche und eine Änderung von Denken und Verhalten zusammen. Statt sich nur mit der eigenen Gedankenwelt und der inneren Verfassung zu beschäftigen, wird wieder mehr Interaktion mit der Umwelt möglich. Hierzu ein Beispiel: Eine Fachkraft hat starkes Mitgefühl mit einer Mutter, die durch sexuellen Missbrauch traumatisiert ist und die trotz vieler gemeinsamer Bemühungen nicht mehr in der Lage ist, für das Wohl ihres Kindes zu sorgen. Trotz allem Verständnis für die Betroffenheit der Fachkraft ist es hilfreich, wenn diese eine innerliche Bewegung weg vom Leid der Mutter und hin zur Unterstützung für das Kind und zu anderen Familien macht, die befähigt werden können, erfolgreicher für ihre Kinder Sorge zu tragen. (vgl. Kaluza 2015, 58 ff.) (vgl. Mohr 2017, 53) (vgl. Martens/Begus 2016, 146)

In unserer heutigen Gesellschaft wurden traditionelle und religiöse Lebenswege sowie Sinn- und Wertvorstellungen zunehmend von durch einen Pluralismus an spirituellen, politischen und gesellschaftlichen Sinngebungsmöglichkeiten abgelöst. Dies ermöglicht das Führen eines individuellen und selbstbestimmten Lebens, es kann jedoch auch zu einer existenziellen Sinnkrise und Vereinsamung führen, die die Erarbeitung eines Lebenssinns notwendig macht. (vgl. Kaluza 2015, 60)

„Wer seinen eigenen Weg selbst finden muss, braucht einen eigenen inneren Kompass, eigene Werte und Ziele und innere Unabhängigkeit. Nicht wenige Menschen fühlen sich von der großen Wahlfreiheit überfordert. [...] Vor diesem Hintergrund wird die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem **Wozu?** [...] zu einem wichtigen Thema praktischer Gesundheitsförderung.“ (Kaluza 2015, 60)

Attraktive und selbstbestimmte Ziele für das eigene Leben zu entwickeln, zu verfolgen und auf die Erreichung dieser Ziele positiven Einfluss nehmen zu können (Selbstwirksamkeit), stärkt das persönliche Wohlbefinden. Bei den Zielen sollte es sich um Herausforderungen handeln, die zwar schwierig sein dürfen, aber zu bewältigen sind. Erreicht man ein Ziel, von dem man nicht vollständig überzeugt ist, es erreichen zu können, so wachsen die eigenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen mit der Erreichung dieses Ziels. Mit Blick auf ein selbst definiertes Ziel und einer optimistischen Überzeugung über den Ausgang der Zielerreichung, kann der Stress, der einem bei der Bewältigung der Aufgabe begegnet, leichter als eine Herausforderung angenommen und bewältigt werden. Auch bei Schicksalsschlägen, denen man keinen Sinn abgewinnen kann, hilft die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten, Zukunftsideen und die Entwicklung neuer Ziele. (vgl. Kaluza 2015, 61 ff.) (vgl. Martens/Begus 2016, 145 ff.) (vgl. Scherrmann 2017, 26)

Fragen, die sich mit dem „Wozu“ beschäftigen, sind zum Beispiel: (vgl. Kaluza 2015, 63)

- ➔ Erlebe ich einen Sinn in dem was ich tue?
- ➔ Sind meine beruflichen Aufgaben überwiegend motivierend und positiv?
- ➔ Welche Ziele möchte ich verfolgen?
- ➔ Was sind die nächsten Schritte, um die Ziele zu erreichen? (vgl. ebd.)

4.6 Zusammenfassung

Soziale Kontakte sind der wirksamste Faktor psychischer Widerstandsfähigkeit. Dabei ist nicht die Quantität, sondern die Qualität der Beziehungen entscheidend. Emotionale und praktische Unterstützung wirken dann gesundheitsförderlich, wenn sie als positiv und zufriedenstellend erlebt werden. Bei der Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz können sowohl das berufliche Netzwerk, als auch private Kontakte wie Freunde und PartnerInnen als Unterstützer und wichtige Kommunikationspartner dienen.

Außerdem sind Selbstfürsorge und ein achtsamer Umgang mit der eigener Personen sowie das Wahr- und Ernstnehmen der eigenen Gefühle, Körpersignale und Bedürfnisse wichtig, um bei der Arbeitsbelastung gesund zu bleiben. Fachkräfte können darin gefördert werden, sich um das eigene Wohlbefinden zu kümmern, einen positiven Ausgleich zur Arbeit zu pflegen, Strategien zur emotionalen Distanzierung von Adressatinnen zu üben und anzuwenden und bei

Anzeichen von Überlastungen eigenverantwortlich zu handeln, indem sie sich ihrer Leitung oder dem Team mitteilen. Angebote zur Körperwahrnehmung, Bewegung und Fitness können außerdem beim Abbau von Stress und Anspannung hilfreich sein.

Ein wichtiger Teil der Gesundheitsförderung besteht darin, Fachkräfte darin zu bestärken, sich mit Überforderungssituationen auf der Arbeit aktiv auseinanderzusetzen. Wenn alle notwendigen Informationen vorhanden sind und die Situation realistisch und umfassend eingeschätzt werden kann, fühlen sich MitarbeiterInnen häufig wieder handlungsfähig und weniger ängstlich und resignativ. Die Förderung von Humor ist in diesem Zusammenhang hilfreich, um aus negativen Emotions- und Denkschleifen herauszukommen.

Eine weitere wichtige Komponente der Gesundheitsförderung beinhaltet, die Selbstwirksamkeitserwartung und Zuversicht von Fachkräften zu stärken. Wenn MitarbeiterInnen davon überzeugt sind, dass es grundsätzlich möglich ist, dass sich die Situation ihrer AdressatInnen positiv verändern lässt und dass sie mit ihrem Handeln zu diesem Erfolg beitragen können, wirkt sich dies positiv auf das körperliche und seelische Wohlbefinden aus und hilft ihnen, auch schwierige Aufgaben in Angriff zu nehmen. Selbstwirksamkeitserwartungen und Optimismus werden, neben dem Erwerb von fachlichen Qualifikationen und der eigenen Wahrnehmung von Handlungserfolgen, über positive Resonanzen zur getanen Arbeit gefördert.

Damit Fachkräfte überhaupt die Motivation aufbringen, die vielen Belastungen zu bewältigen, mit denen sie bei ihrer Arbeit konfrontiert werden, benötigen sie das tiefe Gefühl, dass ihre Tätigkeit sinnvoll ist und einen emotionalen Wert hat. Wenn überwiegend das Gefühl besteht, etwas Positives zu tun und andere Menschen zu unterstützen, können auch negative Erfahrungen, wie das Miterleben von Leid und nicht helfen zu können, besser verarbeitet werden.

5. Verhältnisprävention: Organisationale psychische Gesundheitsförderung und Prävention

Im folgenden Kapitel werden Möglichkeiten der organisationalen Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt, die im ASD Anwendung finden können. Sie sollen den spezifischen Belastungen, die sich aus den in Kapitel 1.4 genannten Aufgabenbereichen und Arbeitsbedingungen ergeben, entgegenwirken, entlasten und die Gesundheit der Fachkräfte fördern. Gleichwohl lassen sich viele der hier genannten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention auch auf andere Arbeitsgebiete und Arbeitgeber in der Sozialen Arbeit übertragen.

Sie gilt es zu verankern und in das professionelle Selbstverständnis von Organisationen aufzunehmen. Neben den organisationalen Strukturen werden am Ende dieses Kapitels noch weitere Anregungen gegeben, die sich auf die Erweiterung der Landschaft zur Hilfe zur Erziehung und die Notwendigkeit zur politischen und gesellschaftlichen Anerkennung der Leistungen von ASD-Fachkräften beziehen.

5.1 Die Rolle der Leitungskraft – Salutogene Führung

Leitungskräfte sollten für das Thema Stress und Burnout sensibilisiert sein und für sich selbst und ihre MitarbeiterInnen Sorge tragen. Dies kann unter anderem dadurch gewährleistet werden, dass sie die Gefahren von von Stress und Burnout offen thematisieren, Stressoren gemeinsam mit MitarbeiterInnen ausfindig machen und minimieren und gesundheitsförderliche Ressourcen stärken.

Leitungskräfte dienen mit ihrem Verhalten außerdem als Vorbild und Orientierung. Deshalb sollten sie ihre eigenen Selbst-, Sozial- und Fachkompetenz regelmäßig kritisch hinterfragen und gegebenenfalls verändern. Zu den wichtigsten Kompetenzen, die überprüft werden sollten, zählen Umgang mit den MitarbeiterInnen (Bin ich wertschätzend?), das Führungsverhalten (Können MitarbeiterInnen an Entscheidungen partizipieren? Bin ich in meinen Aussagen klar?), das Zeitmanagement (Mache ich genügend Pausen? Reicht meine Arbeitszeit aus oder mache ich fortlaufend Überstunden?), die Selbstfürsorge (Spreche ich eigene Belastungen an? Nutze ich funktionale Strategien zum Umgang mit Stress?) und die Arbeits- und Selbstorganisation (Bin ich gut strukturiert? Wie sieht mein Arbeitsplatz aus? Nutze ich technische Hilfsmittel?). (vgl. Scherrmann 2017, 37 ff.)

Leitungskräfte haben die Aufgabe, das Kohärenzgefühl ihrer MitarbeiterInnen zu stärken. Die Verstehbarkeit kann zum Beispiel durch einen transparenten Umgang mit Informationen, durch wertschätzendes Feedback zur getanen Arbeit, durch die Förderung einer offener Kommunikation und durch eine Verbesserung des Teamklimas entwickelt werden. Dies erhöht auch die Arbeitszufriedenheit von MitarbeiterInnen. Die Handhabbarkeit kann im Rahmen der Mitarbeiterentwicklung durch die Förderung von Kenntnissen und Fähigkeiten gestärkt werden. So können zum Beispiel im Rahmen von Mitarbeitergesprächen die Interessen und Entwicklungsfelder von MitarbeiterInnen herausgearbeitet und durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen verbessert werden. Dies erhöht die Arbeitsproduktivität. Die Bedeutsamkeit

wird gefördert, indem gemeinsame, idealerweise messbare Ziele entwickelt und erreicht werden. Gemeinsam entwickelte Ziele und ein gemeinsames Selbstverständnis erhöhen die Mitarbeitermotivation und geben den MitarbeiterInnen Orientierung für ihre Arbeit. Eine hohe Arbeitsproduktivität, Arbeitszufriedenheit und Mitarbeitermotivation gelten als entscheidende Komponenten einer guten Mitarbeiterführung und dienen, im Sinne der Salutogenese, auch der Gesundheit der MitarbeiterInnen. (vgl. Scherrmann 2017, 32 ff.)

Unklare Rollen, Rollenkonflikte und Überlastungen durch die zugeschriebenen Rollenaufgaben haben sich dagegen vielfach als Ursachen von Stress und Konflikten herausgestellt. So kann es zum Beispiel vorkommen, dass zwischen den Erwartungen an die Aufgaben und Fähigkeiten von Führungskräften an MitarbeiterInnen, den Erwartungen der Organisation an MitarbeiterInnen und den Erwartungen der MitarbeiterInnen an sich selbst Diskrepanzen bestehen. Auch die Erwartungen von MitarbeiterInnen und Organisation an die Führungskräfte oder die Erwartungen von Mitarbeiterinnen und Führungskräfte an die Organisation können immer wieder Diskrepanzen hervorrufen. Diese müssen aufgedeckt, miteinander abgeglichen und gegebenenfalls angepasst werden, um Spannungen abzubauen. Es muss stetig überprüft werden, ob die verschiedenen Rollen mit den jeweiligen verknüpften Erwartungen, Aufgaben, Kompetenzen und Funktionen geklärt sind, ob sie Konflikte hervorrufen und ob sie mit den zur Verfügung stehenden zeitlichen und fachlichen Ressourcen zu bewältigen sind. (vgl. Scherrmann 2017, 29 ff.)

