



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität
von Betreuungspersonal psychisch Erkrankter

Verfasserin

Sigrid Zechner

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin / Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

INHALTSVERZEICHNIS

1	Abkürzungsverzeichnis	6
2	Einleitung	7
I	THEORIE	8
3	Begriffsbestimmungen im Zusammenhang mit der Betreuungsarbeit psychisch Erkrankter	9
3.1	Psychische Erkrankung	9
3.2	Betreuung in verschiedenen Settings der Wiener Behindertenhilfe	10
3.2.1	<i>Tagesstruktur</i>	11
3.2.2	<i>Vollbetreutes Wohnen</i>	11
3.2.3	<i>Teilbetreutes Wohnen</i>	12
3.2.4	<i>Betreuungseinrichtungen psychisch Erkrankter</i>	12
3.2.4.1	Jugend am Werk (JaW)	12
3.2.4.2	Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte (ÖHTB)	12
3.2.4.3	Leben ohne Krankenhaus (LOK)	13
3.2.4.4	Verein Balance – Leben ohne Barrieren	13
3.2.4.5	Konduktiv Mehrfachtherapeutische Zentren und Integration (KoMiT GmbH)	13
3.2.4.6	Das Band – Bandgesellschaft	14
3.2.4.7	Verein Sozialwerke Clara Fey	14
4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	15
4.1	Gesundheit und Krankheit	15
4.2	Gesundheitsmodelle	16
4.2.1	<i>Modell der Gesundheitsdeterminanten</i>	16
4.2.2	<i>Modell der Salutogenese</i>	17
4.2.3	<i>Das biopsychosoziale Modell</i>	18
4.3	Lebensqualität	18
4.4	Lebensqualitätsforschung	19
4.5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	19
4.6	Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität	20
4.7	Kritik zur gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung	21
4.8	Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zusammenhang mit soziodemografischen und arbeitsbezogenen Variablen	22
5	Stress	24
5.1	Begriffserklärung Stress	24
5.2	Stressmodelle	25

5.2.1	<i>Phasenmodell: Stress als Reaktion im Allgemeinen Adaptionsmodell von Selye</i>	25
5.2.2	<i>Transaktionales Stressmodell: Stress als Reiz im Modell von Lazarus</i>	26
5.3	Stressbelastung in der Betreuungsarbeit	28
6	Coping	31
6.1	Begriffserklärung Coping	32
6.2	Coping-Strategien	32
6.2.1	<i>Problembezogenes, instrumentelles Coping</i>	33
6.2.2	<i>Emotionsbezogenes Coping</i>	33
6.2.3	<i>Psychohygiene</i>	34
6.2.4	<i>Selbstsorge</i>	35
6.3	Kritik zu Coping-Strategien	36
7	Arbeitsbezogene Lebensqualität	38
7.1	Mitgefühlszufriedenheit	40
7.2	Mitleidsmüdigkeit	41
7.3	Sekundäre Traumatisierung	42
7.4	Burnout	43
7.4.1	<i>Begriffserklärung Burnout</i>	44
7.4.2	<i>Entstehung von Burnout</i>	45
7.4.3	<i>Burnout-Symptome</i>	47
7.4.4	<i>Ausgebrannte Teams</i>	47
7.4.5	<i>Burnout-Modelle</i>	48
7.4.5.1	<i>Dreidimensionales Burnout-Modell</i>	48
7.4.5.2	<i>Fünf-Phasenmodell</i>	49
7.4.5.3	<i>Zwölf Stadien des Burnout-Zyklus</i>	49
7.4.5.4	<i>Individuumzentrierter Ansatz</i>	52
7.4.6	<i>Folgen von Burnout</i>	52
8	Resilienz	54
8.1	Begriffsklärung Resilienz	55
8.2	Entwicklung von Resilienz	55
8.2.1	<i>Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft</i>	56
8.2.2	<i>Resilienz als dynamischer Prozess</i>	56
8.3	Resilienzfaktoren	57
8.4	Abgrenzung zu ähnlichen Konstrukten	59
8.4.1	<i>Widerstandsfähigkeit/Hardiness</i>	60
8.4.2	<i>Empowerment</i>	60
8.4.3	<i>Theorie der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung</i>	61
8.5	Teamresilienz	61

8.5.1	<i>Merkmale resilienter Teams</i>	62
8.6	Resilienzmodelle	62
8.6.1	<i>Kompensationsmodell</i>	64
8.6.2	<i>Interaktionsmodell</i>	64
8.6.3	<i>Herausforderungsmodell</i>	64
8.6.4	<i>Schutzfaktoren- oder Immunitätsmodell</i>	64
8.7	Kritik an den Resilienzkonzepten	65
8.8	Die Straße der Resilienz.....	65
II	Empirischer Teil	67
9	Untersuchungsziel	67
10	Untersuchungsdesign und Durchführung	67
11	Untersuchungsverfahren	68
11.1	Demografischer Fragebogen	68
11.2	SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.....	68
11.3	Professional Quality of Life Scale (ProQOL)	70
11.4	Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	72
11.5	Resilienzskala (RS-11).....	74
12	Fragestellungen	75
12.1	Fragestellung zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	75
12.2	Fragestellungen zur Resilienz	75
12.3	Fragestellungen zur Anwendung von Coping-Strategien	76
13	Datenauswertung	77
13.1	Statistische Verfahren	77
13.2	Stichprobe	78
13.2.1	<i>Rücklaufstatistik</i>	79
13.2.2	<i>Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe</i>	79
13.2.2.1	Geschlechterverteilung	79
13.2.2.2	Alter	79
13.2.2.3	Beziehungsstatus	79
13.2.2.4	Fachspezifische Ausbildung	80
13.2.2.5	Berufserfahrung	80
13.2.2.6	Institutionen	80
13.2.2.7	Arbeitsbereich.....	80
13.2.2.8	Anstellungsausmaß	81
13.2.2.9	Teamstimmung	81
13.2.2.10	Psychohygiene.....	81
14	Darstellung der Ergebnisse	82
14.1	Fragestellung zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	82

14.2 Fragestellungen zur Resilienz.....	86
14.3 Fragestellungen zur Anwendung von Coping-Strategien	104
15 Interpretation der Ergebnisse – Diskussion	107
15.1 Möglichkeiten und Grenzen der Methodik	107
15.2 Kritik an den Verfahren	107
15.3 Erfahrungen bei der Testung	109
15.4 Ergebnisse	110
15.4.1 <i>Resilienz</i>	110
15.4.2 <i>Geschlecht</i>	111
15.4.3 <i>Arbeitsbezogene Lebensqualität</i>	112
15.4.4 <i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>	113
15.4.5 <i>Anwendung von Coping-Strategien</i>	114
15.5 Mögliche weitere Forschungsfelder	115
15.6 Abschließende Bemerkungen.....	116
16 Zusammenfassung.....	118
17 Abstract.....	119
18 Literaturverzeichnis	120
19 Abbildungsverzeichnis	128
20 Tabellenverzeichnis	129
21 Anhang.....	131

Danksagung

Manchmal hat man eine sehr lange Straße vor sich. Man denkt, die ist so schrecklich lang; das kann man niemals schaffen, denkt man. [...] Und dann fängt man an, sich zu eilen. Und man eilt sich immer mehr. Jedes Mal, wenn man aufblickt, sieht man, dass es gar nicht weniger wird, was noch vor einem liegt. Und man strengt sich noch mehr an, man kriegt es mit der Angst, und zum Schluß [sic] ist man ganz außer Puste und man kann nicht mehr. Und die Straße liegt immer noch vor einem. [...] Man darf nie an die ganze Straße aufeinmal [sic] denken [...] Man muss nur an den nächsten Schritt denken, an den nächsten Atemzug ... (Ende, 1973, S. 38).

Ich bedanke mich bei all jenen, die mich auf meinem Weg begleitet haben und begleiten.

Meiner Familie und meinen FreundInnen danke ich dafür, dass sie an mich glauben. Insbesondere möchte ich mich bei Maria Duftner, Manuel Maier, Bettina Karner und Sylvia Winkelmayer bedanken für die vielseitige Unterstützung, Geduld, Bestärkung und Zuversicht, wenn ich sie aus den Augen verloren habe.

Besonders dankbar bin ich meinem wirklich großartigen Team. Die Arbeit mit euch und den KlientInnen macht mir nach all den Jahren immer noch so großen Spaß. Unsere Arbeit ist geprägt von einem guten TEAM (Together Each Achieves More – Zusammen kommen alle weiter). Das Thema dieser Diplomarbeit ist davon inspiriert, wie wir gemeinsam arbeiten.

Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch danke ich für die sehr persönliche und besonders zuverlässige Betreuung meiner Diplomarbeit.

Nicht zuletzt gilt mein Dank auch den vielen lieben Kolleginnen und Kollegen, die an meiner Untersuchung teilgenommen haben, und dem Leitungsteam von KoMiT für die Möglichkeit der Bildungsteilzeit und Bildungskarenz, um diese Arbeit zu einem Abschluss zu bringen.

1 Abkürzungsverzeichnis

AAS	Allgemeines Adaptionmodell
CFS	Chronisches Erschöpfungssyndrom
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version IV
FSW	Fonds Soziales Wien
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Version
JaW	Jugend am Werk
KoMiT	Konduktiv Mehrfachtherapeutische Zentren und Integration
LOK	Leben ohne Krankenhaus
ÖHTB	Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte
ProQOL	Professional Quality of Life Scale
RS-11	Resilienz Skala 11
SF-36	Short Form 36 Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität
SOR	Modell Stress Orientierung Reaktion Modell
UN	United Nations
WHO	World Health Organisation

2 Einleitung

Die in den letzten 13 Jahren verzeichnete Steigerung der Krankheitsfälle durch psychische Belastungen um 65% (Statistik Austria, 2015) verdeutlicht die Notwendigkeit, sich mit den Themen Gesundheit, Belastung und Burnout im beruflichen Kontext zu beschäftigen. Deshalb setzt sich die vorliegende Arbeit mit Fragestellungen zur Widerstandsfähigkeit gegenüber erlebten Belastungen, den unterschiedlichen Möglichkeiten der Bewältigung und schließlich den Auswirkungen solcher Belastungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auseinander.

Vielfach werden die Belastungen seitens des Ärzte- und Pflegepersonals oder der Angehörigen sowie die Belastungen für die Erkrankten selbst untersucht. Durch die eigene langjährige Erfahrung in der Betreuung psychisch Erkrankter soll diese Arbeit eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herstellen und den Blick auf das Betreuungspersonal richten, das in diesem Zusammenhang bisher wenig beforscht wurde. Der Mehrwert dieser Studie ergibt sich aus der Untersuchung des Betreuungspersonals abseits eines klinischen Kontextes. Im Speziellen sind dies Betreuende, die im Rahmen der Behindertenhilfe mit psychisch erkrankten KlientInnen in unterschiedlichen Settings der Tages- und Wohnbetreuungen arbeiten und/oder leben.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in den theoretischen Teil, der die zu untersuchenden vier Konstrukte, die gesundheitsbezogene und arbeitsbezogene Lebensqualität sowie Coping und Resilienz im Detail erläutert. Im empirischen Teil werden die Fragestellungen und Hypothesen sowie das Forschungsprojekt vorgestellt und die Ergebnisse ausgewertet. Im letzten Teil, der Interpretation und Diskussion, werden die gewonnenen Erkenntnisse interpretiert und schließlich mit den theoretischen Grundlagen verknüpft.

I THEORIE

Der theoretische Teil dieser Arbeit beinhaltet einen Überblick und Erklärungen der Begriffe, die dem Thema der Diplomarbeit „Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Betreuungspersonal psychisch Erkrankter“ innewohnen. Im Detail soll die vorliegende Arbeit Antworten auf die folgenden Fragen finden: Was sind psychisch Erkrankte? Warum, wo und wie betreut man psychisch Erkrankte in Wien? Welche Herausforderungen begleiten Betreuende in ihrer Arbeit? Wie bewältigt man die Betreuungsarbeit? Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien braucht es hierfür? Welche Rolle spielt Resilienz bei Betreuenden? Und wie wirkt sich dies letztlich alles auf die körperliche und seelische Gesundheit derer aus, die psychisch erkrankte Menschen betreuen?

Zu Beginn werden die verschiedenen Betreuungssettings und auch die jeweiligen Einrichtungen der Multicenter-Studie vorgestellt. Im weiteren Verlauf werden die zu untersuchenden Konstrukte operationalisiert. Beginnend mit dem Konstrukt gesundheitsbezogene Lebensqualität werden die Hintergründe zu Gesundheit und Krankheit, eine Auswahl an Gesundheitsmodellen, schließlich die Lebensqualitätsforschung und im Detail die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität betrachtet.

Das Thema Stress wird anhand zweier für die untersuchten Zusammenhänge relevanter Modelle operationalisiert und widmet sich vertiefend dem Thema Stressbelastung in der Betreuungsarbeit. Weitere Konstrukte dieser Arbeit sind die Bewältigung der Stressbelastungen, die in der Betreuungsarbeit entstehen. Es werden die unterschiedlichen Coping-Strategien angeführt werden, die mittels Fragebogen erhoben wurden und somit in die Ergebnisse einfließen.

Die arbeitsbezogene Lebensqualität ergänzt die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinsichtlich typischer Herausforderungen, die mit der Betreuungsarbeit in Zusammenhang stehen. Die Aspekte Mitgefühlszufriedenheit und Mitleidsmüdigkeit mit ihren Facetten werden genauer beleuchtet.

Am Schluss findet das Thema Resilienz Erklärung und wird anhand verschiedener Modelle mit den Fragestellungen in Verbindung gebracht.

3 Begriffsbestimmungen im Zusammenhang mit der Betreuungsarbeit psychisch Erkrankter

Zur Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung wurde der Fonds Soziales Wien (FSW) beauftragt, um Präventionsmaßnahmen, Unterstützung sozialer, medizinischer und psychischer Grundbedürfnisse sowie Rehabilitation und Integration umzusetzen (FSW, 2006). Dies betrifft Menschen fortgeschrittenen Lebensalters, Menschen in besonderen sozialen Not- und Lebenslagen oder Menschen mit kognitiver, körperlicher Behinderung oder psychischer Erkrankung (FSW, 2006). In der vorliegenden Arbeit geht es um das Betreuungspersonal psychisch Erkrankter in Wien, weshalb die Begriffsbestimmungen sich auf die Unterstützung des FSW im Zusammenhang mit dieser Zielgruppe sowie deren Arbeitsbereiche beschränken.