5.2 Auswahl, Einarbeitung und Beschäftigungssicherheit

Wenn offene Stellen zu besetzen sind, dann sollte bei der Auswahl von Fachkräften genau geprüft werden, ob die BewerberInnen sich über die besonderen Anforderungen und Risiken des Tätigkeitsfeldes im Klaren sind und sich mit den zu verrichtenden Aufgaben identifizieren können. Falsche Vorstellungen von der Arbeitsstelle müssen mit der Realität abgeglichen werden, um eine bewusste Entscheidung für die Ausübung der Tätigkeit zu treffen. (vgl. Klomann 2018, 338)

Es ist eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Menschen in hochemotionalen Situationen, dass sich Fachkräfte intensiv mit der eigenen Biographie und Motivation auseinandergesetzt haben und wissen, warum sie andere Menschen helfen möchten. Dies ist notwendig, um nicht aus den eigenen Emotionen heraus, sondern professionell zu agieren, sich abzugrenzen und so

psychisch gesund zu bleiben. Häufig ist der Selbsterfahrungsanteil in den Studiengängen der Sozialen Arbeit und Erziehungswissenschaften jedoch eher gering. Deshalb bedarf es einer umfangreichen Einarbeitungsphase, in der neben dem bereits vorhandenen fachspezifischen Wissen, weiteres tätigkeitsbezogenes- und professionstheoretisches Wissen erlernt und praktisch eingeübt werden kann und bei der Selbsterfahrungs- und Reflexionsprozesse angestoßen werden. Arbeitsfeldspezifische Routinen müssen möglichst schnell erlernt werden, um die neuen Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und so das Selbstwirksamkeitserleben der neuen Fachkräfte zu fördern und ihre Arbeitsmotivation zu erhalten. (vgl. Nikendei 2017, 473) (vgl. Klomann 2018, 338 ff.)

Ein sicherer Arbeitsplatz in Form eines unbefristeten Arbeitsverhältnis und ein geregeltes Einkommen, das die Lebenshaltung sichert, sind außerdem für alle MitarbeiterInnen notwendig, damit Fachkräfte neben den Arbeitsanforderungen nicht mit existenziellen Ängsten konfrontiert sind, die aus den Arbeitsbedingungen hervor gehen. (vgl. Roschker 2014, 17)

5.3 Förderung von fachlichen Kompetenzen, professioneller Haltung und innerer Distanz

Die Möglichkeit, stetig Fort- und Weiterbildungen zu besuchen und Reflexionsmöglichkeiten für das eigene Handeln zu haben, wird nicht nur für die fachliche, sondern auch für die persönliche Weiterentwicklung geschätzt. Durch Mitarbeitergespräche können individuelle Weiterbildungsperspektiven erarbeitet und die Übernahme interessenentsprechender, spezifischer Aufgaben gefördert werden. Die interessen geleitete fachliche Weiterentwicklung ist insbesondere deshalb so wichtig, weil es wenig Aufstiegsmöglichkeiten innerhalb des ASD gibt. Neben der eigenen, tragen auch die fachlichen Kompetenzen von KollegInnen und die Führungskompetenzen der Leitungskraft zur Zufriedenheit und Motivation der Fachkräfte bei. (vgl. Petry 2013, 210) (vgl. Klomann 2018, 341)

„Die Arbeit im ASD ist definitiv und unweigerlich mit Belastungen verbunden, aber sie birgt auch viel Motivierendes und ermöglicht persönliche Entwicklung.“ (Petry 2013, 211)“

Fachliche Kompetenzen beinhalten im ASD in erster Linie einen systemischen Ansatz, der das soziale Umfeld der AdressatInnen mit einbezieht, Ressourcenorientierung, Gesprächstechniken zum Beziehungsaufbau sowie zur lösungsorientierten Beratung und Mediationstechniken. Qualitätskataloge, Qualitätshandbücher und Konzepte zum Kinderschutz, zur Krisenin-

tervention, zu Bindungstheorien und zu gesetzlichen Grundlagen sind ebenfalls für das fachspezifische Wissen und Handeln von Bedeutung. Die Fach- und Handlungsansätze stehen dabei nicht im Gegensatz zueinander, sondern zeigen die Vielfalt der fachlichen Ansätze der Praxis des ASD. Professionelle Fachlichkeit wird insbesondere durch kollegiale Beratung, Supervision, Praxisreflexion im Rahmen von Teambesprechungen sowie durch interne und externe Fort- und Weiterbildungen ermöglicht und weiterentwickelt. (vgl. Gissel/Schubert 2015, 78 ff.)

Für die Organisation empfiehlt es sich, dass Fachkräfte immer wieder an externen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen, um neue Impulse für den Umgang mit den bestehenden fachlichen Anforderungen zu bekommen und diese in die gemeinsame Arbeit einfließen zu lassen. (vgl. Klomann 2018, 339)

Die eigene professionelle Haltung ist entscheidend, wenn es darum geht, sich zwischen den unterschiedlichen Positionen und Anforderungen immer wieder neu einzupendeln und zu positionieren. Die in Kapitel 1.4 vielfach genannten Widersprüchlichkeiten und den Herausforderungen der Arbeit an der Schnittstelle von privaten und gesellschaftlichen Wertesystemen, benötigen die offene Auseinandersetzung. Die Anerkennung durch Führungskräfte auf der einen und durch AdressatInnen auf der anderen Seite, erschwert die Positionierung zusätzlich und erhöht die Erfordernis von Supervision. Die eigene Position muss immer wieder von außen betrachtet, überprüft und ggf. verändert werden, um unterschwellige oder unbewusste Konflikte ins Bewusstsein zu holen. Aus diesem Grund sind organisational verankerte und regelmäßig stattfindende Räume zur Reflexion ein wesentliches Charakteristikum professioneller Arbeit im ASD. (vgl. Petry 213, 218) (vgl. Klomann 2018, 339)

In Kapitel 4.2 wurde bereits thematisiert wie wichtig sowohl die Eigenverantwortung als auch die Verantwortungsübernahme vom Arbeitgeber ist, wenn es darum geht, trotz krisenhafter Gespräche und emotionaler Extremsituationen innere Distanz zu bewahren und eine professionelle Beziehung aufrecht zu erhalten. Ist bereits im Vorfeld bekannt, dass eine besonders schwierige Begegnung stattfindet, empfiehlt es sich, dabei zu zweit zu sein. Die psychische Verarbeitung fällt leichter, wenn im Anschluss mit jemandem darüber gesprochen werden kann, der ebenfalls an der Situation beteiligt war. Wenn keine gemeinsame Arbeit möglich ist, können auch anschließende Gespräche mit KollegInnen und Führungskräften, die zwar nicht anwesend waren aber die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, bei der Verarbeitung helfen.

Auch die Reflexion des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns und der inneren Nähe und Distanz zu AdressatInnen kann durch Supervision, kollegiale Beratung sowie Fort- und Weiterbildungen erfolgen und die professionellen Beziehung verbessern. (vgl. Nikendei 2017, 473 ff.)

5.4 Positives Teamklima, Fehlerkultur und Handlungsspielräume

Das Team hat eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, den Belastungen, die sich aus den Aufgabenbereichen und den Arbeitsbedingungen ergeben, Schutz, Entlastung und Motivation entgegen zu setzen. Ein positives Arbeitsklima, eine offene und wertschätzende Kommunikation unter KollegInnen und mit der Leitungskraft, Unterstützung, Sicherheit und Verlässlichkeit bei Absprachen, können das Belastungserleben verringern. (vgl. Petry 2013, 210 ff.)

In einem Tätigkeitsfeld, in dem man mit dem Leid anderer Menschen konfrontiert ist und eine hohe psychische Belastung besteht, ist eine vertrauensvolle und kollegiale Atmosphäre und ein angstfreier Austausch unter MitarbeiterInnen von besonderer Bedeutung. Ist die positive Atmosphäre gestört, bedarf dies besonderer Aufmerksamkeit, zum Beispiel innerhalb von Teamsupervision. Nur wenn es einen wertschätzenden und fehlerfreundlichen Umgang sowie eine offene Gesprächskultur gibt, trauen sich Fachkräfte, ihre beruflichen und ggf. auch privaten Belastungen, die sie in ihrer Arbeit einschränken, anzusprechen und Unterstützung zu erhalten. (vgl. Nikendei 2017, 474, 485 ff.)

Es gehört außerdem zum Alltag der Fachkräfte und zu dem Risiko der Tätigkeit im ASD, immer wieder mit ungewissen und unklaren Situationen konfrontiert zu werden und diese bewerten zu müssen. Die Fehleranfälligkeit von Einschätzungen der Fachkräfte wurde in Kapitel 1.4.2 bereits umfangreich dargestellt.

„Mit Ungewissheit umgehen und mit der Gewissheit leben, dass Fehler passieren können, gehört zu der Arbeit im Kinderschutz und auch zu anderen Aufgaben des ASD.“ (Petry 2013, 217)

Notwendig ist deshalb ein Arbeitsklima, ein gemeinsames Arbeitsverständnis und professionelles Selbstverständnis, das beinhaltet, dass Fehler passieren können und die Chance bietet, durch einen offensiven Umgang aus ihnen zu lernen. Es sollte ein transparenter und konstruktiver Umgang mit Fehlern erfolgen. Die Angst, die Fachkräfte aktuell vielfach vor dem Begehen von Fehlern haben, sollte durch die Sicherheit verringert werden, dass sowohl das Team,

als auch die Organisation dieses Arbeitsverständnis vertreten und Zutrauen in die professionelle Handlungsfähigkeit der einzelnen MitarbeiterInnen haben und diese erweitern wollen. Immer neue organisationale Steuerungen und Regelungen einzusetzen, erweist sich dagegen eher als kontraproduktiv. (vgl. Petry 2013, 217) (vgl. Klomann 2018, 339)

„Ein ausgeprägter Handlungsspielraum fungiert als wesentliche Ressource im Umgang mit komplexen Anforderungen und kann das Belastungserleben positiv beeinflussen. Vor diesem Hintergrund scheint es dringend erforderlich, die gegenwärtigen Einschnitte in professionelle Handlungs- und Einschätzungsprozesse zu stoppen und [...] professionelle Autonomie sowie auf professionellem Wissen basierende Einschätzungsprozesse auszubauen und zu fördern.“ (Klomann 2018, 340)

Damit Fachkräfte angesichts größerer Handlungsspielräume nicht verunsichert werden und sie durch zunehmende fachliche Begründungsnotwendigkeiten keinem zusätzlichen Stress ausgesetzt werden, wird an dieser Stelle noch einmal die Notwendigkeit deutlich, dass die fachliche Sicherheit von ASD-Fachkräften durch Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden muss. Nur dann können die dazugewonnenen Handlungsmöglichkeiten auch gesundheitsförderlich wirken. (vgl. Klomann 2018, 340)

Die ASDs sollten sich als lernende Organisationen verstehen und etablieren, die sich stetig weiterentwickeln und selbst überprüfen, um bessere Voraussetzungen für die Arbeits- und Entscheidungsprozesse ihrer Fachkräfte zu schaffen. (vgl. Petry 2013, 213 ff.) (vgl. Ackermann 309 ff.)

5.5 Partizipation und Organisationsentwicklung

Beteiligungsmöglichkeiten an internen Entscheidungen erhöhen die Zufriedenheit und Motivation von MitarbeiterInnen. Um flachere Hierarchien in Jugendämtern zu entwickeln und mehr Partizipation zu ermöglichen, sollte die: (vgl. Petry 2013, 210 ff.) (vgl. Gissel/Schubert 2015, 82 ff.)