3.1 Psychische Erkrankung

Menschen mit psychischer Erkrankung sind für die vorliegende Arbeit indirekt durch die Betreuung von psychisch Erkrankten oder direkt in dem Sinne, dass auch Betreuende beispielsweise durch hohe Arbeitsbelastung psychisch erkranken können, Thema. Die Definition von psychischer Erkrankung bezieht sich in erster Linie jedoch auf die KlientInnen, mit denen Betreuende tagein, tagaus arbeiten.

Psychische Erkrankung ist leider immer noch häufig mit sehr viel Stigmatisierung und Abwertung verbunden. Allein der Begriff „psychische Krankheit“ zeugt vom Umgang mit dem Thema und den Menschen, die davon betroffen sind, weshalb künftig der Begriff psychische Störung verwendet wird. „Menschen mit psychischer Störung“ meint hierbei Menschen, bei denen nach dem Klassifikationssystem ICD-10 oder DSM-IV eine psychiatrische Störung diagnostiziert wurde. Hierbei geht es hauptsächlich um die Betrachtung eines von „der Norm“ abweichenden Verhaltens und/oder Erlebens. Die Diagnosen oder Mehrfachdiagnosen der zu betreuenden KlientInnen entstammen dem Kapitel F des ICD-10 und sind im Folgenden aufgelistet (WHO, 2010).

F00–09:	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19:	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29:	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30–F39:	Affektive Störungen
F40–F48:	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59:	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60–F69:	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79:	Intelligenzstörung
F80–F89:	Entwicklungsstörungen
F90–F98:	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99:	nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Den Grund dafür, Menschen mit psychischer Erkrankung in Institutionen der Wiener Behindertenhilfe zu betreuen, beschreibt wohl am Besten der Artikel 1 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: „Zu den Menschen mit Behinderung zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Österreichisches Bundesgesetzblatt, 23.10.2008, S. 5).

3.2 Betreuung in verschiedenen Settings der Wiener Behindertenhilfe

Betreuungsarbeit ist eine Dienstleistung für Menschen. Pfaff, Münch und Badura (2000) definieren diese als personenbezogene Dienstleistungsarbeit, worunter man bewusst gewollte und planmäßig ausgeführte Tätigkeiten versteht, die unmittelbar am und für den Menschen erfolgen. Es geht um eine zwischenmenschliche persönliche Begegnung mit der Absicht der Wohltätigkeit und Immaterialität (Pfaff et al., 2000). Die Betreuungsarbeit psychisch kranker und/oder mehrfachbehinderter Menschen unterliegt in Wien strengen Qualitätsstandards in drei Dimensionen, die über den „Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen – Behindertenarbeit“ geregelt sind:

Die *Strukturqualität* bildet die Infrastruktur, das Konzept, die BetreuerInnenqualifikation, Stellenbeschreibungen, Kommunikationsstrukturen und Maßnahmen der Qualitätssicherung ab.

Die *Prozessqualität* beschreibt formale Angelegenheiten rund um die KlientInnenbetreuung, wie beispielsweise Aufnahme, Ziele, Dokumentation, Vernetzungsarbeit und Beendigung des Betreuungsverhältnisses, oder auch die Einschulung und Fortbildung von Mitarbeitenden.

Unter *Ergebnisqualität* versteht man Bereiche der Selbst- und Mitbestimmung, Beschwerdemanagement und KlientInnenzufriedenheit (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, 2009).

Die Betreuung allgemein findet unter Achtung der Menschenrechte und Menschenwürde, einem höchst möglichen Ausmaß an Selbst- und Mitbestimmung, Herstellung und/oder Erhaltung einer größtmöglichen Lebensqualität und im Sinne der Normalisierung sowie Integration und Partizipation des gesellschaftlichen Lebens statt. Als „Einrichtung“ werden jene Organisationseinheiten bezeichnet, in denen Leistungen erbracht werden, die vom Fonds Soziales Wien im Rahmen von regelmäßig stattfindenden „Anerkennungsverfahren“ anerkannt werden (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, 2009).

In der vorliegenden Arbeit werden, wie in den meisten Organisationen üblich, die Begriffe „Klient/Klientin“ für Menschen mit Behinderung, die eine Leistung der Wiener Behindertenhilfe in Anspruch nehmen, und „Betreuer/BetreuerIn oder Betreuende“ für die Mitarbeitenden in Organisationen der Wiener Behindertenhilfe, die direkt in der KlientInnenbetreuung tätig sind, verwendet. Das Betreuungspersonal verfügt über sozial- oder behindertenpädagogische, pflegerische beziehungsweise psychosoziale Ausbildung.

Innerhalb einer Organisation gibt es meist verschiedene Leistungsbereiche, beispielsweise vollbetreutes Wohnen, teilbetreutes Wohnen und Tagesstruktur, die im Folgenden näher beschrieben werden.

3.2.1 Tagesstruktur

Das Angebot „Tagesstruktur“ oder auch Beschäftigungstherapie richtet sich an Menschen mit unterschiedlich schweren körperlichen, kognitiven Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen, die „aktuell oder dauerhaft nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können“ (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, 2009, S. 12). Ziel ist der Erwerb oder Erhalt von Kompetenzen durch verschiedenste Angebote, die meist in Gruppen stattfinden.

3.2.2 Vollbetreutes Wohnen

Unter „vollbetreutem Wohnen“ wird ein Angebot verstanden, das erwachsene Menschen mit Behinderung betreut, „die nicht, noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihre Grundversorgung, Alltagsbewältigung, soziale Beziehungen und ihre persönliche Sicherheit ohne umfassende Unterstützung“ sicherzustellen (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, 2009, S. 12). Die Betreuung erfolgt meist in einer Wohngemeinschaft, um den Grundbedürfnissen wie Wohnraum, Verpflegung, Sicherheit, Gesundheit und Pflege nachzukommen.

3.2.3 Teilbetreutes Wohnen

„Teilbetreutes Wohnen“ ist ein Angebot für KlientInnen, um ein möglichst selbstständiges und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen. Die Unterstützung ist gezielt und umfasst je nach Schweregrad und Art der Behinderung oder Erkrankung Unterstützung zur Alltagsbewältigung, Begleitung in Krisenzeiten, Unterstützung der Wohnraumbeschaffung und Freizeitgestaltung sowie bei Behördenwegen oder Ähnlichem in der eigenen Wohnung des Klienten/der Klientin (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, 2009).

3.2.4 Betreuungseinrichtungen psychisch Erkrankter

Die folgenden Einrichtungen sind anerkannte Einrichtungen des Fonds Soziales Wien (2015). Der FSW vergibt an die Trägerinstitutionen je nach Angebot eine Anzahl an sogenannten Kontingenzplätzen. In Wien finanzierte der FSW im Jahr 2012 insgesamt 6198 Kontingenzplätze für alle von ihm geförderten Tagesstrukturen, teilbetreute und vollbetreute Wohnformen. Ausgehend von der Information über die Verteilung der Kontingenzplätze in Prozenten kann man auf die Größe des Trägers schließen. JaW ist mit 39.4% der größte Träger, gefolgt vom ÖHTB mit 10.2%, LOK mit 5.6%, Balance mit 4.5%, der Bandgesellschaft mit 3.1%, KoMiT mit 2.4%, Clara Fey mit 0.5%.

3.2.4.1 Jugend am Werk (JaW)

JaW begann 1945 mit der Beschäftigung und Ausbildung junger Menschen nach dem Zweiten Weltkrieg. Seither hat JaW das Angebot laufend erweitert und bietet seit 1965 auch die Begleitung von Menschen mit Behinderung an. Jugend am Werk ist der größte Anbieter für Ausbildungsmaßnahmen für Jugendliche in Wien (JaW, 2015b).

Daneben stellt JaW Angebote in Form von Tagesstrukturen und Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung sowie teilbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung. Mitbestimmung, individuelle Begleitung sowie das Erlernen sozialer, kultureller und lebenspraktischer Fertigkeiten kennzeichnen den Betreuungsalltag (JaW, 2015a).

3.2.4.2 Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte (ÖHTB)

Der ÖHTB wurde 1981 als Elterninitiative von Eltern taubblinder Kinder gegründet. Die Zielgruppe erweiterte sich mit den Jahren auf Menschen mit intellektueller oder Mehrfachbehinderung und Menschen mit psychischen Erkrankungen im vollbetreuten und teilbetreuten Wohnen sowie Tagesstruktur (ÖHTB, 2015).

Ziel des ÖHTB ist die aktive Teilhabe dieser Menschen am öffentlichen Leben. Im Betreuungsalltag liegt der Fokus auf individueller Unterstützung der lebenslangen persönlichen Entwicklung, Ressourcenorientierung und dem steten Austausch mit der Umwelt. Das Angebot für psychisch erkrankte Menschen beschränkt sich auf teilbetreutes Wohnen (ÖHTB, 2015).

3.2.4.3 *Leben ohne Krankenhaus (LOK)*

Der Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus wurde 1989 von Menschen gegründet, die in der stationären Psychiatrie tätig waren. Der Grundgedanke des Vereins ist, Menschen mit psychischer Erkrankung Lebens- und Wohnraum zu bieten (LOK, 2015).

Hierbei unterstützen multiprofessionell ausgebildete Betreuende in einem Klima der Wertschätzung Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Lernbeeinträchtigung im Dienste ihrer individueller Bedürfnisse bei der Bewältigung ihres Alltags (LOK, 2011). LOK bietet hierfür mehrere vollbetreute Wohngemeinschaften, teilbetreutes Wohnen und verschiedene Tagesstrukturen an.

3.2.4.4 *Verein Balance – Leben ohne Barrieren*

Der gemeinnützige Verein Balance wurde 1977 gegründet und bietet Leistungen für Menschen mit Behinderung zur beruflichen und sozialen Eingliederung in die Gesellschaft. Dies geschieht in Form von unterstütztem Wohnen in vollbetreuten Wohngemeinschaften, wobei die Lebensplanung und Alltagsassistenz getragen ist vom personenzentrierten Arbeiten mit den KlientInnen (Balance, 2015b).

Die Betreuungsarbeit in den verschiedenen Tagesstrukturen möchte verstanden werden als personenzentrierte Begleitung und Arbeitsassistenz mit persönlicher Zukunftsplanung und Möglichkeiten zur Weiterbildung (Balance, 2015a).

3.2.4.5 *Konduktiv Mehrfachtherapeutische Zentren und Integration (KoMiT GmbH)*

KoMiT beteiligte sich 1987 an der Wiener Psychiatrieausgliederung durch ein sich laufend erweiterndes Angebot an vollbetreuten Wohngemeinschaften, teilbetreutem Wohnen und verschiedenen Tagesstrukturen. Die Betreuungsangebote richten sich an Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung. Die Wohnbetreuung erfolgt niederschwellig in Form des teilbetreuten Wohnens oder als Zuhause in Form einer vollbetreuten Wohngemeinschaft. Die Betreuung in den verschiedenen Tagesstrukturen

ermöglicht ein sich Erleben in Arbeit und sinnvollen Tätigkeiten sowie die Entdeckung und Entwicklung eigener Ressourcen (KoMiT, 2015).

Die Arbeit nach dem Leitbild beschreibt eine Betreuungsarbeit, die gekennzeichnet ist von Selbstbestimmung, Kompetenz- und Ressourcenorientierung, achtsamem Umgang, der Unterstützung individueller Lebensführung und Raum für persönliche Entwicklung der KlientInnen (KoMiT, 2013).

3.2.4.6 *Das Band – Bandgesellschaft*

Das Band ist mit seiner Gründung 1953 einer der ältesten Vereine für unterstütztes Wohnen in Wien (Das Band, 2015a). Das Angebot mit verschiedenen Tagesstrukturen sowie voll- und teilbetreutem Wohnen richtet sich an Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung.

Eine sinnstiftende Tätigkeit abseits des Leistungsdrucks kennzeichnet die Betreuung in den Tagesstrukturen (Das Band, 2015b), und in den Wohngemeinschaften steht das Erlernen lebenspraktischer Fertigkeiten und individuelle Unterstützung im Vordergrund (Das Band, 2015c).

3.2.4.7 *Verein Sozialwerke Clara Fey*

Der Verein Sozialwerke Clara Fey wurde von den „Schwestern der armen Kinder Jesus“ gegründet und leistet Betreuungsarbeit unabhängig der religiösen Orientierung für Jugendliche und Erwachsene in Form von Schulen, Horten sowie voll- und teilbetreutem Wohnen (Sozialwerke Clara Fey, 2015).

Selbstständigkeit und die Zukunft eines selbstbestimmten Lebens stehen hierbei im Vordergrund.

4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Um sich dem Thema der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anzunähern, braucht es vorab eine Definition der Begriffe Krankheit und Gesundheit sowie die Einbettung derer in Modelle und schließlich eine Spezifizierung von allgemeiner Lebensqualität hin zu gesundheitsbezogener Lebensqualität.

4.1 Gesundheit und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Gesundheit eines Menschen als „... ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1978, S. 1). Schumacher und Brähler (2004) fassen die Dimensionen des Gesundheitsbegriffs als Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung, Gleichgewichtszustand, Flexibilität, Anpassung und Wohlbefinden zusammen. Werden Menschen um eine persönliche Beschreibung von Gesundheit gefragt, so äußern diese oft negative Definitionen, die Gesundheit mehr als Abwesenheit von Krankheit und Unwohlsein hinsichtlich körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte definieren (Strittmatter, 1995). Strittmatter (1995) stellt hierzu die Vermutung an, dass die kognitive Auseinandersetzung mit Gesundheit die eigenen Unzulänglichkeiten, Inkonsequenzen, Ängste und Krankheitsursachen in den Vordergrund des Erlebens rückt. Gesundheit manifestiert sich über alle Lebensbereiche und ist hierbei immer in einen individuellen Lebenskontext zu stellen, der durchaus auch Faktoren zum Ausgleich gesundheitsgefährdender Bedingungen bereitstellen kann (Strittmatter, 1995). Strittmatter (1995) definiert Gesundheit als abstrakten Begriff, „... der erst durch subjektive Erfahrungen der eigenen (körperlichen, psychischen und sozialen) Leistungs-, Bewältigungs- und Genußfähigkeit [sic] beziehungsweise deren Abwesenheit konkretisiert wird“ (S. 229). Gesundheit kann in Hinblick auf drei Bezugssysteme, im gesellschaftlichen, individuellen und professionellen Bezugssystem analysiert werden (Reif, 2012). In der vorliegenden Arbeit wird die Gesundheit im individuellen Bezug und in Bezug auf die Betreuungsarbeit analysiert.

Unabhängig von der Definition eines kranken oder gesunden Menschen gibt es noch die persönliche Wertung von Krankheit oder Gesundheit. Raspe (1990) kam in seiner Untersuchung zu dem Schluss, dass selbst chronisch kranke Menschen in ihrer Wahrnehmung und Beschreibung von Beschwerden und Schmerzen im Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität sich gesund fühlen können und ihre Krankheit als Herausforderung oder Chance ansehen. Ähnlich beschreibt auch Erikson (1953), dass Gesundheit eine Kombination aus dem subjektiven Gefühl des Gesundseins und einem objektiven Gesundheitsnachweis ist sowie dass die Übereinstimmung von Subjektivem und Objektivem zu einer Kohärenz führt und eine gesunde Persönlichkeit sich somit durch ein Gefühl innerer

Einheit und dem steten Wachstum an Urteilskraft und Fähigkeiten auszeichnet. Gesundheit als Thema, wie es in dieser Arbeit verstanden wird, soll nicht wie eine Diagnose den Fokus auf Krankheiten und ihre Symptome oder den Menschen und dessen Unzulänglichkeiten legen, sondern auf die Person in ihrer Ganzheit richten. Gesundheit wird demnach anhand von drei ausgewählten Gesundheitsmodellen mit einem ganzheitlichen Verständnis betrachtet.

4.2 Gesundheitsmodelle

Die Gesundheitsmodelle können grob in sogenannte Verhaltensmodelle, biopsychologische, psychodynamische, sozialpsychologische und soziologische Modelle eingeteilt werden (Strauß, Berger, Troschke & Brähler, 2004). Im Folgenden werden drei ausgewählte Gesundheitsmodelle beschrieben, die die zu untersuchenden Phänomene und deren Zusammenhänge beschreiben und somit für die vorliegende Arbeit als grundlegend erachtet werden.

4.2.1 Modell der Gesundheitsdeterminanten

Im Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead (1991) werden verschiedene Einflussgrößen innerhalb hierarchisch angeordneter Ebenen abgebildet, die Gesundheit fördern, schützen oder gefährden können (siehe Abbildung 1). Ausgehend von Alter, Geschlecht und Erbanlagen werden auf der ersten Ebene der individuelle förderliche oder schädigende Lebensstil, auf der zweiten Ebene die sozialen Einflüsse, auf der dritten Ebene die Lebens- und Arbeitsbedingungen und auf der vierten, äußersten Ebene die allgemeinen direkt oder indirekt wirkenden Umweltbedingungen als Gesundheitsdeterminanten beschrieben (Dahlgren & Whitehead, 1991).

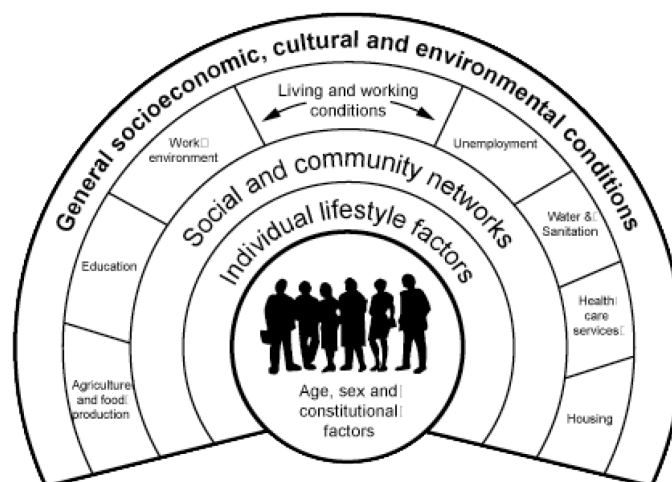


Abbildung 1. Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead (1991, S. 11)

Reif (2012) weist jedoch darauf hin, dass die Gesundheitsdeterminanten in Abhängigkeit vom Alter, medizinischer Versorgung und der konkreten Lebenssituation aufgrund der komplexen Kausalitätszusammenhänge mit Vorsicht zu interpretieren sind.

4.2.2 Modell der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese beschäftigt sich mit Faktoren, die die Gesundheit fördern. Aaron Antonovsky (1997) entwickelte daraus in den 1960er und 1970er Jahren anhand einer Untersuchung an Frauen, die mit erstaunlicher Kraft den Holocaust überlebten und eine positive Lebenseinstellung hatten, den sogenannten „Sense of Coherence“, zu deutsch Kohärenzgefühl (Maoz, 1998). Das „Kohärenzgefühl“ beschreibt eine zeitstabile Persönlichkeitskonstante, eine Lebenshaltung aus emotionalen und kognitiven Schemata, die zu einer positiven Bewältigung des Lebens führt und dem Menschen ermöglicht, sich auf dem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit positiv zu entfalten (Maoz, 1998).

Antonovsky (1997) erklärt das Kohärenzgefühl als eine Grundorientierung und dynamisches Vertrauen auf erklärbare Ereignisse, Ressourcen zur Bewältigung dieser und dass sich diese Herausforderung gelohnt hat. Er führt hierfür drei Komponenten des Kohärenzgefühls an:

Verstehbarkeit ist die kognitive Wahrnehmung externer und interner Stimuli als sinnhaft sowie in gewisser Weise vorherseh-, erklär- und einordenbar (Antonovsky, 1997). Ein typischer Satz hierfür wäre: „Meine Welt ist verständlich im Sinne von stimmig und geordnet, ich kann meine Probleme und Belastungen in einen größeren Zusammenhang stellen und verstehen.“

Handhabbarkeit ist die Fähigkeit, unterschiedliche Anforderungen realistisch einzuschätzen und durch den Einsatz der persönlichen Ressourcen zu bewältigen (Antonovsky, 1997). Ein für die Handhabbarkeit typischer Satz wäre: „Mit meinen inneren und äußeren Ressourcen kann ich die Herausforderungen meines Lebens meistern.“

Bedeutsamkeit ist das emotionale Erleben der Anforderungen als sinnhaft und herausfordernd sowie lohnend für die persönliche Lebenserfahrung (Antonovsky, 1997). Den Sinn der Bedeutsamkeit symbolisiert der Satz: „Es lohnt sich, mich anzustrengen, um meine Ziele zu erreichen“.

Obwohl Gussone und Schiepek (2000) kritisieren, dass die drei Modellkomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit im Sinne eines Lebensstils erst erarbeitet und erfahren werden müssen und das Modell somit nicht an einer Basis ansetzt, so ist es dennoch ein Modell, das eine ressourcenorientierte Sicht auf belastete Lebensbereiche anwendet. Ein Individuum kann umso besser auf Belastungen reagieren, je

stärker die drei Modellkomponenten ausgeprägt sind (Siegrist, 2010). Das Kohärenzgefühl ist zudem eng mit einem positiven Gesundheitsverhalten sowie einer erfolgreichen Stressbewältigung verbunden (Horsburgh, 2005) und insofern ein interessantes grundlegendes Modell für die vorliegende Arbeit.

4.2.3 Das biopsychosoziale Modell

Das biopsychosoziale Modell gilt als die bedeutendste Theorie der Beziehung zwischen Körper und Geist, das vor etwa 40 Jahren im Rahmen der Systemtheorie auf der Suche nach einem mehrdimensionalen, ganzheitlichen Krankheitsverständnis formuliert wurde (Egger, 2005). Engel (1970), der Begründer des biopsychosozialen Modells, betrachtet Leben als Anpassung an die Umwelt und daraus folgend Gesundheit und Krankheit als dynamische Prozesse in verschiedenen Lebensphasen. Gesunde Organismen befinden sich demnach in einem Zustand der gestillten Bedürfnisse und bewältigten Anforderungen mit der Aussicht auf Wachstum, während kranke Organismen sich durch Störungen des Wachstums, der Entwicklungen und Funktionen kennzeichnen (Engel, 1970).

Das biopsychosoziale Modell spiegelt die drei wesentlichen Faktoren der Gesundheitsdefinition der WHO (1978) als „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (S. 1) wider. Reif (2012) versteht den Menschen im biopsychosozialen Modell insofern, dass der Mensch „... nicht ‚nur ein Körper‘ (ist), sondern er ‚hat auch einen Körper‘, das heißt Menschen beziehen kognitiv und emotional Stellung zu ihrem Körper“ (S. 7). Krankheit und Gesundheit sind demnach auch in diesem Modell als dynamisches Geschehen zu verstehen, worin die Störungen des Systems Mensch als Krankheit auftauchen, wenn die Autoregulation nicht ausreicht, und dadurch die Funktionsfähigkeit überfordert wird oder ausfällt (Egger, 2005).

Die Kernaussage des Modells lautet, dass „... jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig nicht entweder *biologisch* oder *psychologisch*, sondern *sowohl* biologisch, als *auch* psychologisch ist“ (Egger, 2005, S. 5). Der Mensch steht demnach in einem Netz von Einflussgrößen eines organisierten dynamischen Systems, die sich wechselseitig beeinflussen (Egger, 2001).

4.3 Lebensqualität

Das Verständnis um Gesundheit und Krankheit hat einen großen Einfluss auf die sogenannte Lebensqualität eines Menschen. Der Begriff der Lebensqualität wird über die Zeit unterschiedlich definiert. Bereits Aristoteles schuf mit seinen Überlegungen die

Grundlage des Konstrukts Lebensqualität aus sozioökonomischer Sicht, hierbei nennt er als Kriterien eines guten Lebens den Lebenswert und das Wohlergehen im Zusammenhang mit der Subjektivität, die Erfüllung persönlicher Bedürfnisse sowie die soziale Einbindung und den Zukunftsbezug des Menschen (Mayer, 1998). Im Humanismus und der Renaissance spricht man von einer „vollkommenen Lebenslage, [...] [in der] man sich wohlfühlt.“ (S. 15), die auch ein Ausdruck bürgerlichen Wohlstandes war, sich somit in eine Definition als „Wohlbehagen, ein bequemer Wohlstand und Sicherheit“ (S. 20) wandelte und schließlich auch eine aktive Teilhabe an der sozialen Welt und der aktiven Selbstgestaltung des Lebens mit einschloss (Viefhues, 1990).

4.4 Lebensqualitätsforschung

Die Lebensqualitätsforschung stammt ursprünglich aus dem Bereich der sozialwissenschaftlichen Wohlfahrtsforschung und sollte die Kongruenz zwischen objektiven Lebensstandards und subjektiver Bewertung kennzeichnen (Bullinger, Ravens-Sieberger & Siegrist, 2000). Lebensqualität an sich ist ein individuumbezogenes Konzept (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003b). Mayer (1998) unterscheidet hierbei zwischen dem bedürfnistheoretischen und dem Ansatz der Lebensqualität im sozialen Kontext. Im ersten geht es um die individuellen Bedürfnisse und deren Befriedigung, während im zweiten die Integration im sozialen Gefüge im Vordergrund steht (Mayer, 1998).

4.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist in der Diskussion um die Beurteilung medizinischer Interventionen entstanden (Mayer, 1998). Die Lebensqualität im Zusammenhang mit der Medizin wird mit einem langen und schmerzfreien Leben definiert, mit den Zielen einer optimalen Bedürfnisbefriedigung ohne beziehungsweise trotz Krankheit (Viefhues, 1990). Das multidimensionale Konzept der Gesundheit bildet den Zugang zum Konstrukt gesundheitsbezogene Lebensqualität, deren Komponenten durch Qualitätssicherung erfasst werden können (Radoschewski, 2000). Aufgrund der vielen Komponenten ist es in seiner individuumbezogenen Bedeutung schwer zu operationalisieren und je nach Definition von allgemeiner Lebensqualität unterschiedlich (Mayer, 1998). Jedoch kristallisierte sich laut Mayer (1998) mittlerweile ein gemeinsames Verständnis der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als subjektive Erhebung der Dimensionen Physis, Psyche und Soziales heraus. So definiert auch Bullinger (2000) die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als „Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit“ (S. 190). Schumacher et al. (2003b) fassen die Definition wohl am weitesten und definieren die

gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein „... multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen ...“ mit einbezieht (S. 10).

Bisher durchlief gesundheitsbezogene Lebensqualität vier Phasen, von der Phase der Definitionsklärung in den frühen 1970ern, über die Phase der Entwicklung von Messinstrumenten in den 1980ern, in der dritten Phase schließlich die Anwendung derer bis zur gegenwärtigen, vierten Phase, der methodologischen Aufbereitung und Anwendung im Gesundheitswesen (Bullinger et al., 2000). Beforschte Gebiete sind allgemein Medizin und Gesundheitspolitik: Onkologie, Psychiatrie, Pädiatrie, aber auch Sozial- und Umweltepidemiologie und Versorgungsforschung (Bullinger et al., 2000).

4.6 Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität

Der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etablierte sich im Zusammenhang mit subjektiv erlebtem und geäußertem Befinden und selbst eingeschätztem Handlungsvermögen in sowohl psychischer als auch sozialer Dimension der Gesundheit (Bullinger et al., 2000). Patrick und Erikson (1988, zitiert nach Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003a) gliedern die gesundheitsbezogene Lebensqualität in vier Bereiche: krankheitsbedingte körperliche Beschwerden, psychische Verfassung, erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen und die zwischenmenschliche Beziehung in der sozialen Interaktion. Ziel der Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität ist neben den „... somatischen Parametern oder Überlebenszeiten auch das subjektive Erleben von Erkrankung und Therapie ...“ (Bullinger, 1997, S. 1).