„[...] Etablierung von regelmäßigen Maßnahmen der Organisationsentwicklung, etwa in Form von Qualitätszirkeln oder ähnlichen regelhaften Arbeitsformen [erfolgen], in denen die Beschäftigten der Jugendämter die konzeptionelle Ausrichtung ihrer Organisation [...] reflektieren und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der organisationalen Entscheidungsprozesse entwickeln.“ (Ackermann 2017, 310)

Partizipation gilt als wichtiger Faktor bei der Entwicklung und Förderung des Kohärenzgefühls. Es wird auf allen drei Ebenen gestärkt. Partizipation entsteht durch Transparenz (Verstehbarkeit), die gemeinsame Entwicklung von Zielen (Sinnhaftigkeit) und einem Handlungs-

raum, in dem die Beteiligten mitgestalten (Handhabbarkeit) und die Folgen ihres Handelns erleben können (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Selbstwirksamkeit). Eine besondere Entsprechung findet die Partizipation von MitarbeiterInnen in der Organisationsentwicklung. Die beteiligten Person können hier von Beginn an auf Veränderungsprozesse aktiv Einfluss nehmen und selbst gestalten. (vgl. Straus/Höfert 2011, 49 ff.)

Organisationsentwicklung meint ein:

„Ganzheitliches Konzept zur Veränderung von Organisationen (Strukturen, Prozesse, des Verhaltens der Organisationsmitglieder, der Kultur), das mit Unterstützung von Methodenexperten und über gruppensdynamische Prozesse den Mitgliedern der Organisation hilft, ihre Probleme zu erkennen und zu lösen. Träger der Veränderung sind also die Organisationsmitglieder selbst.“ (Wirtschaftslexikon 2015)

Die Organisationsentwicklung hat das Ziel durch einen kontinuierlichen Arbeitsprozess zur Qualitätsverbesserung von Organisationen beizutragen. Sie verfolgt dabei einen systemischen Ansatz, bei dem die ArbeitnehmerInnen selbst an der Entstehung, Entwicklung und Umsetzung von Veränderungsprozessen maßgeblich beteiligt sind und als Experten ihres Unternehmens verstanden werden. Der Organisation und ihren Mitgliedern wird dadurch eine hohe innere Entwicklungs- und Lernfähigkeit zugesprochen. Die BeraterInnen dienen als InitiatorInnen von Lernprozessen und geben Anstöße zur Entwicklung. Sie regt MitarbeiterInnen zur Problemlösung an und helfen ihnen, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Organisationsentwicklung setzt auf gemeinsam entwickelte Zielvereinbarungen und lässt den MitarbeiterInnen hohe Selbstgestaltung sowohl bei der Entwicklung von Maßnahmen, also auch bei der Durchführung zur Zielerreichung. Dadurch fördert sie das Selbstwirksamkeitserleben und Problemlösekompetenzen der MitarbeiterInnen. (vgl. Kanning/Staufenbiel 2012, 305 ff.)

Die Vorteile der Organisationsentwicklung liegen in der schnellen Umsetzung von gemeinsam erarbeiteten Interventionsstrategien und den geringen Widerständen gegenüber Veränderungsprozessen, an denen die Fachkräfte selbst beteiligt waren. Darüber hinaus identifizieren sich MitarbeiterInnen, die viele Mitgestaltungsmöglichkeiten haben, stärker mit der Organisation und auch das Organisationsklima wird positiver erlebt. Zu berücksichtigen bleibt, dass es sich oftmals um aufwendige und zeitintensive Prozesse handelt, für die MitarbeiterInnen von ihrer Arbeit freigestellt werden müssen. (vgl. ebd.)

5.6 Fachliche Alternativen zur Fremdunterbringung

Es ist angesichts der finanziellen Belastung im Sinne der Organisation, möglichst wenig Fremdunterbringungen durchzuführen. Gleichzeitig ist es meist auch im Sinne der Fachkräfte, solche weitreichenden, biographisch einschneidenden Maßnahmen nicht durchführen zu müssen und im Sinne der Eltern, die weiterhin zusammen mit ihren Kindern in einer Familie leben möchten. Es bedarf deshalb eines Ausbaus weiterer Angebote der Hilfe zur Erziehung, wie teilstationäre pädagogische Tagesgruppen, die an sieben Tagen in der Woche geöffnet sind und dem Ausbau von Notfallinterventionsteams, die Familien in Krisen aufsuchen und unterstützen. Auf diese Weise können Fachkräfte den Schutz von Kindern weitestgehend gewährleisten, ohne dass diese aus der Familie genommen werden müssten. Darüber hinaus kann leichter im Interesse aller Beteiligten gehandelt werden. (vgl. Ackermann 2017, 308 ff.)

5.7 Politische und gesellschaftliche Anerkennung

Kinderschutz ist ein staatliches Wächteramt, an deren Umsetzung viele SozialarbeiterInnen beteiligt sind. Insbesondere die Fachkräfte des ASD haben bei der Wahrnehmung des Kinderschutzauftrages durch die Garantenstellung des Jugendamtes eine verantwortungsvolle Rolle. Die Ausübung dieser wichtigen Aufgabe verlangt nach politischer und gesellschaftlicher Anerkennung. Aus diesem Grund müssen höhere finanzielle Entlohnungen und weitere Formen der politischen Anerkennung erfolgen. Mehr wirksame Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung bei den BürgerInnen, ist für Fachkräfte ebenfalls wichtig.

Wenn die MitarbeiterInnen des ASD politische und gesellschaftliche Anerkennung für ihre Tätigkeit erhalten, dann ist anzunehmen, dass sie weniger auf die Anerkennung von AdressatInnen und/oder Leitungskräfte angewiesen sind. Die Positionierung zwischen diesen beiden Polen kann dann noch stärker auf Grundlage der fachlichen Einschätzung erfolgen und an Professionalität dazu gewinnen. (vgl. Petry 2013, 210 ff.) (vgl. Klomann 2018, 340 ff.)

5.8 Zusammenfassung

Leitungskräfte haben eine tragende Rolle, wenn es um die Gesundheitsförderung und Prävention ihrer MitarbeiterInnen geht. Sie müssen das Thema Stress und Burnout thematisieren, über Gefahren aufklären und Stressoren, wie beispielsweise Rollenkonflikte, erkennen und

minimieren. Sie dienen stets selbst als Vorbild, wenn es um Gesundheitsfürsorge und den Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz geht. Auch haben sie die Aufgabe, das Kohärenzgefühl ihrer MitarbeiterInnen zu stärken, indem sie für Verstehbarkeit, z.B. durch Transparenz und Feedback, Handhabbarkeit, z.B. durch die Förderung von Interessen- und Entwicklungsfelder und Bedeutsamkeit, z.B. durch gemeinsame Ziele, sorgen.

Bei der Auswahl neuer KollegInnen sollte sichergestellt werden, dass diese sich über die Tätigkeiten und Herausforderungen der Arbeit im ASD gewahr sind und sich mit der Arbeit identifizieren. Es bedarf einer umfangreichen Einarbeitung, damit sich die Fachkräfte handlungsfähig fühlen und ihre Selbstwirksamkeit gestärkt wird. Gerade bei jungen Fachkräften, die in der Regel noch wenig Selbsterfahrung und biographische Reflexion erhalten haben, müssen diese Prozesse angestoßen werden, damit sie professionell agieren und sich emotional distanzieren können. Ein unbefristetes Arbeitsverhältnis ist außerdem notwendig, um existenzielle Sicherheit zu gewährleisten.

Auch wenn die Einarbeitung abgeschlossen ist, sind stetige Fort- und Weiterbildung notwendig, um die vielfältigen Fachkompetenzen zu verbessern und die Professionalität des Handelns zu erhöhen. Dies wird von MitarbeiterInnen auch als Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung geschätzt und enthält einen hohen motivationalen Kern für die Ausübung der Arbeit im ASD. Auch interessengeleitete, fachliche Spezialisierungen sind empfehlenswert, um trotz geringer Aufstiegschancen berufliche Weiterentwicklung zu ermöglichen. Darüber hinaus sind regelmäßige Reflexionsmöglichkeiten in Form von Supervision und kollegialer Beratung notwendig. Sie dienen dazu, das eigene Handeln und die professionelle Beziehung bei der Fallarbeit zu betrachten. Angesichts der Notwendigkeit, sich zwischen den unterschiedlichen Erwartungen und Aufträgen von Adressatinnen, Arbeitgebern und Gesellschaft zu positionieren, ist externe Supervision ein wichtiges Merkmal von Professionalität im ASD.

Ein positives Teamklima, offene Kommunikation sowie die Unterstützung von Kolleginnen und der Leitungskraft sind bedeutsame Gesundheitsfaktoren, die das Belastungserleben von MitarbeiterInnen reduzieren und die Arbeitsmotivation erhöhen. Außerdem ist in dem Arbeitskontext, der so anfällig für Fehler ist, ein Arbeitsverständnis notwendig, das beinhaltet, dass Fehler passieren können und die Chance enthalten aus ihnen zu lernen. Fachkräfte müssen sich bei Fehleinschätzungen über den Rückhalt vom Team und Arbeitgeber sicher sein. Darüber hinaus ist es sowohl für den Erfolg der Arbeit, als auch für die psychische Gesundheit

der MitarbeiterInnen zweckdienlich, dass diese mehr pädagogische Handlungs- und Einschätzungsmöglichkeiten erhalten und organisationale Steuerungs- und Regulierungsprozesse wenn möglich reduziert, keinesfalls jedoch weiter ausgebaut werden.

Um dies zu ermöglichen, sollten sich Jugendämter als lernende Organisationen etablieren, die sich unter Beteiligung ihrer MitarbeiterInnen stetig weiterentwickeln und selbst überprüfen, um die Qualität von Arbeit und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Die Partizipation von Fachkräften an Veränderungsprozessen und internen Entscheidungen wirkt sich dabei besonders vorteilhaft auf ihre Zufriedenheit und Motivation sowie ihre Gesundheitsressourcen im Sinne der Salutogenese aus. Mitarbeiterbeteiligung kann intensiv durch Organisationsentwicklung erreicht werden.

Neben den bisher genannten Angeboten und Maßnahmen, die sich auf personale und organisationale Strukturen zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention beziehen, gibt es auch eine politische und gesellschaftliche Ebene, die kurz angedacht werden soll. So bietet eine Erweiterung der Angebote zur Hilfe zur Erziehung einen Weg, die Belastung von Fachkräften zu reduzieren. Ein Ausbau von teilstationären pädagogischen Tagesgruppen und aufsuchenden Notfallinterventionsteams kann beispielsweise die Notwendigkeit für häufig von allen Beteiligten als negativ bewertete Fremdunterbringungen reduzieren. Darüber hinaus sind politische und gesellschaftliche Anerkennung erforderlich, um die wichtige und verantwortungsvolle Tätigkeit von Fachkräften im Kinderschutz zu honorieren und so die Motivation zur Ausübung dieser Arbeit zu erhalten. Dies kann durch eine höhere finanzielle Entlohnung und umfangreiche, wirksame Öffentlichkeits- bzw. Aufklärungsarbeit bei BürgerInnen erfolgen.

6. Empirische Untersuchung

Das letzte Kapitel enthält die empirische Untersuchung. In den Unterkapiteln wird die Herleitung der Hypothesen aus den vorangegangenen Forschungserkenntnissen sowie die Methode und das darin enthaltene statistische Vorgehen beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse vorgestellt. Diese werden im weiteren Verlauf interpretiert und enthalten Empfehlungen für die Praxis. Zum Schluss folgt eine Diskussion zu den kritischen Punkten der Untersuchung.

6.1 Theoretischer Bezugsrahmen und Hypothesen

Obwohl es in der Theorie eine breite Palette an verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen und Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention gibt (siehe Kapitel 4 und 5), geht aus den aktuellen Gesundheitsberichten der Krankenkassen hervor, dass immer mehr Menschen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, darunter SozialarbeiterInnen, psychische Erkrankungen wie Burnout entwickeln, die auf eine mangelnde Bewältigung hoher Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind (siehe Kapitel 1). Diese Entwicklung scheint dafür zu sprechen, dass ArbeitnehmerInnen in der Praxis noch nicht genügend resilienzfördernde Faktoren zur Verfügung stehen. Eine sich daraus ergebende Annahme ist, dass Arbeitgeber zu wenig Angebote umsetzen, um resilientes Verhalten ihrer MitarbeiterInnen zu fördern und nicht genügend Arbeitsstrukturen schaffen, die sie vor psychischen Erkrankungen schützen. Es ist weiter davon auszugehen, dass MitarbeiterInnen ein Interesse daran haben, ihre Gesundheit zu erhalten und Stress-, Belastungs- und Überforderungserleben zu reduzieren (siehe Kapitel 2 und 3).

Unter den SozialarbeiterInnen sind Fachkräften des ASD besonders hohen Anforderungen ausgesetzt, die sich aus ihren Aufgaben und Arbeitsbedingungen ergeben (siehe Kapitel 1.4). Sie sollen aus diesem Grund in der folgenden empirischen Studie als Untersuchungsgruppe herangezogen werden. Auch wenn es bereits eine Vielzahl von Studien zur Belastung sowie Empfehlungen zur psychischen Gesundheitsförderung und Burnoutprävention für Fachkräfte des ASD gibt, fehlen noch Studienergebnisse, die den aktuellen Stand der umgesetzten Maßnahmen und Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis erheben und das Interesse der MitarbeiterInnen an einem Ausbau solcher Maßnahmen und Angebote ermitteln. An dieser Stelle soll diese Untersuchung ansetzen. Der Bedarf zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention für SozialarbeiterInnen soll mit Hilfe einer empirischen Studie mit Fachkräften des ASD ermittelt werden. Entsprechend der vorangegangenen Erkenntnisse und der entwickelten Fragestellung ergeben sich folgende Hypothesen, die überprüft werden sollen:

- ◆ Hypothese 1: Die Möglichkeiten zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht ausgeschöpft.
- ◆ Hypothese 2: MitarbeiterInnen haben ein Interesse am Ausbau von Angeboten und Maßnahmen zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention.

6.2 Untersuchungsmethode und Untersuchungsdesign

Es wurde eine Mitarbeiterbefragung in Form eines strukturierten Onlinefragebogens durchgeführt, in dem quantitative Daten erhoben wurden. Die Stichprobe bestand aus Fachkräften eines ASD in einer großen Stadt in Norddeutschland. Es handelt sich bei der Befragung um eine Querschnitterhebung, die zu einem Zeitpunkt im Sommer 2019 stattfand. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym. Es gab keine Entlohnung für die TeilnehmerInnen. Initiatorin der Umfrage war eine Masterstudierende der Sozialen Arbeit. Der Arbeitgebers wirkte nicht als Initiator mit. (vgl. Atteslander 2010, 291) (vgl. Döring/Bortz 2016, 52)

6.3 Erhebungsinstrument und Operationalisierung der Variablen

Zunächst wurden, auf Basis des aktuellen Forschungsstandes der Verhaltens- und Verhältnisprävention (siehe Kapitel 4 und 5), Merkmale und Variablen festgelegt, die zur Überprüfung der Hypothesen notwendig sind. Auf dieser Grundlage wurde dann ein Fragebogen konstruiert, der Fragen zu den Kategorien 1. Gesundheitsverhalten, 2. Selbstreflexion, 3. Fachliche Qualifikation, 4. Berufliche Weiterentwicklung, 5. Handlungsfähigkeit, 6. Emotionale Extremsituationen, 7. Teamklima, 8. Umgang mit Fehlern und 9. Partizipation enthielt. Nicht berücksichtigt wurde das Leitungsverhalten, welches in Kapitel 5.1 erläutert wurde. Da diese Kategorie im Vergleich zu den anderen sehr komplex ist und ihre Erfassung viele Unterkategorien benötigt hätte, wurde diese Kategorie aus der Untersuchung ausgeklammert. Einerseits um eine unverhältnismäßige Gewichtung im Vergleich zu den anderen Kategorien zu verhindern, andererseits um das Gütekriterium der Ökonomie zu gewährleisten. Es erscheint sinnvoller, diese Kategorie in einem gesonderten Fragebogen zu erheben. Es wurden außerdem nur Fragen gestellt, die sich auf die konkrete Arbeitssituation und den Arbeitgeber beziehen. Politische und gesellschaftliche Dimensionen, wie in Kapitel 5.6 und 5.7 dargelegt, wurden nicht in den Fragebogen aufgenommen. (vgl. Atteslander 2010, 292 ff.)

Ein Teil der Fragen wurde speziell auf den ASD zugeschnitten (beispielsweise Fragen zur Fallarbeit). Die anderen Fragen bezogen sich auf allgemeine Ressourcen zur Gesundheitsförderung und Prävention (beispielsweise ein positiver Umgang im Team). Es wurde bei der Entwicklung der Fragen darauf geachtet, dass diese keine Fachbegriffe enthielten, sprachlich und inhaltlich leicht verständlich waren und so kurz wie möglich formuliert wurden. Drei ehemalige ASD-Fachkräfte nahmen an einem Pretest teil, um mögliche Erhebungsschwierigkeiten

wie Verständnisprobleme, Unklarheiten bei den Beantwortungskategorien und Uneindeutigkeiten bei der Zuordnung der Fragen zu den Kategorien zu ermitteln. Darüber hinaus wurde von zwei weiteren Testpersonen ein Pretest durchgeführt, um technische Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Fragebogens auszuschließen. Der Fragebogen wurde bei dem Onlineanbieter SurveyMonkey erstellt. (vgl. Atteslander 2010, 295 ff.)

Jede Kategorie enthielt zwei Frageblöcke, zu denen jeweils zwei bis drei Fragen gestellt wurden, die zur Überprüfung der Hypothesen dienten. So enthielt jeder Frageblock eine Frage, die ermittelte, ob bei den TeilnehmerInnen ein Wunsch zum Ausbau von Ressourcen in diesem Bereich besteht. Pro Kategorie gab es entsprechend zwei Fragen zu Hypothese zwei. Die vorhandenen Ressourcen wurden durch ein bis zwei Fragen pro Frageblock ermittelt. Bei den Kategorien „Gesundheitsverhalten“, „Selbstreflexion“ und „Fachliche Qualifikation“ wurden die vorhandenen Ressourcen ermittelt, indem konkrete Angebote abgefragt wurden, bei denen die TeilnehmerInnen beurteilen sollte, ob sie zu diesen A) einen Zugang haben und B) ob sie den Zugang auch nutzen. Die Kategorien „Handlungsfähigkeit“, „Emotionale Extremsituationen“, „Teamklima“, „Umgang mit Fehlern“ und „Partizipation“ bezogen sich dagegen nicht auf konkrete Angebote, sondern auf die Handlungsebene. Hier wurden die TeilnehmerInnen mit jeweils einer Fragen pro Frageblock bzw. zwei Fragen pro Kategorie dazu befragt, ob Ressourcen vorhanden seien. Eine Differenzierung in Zugang und Nutzung war bei Fragestellungen zur Handlungsebene nicht sinnvoll. Die Kategorie „Berufliche Weiterentwicklung“ enthielt sowohl einen Frageblock, der sich auf konkrete Angebote bezog, als auch einen Frageblock, der sich auf die Handlungsebene abzielte. (vgl. Döring/Bortz 2016, 406)

Der Aufbau des Fragebogens soll an folgenden zwei Beispielen veranschaulicht werde:

Beispiel 1: Fragen zu konkreten Angeboten

Kategorie: Gesundheitsverhalten

Frageblock 1:

Frage zum Zugang zu Gesundheitsressourcen – Hypothese 1:

Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu Fortbildungen/Coachings/Trainings, die bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsleben hilfreich sein sollen.

Frage zum Nutzen von Gesundheitsressourcen – Hypothese 1:

Ich nutze über meinen Arbeitgeber Fortbildungen/Coachings/Trainings, die bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsleben hilfreich sein sollen.

Frage zum Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen – Hypothese 2:
Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Fortbildungen/Coachings/Trainings, die bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsleben hilfreich sein sollen.

Frageblock 2:

Frage zum Zugang von Gesundheitsressourcen – Hypothese 1:
Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu Angeboten zur Bewegung und Körperwahrnehmung, die beim Stressabbau hilfreich sein sollen.

Frage zum Nutzen von Gesundheitsressourcen – Hypothese 1:
Ich nutze über meinen Arbeitgeber Angebote zur Bewegung und Körperwahrnehmung, die beim Stressabbau hilfreich sein sollen.

Frage zum Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen – Hypothese 2:
Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Angebote zur Bewegung und Körperwahrnehmung.

Beispiel 2 - Fragen zur Handlungsebene

Kategorie: Umgang mit Fehlern

Frageblock 1:

Frage zum Vorhandensein von Gesundheitsressourcen – Hypothese 1:
Bei meinem Arbeitgeber besteht ein Arbeitsverständnis, dass Fehler passieren können (Fehlerfreundlichkeit)

Frage zum Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen – Hypothese 2:
Ich wünsche mir, dass bei meinem Arbeitgeber ein ausgeprägteres Arbeitsverständnis besteht, dass Fehler können.

Frageblock 2:

Frage zum Vorhandensein von Gesundheitsressourcen – Hypothese 1:
Fehler werden in meinem Team offen besprochen, um aus ihnen zu lernen.

Frage zum Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen – Hypothese 2:
Ich wünsche mir, dass Fehler in meinem Team offener besprochen werden, um aus ihnen zu lernen.

Bei den Antwortmöglichkeiten wurde eine Likert-Skala verwendet. Die möglichen Antwortkategorien waren: „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“. Die Likert-Skala war symmetrisch aufgebaut. Die Reihenfolge der Antwortkategorien war bei jeder Frage gleich. (vgl. Döring/Bortz 2016, 269 f.).

6.4 Stichprobe / Untersuchungsgruppe

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen fand wie folgt statt: Anhand eines Organigramms wurden die angestellten MitarbeiterInnen eines ASD erfasst, die in sechs unterschiedlichen Abteilungen mit jeweils einer Leitungskraft arbeiteten. Von der Teilnahme ausgeschlossen wurden die Leitungskräfte, langzeiterkrankte Fachkräfte, Fachkräfte in Schwangerschafts- und Elternzeit und Fachkräfte, die kürzer als drei Monate beim ASD arbeiteten. In jeder Abteilung befand sich ein Geschäftszimmer, das von einer Verwaltungskraft besetzt wurde. Es wurden Telefonate mit allen sechs Verwaltungskräften geführt, um die Aktualität des Organigramms zu überprüfen und um zu ermitteln, auf welche Fachkräfte die Ausschlusskriterien zutrafen. Zur Mitarbeiterbefragung zugelassen wurden am Ende 57 ASD-Fachkräfte. 31 Fachkräfte beteiligten sich an der Umfrage (n=31). Damit liegt die Beteiligung bei 54,39 %.

Von den TeilnehmerInnen waren 27 Personen weiblich und vier Personen männlich. Die TeilnehmerInnen waren im Schnitt 37 Jahre (M=36,77, SD=9,42). Die jüngste Teilnehmerin war 26 und die älteste Teilnehmerin war 61 Jahre alt. Da nur Fachkräfte eines ASD befragt wurden und davon auszugehen ist, dass sich die Ressourcen zur Gesundheitsförderung und Prävention kommunal unterscheiden, ist die Stichprobe nicht repräsentativ für ganz Deutschland.