Es gibt zahlreiche unterschiedliche Erhebungsinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, denen unterschiedliche konzeptionelle Ansätze zugrunde liegen. Hierfür gibt es laut Bullinger (1997) krankheitsübergreifende und krankheitsspezifische Messinstrumente. Zu nennen sind hier: subjektive Wohlbefindensmodelle, Zufriedenheitsmodelle, Bedürfnismodelle, Rollenfunktionsmodelle und Vergleichsmodelle, wobei neuere Ansätze mehrere Facetten in ein Modell einbeziehen (Bullinger, 2014). Um das latente Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erfassen, werden die psychischen, sozialen und somatischen Dimensionen erfasst (Bullinger et al., 2000), die laut Mayer (1998, S. 41) von verschiedenen lebensqualitätsrelevanten Einflussgrößen bestimmt werden:

Physische Dimension:	allgemeine körperliche Beschwerden diagnosespezifische Symptome körperliche Aktivität und Mobilität geistige Leistungsfähigkeit
Psychische Dimension:	Allgemeine positive Gemütsbewegungen Psychologischer Stress Emotionale Bindungen
Soziale Dimension:	Einschränkung bei der Rollenausübung Auswirkungen der Rolleneinschränkungen

4.7 Kritik zur gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung

Allen Modellen gemein ist eine Beschreibung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt, doch es gibt auch Kritikpunkte an diesem Konstrukt. Die Tatsache, dass zur subjektiven Einschätzung der Lebensqualität viele Komponenten eine Rolle spielen, kritisieren Kramer, Füre und Stute (2014). Sie betonen außerdem, dass die subjektiven Lebensqualitätswerte stark durch Persönlichkeitsfaktoren beeinflusst werden, was sich auch in den weiter unten angeführten Überlegungen zur Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft und deren Einfluss auf die Gesundheit widerspiegelt (Kramer et al., 2014).

In einer Studie von Rose et al. (2000) wurde anhand verschiedener Krankheitsbilder die Rechtfertigung der Multidimensionalität der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geprüft. Die Dimensionen physisches und psychisches Wohlbefinden, Alltagsfunktionsfähigkeit und soziale Einbindung sind ihrer Meinung nach mit dem Begriff „Lebensqualität“ sehr unpräzise beschrieben (Rose et al., 2000). Vor allem, da körperliche Erkrankungen in diesem Zusammenhang gegenüber psychischer Disposition eine vergleichsweise geringe Rolle spielen und PatientInnen mit primär somatischen Erkrankungen ihre Lebensqualität deutlich höher einschätzen als PatientInnen mit psychosomatischen Hauptdiagnosen (Rose et al., 2000).

Bullinger (2000) ihrerseits stellt infrage, inwieweit die Messinstrumente dieses so schwer greifbare multidimensionale Konstrukt erfassen können. Im Detail nennt sie Fragen zur Vergleichbarkeit der subjektiven Einschätzung über Personen oder Personengruppen, die

Messverfahren an sich, die nur zu einem geringen Anteil den wissenschaftlichen Kriterien genügen, und letztlich sogar die Frage der Nutzung der Lebensqualitätsinformation für LeistungsanbieterInnen, GesundheitsökonomInnen und ÄrztInnen (Bullinger et al., 2000). Bei der Entwicklung von Messinstrumenten ist also auf eine gute theoretische Fundierung, ausreichend methodische Güte, das Einsatzgebiet und die PatientInnenfreundlichkeit zu achten (Bullinger, 1997).

4.8 Gesundheitsbezogene Lebensqualität im Zusammenhang mit soziodemografischen und arbeitsbezogenen Variablen

In einer Untersuchung von Siegrist, Starke, Laubach und Brähler (2000) zur sozialen Lage und gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsgrad und geringer Lebensqualität festgestellt werden. Menschen mit niedriger Bildung zeigen eine gleich reduzierte Lebensqualität wie chronisch Kranke (Siegrist et al., 2000). Somit ergibt sich eine legitime Ausweitung der Forschung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch auf Personen, die weder klinisch auffällig noch in ihrem Leistungsvermögen oder sozialen Rollen beeinträchtigt sind (Siegrist et al., 2000).

Laut Siegrist et al. (2000) zeigen andere Untersuchungen auch einen Einfluss der Variable „Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und Belohnung“ und „niedrige Kontrolle beziehungsweise geringe Unterstützung am Arbeitsplatz“ einen negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Diese und ähnliche Ergebnisse sollen unter anderem auf die Wichtigkeit von primärpräventiven Bemühungen von belastenden Lebens- und Arbeitskontexten hinweisen (Siegrist et al., 2000).

Die individuelle Gestaltung des Alltags, die subjektive Bewertung von Beruf, Freizeit und Familie und der Stimmung im Erwachsenenalter hat einen Einfluss auf die Lebensqualität (Lang, Rieckmann & Schwarzer, 2000). Lang et al. (2000) betonen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer altersabhängigen Betrachtung der Lebensqualität über die Lebensspanne, da die Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter mehr vom Grad der Aktivitätszufriedenheit als von dem erlebten Ausmaß an Schwierigkeiten abhängig ist.

In einer Untersuchung von Rudolf (2000) konnte eine negative Korrelation zwischen Depression und gesundheitsbezogener Lebensqualität gezeigt werden, in diesem Sinne ist die geringe subjektive Lebensqualität von Frauen vor allem auf Defizite im Freizeitbereich, aber auch in der beruflichen Situation und psychischen Gesundheit zurückzuführen. Im Detail sind hier die Verminderung von Aktivitäten, die Einschränkung der Leistungsfähigkeit und berufliche Veränderungen zu nennen, wohingegen ein guter familiärer und sozialer Rahmen als entlastend erlebt wird (Rudolf, 2000).

Auch Reif (2012) belegt mit seiner Untersuchung, dass Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und die Arbeits- und Lebensbedingungen sowie personenbezogene Ressourcen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben. Frauen, ältere Personen, Personen in unteren Bildungsschichten sowie Personen, die in der Arbeit oder Freizeit großen Belastungen ausgesetzt sind, zeigen eine signifikant schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Reif, 2012).

All diese Ergebnisse zeigen die Problematik der verschiedenen Einflüsse und der Überschneidung unterschiedlicher Bereiche auf. Die vorliegende Arbeit soll deshalb dazu dienen, einerseits die Zusammenhänge und andererseits auch die Abgrenzungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Im Besonderen interessieren hierbei die Auswirkungen von Resilienz und der persönliche Umgang sowie die Bewältigung von Arbeits- und Stressbelastungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

5 Stress

Unter diesem Kapitell wird Stress im Allgemeinen erklärt sowie in für die Arbeit relevante Modelle eingebettet. Im Detail richtet sich der Blick auf die Stressbelastung von Betreuungspersonal in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld. Strittmatter (1995) nennt Überanstrengung und Überforderung der alltäglichen, meist beruflichen Belastung als einen der zentralen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Außerdem beschreiben Laien selbst, dass unabhängig von diesen externen Faktoren der individuelle Umgang mit den Belastungen, persönliche Ressourcen und der Einsatz adäquater Coping-Strategien einen großen Einfluss auf das Stresserleben oder auch körperliches Wohlbefinden haben (Strittmatter, 1995).

5.1 Begriffserklärung Stress

Stress war und ist lebenswichtig, dies ergibt sich aus der Entwicklungsgeschichte des Menschen, der die Stressreaktion mit vielen anderen Säugetieren teilt. Hierbei spielt die Homöostase eine wesentliche Rolle. Sie beschreibt die Fähigkeit des Körpers, trotz innerer oder äußerer Belastungen sein Gleichgewicht in Form einer physiologischen Stabilität aufrecht zu erhalten (Lüder gen. Lühr, 1998).

Stress, der eine bewältigbare Leistung fordert und dazu führt, dass man sich unter Beweis stellen möchte, ist ein Stress, der Spaß macht, der Zufriedenheit erzeugt und das Wissen, dass man mit ganzer Kraft erfolgreich bei einer Sache geblieben ist (Litzcke & Schuh, 2010). Yerkes und Dodson (1908) skizzieren dies ebenfalls mit ihren Untersuchungen zum optimalen Aktivierungsniveau, in dem die Leistungsfähigkeit bei einem mittleren Stressniveau am höchsten ist, während zu wenig Stress zu Langeweile oder zu viel Stress zu Ermüdung, Erschöpfung und schließlich zu Erkrankung und Zusammenbruch führen kann.

Selye (1974) als ein namhafter Stressforscher beschreibt die Unterscheidung in „Eustress“ (guter Stress) und „Distress“ (schlechter Stress). Distress führt zur „Abnahme der Leistungsfähigkeit, und einer Verschlechterung des physischen und psychischen Gesamtzustandes“ (Litzcke & Schuh, 2010, S. 35). Bei positiven als auch negativen Stressoren, sprich physische, psychische oder soziale Faktoren, die sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken, folgt eine unspezifische körperliche Reaktion (Litzcke & Schuh, 2010).

Nicht jeder Mensch erlebt Stress auf die gleiche Art und Weise. Denn Stress wird, je nachdem wie die kognitive und emotionale Bewertung der Stressoren erfolgt, unterschiedlich erlebt (Lazarus, 1966). Auch die Auswirkungen der Stressoren sind je nach Person

unterschiedlich. Engel (1970) erläutert anhand der unabhängigen Zustände psychischer Kompensation und Dekompensation, dass der Umgang mit Stressoren zu einer Somatisierung von psychischem Stress führen kann. Die *Kompensation* beschreibt hierbei die erfolgreiche Stressbewältigung, wohingegen bei der *Dekompensation* das „Ich“ einen Stressor als gefährlich einschätzt und physisch darauf reagiert, da es den psychischen Stress alleine nicht zu bewältigen vermag und es zu somatischen Veränderungen kommt (Engel, 1970).

Gegenwärtig wird Stress als allgemeine Belastung, nervöse Anfälligkeit, Erschöpfung, seelischer Druck, Ärger, Hetze und Angst durch Häufung tragischer Ereignisse beschrieben (Häcker & Stapf, 1998). Stress muss jedoch nicht unbedingt krank machen. Das Gesundheitsschädigende am Stress ist, dass die Stressreaktion Energie zur Verfügung stellt, die nicht verbraucht werden kann. Es kommt vermehrt zu chronischem Stress aufgrund mangelnder Erholungszeit, der die Immunkompetenz schwächt und zu Erkrankung führen kann (Kaluza, 2004). Normale und pathologische Stressreaktionen unterscheiden sich insofern, dass die Energie, die durch neuroendokrine und neurovegetative Aktivität für Kampf oder Flucht bereitgestellt wird, beim pathologischen Stress nicht ausreichend abgebaut wird und im chronifizierten Zustand die Krankheitsanfälligkeit erhöht (Hoffmann & Hofmann, 2008).

5.2 Stressmodelle

Stress kann als Reaktion, als Reiz oder als Transaktion auftreten (Lyon, 2005). Die beiden im Detail beschriebenen Modelle widmen sich den unterschiedlichen theoretischen Ansätzen, einerseits dem Phasenmodell und andererseits dem transaktionalen Stressmodell.

5.2.1 Phasenmodell: Stress als Reaktion im Allgemeinen Adaptionsmodell von Selye

Im Allgemeinen Adaptionsmodell (AAS-Modell) von Selye (1950) wird Stress als Reaktion auf Reize und Stressoren aus der Umwelt betrachtet und wie in Abbildung 2 ersichtlich in einem zeitlichen Ablauf der Anpassungsreaktion betrachtet (Lyon, 2005). Die Anpassung an Stress erfolgt nach Selye (Lüder gen. Lühr, 1998) in den drei Stadien des allgemeinen Adaptionssyndroms.

Die erste Phase ist die *Alarmreaktion*, in der eine physiologische Veränderung den ganzen Körper erfasst. Nach einer Art „Schock“, bei der die Widerstandskraft vorerst sinkt, werden alle Kräfte gesammelt, der Kreislauf stark angeregt, und der Körper stellt sich auf Kampf oder Flucht ein (Heinrichs, Stächele & Domes, 2015). Eine erfolgreiche Bewältigung, hier durch die gestrichelte Linie gezeigt, würde die Widerstandskraft wieder sinken lassen. Die

zweite Phase ist die *Widerstandsphase*. In dieser körperlichen Phase wird verstärkt Cortisol ausgeschüttet und die Voraussetzungen für die Reparatur negativer Stressfolgen eingeleitet. In der dritten Phase kommt der Mensch ins *Erschöpfungsstadium* (Heinrichs et al., 2015).

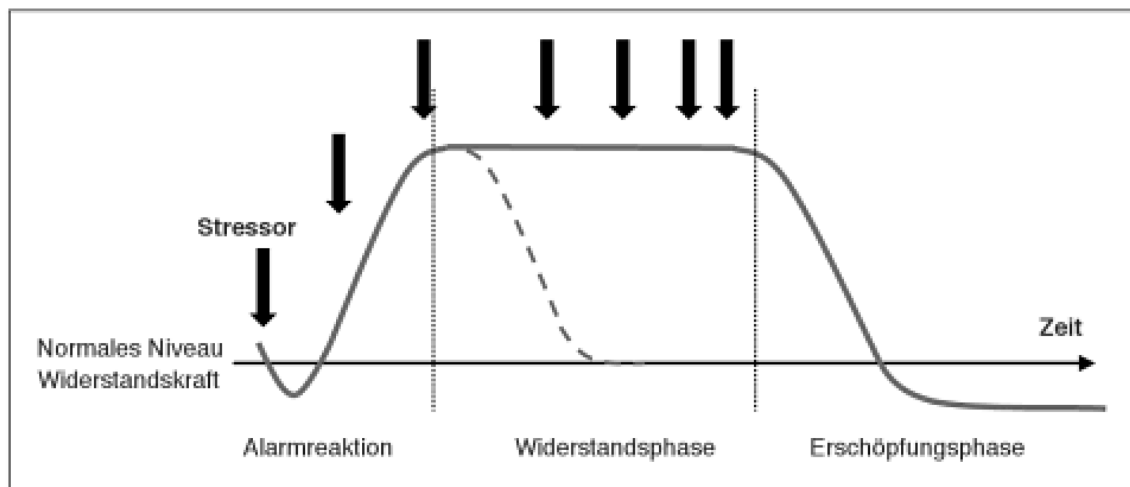


Abbildung 2. Ablauf des Allgemeinen Adaptionssyndroms nach Selye (1974, zitiert nach Heinrichs et al., 2015, S. 23)

Der Körper gibt den Widerstand auf, wird der Stress spätestens hier nicht reduziert, kommt es zum funktionellen Zusammenbruch. Sind die Reaktionen im AAS sehr intensiv und lange andauernd, kann dies zu Erkrankungen führen (Lyon, 2005). Das AAS-Modell reicht für die vorliegende Untersuchung zu wenig weit und dient an dieser Stelle lediglich der Veranschaulichung eines linearen biologischen Stressablaufs.