6.5 Ablauf der Untersuchung

Eine Woche vor Beginn der Befragung wurde eine Informations-E-Mail an alle zugelassenen Fachkräfte verschickt, in der berichtet wurde, dass eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden soll, wer die Initiatorin der Befragung ist, welchen Sinn und Zweck diese haben soll, welches Interesse die Fachkräfte selbst an einer Teilnahme haben könnten, wie viel Zeit die Beantwortung voraussichtlich in Anspruch nehmen wird und das bei der Auswertung der Antworten Anonymität gewährleistet wird. (vgl. Atteslander 2010, 158) (vgl. Döring /Bortz 2016, 406)

Außerdem wurde eine Informations-E-Mail an die Leitungskräfte verschickt, die ebenfalls über die genannten Inhalte informierte und in der die Leitungskräfte angehalten wurden, ihre MitarbeiterInnen zur Mitwirkung an der Befragung zu motivieren. Eine Woche später wurde die Onlineumfrage für einen Zeitraum von zwei Wochen freigeschaltet. Die ASD-Fachkräfte wurden per E-Mail über die Freischaltung informiert. Außerdem befand sich der Hyperlink zu der Internetseite, die die Onlineumfrage enthielt, in der E-Mail. Über den Anbieter Survey-

Monkey war es von jedem PC nur einmal möglich, an der Befragung teilzunehmen. In den zwei Wochen, in denen die Onlineumfrage freigeschaltet war, wurden zwei Erinnerung-E-Mails an die Fachkräfte verschickt, die ebenfalls den Hyperlink enthielten. Jede E-Mail enthielt außerdem den Hinweis, sich bei Fragen und Schwierigkeiten per E-Mail oder Telefon an die Initiatorin zu wenden. (vgl. Döring/Bortz 2016, 406)

Folgten die Fachkräfte dem Hyperlink, so gelangten sie auf eine Internetseite von SurveyMonkey, auf der sie zunächst nach ihrem Alter und Geschlecht gefragt wurden. Dann folgten 42 inhaltlichen Fragen, die durch Überschriften den jeweiligen Kategorien zugeordnet waren. Jede Frage konnte übersprungen werden. Am Ende der Befragung wurde den MitarbeiterInnen für ihre Teilnahme gedankt. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug 6,33 Minuten. (vgl. ebd.)

6.6 Auswertungsverfahren

Nach Beendigung der Onlineumfrage wurden die Rohdaten bei SurveyMonkey ausgelesen, mit Excel aufbereitet und mit SPSS analysiert. Zur Aufbereitung der Daten wurden den Antwortkategorien die Zahlen 1 bis 4 zugeordnet, wobei 1 trifft gar nicht zu und 4 trifft völlig zu entsprach. Da die Likert-Skalen symmetrisch aufgebaut wurden, konnten die Werte als quasimetrisch und intervallskaliert angenommen werden. Im Anschluss wurde für jede Frage der Mittelwert, der Median und die Standardabweichung berechnet. (vgl. Döring/Bortz 2016, 269 f.) (vgl. Atteslander 2010, 294, 300 ff.)

Für die Analyse der aufbereiteten Daten wurde aus allen Fragen, die den Zugang, die Nutzung und das Vorhandensein von Gesundheitsressourcen ermitteln, ein Gesamtscore erstellt, um Hypothese 1 zu überprüfen. Diese sollte dann angenommen werden, wenn sich der errechnete Mittelwert aller vorhandenen Gesundheitsressourcen beim Rechnen eines T-Tests signifikant von dem Wert 3 (entspricht trifft eher zu) unterscheidet und darunter liegt. Ebenso wurde ein Gesamtscore aus allen Fragen erstellt, die das Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen ermitteln, um Hypothese 2 zu überprüfen. Diese sollte angenommen werden, wenn sich der errechnete Mittelwert vom Interesse an einem Ausbau beim Rechnen eines T-Tests signifikant von dem Wert 2 (entspricht trifft nicht eher zu) unterscheidet und darüber liegt. (vgl. Atteslander 2010, 294, 304 ff.)

Aufgrund der kleinen Stichprobe und der geringen männlichen Teilnehmerzahl wurde keine getrennte Auswertung der Ergebnisse nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Nicht zur Auswertung zugelassen wurden Fragebögen, bei denen weniger als 75% der Fragen beantwortet wurden. Des Weiteren wurden Fragebögen dann nicht berücksichtigt, wenn TeilnehmerInnen bei mehr als 75% die gleiche Antwortkategorie auswählten. In beiden Fällen wurde davon ausgegangen, dass die Fragebögen nicht korrekt bzw. nicht hinreichend bearbeitet wurden. Kein Fragebogen wurden im Zuge der Aufbereitung der erhobenen Daten ausgeschlossen. (vgl. ebd.)

6.7 Ergebnisse

Die Zusammenfassung aller Frageergebnisse, die das Vorhandsein von Gesundheitsressourcen ermitteln, führte zu folgendem Ergebnis: $M=2,70$ ($SE=0,06$), $Mdn=3$, $SD=0,31$. Ein zweiseitiger T-Test gegen den Bezugswert 3 erreichte statistische Signifikanz ($T=-5,29$, $df=30$, $p<0,001$), sodass davon ausgegangen werden kann, dass sich der Mittelwert $M=2,70$ statistisch von dem Bezugswert 3 unterscheidet. Die mittlere Differenz zum Bezugswert betrug $M=-0,30$. Das Konfidenzintervall der Differenzen für 95% reicht von $-0,41$ bis $-0,18$. Daraus folgt, dass der Mittelwert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 0,001% unter dem Bezugswert liegt. Die vollständigen Tabellen des T-Tests befinden sich in Anhang 2.

Abbildung 4 zeigt die Mittelwerte aller Frage, die in die Berechnung der Skala „vorhandene Ressourcen“ eingeflossen sind. Fragen, die außergewöhnlich niedrige und hohe Ergebnisse erreicht haben, werden noch einmal gesondert betrachtet. In der Tabelle 1 werden der Mittelwert, der Median und die Standardabweichung aller Fragen, die einen Mittelwert unter 2,5 erreicht haben, berichtet. Die Fragen sind mit einer kurzen Zusammenfassung des Wortlauts gekennzeichnet. In Tabelle 2 werden analog zu Tabelle 1 Mittelwert, Median und Standardabweichung aller Fragen, die einen Mittelwert über 3 erreicht haben, berichtet. Der vollständige Wortlaut aller Fragen finden sich in Anhang 1, ebenso wie die Kennzahlen der Fragen, die hier nicht berichtet wurden.

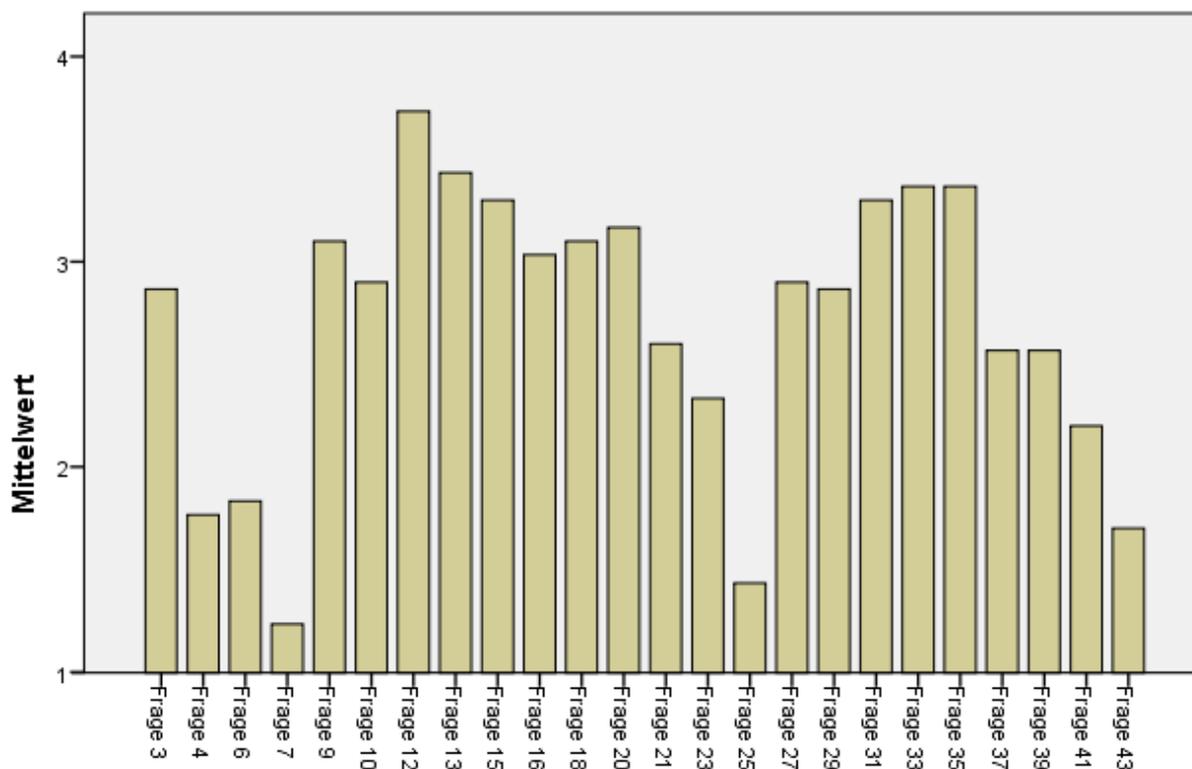


Abbildung 4: Mittelwerte aller Fragen zu vorhandenen Gesundheitsressourcen

Tabelle 1

Frage d. Skala „vorhandene Ressourcen“ mit $M < 2,5$

	M	Mdn	SD
Frage 4: „Nutzen von Coachings/Trainings (Bewältigungsstrategien)“	1,77	2,00	0,73
Frage 6: „Zugang zu Angeboten zur Bewegung/Körperwahrnehmung“	1,84	2,00	0,64
Frage 7: „Nutzen von Angeboten zur Bewegung/Körperwahrnehmung“	1,23	1,00	0,50
Frage 23: „Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung“	2,32	2,00	0,70
Frage 25: „Genug Bearbeitungszeit für Fälle“	1,45	1,00	0,62
Frage 41: „Beteiligungsmöglichkeit an Arbeitsqualität/Arbeitsverhältnissen“	2,19	2,00	0,65
Frage 43: „Beteiligungsmöglichkeit an internen Entscheidungen“	1,68	2,00	0,65

Tabelle 2

Frage d. Skala „vorhandene Ressourcen“ mit $M > 3$

	M	Mdn	SD
Frage 9: „Zugang zu Supervision“	3,13	3,00	0,99
Frage 12: „Zugang zu kollegialer Beratung/Fallbesprechung“	3,74	4,00	0,58
Frage 13: „Nutzen von kollegialer Beratung/Fallbesprechung“	3,45	4,00	0,77
Frage 15: Zugang zu Fort- und Weiterbildungen (fachlich Qualifizierung)	3,32	3,00	0,75
Frage 16: Nutzen von Fort- und Weiterbildungen (fachlich Qualifizierung)	3,06	3,00	0,73
Frage 18: „Bewusstsein über biographische Auswirkung (Selbsterfahrung)“	3,13	3,00	0,88

Frage 20: „Zugang zu Fort- und Weiterbildungen (Vertiefung nach Interesse)“	3,19	3,00	0,65
Frage 31: „Unterstützung bei schwierigen Gesprächen“	3,32	3,00	0,60
Frage 33: „Positiver Umgang im Team“	3,35	3,00	0,71
Frage 35: „Kollegiale Unterstützung“	3,39	3,00	0,67

Die Zusammenfassung aller Frageergebnisse, die das Interesse an einem Ausbau von Gesundheitsressourcen ermitteln, führte zu folgendem Ergebnis: $M=2,93$ ($SE=0,08$), $Mdn=3$, $SD=0,45$. Ein zweiseitiger T-Test gegen den Bezugswert 2 erreichte statistische Signifikanz ($T=11,49$, $df=30$, $p<,001$), sodass davon ausgegangen werden kann, dass sich der Mittelwert $M=2,93$ statistisch von dem Bezugswert 2 unterscheidet. Die mittlere Differenz zum Bezugswert betrug $M=0,93$. Das Konfidenzintervall der Differenzen für 95% reicht von 0,76 bis 1,10. Daraus folgt, dass der Mittelwert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 0,001% über dem Bezugswert liegt. Die vollständigen Tabellen des T-Tests befinden sich in Anhang 2.