5.2.2 Transaktionales Stressmodell: Stress als Reiz im Modell von Lazarus

Das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1966) wurde für die Untersuchung als Ausgangsmodell gewählt, da in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen wird, dass unterschiedliche Faktoren auf den Menschen, je nach Persönlichkeit, Ressourcen und individueller Bewältigung, sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken. Dies ist auch die zentrale These von Lazarus, nach der „... die Entstehung gesundheitlicher Störungen allgemein von der Art und Weise der subjektiven Verarbeitung objektiver Rahmenbedingungen abhängt“ (Brücker, 1994, S. 7).

Bei der Betrachtung von Stress als Reiz gilt die Annahme, dass die Reaktionen auf Stress durch ein bestimmtes Ereignis, einen sogenannten „Stressor“ ausgelöst werden. Diese Stressoren können ein Ereignis, eine Situation, eine Bedingung oder ein Hinweis sein (Lyon, 2005). Im Unterschied zum Phasenmodell werden die Stressoren, wie aus der Abbildung 3 ersichtlich, bewertet. Dies führt zu einer sehr spezifischen Veränderung im menschlichen

Organismus und folglich zu Reaktionen, die kognitiver, emotionaler oder körperlicher Art sein können (Lüder gen. Lühr, 1998).



Abbildung 3. S-O-R-Modell nach Litzcke und Schuh (2010, S. 10)

„Nach dem S-O-R-Modell verarbeitet eine Person (=Organismus) Stressoren je nach Erfahrungen oder momentanen Stimmungen unterschiedlich“ (Litzcke & Schuh, 2010, S. 10). Der Mensch befindet sich also in einer permanenten „Transaktionsbeziehung“, einem Wechselspiel zwischen Person und Umwelt (Brücker, 1994). Die Bewertung der Stressoren ist eines der zentralen Elemente im Transaktionalen Stressmodell von Lazarus. Die Transaktion, die Beziehung zwischen Person und Umwelt, läuft in drei unterschiedlichen Formen ab (siehe Abbildung 4).

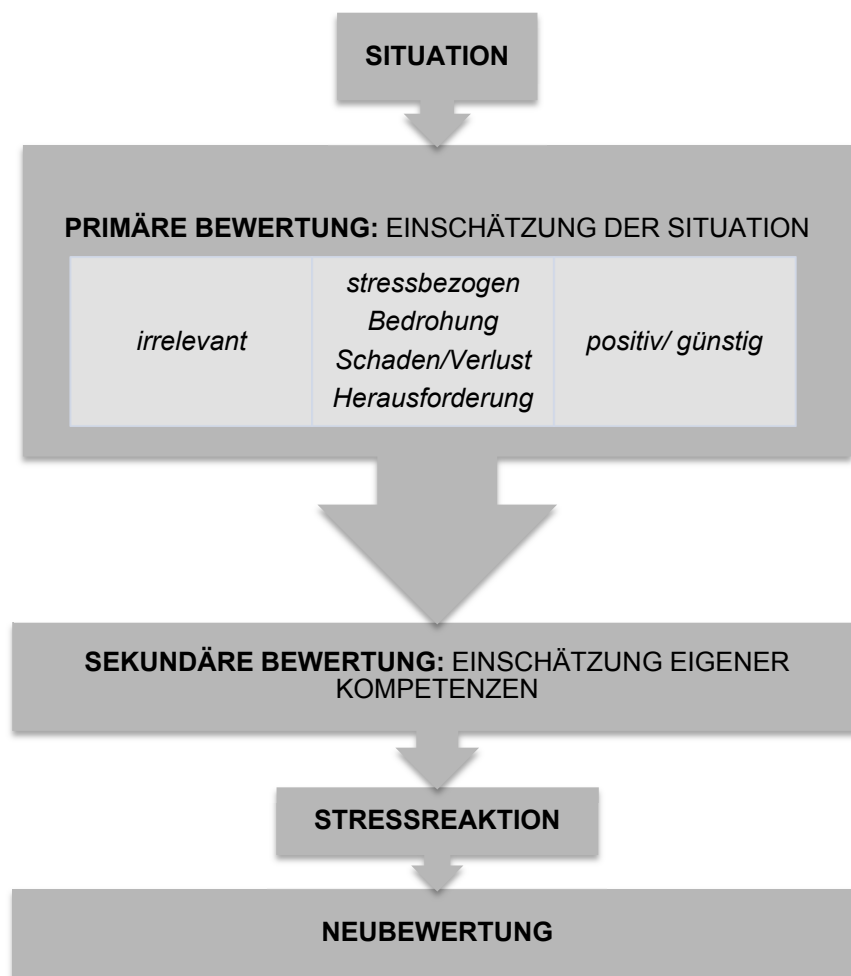


Abbildung 4. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (1966)

Bei der *Primärbewertung* werden die Bedrohung und die eventuellen Folgen bewertet (Lazarus, 1966). Die *Sekundärbewertung* analysiert, welche Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderung zur Verfügung stehen (Lazarus, 1966). Es kommt zu einer ersten Stressreaktion, und im Anschluss daran in der Phase der *Neubewertung* wird überprüft, ob die Situation bewältigt wurde oder eventuell eine Anpassung oder Veränderung nötig ist (Lazarus, 1966).

5.3 Stressbelastung in der Betreuungsarbeit

In der Ottawa-Charta der Gesundheit (WHO, 1986) ist zu lesen, dass Menschen ihr Gesundheitspotenzial dann am Besten entfalten, wenn sie selbst darauf Einfluss nehmen können. Jeder Mensch ist somit selbst Experte seiner Gesundheit, und es ist wichtig, dieses subjektive Wohlbefinden zu fördern. Neben einem gesunden Lebensstil spielen Umwelt- und Arbeitsverhältnisse sowie Stressbelastung eine Rolle, um gesund zu bleiben (Kaluza, 2004). Die Arbeitsbedingungen sollen laut Weltgesundheitsorganisation (1986) „... eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein“ (S. 3). Belastende Arbeitssituationen sehen viele nicht als strukturelles Problem, sondern als Aufgabe, eine Anpassungsleistung zu erbringen und Möglichkeiten zu finden, besser mit Stress umzugehen (Strittmatter, 1995).

Hoffmann und Hofman (2008) unterscheiden nach einem Konstrukt aus der Arbeitspsychologie Belastungen als „objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren“ und Beanspruchung als „deren Auswirkungen im und auf den Menschen“ (S. 17). Stressoren im Betreuungskontext sind nach Hoffmann und Hofman (2008) die mentalen Anforderungen, emotional-soziale Stressoren wie Verantwortungsdruck, Konflikte oder schwierige KlientInnen und die Arbeitsbedingungen.

In der Betreuung von psychisch erkrankten Menschen kann es sehr plötzlich zu Krisensituationen kommen, die eine besondere Aufmerksamkeit und unmittelbaren Entscheidungs- und Handlungsbedarf erfordern. KlientInnen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis erfordern beispielsweise durch ihre Wahnvorstellungen eine permanente Wachsamkeit und die Möglichkeit, jederzeit die Realität zu sichern. KlientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten fordern die Aufmerksamkeit hingegen durch beispielsweise herausforderndes Verhalten ein. KlientInnen mit depressiver Symptomatik benötigen besondere Zuwendung durch Motivation und Aktivierung. Eine große Bandbreite an Interventionen und Maßnahmen, kreative Lösungen für komplizierte Situationen sollte deshalb im Handlungsspielraum der Betreuenden jederzeit verfügbar sein.

In schwer psychotischen oder anderen Krisen kann es auch passieren, dass zur Abwehr einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung Maßnahmen ergriffen werden müssen, um einerseits den Klienten/die Klientin selbst, die restliche Gruppe und nicht zuletzt natürlich die

eigene Person und das Betreuungsteam zu schützen. Auch wenn das Betreuungspersonal, vor allem dann, wenn es dieser Arbeit schon längere Zeit nachkommt, weitgehend mit Polizei- und/oder Rettungseinsätzen vertraut ist, so ist dies eine Extrembelastung, die im Vorfeld, währenddessen und danach sowohl körperliche als auch geistige wie emotionale Höchstleistung der Betreuenden abverlangt.

Die Krisensituationen betreffen zwar meist nur einzelne KlientInnen zum selben Zeitpunkt, jedoch wirken sich die Krisen Einzelner auch in einem hohen Ausmaß auf die Dynamik der ganzen Gruppe aus. Eine besondere Herausforderung im Betreuungsalltag ist daher, stets auch die Gruppendynamik im Auge zu behalten. Dafür ist es nötig, die Stimmung und Verfassung der KlientInnen einzeln wahrzunehmen und einzuschätzen, um idealerweise bereits im Vorfeld deeskalierende, realitätssichernde oder gruppendynamische Interventionen zu setzen.

Krisen von KlientInnen lassen sich nicht vermeiden. Diese führen zu einer meist situativ und punktuell sehr starken Stressbelastung, doch auch der Betreuungsalltag ist je nach Einsatzgebiet und der Schwere der psychischen Störungen der KlientInnen unterschiedlich belastend. Auch ein „klassischer Betreuungstag“ ohne besondere Krisensituationen kann als sehr belastend erlebt werden. Viele KlientInnen sind bereits seit Jahren in psychosozialen Systemen und gewöhnt, Betreuende zu brauchen. Gerade dieses ständige Gebrauchtwerden kann sehr viel Kraft kosten, die bei der Erledigung von Routinearbeiten im Tages- und/oder Wohnbereich zusätzlich aufgebracht werden muss.

Ein weiterer Faktor, der für das Belastungserleben eine große Rolle spielt, ist die Gruppenzusammensetzung. Die Gruppenzusammensetzungen in Wohngemeinschaften oder Tagesstrukturen sind teilweise derart heterogen, dass eine sehr breit gefächerte und zugleich auch sehr spezifische Arbeit nötig ist. Je nach Betreuungsschlüssel kann dieser in einem kleineren und somit meist besser bewältigbaren Setting entsprochen werden als in größeren Gruppen oder mit wenig Personal.

Auch Hoffmann und Hofman (2008) benennen ganz konkret die typischen Schwierigkeiten im Sozialbereich und wie belastend es sein kann, beispielsweise „... Depressive ‚auszuhalten‘, Aggressive in die Schranken zu weisen und ‚Nichtmotivierte‘ in Bewegung zu bringen“ (S. XIII). Gussone und Schiepek (2000) fassen ähnliche Faktoren zu Problembereichen zusammen. Sie nennen einerseits die große Anzahl der KlientInnen, die fehlende Stimulation und KlientInnenkontakte, die sehr stark auf Zielerreichung fokussiert sind.

Doch nicht ausschließlich der direkte Kontakt mit den KlientInnen belastet Betreuende. Auch das Team, dessen Zusammensetzung, die Stimmung im Team und die Art der Zusammenarbeit spielen für das Erleben von Belastung eine sehr große Rolle. Gussone und

Schiepek (2000) nennen hierzu fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten, unklare und inkonsistente institutionelle Ziele sowie personelle Missstände wie eine schwache Leitung, schlechte oder fehlende Supervision und soziale Isolation als Belastungsfaktoren.

Die Belastungen einzeln oder in Summe können zu kognitivem, emotionalem und körperlichem Stresserleben beim Betreuungspersonal führen. Allen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist gemein, dass sie von persönlichen Ressourcen sowie Bewertungs- und Bewältigungsprozessen abhängig sind und sich auf körperliche, kognitiv-emotionale und auch auf der Verhaltensebene manifestieren (Bamberg, 2000).

Stressfolgen, die sich auf die *Kognition* auswirken, sind beispielsweise die Abnahme von Konzentration, Reaktionsgeschwindigkeit und Leistungsfähigkeit, Denkstörungen und Abnahme der Fähigkeit, langfristig zu denken, Abnahme der Kreativität, Zunahme von Ablenkbarkeit und Fehlern sowie eine Verschlechterung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses (Litzcke & Schuh, 2010). Stressfolgen, die sich auf die *Emotionen* auswirken, sind etwa das Verschwinden des Gefühls, gesund zu sein, die Häufigkeit von Gefühlsausbrüchen nimmt zu, das Selbstwertgefühl sinkt, Depression und Hilflosigkeit entstehen, und Verhaltensweisen ändern sich (Litzcke & Schuh, 2010). In Bezug auf die Auswirkungen auf das *Verhalten* sind insbesondere die Verringerung von Interessen und Begeisterungsfähigkeit, Zynismus, Schuldzuweisungen und ein niedriges Energieniveau zu nennen (Litzcke & Schuh, 2010).

Stress kann sich direkt schädigend auf Körper oder Psyche auswirken oder auch indirekt durch gesundheitsschädigendes Verhalten in Stresssituationen wie zum Beispiel durch ungesunde Ernährung sowie vermehrten Alkohol-, Kaffee- oder Nikotingenuss (Litzcke & Schuh, 2010). In weiterer negativer Folge von beruflichen Belastungen kann es zu psychischer Ermüdung in den Zustand der Monotonie und schließlich ins Burnout führen (Hoffmann & Hofmann, 2008).

6 Coping

Ob eine Arbeitsbelastung zu Überforderung führt oder nicht, hängt vom Verhalten des Individuums ab und wie man mit dieser Überforderung umgeht (Rutenfranz, 1981). Vom Salutogenese-Modell Antonovskys (1997) ausgehend kann man Stressmanagement als Coping im Sinne einer Adaption und Bewältigung einer Stresssituation oder als Herausforderung betrachten, bei der sogenannte Schemata aus früheren Erlebnissen als Ressource dienen (Maoz, 1998). Die Begriffe Coping und Bewältigung werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Litzcke und Schuh (2010) nennen die Stressoren, den Menschen oder die Stressreaktion als Ansatzpunkte für die Stressbewältigung. Treier (2015) spricht in diesem Zusammenhang von Bedingungsfaktoren, die aus Belastungen eine Situation herstellen, die bewältigt werden muss.

Abbildung 5 zeigt die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten eines Coping-Prozesses. Das Individuum prüft zuerst die persönliche Relevanz der potenziell stressauslösenden Situation in der „Primären Einschätzung“. In der „sekundären Einschätzung“ wird sondiert, ob die vorhandenen Anpassungsfähigkeiten zur Bewältigung ausreichen. Hier wird die Situation erstmals auch individuell kognitiv bewertet. Wenn die Ressourcen als gering eingeschätzt werden, wird bereits subjektive Belastung oder Stress damit verbunden. In der Coping-Phase werden unterschiedliche Coping-Strategien eingesetzt. Die Coping-Strategien lassen sich zwei primären Coping-Funktionen zuordnen, dem problembezogenen und dem emotionsbezogenen Coping (Brücker, 1994). Die Auswirkungen auf die psychische oder körperliche Gesundheit zeigen sich dann als Ergebnis des individuellen Verarbeitungsprozesses.

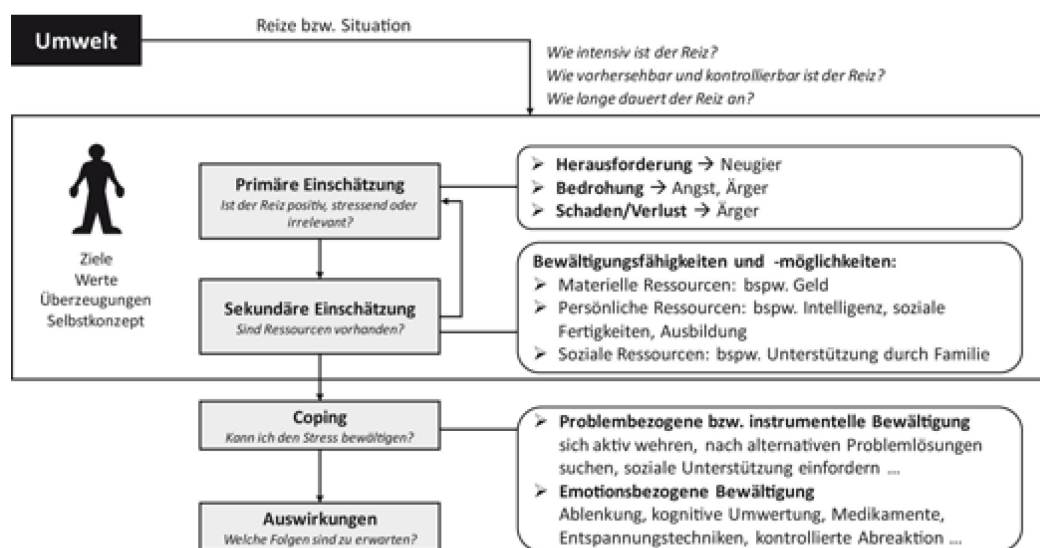


Abbildung 5. Komponenten eines Coping-Prozesses nach Treier (2015, S. 27)

6.1 Begriffserklärung Coping

Coping bezeichnet „... eine Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen ...“ (Häcker & Stapf, 1998, S. 159). Laut Brücker (1994) definiert Lazarus Coping als „... alle kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen der Individuen, die situationsspezifisch auf die Bewältigung beziehungsweise Überwindung von subjektivem Stress gerichtet sind“ (S. 9). Coping ist dabei ein situationsspezifischer aktiver Prozess, der willentlich in Gang gesetzt werden muss, nachdem ein Stressor bewertet wurde (Brücker, 1994).

Das Kohärenzerleben beeinflusst laut Antonovsky (1997) die Einschätzung von Stressoren, die Verfügbarkeit von Ressourcen und die Aktivierung von Bewältigungsmöglichkeiten (Rimann & Udris, 1998). Grundsätzlich unterscheidet man zwei Bewältigungsrichtungen. Einerseits die „exterale Bewältigung“ als Veränderung sozialer oder physischer Sachverhalte und andererseits die „internale Bewältigung“ als Veränderung innerer Prozesse und Gefühle (Wieland, 2011). Die Erfahrungen, die als Betreuungspersonal gemacht werden, färben die Gefühle für die Welt, es werden Strategien entwickelt, um sich gegen sämtliche Belastungen zu wappnen, um sich immun zu fühlen (Benner & Wrubel, 1997). Dabei kann es laut Benner und Wrubel (1997) sehr hilfreich sein, mit seinen KollegInnen die eigene Belastung, die Angst oder den Schrecken zu teilen, um diese Gefühle zu verarbeiten und wieder nach vorne zu schauen.

Die Ressourcen für Coping sind oft nicht klar voneinander abgrenzbar. Bartholdt und Schütz (2010) beschreiben den Einfluss von persönlichen, beruflichen und sozialen Kompetenzen als auch Kontrollüberzeugung, Kohärenzerleben oder Hardiness auf die Stressbewältigung.

6.2 Coping-Strategien

„Coping-Stile“ und „Coping-Strategien“ sind genau genommen zwei unterschiedliche Termini, die häufig synonym verwendet werden und auch in der vorliegenden Arbeit nur an dieser Stelle in ihren Unterschieden erklärt werden. Von „Coping-Stil“ spricht man, wenn eine Person immer wieder die gleiche Strategie anwendet, um unterschiedliche Stressoren zu bewältigen, wohingegen eine Person, die eine „Coping-Strategie“ hat, unterschiedliche Methoden der Bewältigung für unterschiedliche Stressoren anwendet (Dewe, O’Driscoll & Cooper, 2010).

In Anlehnung an das transaktionale Stressmodell von Lazarus (1966) können Coping-Strategien in problembezogenes oder emotionsbezogenes Coping kategorisiert werden (Bartholdt & Schütz, 2010). Welter-Enderlin und Hildenbrand (2012) beschreiben eine Entwicklung vom problemorientierten hin zu einem kontextabhängigen emotionalen oder individuellen Coping. Je nach Situation sind jedoch andere Coping-Strategien wirksam, so

wird problembezogenes Coping eher in kontrollierbaren Situationen und emotionsbezogenes Coping eher in unveränderbaren Situationen als sinnvoll erachtet (Bartholdt & Schütz, 2010). Litzcke und Schuh (2010) empfehlen in kontrollierbaren Stresssituationen eine aktive, in schwer einzuschätzenden Stresssituationen eine passive Einflussnahme auf den Stressor als Bewältigungsstrategie, des Weiteren kann beispielsweise die Beschaffung oder Unterdrückung von Information helfen, die Einstellung zum Stressor zu verändern.

Die stressauslösende Situation beeinflusst somit, welche Bewältigungsstrategie am hilfreichsten ist, und hierbei ist es umso besser, je mehr Strategien man möglichst flexibel anwenden kann (Litzcke & Schuh, 2010). Stress kann man als Individuum auf unterschiedliche Arten begegnen, sei dies kognitiv, handlungsorientiert, körperlich oder emotional. Daraus ergeben sich im Grunde mehrere Kategorien unterschiedlichen Copings, die im Detail wie folgt definiert werden.

6.2.1 Problembezogenes, instrumentelles Coping

Problembezogenes Coping zeichnet sich durch direktes und aktives Handeln aus, es passiert nicht aus einem Automatismus heraus und ist mit einem gewissen Aufwand verbunden (Stäudel & Weber, 1988). Problembezogenes oder auch instrumentelles Coping geschieht über das Einholen von Information oder sozialer Unterstützung und problemorientiertem Handeln (Franke, 2010). Der soziale Rückhalt als Bewältigungsressource kann beispielsweise als verlässliche Bindung, bestätigende Wertschätzung, fürsorgliche Behandlung von Einzelpersonen, einem Kollektiv oder Netzwerk eingeholt werden (Underwood, 2005). Das Betreuungsteam leistet hier als soziales Netz durch die gemeinsame emotionale Herausforderung und das Teilen der sozialen Realität oft gute Arbeit (Gussone & Schiepek, 2000). Ein Beispiel für problemorientiertes Coping wäre ein Betreuungsteam, das sich im Rahmen einer Teambesprechung einen Krisenplan zum Vorgehen bei psychiatrischen Notfällen erarbeitet hat, der im Falle einer Krise zum Einsatz kommt. JedeR Betreuende weiß um seine Rolle im Ablauf dieser Intervention Bescheid und kann aktiv danach handeln, sodass gemeinsam im Sinne des Klienten/der Klientin gehandelt wird. Im Anschluss daran kann die Situation gemeinsam reflektiert werden und schafft somit für alle Beteiligten ein Klima der gemeinsamen problembezogenen und aktiven Bewältigung.

6.2.2 Emotionsbezogenes Coping

Typische Strategien für emotionsbezogenes Coping sind die kognitive Umstrukturierung, ein Sich-innerlich-Distanzieren oder auch die auftauchenden Gefühle auszudrücken (Franke, 2010). Das emotionsbezogene Coping ist häufig defensiver und hilft den Schmerz zu lindern, jedoch nicht immer das Problem zu lösen (Franke, 2010).

Emotionale Vorgänge sind an sich Teil des Bewältigungsprozesses und auch im Anschluss an die Bewältigung ein Indikator für die Effizienz einer Lösungsstrategie (Stäudel & Weber, 1988). Um auf das vorherige Beispiel zurückzukommen, würde die Besprechung im Anschluss an eine Krise einen Rahmen schaffen, in dem ein Auffangbecken für sämtliche aufgetauchte Gefühle möglich ist oder um gemeinsam die Absurdität gewisser Situationen zu besprechen.

6.2.3 Psychohygiene

Die Möglichkeiten, für seine eigene Psychohygiene zu sorgen, sind vermutlich so individuell wie die Personen, die im Sozialbereich arbeiten. Tatsache ist, dass Psychohygiene, so unterschiedlich sie auch sein mag, ein wesentliches Arbeitswerkzeug ist, um einen gesunden Umgang damit zu finden, was die Erbringung der doch sehr persönlichen und einsatzintensiven Dienstleistung für KlientInnen mit sich bringt. Die Methoden sind sehr vielfältig, von einer professionellen bis hin zu sehr individuellen Psychohygiene.

Ein professionelles Tool zur Psychohygiene und ebenso ein wichtiges Mittel zur Qualitätssicherung ist die Supervision. Diese kann in unterschiedlichen Settings (Team-, Einzelsupervision oder kollegiale Supervision/Intervision) erfolgen. Der kollegiale Austausch, wie er im Rahmen von Teambesprechungen oder Interventionen praktiziert wird, ermöglicht es, im Rahmen einer tragfähigen Beziehung Sinnzusammenhängen auf die Spur zu kommen (Benner & Wrubel, 1997). Dies funktioniert deshalb besonders gut, weil man ähnlichen Belastungen ausgesetzt ist und als „Insider“ gut annehmbare Einsichten und Perspektiven beitragen kann. Sendera und Sendera (2013) betonen, dass ein „... guter Teamgeist, Kollegialität und Aussprachemöglichkeit“ (S. 84) wichtige protektive Faktoren in der Arbeit mit Menschen sind.

Supervision wird hier als Sammelbegriffe für sehr unterschiedliche Ansätze herangezogen, die jedoch allesamt mit unterschiedlicher Methodik der Reflexion des Arbeits- und Beziehungsprozesses dienen. Kennzeichen einer Supervision sind eine ressourcenorientierte Grundhaltung in einem fehlerfreundlichen Klima, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Kritik und Entlastung sowie die freiwillige Teilnahme und Orientierung an den SupervisandInnen (Gussone & Schiepek, 2000). Auch Sendera und Sendera (2013) nennen neben der Persönlichkeit, Resilienz, einer guten Ausbildung und Berufserfahrung Supervision und Intervention als Coping-Strategie, um die eigene Reflexionskompetenz zu steigern und die eigenen Wahrnehmungen zu differenzieren.

Je nachdem wie eine Teamsupervision abgehalten wird, ist es meist möglich, die KlientInnen einzeln oder als Gruppe im Sinne einer Fallsupervision zu besprechen oder auch den Fokus

speziell auf das Team und dessen Dynamik, die eventuell auch in Spiegelung der KlientInnendynamik auftaucht, zu betrachten.

6.2.4 Selbstsorge

Unter Selbstsorge als Coping-Strategie kann man die Hinwendung zu seinen eigenen Bedürfnissen verstehen. Die Aufmerksamkeit wird bewusst und aktiv auf das Wohlergehen des Körpers, des Geistes und des emotionalen Befindens gelenkt (Gussone & Schiepek, 2000). Hier sollen die Methoden Eingang finden, die abseits eines professionellen Settings unter Psychohygiene verstanden werden. Obwohl es im Sozialbereich häufig auch verpönt scheint, den Fokus auf sich selbst anstelle auf die KlientInnen im Betreuungssetting zu legen (Gussone & Schiepek, 2000), wird vielseitig betont, wie wichtig die Sorge um sich selbst ist, um gute Betreuungsarbeit leisten zu können. Es geht darum, Bedingungen für sich zu schaffen, die eine Beziehung zu anderen ermöglicht, im Sinne von Gussone und Schiepek (2000) „... indem ich mich mit mir selbst beschäftige, werde ich fähig, [sic] mich mit anderen zu beschäftigen [...] und weil ich gut für mich Sorge, kann ich dem Gemeinwohl dienen“ (S. 127).

Alle Lebensbereiche können dafür herangezogen werden, sei dies durch unterschiedliche körperliche Ertüchtigung, Meditation, Humor etc. Sendera und Sendera (2013) betonen in diesem Zusammenhang auch einen bewussten Umgang mit Gefühlen und Achtsamkeit als Mittel zur Erreichung von Kontrolle und Stabilität und um Verstand und Gefühl wieder in ein ausgewogenes Gleichgewicht zu bringen. Die Selbstsorge ermöglicht es, in einer gesunden Wechselbeziehung mit der Welt zu sein, die für KlientInnen auch eine Vorbildfunktion haben kann.