Abbildung 5 zeigt die Mittelwerte aller Frage, die in die Berechnung der Skala „Interesse“ eingeflossen sind. Außerdem wurden wieder die Fragen, die außergewöhnlich niedrige und hohe Ergebnisse erreicht haben, noch einmal gesondert betrachtet. In der Tabelle 3 werden entsprechend der Mittelwert, der Median und die Standardabweichung aller Fragen, die einen Mittelwert unter 2,5 erreicht haben, berichtet. In Tabelle 4 werden analog zu Tabelle 3 Mittelwert, Median und Standardabweichung aller Fragen, die einen Mittelwert über 3 erreicht haben, berichtet. Der vollständige Wortlaut aller Fragen finden sich in Anhang 1, ebenso wie die Kennzahlen der Fragen, die hier nicht berichtet wurden. Alle Ergebnisse wurden jeweils auf zwei Nachkommastellen gerundet.

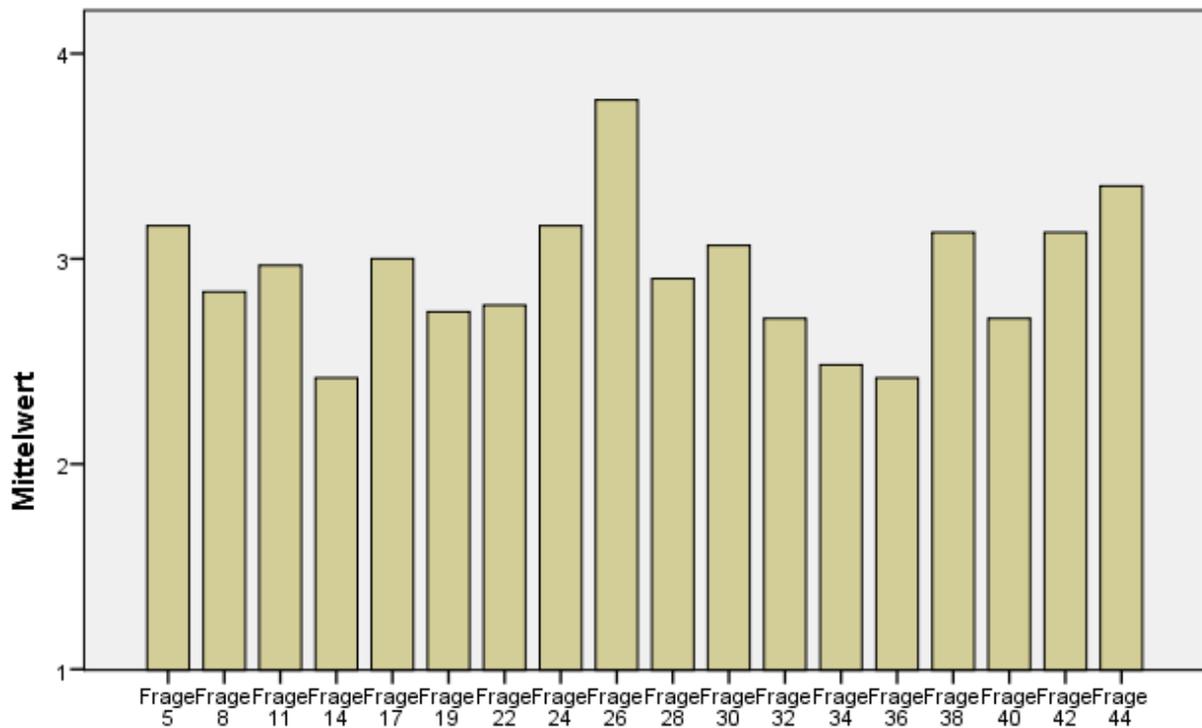


Abbildung 5: Mittelwerte aller Fragen zum Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen

Tabelle 3

Frage d. Skala „Interesse“ mit $M < 2,5$

	M	Mdn	SD
Frage 14: „Interesse an kollegialer Beratung/Fallbesprechung“	2,42	2,00	0,99
Frage 34: „Wunsch nach Verbesserung des Umgangs im Team“	2,48	2,00	1,00
Frage 36: „Wunsch sich mehr auf Kollegen verlassen zu können“	2,42	2,00	0,99

Tabelle 4

Frage d. Skala „Interesse“ mit $M > 3$

	M	Mdn	SD
Frage 5: „Wunsch nach mehr Coachings/Trainings (Bewältigungsstrategien)“	3,16	3,00	0,90
Frage 24: „Wunsch nach mehr Möglichkeiten zur beruf. Weiterentwicklung“	3,16	3,00	0,78
Frage 26: „Wunsch nach mehr Bearbeitungszeit für Fälle“	3,77	4,00	0,50
Frage 30: „Wunsch nach mehr Unterstützung nach belastenden Erlebnissen“	3,06	3,00	0,85
Frage 38: „Wunsch nach mehr Verständnis vom Arbeitgeber für Fehler“	3,13	3,00	0,72
Frage 42: „Wunsch nach mehr Beteiligung an Arbeitsqualität/Arbeitsverhältnis“	3,13	3,00	0,81
Frage 44: „Wunsch nach mehr Beteiligung an internen Entscheidungen“	3,35	3,00	0,66

6.8 Interpretation und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des T-Tests sind so zu interpretieren, dass beide Hypothesen angenommen werden können. Es ist also davon auszugehen, dass die Möglichkeiten zur psychischen Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht ausgeschöpft sind und das bei den MitarbeiterInnen ein Interesse am Ausbau solcher Angebote und Maßnahmen besteht. Beide Ergebnisse sind statistisch signifikant, das Ergebnis von Hypothese 2 fällt mit einer Differenz von $M=0,93$ jedoch deutlicher aus, als bei Hypothese 1 ($M=-0,30$).

Während sich die Antworten zur Einschätzung über das Vorhandensein von Gesundheitsressourcen zwischen den einzelnen Fragen stärker unterscheiden und zum Teil positiv, zum Teil negativ bewertet werden (siehe Abbildung 4), kann festgehalten werden, dass das Interesse der Fachkräfte am Ausbau von Gesundheitsressourcen in fast allen Bereichen hoch ist (siehe Abbildung 5). Nur bei den Frage zur Kategorie Teamklima (siehe Frage 33 – 36) und bei Fragen zur kollegialen Beratung (siehe Frage 12-14) lassen die Antworten darauf schließen, dass die TeilnehmerInnen überwiegend sowohl mit den vorhandenen Ressourcen zufrieden sind, als auch vergleichsweise wenig Interesse an einem Ausbau dieser haben. Der Bedarf der Ressourcen scheint in diesen Fällen eher gedeckt zu sein, allerdings ist das geringere Interesse am Ausbau mit Mittelwerten um 2,4 nicht eindeutig.

Des Weiteren fällt auf, dass eine hohe Einschätzung der vorhandenen Ressourcen nicht immer mit einem geringen Interesse am Ausbau dieser Ressourcen zu korrelieren scheint. So werden die vorhandenen Ressourcen von Supervisionen, Selbsterfahrung sowie qualifizierenden und vertiefenden Fort- und Weiterbildungen hoch eingeschätzt (siehe Frage 9, 15, 16, 18). Gleichzeitig geben mehr als die Hälfte der Fachkräfte an, dass sie an einem Ausbau dieser Ressourcen interessiert sind. Es ist anzunehmen, dass aus Perspektive der Fachkräfte noch weiteren Notwendigkeit für einen Ausbau dieser fachlichen Angebote besteht. Diese Einschätzung lässt sich auch auf die Unterstützung von Kolleginnen und Führungskräften bei schwierigen Gesprächen (Frage 31) übertragen, die zwar positiv eingeschätzt wird, von den sich die TeilnehmerInnen aber trotzdem noch mehr wünschen.

Besonders deutliche Ergebnisse konnten bei den Bedarfen an Partizipationsmöglichkeiten, Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung, den zeitlichen Kapazitäten für die Fallarbeit und Angeboten zur Stressbewältigung festgestellt werden. Hier deckt sich die niedrige Einschätzung der vorhandenen Ressourcen (Frage 41, 43, 24, 26) mit dem hohen Interesse am

Ausbau dieser (Frage 42, 44, 25, 27, 5). Der Wunsch nach mehr Bearbeitungszeit für die Fallarbeit erzielt mit einem Mittelwert von 3,77 das höchste Ergebnis. Es ist anzunehmen, dass sich die Wahrnehmung, nicht ausreichend Zeit für die Bearbeitung von Fälle zu haben (Frage 25), besonders stark auf das Stressempfinden der ASD-Fachkräfte auswirkt und somit das Interesse an mehr zeitlichen Kapazitäten besonders hoch ist.

Bei den Angeboten zur Stressbewältigung lohnt sich eine differenzierter Betrachtung: Diese sind zwar vorhanden (siehe Frage 3 in Anhang 1), werden aber kaum genutzt (Frage 4), obwohl die Fachkräfte angeben starkes Interesse an solchen Angeboten zu haben (Frage 5). Dieses Antwortverhalten könnte dafür sprechen, dass die bestehenden Angebote entweder in ihrer Quantität und/oder Qualität nicht ausreichen oder Fachkräfte möglicherweise eine hohe Hemmschwelle haben, dass eigene Interesse an einer solchen Veranstaltung im beruflichen Setting zu äußern, sich dafür anzumelden und es zu besuchen.

Außerdem werden der Zugang und der Nutzen von Angeboten zur Bewegung- und Körperwahrnehmung zwar besonders negativ eingeschätzt (Frage 6, 7), jedoch zeigt sich die Dringlichkeit für einen Ausbau der Angebote nicht im gleichen Maße, wie bei den zuvor genannten Ressourcen (Mittelwert >3, siehe Frage 8 in Anhang 1). Eventuell möchten einige MitarbeiterInnen während ihrer Arbeitszeit nicht an Körperwahrnehmungs- und Bewegungsangeboten teilnehmen bzw. diese erlernen oder decken ihren Bedarf an solchen Angeboten bereits in ihrer Freizeit ab.

Um die Frage zu beantworten, welche Empfehlungen für die Praxis gegeben werden können, empfiehlt es sich, sich daran zu orientieren, in welchen Bereichen die Fachkräfte die stärksten Wünsche nach einem Ausbau von Ressourcen haben (siehe Tabelle 4). In diesem Zusammenhang ist auffällig, dass insbesondere bei jenen Fragestellungen ein hohes Interesse am Aufbau von Ressourcen besteht, die die Strukturen des Arbeitgebers betreffen. So wünschen sich Fachkräfte in besonderem Maße, sich mehr an Arbeitsprozessen und internen Entscheidungen beteiligen zu können, mehr Zeit für die Fallarbeit zur Verfügung zu haben, mehr Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung zu erhalten und einen positiv-konstruktiven Umgang mit Fehlern durch ihren Arbeitgeber zu erfahren. All dies sind Ressourcen, die eine Veränderung auf organisationaler Ebene voraussetzen und dafür sprechen, dass sich die ASD-Fachkräfte flachere Hierarchien wünschen. Aus diesem Grund ist für die Jugendämter langfristig ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement im Sinne der Organisationsentwicklung zu emp-

fehlen, dass darauf abzielt, unter Einbezug der Fachkräfte gesundheitsförderliche Arbeitsstrukturen zu entwickeln, in denen ihre Belastungen, ihr Veränderungsinteresse und ihre Ressourcen und Kompetenzen ernst genommen und genutzt werden.

Außerdem ist für den Bereich der Verhaltenprävention zu empfehlen, weitere Angebote zum Umgang mit Stress und Belastung, wie Resilienztrainings, anzubieten und diese durch Leitungskräfte zu bewerben, um mögliche Hemmschwellen zur Teilnahme an diesen zu reduzieren. Darüber hinaus sollte es mehr Unterstützungsmöglichkeiten für Fachkräfte geben, um emotionale Extremsituationen auf der Arbeit besser zu verarbeiten. Hier könnten, ähnlich wie bei RettungsassistentInnen und MitarbeiterInnen im Krisendienst, Notfallpläne entwickelt werden, die Angebote wie fest eingeplante Notfallsprechzeiten für und durch MitarbeiterInnen und Leitungskräfte, kurzfristige (Einzel)Supervisionen, Möglichkeiten für einen früheren Feierabend oder Ähnliches beinhalten. Die Vorschläge für einen solchen Notfallplan dienen nur exemplarisch. Sie sollten, im Sinne der Partizipation, gemeinsam mit den Fachkräften erarbeitet und umgesetzt werden.