Unterschieden wird nicht nur in der Art der Coping-Stile, sondern auch zwischen langfristigen und kurzfristigen Maßnahmen der Stressbewältigung. Erstere Maßnahmen sind bei Belastungen empfohlen, die vorhersehbar sind und wenn man die Ursache beseitigen möchte, zweitere werden in akuten Stresssituationen angewendet oder wenn die Ursache unbeeinflussbar bleibt (Litzcke & Schuh, 2010). Als kurzfristige Bewältigungsstrategie schlagen Litzcke und Schuh (2010) beispielsweise die Abreaktion zum Abbau der Stresshormone durch körperliche Aktivität, Ablenkung als gezielte Aktivität zum vorübergehenden Vergessen, Gedanken-Stopp, Zufriedenheitserlebnisse schaffen, positive Selbstinstruktion, Entspannungstechniken oder Entschleunigung vor. Langfristige Bewältigungsreaktionen gehen mit einer Änderung der Gewohnheiten einher und betreffen das Aufgeben der eigenen Opferhaltung, Einstellungs- oder Verhaltensänderungen, Aufbau eines sozial unterstützenden Netzwerkes, verbessertes Zeitmanagement, systematische

Entspannung, Änderung des Lebensstils (Litzcke & Schuh, 2010). Gelassenheit als Konzept aus Gleichmut und Zuversicht ist eine sehr effektive Methode zur kurzfristigen als auch langfristigen Bewältigung, indem man den Mittelweg zwischen Ändern und Akzeptieren der Dinge beschreitet (Litzcke & Schuh, 2010).

Allerdings ist nicht jede Bewältigungsstrategie stressreduzierend, so sind laut Janke, Erdmann und Kallus (1985) Vermeidung oder Bagatellisierung als Bewältigungsstrategie langfristig sogar stresserhöhend. Ob eine Belastung gesundheitliche Probleme verursacht, hängt vom individuellen Coping-Verhalten, im Speziellen von der subjektiven Verarbeitung ab, da laut Lazarus alle Menschen, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß, aber in gleicher Art und Weise von Stress betroffen sind (Brücker, 1994).

6.3 Kritik zu Coping-Strategien

Die Trennung der Coping-Funktionen stellt unter anderem Stäudel (1988) infrage, einerseits weil in den meisten Fällen nicht eindeutig nur emotions- und problemorientiertes Coping angewendet wird und andererseits gerade die Kombination beider Strategien zu erfolgreicher Bewältigung einer Stresssituation führt.

Aktuelle Forschung widerlegt außerdem die These, dass problemorientiertes Coping funktionaler und vielversprechender ist als emotionsbezogenes Coping (Hepp, 2012). Die Forschung beschäftigt sich aktuell mit neueren Coping-Konzepten, die aus der Positiven Psychologie stammen, wie Coping, das auf sozialen Beziehungen (relationship coping) oder auf Freizeitaktivitäten (leisure coping) beruht, sinnstiftendes Coping (meaning-making coping) und initiatives Coping (proactive coping) (Dewe et al., 2010).

Eine klare Trennung der Coping-Strategien ist nicht immer einfach, und es sollte auch in der Wahl der Coping-Strategien keine Wertung geben. Häufig ist es nämlich eine Kombination, oder eine flexible Anwendung unterschiedlicher Strategien, die einer Funktion dient, nämlich die Situation effektiv zu bewältigen. Brücker (1994) zeigte in einer Untersuchung, je defensiver das Coping-Verhalten ist, desto gravierender können die gesundheitlichen Folgen sein.

Außerdem gibt es zahlreiche Faktoren, die Coping beeinflussen. Diese sind beispielsweise soziale Unterstützung oder Persönlichkeitsaspekte und natürlich auch die Effektivität der Coping-Strategien (Dewe et al., 2010). Brücker (1994) führt die Komponente der „sozialen Unterstützung“ und sogar ein drittes Bewertungskriterium in Lazarus' Modell ein, das er die „Tertiäre Bewertung der Copingeffektivität“ (S. 18) nennt und die den situativen Erfolg oder Misserfolg der Bewältigungsbemühungen zeigt. Auch Schröder und Schmitt (1988) betonen, dass die soziale Unterstützung in Form von Informationsgabe, Rückmeldungen zum

Selbstbewertungsprozess und emotionaler Unterstützung sowohl die primäre als auch die sekundäre Bewertung in Lazarus Stressmodell beeinflussen kann.

Fraglich ist auch, ob Coping ein bewusster Prozess ist oder häufig vielleicht auch unbewusst abläuft (Aldwin, 1994). Coping ist laut Jackson und Bosma (1990) außerdem von den sich in der Adoleszenz ausbildenden Persönlichkeitsfaktoren Flexibilität, Offenheit, Unsicherheitstoleranz sowie Ambiguität abhängig.

Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass Alter, Geschlecht und Bildung Einfluss auf das Coping-Verhalten haben könnten. So weist Brücker (1994) darauf hin, diese Variablen, wenn sie auch nur einen geringen Einfluss haben, zumindest als Moderatorvariablen in Untersuchungen miteinzubeziehen.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass jede Art von Coping drei Prinzipien unterliegt, dass es sich permanent verändert, unabhängig von seinem Ergebnis bewertet werden soll und aus all dem besteht, was eine Person denkt und unternimmt, um seinen Anforderungen gerecht zu werden (Franke, 2010).

7 Arbeitsbezogene Lebensqualität

Aufgrund der Multidimensionalität des Konstrukts Lebensqualität gibt es Überschneidungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der arbeitsbezogenen Lebensqualität und der Resilienz. So sind beispielsweise die Dimensionen psychisches Wohlbefinden, Verhaltensbeziehungsweise Emotionskontrolle, kognitives Funktionieren, zwischenmenschliche Kontakte, soziale Ressourcen und rollenbezogenes Funktionieren für die gesundheitsbezogene, die arbeitsbezogene Lebensqualität als auch für die Resilienz maßgeblich (Radoschewski, 2000). Der enge Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener und arbeitsbezogener Lebensqualität zeigt sich auch insofern, dass ein gesundheitsrelevanter Faktor der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, der durch das Nachgehen einer Erwerbstätigkeit gesichert wird, ist (Reif, 2012).

Weitere Faktoren, die beide Bereiche beeinflussen, sind psychische und physische Belastungen, Bewältigungsressourcen, Erholungsmöglichkeiten und das Gesundheitsverhalten, wobei berufliche Belastungen unabhängig von persönlichkeitsbezogenen Ressourcen sind (Reif, 2012). Dies soll im Detail für die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Betreuenden betrachtet werden. Eine Überschneidung zur Gesundheit zeigt auch Siegrist (2010) auf, der Arbeit und Gesundheit in Wechselwirkung betrachtet und den Einfluss der beruflichen Entwicklung auf die Gesundheit und umgekehrt der Gesundheit auf die berufliche Entfaltung beschreibt. „Die berufliche Ausübung psychotherapeutischer und ähnlicher Tätigkeiten ist mit psychischen Belastungen verbunden, die gravierende Konsequenzen für das Wohlbefinden und die Gesundheit Betroffener haben“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 2).

Ein Betreuungstag ist meist gefüllt mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Arbeiten und Herausforderungen. Gerade der psychosoziale Arbeitsbereich benötigt diesbezüglich eine genauere Betrachtung der psychischen Belastung am Arbeitsplatz. Mit der Novelle des ArbeitnehmerInnenschutzes (Österreichisches Bundesgesetzblatt, 28.12.2012), das seit Anfang des Jahres 2013 in Kraft ist, wurde der Fokus verstärkt auf arbeitsbedingte psychische Belastung gelegt. Im Betreuungsalltag betrifft das die Belastung die beispielsweise durch Freundlichkeitsdruck entsteht oder auch den Umgang mit Krankheiten und Leid. So kann sich, je nachdem, ob man eine ressourcenorientierte oder problemorientierte Herangehensweise an die KlientInnen wählt, dies an sich schon auf die arbeitsbezogene Lebensqualität wirken (Gussone & Schiepek, 2000).

Figley (2002) hat sich intensiv mit den emotionalen Aspekten psychosozialer Arbeit auseinandergesetzt, in seinem Modell jedoch primär die negativen Seiten „Compassion Fatigue“ (Mitleidsmüdigkeit) und „Compassion Stress“ (Mitgefühlsstress) betrachtet. Deshalb wird für die vorliegende Untersuchung das Modell von Hudnall Stamm (2009a)

herangezogen, da es auch „Compassion Satisfaction“ (Mitgefühlzufriedenheit) als die positive Seite des Mitgefühls miteinbezieht. Hudnall Stamm (2009c) betont die Notwendigkeit, die Mitgefühlzufriedenheit in das Modell aufzunehmen, als Folge vieler Studien, die zeigen, dass „Compassion Satisfaction“ häufig „Compassion Fatigue“ verhindern oder ausgleichen kann.

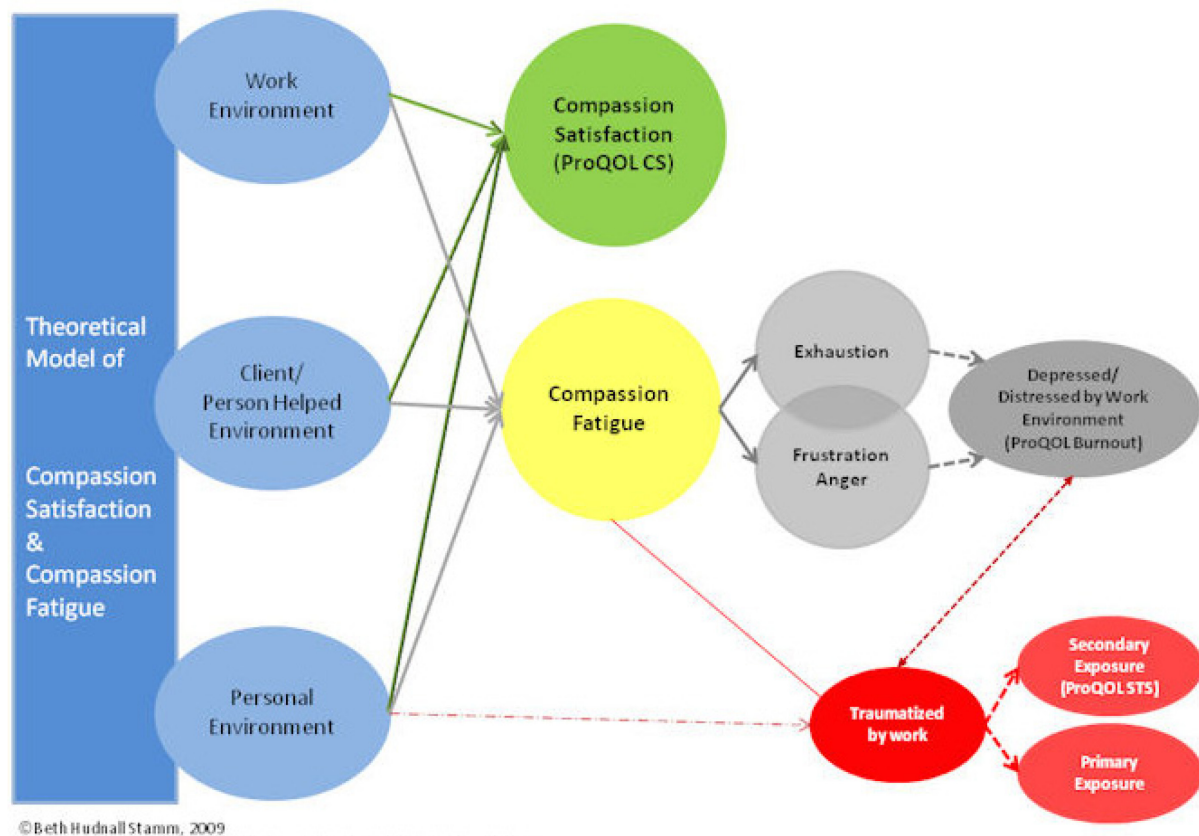


Abbildung 6. Modell der „Professional Quality of Life“ von Hudnall Stamm (2009b, S. 10)

Nach dem Modell von Hudnall Stamm (2009b) sind „Compassion Satisfaction“ und „Compassion Fatigue“ zwei Aspekte der arbeitsbezogenen Lebensqualität (siehe Abbildung 6). Das Arbeitsumfeld, persönliche Aspekte und die der KlientInnen wirken sich demnach auf das Erleben von Mitgefühlzufriedenheit oder Mitleidsmüdigkeit aus. Compassion Fatigue kann einerseits zu Erschöpfung und Burnout und andererseits zu sekundärer Traumatisierung führen (Hudnall Stamm, 2009b).

Im Folgenden werden in Anlehnung an Hudnall Stamm (2009b) die Determinanten Mitgefühlzufriedenheit, Mitgefühlsmüdigkeit, Sekundäre Traumatisierung und Burnout näher betrachtet und in den Kontext der Betreuungsarbeit gestellt.

7.1 Mitgefühlzufriedenheit

Thiemann (1980) verweist auf das Mitgefühl als eine Haltung den KlientInnen gegenüber, um ein aktives und erlebbares Miteinander zu gestalten, das allseitige befriedigende Selbstverwirklichung ermöglicht und im Gegensatz zu einer distanzierten Einstellung steht.