6.9 Reflexion und kritische Punkte

Kritisch zu betrachten ist, dass die Mitarbeiterbefragung nur an einem ASD durchgeführt wurde. Es ist fraglich, in wie weit die Ergebnisse auch auf andere ASDs übertragbar sind. Diese Frage stellt sich insbesondere aufgrund der kommunal Unterschieden der ASDs, die bereits innerhalb der Tätigkeitsbereiche von ASD-Fachkräften deutlich werden. Auch die relativ homogene Stichprobe stellt ein Problem dar. Es ist keine Auswertung nach Geschlecht und Alter möglich. Im Rahmen dieser Masterarbeit war es nicht möglich, eine größere Stichprobe zu rekrutieren, sodass empfohlen wird auf Grundlage dieser empirischen Untersuchung weitere Forschung zu betreiben.

Darüber hinaus ist unklar, ob alle Fragen das erfassen, was sie erfassen sollen und ob die Frageblöcke einer Kategorie auch tatsächlich der gleichen Kategorie zuzuordnen sind. Ein weitere Forschungsansätze sollte entsprechend sein, die Validität und Reliabilität unter Einbezug einer größeren Stichprobe genauer zu überprüfen und zu erhöhen. In diesem Zusammenhang könnte es auch sinnvoll sein, bei der Auswertung des Fragebogens keine Gesamtscores sondern Scores für einzelne Kategorien bilden, um diese und weitere Hypothesen zu überprüfen.

Da das Untersuchungsinteresse von einer Studierenden und nicht vom Arbeitgeber selbst ausging, ist anzunehmen, dass die MitarbeiterInnen wenig eigene Motivation zur Teilnahme an der Befragung hatten. Es wird zwar angenommen, dass die fehlenden 46% der Fachkräfte ähnliche Antworten gegeben hätten, es ist jedoch auch möglich, dass ein anderes Antwortverhalten zu verzeichnen gewesen wäre. So könnte es sein, dass Fachkräfte, die mit den bestehenden Arbeitsbedingungen und Gesundheitsressourcen besonders zufrieden sind, nicht an der Mitarbeiterbefragung teilgenommen haben, da sie keinen Bedarf hatten sich mitzuteilen und keinen Wunsch nach Veränderung verspüren. Ebenso wäre es denkbar, dass sich Fachkräfte, die besonders unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation sind, nicht an der Mitarbeiterbefragung beteiligt haben, da sie sich resigniert fühlen und keine Hoffnung haben, dass ihnen mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Nicht erfasst worden ist in diesem Zusammenhang, wie lange die Fachkräfte schon im ASD arbeiten. Es wäre interessant zu untersuchen, ob und wie sich die Dauer der Ausübung der Tätigkeit auf die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und das Interesse am Ausbau dieser auswirkt.

In nachfolgenden Erhebungen könnte außerdem untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen den individuellen Ergebnissen der Fragebögen und psychischen Erkrankungen bei den jeweiligen Fachkräften besteht und ob in ASDs mit vielen Gesundheitsressourcen weniger Krankheitstage bei den Fachkräften zu verzeichnen sind. So ist diese Arbeit in erster Linie als Beginn für weitere Untersuchungen zu verstehen, die dazu beitragen soll, die psychische Gesundheitsförderung und Prävention für ASD-Fachkräfte zu verbessern, damit ihre wichtige und herausfordernde Tätigkeit in einem zuträglichen Rahmen stattfinden kann.

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Literaturverzeichnis

Ackermann, Timo (2017): Über das Kindeswohl entscheiden. Eine ethnographische Studie zur Fallarbeit im Jugendamt. Bielefeld: transcript Verlag

Allwinn, Sabine (2018): Stressbewältigung: Eine multiperspektivische Einführung für die Soziale Arbeit und andere psychosoziale Professionen. 3. Aufl. Freiburg: FEL Verlag

Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Aufl. Berlin: Erich Schmidt Verlag

Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.) (2018): Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Bengel, Jürgen/Lyssenko, Lisa In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2012): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 43. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Köln: BZgA

Bode, Ingo/Turba, Hanno (2015): Paradoxe Zeiten. Die Prekarisierung des Arbeitsfelds der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe. In: Sozial Extra. Praxis aktuell. Arbeitssituation im ASD. Ausgabe vom 03.2015. Springer VS

Döring, Nicola/Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in der Sozial- und Humanwissenschaft. 5. Aufl. Berlin: Springer Verlag

Faltermaier, Tony In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber

Faltermaier, Tony In: Kohlmann, Carl-Walter/Salewski, Chritel/Wirtz, Markus (Hrsg.) (2018): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe Verlag

- Faltermeier, Toni In: Leplow, Bernd/von Salisch, Marina (Hrsg.) (2017): Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Verlag Kohlhammer
- Gissel, Ingrid/Schubert, Herbert (2015): Der Allgemeine Soziale Dienst unter Reformdruck. Interaktions- und Organisationssysteme des ASD im Wandel. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Götze, Ulrike (2013): Resilienzentwicklung im Personalmanagement. Angebote zur Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit von MitarbeiterInnen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag
- Grobe, Thomas/Steinmann Susanne/Gerr, Julia In: Barmer (2018): Gesundheitsreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 9. Siegburg: Müller Verlagsservice e. K.
- Grobe, Thomas/Steinmann Susanne/Gerr, Julia In: Techniker Krankenkasse (2018): Gesundheitsreport 2018 Arbeitsunfähigkeiten
- Gündel, Harald/Glaser, Jürgen/Angerer, Peter (2014): Arbeiten und gesund bleiben. K.O. durch den Job oder fit im Beruf. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Heinrichs, Markus/Stächele, Tobias/Domes, Gregor (2015): Stress und Stressbewältigung. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Hofer, Peter (2017): Krisenbewältigung und Ressourcenentwicklung. Kritische Lebenserfahrungen und ihr Beitrag zur Entwicklung von Persönlichkeit. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag
- Hülshoff, Thomas (2017): Psychosoziale Interventionen bei Krisen und Notfällen. Stuttgart: Ernst Reinhardt Verlag
- Kaluza, Gert (2015): Salute! Was die Seele stark macht: Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Kaluza, Gert (2018): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag
- Kanning, Uwe Peter/ Staufenbiel, Thomas (2012): Organisationspsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Klomann, Verena In: Böwer, Michael/Kotthaus, Jochem (Hrsg) (2018): Praxisbuch Kinderschutz. Professionelle Herausforderungen bewältigen. Hemsbach: Beltz Juventa Verlag
- Maddi, Salvatore R. (2013): Hardiness. Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth. Heidelberg: Springer Verlag
- Martens, Jens-Uwe/ Begus, Birgit M. (2016): Das Geheimnis seelischer Kraft. Wie Sie durch Resilienz Schicksalsschläge und Krisen überwinden. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Mohr, Günther (2017): Resilienzcoaching. Für Menschen und Systeme. Gevelsberg: Andreas Kohlhaage Verlag

Nikendei, Alexander (2017): Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Praxisbuch Krisenintervention. 2. Aufl. Edewecht: Stumpf + Kossendey mbH

Petry, Ulrike (2013): Die Last der Arbeit im ASD. Belastungen und Entlastungen in der Sozialen Arbeit. Hemsbach: Beltz Juventa Verlag

Poulsen, Irmhild (2009): Burnoutprävention im Berufsfeld Sozialer Arbeit. Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Psychologie Lexikon (Psylex) (2017): Online unter: <https://psylex.de/psychologielexikon/persoenlichkeit/merkmale.html> (Zugriff 20.06.2019)

Reif, Julia/Spieß, Erika/Stadler, Peter (2018): Effektiver Umgang mit Stress. Gesundheitsmanagement im Beruf. Berlin: Springer Verlag

Rönnau-Böse, Maike/Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2015): Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH

Roschker, Nicole Susanne (2014): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Soziale und ökonomische Relevanz für Gesellschaft und Unternehmen. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Scherrmann, Ulrich (2017): Erste Hilfe bei Burnout in Organisationen. Ein Ratgeber für Führungskräfte und Personalverantwortliche. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas Universitätsverlag

Spiegel Online GmbH & Co. KG (2019): WHO definiert Burn-out erstmals als Syndrom. Online unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/burn-out-durch-arbeitsbelastung-von-who-erstmals-als-syndrom-definiert-a-1269543.html> (Zugriff 11.06.2019): SPIEGEL-Verlag Rudolf Augstein

Staus, Florian/Höfert, Renate (2011): Empowerment. Handbuch für eine ressourcenorientierte Praxis, hg. von Lenz, Albert. Tübingen: dgvt Verlag

Stegmann, Ralf/Schröder, Ute B. (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag

Tameling, Rainer (2014): Stress und Stressbewältigung. Die Stresstheorien von Richard S. Lazarus und Aaron Antonovsky. Hamburg: Disserta Verlag

WeltN24 GmbH (2019): Weltgesundheitsorganisation erkennt Burn-out als Krankheit an. Online unter: <https://www.welt.de/gesundheit/article194300605/WHO-erkennt-Burn-out-erstmals-als-Krankheit-an.html> (Zugriff 11.06.2019): Axel Springer SE

Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) (2011): Burnout trifft vor allem Menschen in helfenden Berufen. In: G + G Wissenschaft, Jahr 2011, Heft 2 (April). Online unter: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_widothemen_0411.pdf (Zugriff 01.03.2019)

Wirtschaftslexikon (2015): Online unter: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/organisationsentwicklung/organisationsentwicklung.htm> (Zugriff am 17.06.2019)

Anhang 1: Fragebogen und Auswertungen

Demographische Daten

1. Mein Geschlecht

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
männlich	4	12,90 %
weiblich	27	87,10 %
divers	0	0,00 %
		TOTAL 31

2. Mein Alter

Teilnehmer	Antworten
Nr. 1	57
Nr. 2	29
Nr. 3	31
Nr. 4	57
Nr. 5	32
Nr. 6	61
Nr. 7	35
Nr. 8	38
Nr. 9	40
Nr. 10	
Nr. 11	39
Nr. 12	34
Nr. 13	35
Nr. 14	29
Nr. 15	37
Nr. 16	34
Nr. 17	37
Nr. 18	41
Nr. 19	28
Nr. 20	39
Nr. 21	26
Nr. 22	30
Nr. 23	56
Nr. 24	27
Nr. 25	29

Nr. 26	28
Nr. 27	40
Nr. 28	33
Nr. 29	35
Nr. 30	29
Nr. 31	37
TOTAL 30	

Mittelwert	Median	Standardabweichung
36,77	35	9,42

Gesundheitsverhalten

3. Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu Fortbildungen/Coachings/Trainings, die bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsleben hilfreich sein sollen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	10	32,26 %
trifft eher zu	16	51,61 %
trifft völlig zu	5	16,13 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,84	3	0,69

4. Ich nutze über meinen Arbeitgeber Fortbildungen/Coachings/Trainings, die bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsleben hilfreich sein sollen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	12	40,00 %
trifft eher nicht zu	13	43,33 %
trifft eher zu	5	16,67 %
trifft völlig zu	0	0,00 %
TOTAL 30		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
1,77	2	0,73

5. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Fortbildungen/Coachings/Trainings, die bei der Bewältigung von Herausforderungen im Arbeitsleben hilfreich sein sollen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	7	22,58 %
trifft eher zu	9	29,03 %
trifft völlig zu	14	45,16 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,16	3	0,90

6. Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu Angeboten zur Bewegung und Körperwahrnehmung, die beim Stressabbau hilfreich sein sollen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	9	29,03 %
trifft eher nicht zu	18	58,06 %
trifft eher zu	4	12,90 %
trifft völlig zu	0	0,00 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
1,84	2	0,64

7. Ich nutze über meinen Arbeitgeber Angebote zur Bewegung und Körperwahrnehmung, die beim Stressabbau hilfreich sein sollen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	25	80,65 %
trifft eher nicht zu	5	16,13 %
trifft eher zu	1	3,23 %
trifft völlig zu	0	0,00 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
1,23	1	0,50

8. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Angebote zur Bewegung und Körperwahrnehmung.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	3	9,68 %
trifft eher nicht zu	8	25,81 %
trifft eher zu	11	35,48 %
trifft völlig zu	9	29,03 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,84	3	0,97

Selbstreflexion

9. Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu regelmäßig stattfindender Supervision, wo ich mein eigenes Denken, Fühlen und Handeln in Bezug auf meine Arbeit und meine AdressatInnen reflektieren kann.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	2	6,45 %
trifft eher nicht zu	7	22,58 %
trifft eher zu	7	22,58 %
trifft völlig zu	15	48,39 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,13	3	0,99

10. Ich nutze über meinen Arbeitgeber regelmäßig Supervision, um mein eigenes Denken, Fühlen und Handeln zu reflektieren.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	2	6,45 %
trifft eher nicht zu	10	32,26 %
trifft eher zu	8	25,81 %
trifft völlig zu	11	35,48 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,90	3	0,98

11. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber häufiger stattfindende Supervision.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	11	35,48 %
trifft eher zu	7	22,58 %
trifft völlig zu	12	38,71 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,97	3	0,95

12. Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu regelmäßig stattfindender kollegialer Beratung/Fallbesprechung, wo ich meine Einschätzung zu Fällen reflektieren und fachliche Unterstützung erhalten kann.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	2	6,45 %
trifft eher zu	4	12,90 %
trifft völlig zu	25	80,65 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,74	4	0,58

13. Ich nutze über meinen Arbeitgeber regelmäßig kollegiale Beratungen/Fallbesprechungen, um meine Einschätzung zu reflektieren und fachliche Unterstützung zu erhalten.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	5	16,13 %
trifft eher zu	7	22,58 %
trifft völlig zu	19	61,29 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,45	4	0,77

14. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber häufiger stattfindende kollegiale Beratung/Fallbesprechung.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	5	16,13 %
trifft eher nicht zu	14	45,16 %
trifft eher zu	6	19,35 %
trifft völlig zu	6	19,35 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,42	2	0,99

Fachliche Qualifikation

15. Ich hab über meinen Arbeitgeber Zugang zu Fort- und Weiterbildungen, die mich für meine Aufgabenbereiche grundsätzlich qualifizieren und mir fachliche Sicherheit geben.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	2	6,45 %
trifft eher zu	14	45,16 %
trifft völlig zu	14	45,16 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,32	3	0,75

16. Ich nutze über meinen Arbeitgeber regelmäßig Fort- und Weiterbildungen, die mich für meine Aufgabenbereiche grundsätzlich qualifizieren und mir fachliche Sicherheit geben.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	7	22,58 %
trifft eher zu	15	48,39 %
trifft völlig zu	9	29,03 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,06	3	0,73

17. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Fort- und Weiterbildungen, die mich für meine Aufgabenbereiche grundsätzlich qualifizieren und mir fachliche Sicherheit geben.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	9	29,03 %
trifft eher zu	10	32,26 %
trifft völlig zu	11	35,48 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,00	3	0,89

18. Ich weiß durch Selbsterfahrung (z.B. im Rahmen von Weiterbildungen oder (Einzel-)Supervision), wie sich meine biographische Geschichte auf meine Arbeit auswirken.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	7	22,58 %
trifft eher zu	10	32,26 %
trifft völlig zu	13	41,94 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,13	3	0,88

19. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Möglichkeiten zur Selbsterfahrung.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	4	12,90%
trifft eher nicht zu	6	19,35 %
trifft eher zu	15	48,39 %
trifft völlig zu	6	19,35 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,74	3	0,93

Berufliche Weiterentwicklung

20. Ich habe über meinen Arbeitgeber Zugang zu Fort- und Weiterbildungen, durch die ich meine fachlichen Interessen vertiefen kann.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	1	3,23 %
trifft eher zu	20	64,52 %
trifft völlig zu	9	29,03 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,19	3	0,65

21. Ich nutze über meinen Arbeitgeber Fort- und Weiterbildungen, durch die ich meine fachlichen Interessen vertiefen kann.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	13	41,94 %
trifft eher zu	13	41,94 %
trifft völlig zu	4	12,90 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,65	3	0,75

22. Ich wünsche mir von meinem Arbeitgeber weitere Fort- und Weiterbildungen, um meine fachlichen Interessen zu vertiefen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	3	9,68 %
trifft eher nicht zu	6	19,35 %
trifft eher zu	17	54,84 %
trifft völlig zu	5	16,13 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,77	3	0,84

23. Ich habe die Möglichkeit, mich innerhalb des ASD weiterzuentwickeln (z.B. durch Spezialisierungen innerhalb des Aufgabenbereiches oder durch Besetzung anderer Arbeitspositionen).

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	3	9,68 %
trifft eher nicht zu	16	51,61 %
trifft eher zu	11	35,48 %
trifft völlig zu	1	3,23 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,32	2	0,70

24. Ich wünsche mir weitere Möglichkeiten, um mich innerhalb des ASD weiterzuentwickeln.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	4	12,90 %
trifft eher zu	15	48,39 %
trifft völlig zu	11	35,48 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,16	3	0,78

Handlungsfähigkeit

25. Ich habe genügend Zeit, um meine Fälle zu bearbeiten (z.B. pädagogische Arbeit und Dokumentation).

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	19	61,29 %
trifft eher nicht zu	10	32,26 %
trifft eher zu	2	6,45 %
trifft völlig zu	0	0,00 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
1,45	1	0,62

26. Ich wünsche mir mehr Zeit, um meine Fälle zu bearbeiten.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	1	3,23 %
trifft eher zu	5	16,13 %
trifft völlig zu	25	80,65 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,77	4	0,50

27. Am Ende zählt meine fachliche Einschätzung (statt z.B. der Finanzlage oder Risikoeinschätzungsinstrumente), wenn es darum geht, wie in meinen Fällen vorgegangen wird (z.B. Verfügung von Hilfen zur Erziehung, Anregung von Inobhutnahmen beim Familiengericht).

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	2	6,45 %
trifft eher nicht zu	6	19,35 %
trifft eher zu	17	54,84 %
trifft völlig zu	6	19,35 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,87	3	0,81

28. Ich wünsche mir, dass meine fachliche Einschätzung stärker berücksichtigt wird, wenn es darum geht, wie in meinen Fällen vorgegangen wird.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	2	6,45 %
trifft eher nicht zu	7	22,58 %
trifft eher zu	14	45,16 %
trifft völlig zu	8	25,81 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,90	3,00	0,87

Emotionale Extremsituationen

29. Nach emotional belastenden Erlebnissen mit AdressatInnen kann ich Unterstützung erhalten (z.B. schnelle Hilfe durch Gespräche mit KollegInnen/Leitung, Supervision, zusätzliche Pausen, früherer Feierabend).

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	10	32,26 %
trifft eher zu	15	48,39 %
trifft völlig zu	6	19,35 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,87	3	0,72

30. Ich wünsche mir weitere Möglichkeiten, um nach emotional belastenden Erlebnissen unterstützt zu werden.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	7	22,58 %
trifft eher zu	12	38,71 %
trifft völlig zu	11	35,48 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,06	3	0,85

31. Bei besonders schwierigen Gesprächen/Situationen, habe ich die Möglichkeit, dass jemand (KollegIn/Leitung) dabei ist.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	2	6,45 %
trifft eher zu	17	54,84 %
trifft völlig zu	12	38,71 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,32	3	0,60

32. Ich wünsche, dass es mehr Möglichkeiten gibt, dass bei besonders schwierigen Gesprächen/Situationen jemand dabei ist.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	2	6,45 %
trifft eher nicht zu	12	38,71 %
trifft eher zu	10	32,26 %
trifft völlig zu	7	22,58 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,71	3	0,90

Teamklima

33. In meinem Team haben wir einen positiven Umgang miteinander.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	4	12,90 %
trifft eher zu	12	38,71 %
trifft völlig zu	15	48,39 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,35	3	0,71

34. Ich wünsche mir, dass sich der Umgang in meinem Team verbessert.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	5	16,13 %
trifft eher nicht zu	12	38,71 %
trifft eher zu	8	25,81 %
trifft völlig zu	6	19,35 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,48	2	1,00

35. Auf die Unterstützung meiner KollegInnen kann ich mich verlassen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	3	9,68 %
trifft eher zu	13	41,94 %
trifft völlig zu	15	48,39 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,39	3	0,67

36. Ich wünsche mir, dass ich mich mehr auf die Unterstützung meiner KollegInnen verlassen kann.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	6	19,35 %
trifft eher nicht zu	11	35,48 %
trifft eher zu	9	29,03 %
trifft völlig zu	5	16,13 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,42	2	0,99

Umgang mit Fehlern

37. Bei meinem Arbeitgeber besteht ein Arbeitsverständnis, dass Fehler passieren können (Fehlerfreundlichkeit)

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	13	41,94 %
trifft eher zu	15	48,39 %
trifft völlig zu	2	6,45 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,58	3	0,67

38. Ich wünsche mir, dass bei meinem Arbeitgeber ein ausgeprägteres Arbeitsverständnis besteht, dass Fehler können.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	6	19,35 %
trifft eher zu	15	48,39 %
trifft völlig zu	10	32,26 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,13	3	0,72

39. Fehler werden in meinem Team offen besprochen, um aus ihnen zu lernen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	12	38,71 %
trifft eher zu	17	54,84 %
trifft völlig zu	1	3,23 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,58	3	0,62

40. Ich wünsche mir, dass Fehler in meinem Team offener besprochen werden, um aus ihnen zu lernen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	14	45,16 %
trifft eher zu	12	38,71 %
trifft völlig zu	5	16,13 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,71	3	0,74

Partizipation

41. Ich kann mich an der Verbesserung von Arbeitsqualität und Arbeitsbedingungen beteiligen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	3	9,68 %
trifft eher nicht zu	20	64,52 %
trifft eher zu	7	22,58 %
trifft völlig zu	1	3,23 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
2,19	2	0,65

42. Ich wünsche mir weitere Möglichkeiten, um mich an der Verbesserung von Arbeitsqualität und Arbeitsbedingungen zu beteiligen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	1	3,23 %
trifft eher nicht zu	5	16,13 %
trifft eher zu	14	45,16 %
trifft völlig zu	11	35,48 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,13	3	0,81

43. Ich kann mich an internen Entscheidungen meines Arbeitgebers beteiligen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	13	41,94 %
trifft eher nicht zu	15	48,39 %
trifft eher zu	3	9,68 %
trifft völlig zu	0	0,00 %
TOTAL 31		

Mittelwert	Median	Standardabweichung
1,68	2	0,65

44. Ich wünsche mir weitere Möglichkeiten, um mich an internen Entscheidungen meines Arbeitgebers zu beteiligen.

Antwortmöglichkeiten	Häufigkeit	Prozent
trifft gar nicht zu	0	0,00 %
trifft eher nicht zu	3	9,68 %
trifft eher zu	14	45,16 %
trifft völlig zu	14	45,16 %
		TOTAL 31

Mittelwert	Median	Standardabweichung
3,35	3	0,66

Anhang 2: Ergebnisse der T-Tests

T-Test 1: Vorhandene Gesundheitsressourcen

Statistik bei einer Stichprobe

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Ressourcen	31	2,7043	,31113	,05588

Test bei einer Stichprobe

Testwert = 3						
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
					Untere	Obere
Ressourcen	-5,292	30	,000	-,29570	-,4098	-0,18

T-Test 2: Interesse am Ausbau von Gesundheitsressourcen

Statistik bei einer Stichprobe

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Interesse	31	2,9301	,45087	,08098

Test bei einer Stichprobe

Testwert = 2						
	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
					Untere	Obere
Interesse	11,486	30	,000	,93011	,7647	1,0955