Es ist jene, die den anderen ernst nimmt, ihn gleichsam ans Herz nimmt. Diese Haltung wächst aus der Fähigkeit, den Standpunkt des Gegenübers einnehmen zu können, für es zu werten und mitfühlend Anteil zu nehmen. Sie läßt [sic] zu, sie akzeptiert den anderen so, wie er ist, als einen Ausgeschlossenen, Gestrauchelten, Versager, Gescheiterten, Kranken und vermag auch schon zu „sehen“, wie er eines Tages vielleicht wird sein können. Diese Haltung allein macht es möglich, zum anderen einen unmittelbaren Zugang zu gewinnen, eine auf Gegenseitigkeit beruhende Beziehung aufzubauen, nicht aufdringlich, nicht fordernd, nicht missionierend. Das bloße Gegenwärtigsein allein genügt oft und kann helfen, Hoffnung zu schöpfen; das Herausfindenwollen von Ursachen ist dann völlig fehl am Platz. (Thiemann, 1980, S. 76)

Mitgefühl und Sorge zeigen, dass einem die betreffende Person wichtig ist, das sind primäre Schlüsselqualifikationen in der Betreuung. Vergleichbare Aussagen gibt es aus der Krankenpflege (Benner & Wrubel, 1997), wo die Schwerpunkte auch deutlich auf „... persönlichem Engagement, zwischenmenschlicher Zuwendung und liebevoller Sorge liegen“ (S. 23). Benner und Wrubel (1997) erwähnen auch, dass es neben dem Risiko für Verlust- und Schmerzgefühle in der Sorge um KlientInnen auch Freude und Erfüllung bereitet. Außerdem ist die Zuwendung im Mitgefühl ein essenzielles Werkzeug in der Betreuungsbeziehung und eine wesentliche Quelle, um Anzeichen subtiler Verbesserungen oder Verschlechterungen wahrzunehmen (Benner & Wrubel, 1997).

Laut einer Untersuchung von Költringer, Norden und Tüchler (1984) über die subjektive Lebensqualität von Menschen in verschiedenen Berufsgruppen beziehungsweise verschiedenen Lebenssituationen beschreiben Angestellte im Sozialbereich, dass anderen zu helfen Freude macht und als sinnstiftend erlebt wird. Eine aktuelle Studie von Zeidner und Hadar (2014) zur arbeitsbezogenen Lebensqualität zeigt, dass die Teilhabe am Entwicklungsprozess der KlientInnen Zufriedenheit erzeugt und als bereichernde Erfahrung

auch für das eigene Wohlbefinden erlebt wird. Außerdem replizieren Zeidner et al. (2014) die bereits bekannten Einflüsse von Emotionsregulation, positiven Gefühlen und dem problemorientierten versus emotionsorientierten Coping auf die Mitgefühlszufriedenheit. In einer Studie zum Thema Burnout und Mitleidsmüdigkeit sowie Mitgefühlszufriedenheit von Rossi et al. (2012) zeigte sich, dass die Belastungen jedoch im Laufe der Beschäftigung im Sozialbereich steigen und dass Frauen belasteter sind als Männer.

7.2 Mitleidsmüdigkeit

Die Mitleidsmüdigkeit ist ein Teil der allgemeinen psychischen Ermüdung. Psychische Ermüdung tritt beispielsweise durch anspruchsvolle Informationsaufnahme und -verarbeitung auf oder auch durch die unvorhersehbare Notwendigkeit rascher Entscheidungen und Daueraufmerksamkeit, die die Stabilität beeinträchtigt, wodurch vermehrt negative Emotionen auftreten und die Selbstregulation abnimmt (Richter & Hacker, 1998).

Laut Figley (2002) spricht man von Mitleidsmüdigkeit, wenn Empathie und Mitleid innerlich ausgeschaltet werden, was zu Verlust des emotionalen Realitätsbezugs und vermindertem Sinnerleben im Beruf führt. Die Herausforderung, im KlientInnenkontakt ein Arbeitsbündnis herzustellen und aufrecht zu erhalten, das verständnisvoll und tragfähig ist, kann körperlich, geistig und auch emotional sehr ermüdend sein (Hoffmann & Hofmann, 2008). Hoffmann und Hofman (2008) führen als belastend beispielsweise lang andauernde Kontakte, bestimmte KlientInnenreaktionen und die herausfordernde Beziehung zum Klienten an, die zur Ermüdung und bei besonderen Anforderungen an die eigene Persönlichkeit und bei belastenden Rahmenbedingungen bis hin zur Erschöpfung führen.

Ein weiterer Aspekt der Mitleidsmüdigkeit ist das Phänomen der Sättigung. „Sättigung“ bezeichnet hierbei die Ursache für Belastungen am Arbeitsplatz, die gekennzeichnet sind durch eintönige, sich immer wiederholende Abläufe, häufige und anhaltende Stresserlebnisse, Misserfolg und Ärger, wenig Gestaltungsspielraum, schwierige und unscharfe Zielvereinbarungen, mangelnde positive Rückmeldung seitens der KlientInnen und das Gefühl, dieser Situation nicht entkommen zu können (Hoffmann & Hofmann, 2008). Dieses Sättigungsgefühl kann zu innerer Ablehnung, Ermüdung, Ungeduld, Unlust, erhöhter Risikobereitschaft oder auch Vermeidungsverhalten führen und sich zur Verdrossenheit bis hin zur Teilnahmslosigkeit und Überdruß oder gar offener Ablehnung und Gereiztheit steigern (Hoffmann & Hofmann, 2008). Verdrossenheit ist laut Hoffmann und Hofman (2008) eine Vorstufe zum Zusammenbruch oder zur Erkrankung.

Im Betreuungskontakt kommt es durch suizidale oder aggressive und feindselige KlientInnen häufig zu menschlichen Grenzsituationen (Hoffmann & Hofmann, 2008). Für psychisch kranke KlientInnen üblich sind beispielsweise unerwartete Themenwechsel, bedrohliche

Gefühlsausbrüche und affektive Entgleisungen oder auch stereotypes sich perseverativ wiederholende Verhaltensmuster, was zu Hilflosigkeit und Überforderung bei Betreuenden führen kann (Hoffmann & Hofmann, 2008). Eine weitere Herausforderung ist das sogenannte „Containing“, das erfordert, dass man als Betreuender/Betreuende „... die negativen und aushaltbaren Gefühle in sich aufnehmen muss, sie verarbeitet und in verwertbaren Portionen an die KrisenklientInnen zurückführt“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 168).

7.3 Sekundäre Traumatisierung

Um den Begriff der „Sekundären Traumatisierung“ zu operationalisieren, soll vorab kurz die sogenannte „Primäre Traumatisierung“ erklärt werden. Unter (Primärer) Traumatisierung verstehen Sendera und Sendera (2013) einen Zustand, der durch ein ein- oder mehrmalig auftretendes Ereignis ausgelöst wird, das eine „... direkte Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen selbst oder einer anderen Person, verbunden mit Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit“ (S. 3) darstellt. Es gibt auch weiter gefasste Definitionen, die Trauma als „... kurz oder lang andauerndes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde ...“ beschreiben (Sendera & Sendera, 2013, S. 5). Helfende, oder in diesem Fall Betreuende, können je nach Persönlichkeit und bei fehlenden Ressourcen oder mangelnder Information ebenfalls traumatisiert werden (Sendera & Sendera, 2013). Dies kann einerseits zu einem Primären Trauma führen, wenn die Betreuenden selbst direkt betroffen sind, oder aber auch zu einer Sekundären Traumatisierung. Ein Beispiel für eine Primäre Traumatisierung in der Betreuungsarbeit wäre beispielsweise ein besonders überraschender und grausamer Tod eines Klienten während des Nachtdienstes in einer vollbetreuten Wohngemeinschaft.

Von einer Sekundären Traumatisierung spricht man dann, wenn Extrembelastungen und/oder Bedrohungen nicht nur auf die unmittelbar Betroffenen wirken, sondern auch diejenigen erschüttern, die mit den Betroffenen arbeiten (Sendera & Sendera, 2013). Es wird darunter im Detail eine „... pathologische Symptomatik bei Helfer-Personen als typische Reaktion auf die Konfrontation mit traumatisierten Menschen“ verstanden (Sendera & Sendera, 2013, S. 80). Die besondere Herausforderung für Betreuende ist hierbei die affektive Betroffenheit durch die eigenen starken Emotionen und die der Betroffenen (Sendera & Sendera, 2013). Die ständige Konfrontation mit negativen Emotionen und Gedankeninhalten kann die eigene Denk- und Handlungsfähigkeit negativ beeinflussen, die empathische Haltung kann durch die intensive Beziehung zu den KlientInnen über das Mitleiden das Schmerzzentrum im Gehirn anregen (Hoffmann & Hofmann, 2008). Charakteristisch für eine Sekundäre Traumatisierung sind Symptome der Vermeidung,

intrusive Erinnerungen, erhöhte Anspannung und Schreckhaftigkeit sowie emotionale Taubheit und Dissoziation (Sendera & Sendera, 2013). Im Unterschied zu einer Primären Traumatisierung ist Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen mit dem Gefühl des Ausgeliefertseins meist nicht im selben Ausmaß vorhanden, die Auslöser sind unterschiedlich und es kommt häufig zu Spontanremissionen (Sendera & Sendera, 2013). In der Betreuungsarbeit kann es beispielsweise zu einer Sekundären Traumatisierung kommen, wenn Betreuende ZeugInnen eines Polizeieinsatzes werden, der im Rahmen einer schwierigen Krisenintervention Gefühle großer Ohnmacht und Hilflosigkeit ausgelöst hat.

7.4 Burnout

Gerade in Kombination mit der Arbeit im Sozialbereich spielen verschiedene Aspekte der Arbeitsbelastung eine Rolle, die auch zur psychischen Beeinträchtigung inklusive Leistungsverlust und Arbeitsunfähigkeit, genannt Burnout, führen (Schuster, Haun & Hiller, 2011). Freudenberger (1980) war einer der Ersten, der sich dem Thema Burnout intensiv gewidmet hat und im Sozialbereich den Kampf an drei Fronten ursächlich mit der Entstehung von Burnout in Verbindung bringt. Dies sind einerseits die gesellschaftlichen Missstände, die sich in der Arbeit im Sozialbereich manifestieren, die Probleme der Individuen, die betreut werden, und letztlich die ureigenen persönlichen Bedürfnisse (Freudenberger, 1980).

Auch Gurtner, König, Schwarze, Hoffmann und Richter (2012) gehen davon aus, dass die große Belastung im Spannungsfeld zwischen den jeweiligen Unterstützungsbedürfnissen der KlientInnen und dem von außen stetig steigenden Anspruch qualitätssichernder Stellen zur Erreichung von Zielkriterien entsteht. Als besonders belastend werden Arbeiten mit hoher Verantwortung bei vergleichsweise geringen Entscheidungsspielräumen, Missverhältnisse der Verausgabung am Arbeitsplatz im Verhältnis zur geringen Belohnung (Kaluza, 2004) oder auch Arbeitsunzufriedenheit (Reiners-Kröncke, Röhrig & Specht, 2010) erlebt. Aktuelle Stressforschung stellt folgende These zur Legitimität von Belastungen und Zumutbarkeit von Stressauslösern unter der Bezeichnung „Ich-Bedrohung“ auf: „... ein hoher Arbeitseinsatz im Beruf wird als umso belastender erlebt, je weniger er mit angemessenen ‚Belohnungen‘ verbunden ist“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 137). Litzcke und Schuh (2010) nennen in diesem Zusammenhang den Begriff „Gratifikationskrise“, der eine Imbalance und folglich Unzufriedenheit zwischen beruflicher Anforderung und sozialer Belohnung erklärt.

Auch an dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Arbeit mit nach ICD-10 (WHO, 2010) diagnostizierten psychisch erkrankten Menschen immer wieder gefährliche Situationen im Betreuungssetting mit sich bringt, die Stressreaktionen auslösen (Rösch & Linsenmayr, 2012) und zu Ohnmachtsgefühlen bei Betreuenden führen (Schmidbauer, 2009). Litzcke und Schuh (2010) verwenden hierfür den Begriff „Extremstress“, der durch eine traumatische

Belastung zustande kommt, die durch eine hohe Stressorintensität, die Unvorhersehbarkeit, Plötzlichkeit und Unausweichlichkeit eines Ereignisses gekennzeichnet ist. Dies alles sind Faktoren, die Burnout bei Betreuenden sehr begünstigen.

7.4.1 Begriffserklärung Burnout

„Burnout“ aus dem Englischen übersetzt bedeutet „ausbrennen“. Freudenberger und North (1992) definieren den Begriff Burnout wie folgt: „Burnout ist ein Zustand, der sich langsam, über einen Zeitraum von andauerndem Streß [sic] und Energieeinsatz entwickelt.“ (S. 26).

Burn-out ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder von außen – durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertesysteme oder die Gesellschaft – kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burn-out ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermäßigem Streß [sic], und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt (Freudenberger & North, 1992, S. 27).

Litzcke und Schuh (2010) definieren Burnout auch als „... Erschöpfung durch chronischen emotionalen Stress“ (S. 158). Gussone und Schiepek (2000) definieren Burnout sehr umfassend als Reaktivität auf Arbeitsbedingungen, als Prozess, Antwort, Zustand, Syndrom oder als defensives Coping.

In der ICD-10 gibt es keine eigene Diagnose Burnout, am ehesten einzuordnen ist sie laut Litzcke und Schuh (2010) unter der Diagnose „berufs- und arbeitsbezogene Neurasthenie“ oder allgemein unter „Anpassungsstörung“ beziehungsweise als „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“. Die Diagnostik des Burnout-Syndroms ist ein viel diskutiertes Thema, vor allem angesichts der Klassifikationssysteme. So ist beispielsweise eine Depression, die im Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom auftritt kein eigenständiges Phänomen. Sie tritt in Folge dauerhafter Erschöpfung auf, deren negative Gefühlslage mit dem Zwang sich zu beweisen und immer weiterzumachen einhergeht und sich im Zusammenhang mit der belastenden Situation, jedoch nicht in Gesellschaft oder in Ruhe zeigt (Freudenberger & North, 1992). Litzcke und Schuh (2010) betonen außerdem die Abgrenzung zu den Begriffen „innere Kündigung“ bei der

ArbeitnehmerInnen bewusst ihre Initiative und Engagement zurücknehmen und dem „Chronischen Erschöpfungssyndrom (CFS)“ als unspezifischer Erschöpfungszustand.

Alle unterschiedlichen Definitionen zusammengefasst kann man Burnout als kontinuierliche Entwicklung einer Fehlanpassung wie folgt definieren:

Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand ‚normaler‘ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung disfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. (Burisch, 2010, S. 19).

7.4.2 Entstehung von Burnout

Burnout ist ein langsamer Prozess, der vor allem an den Wechsellpunkten im Leben auftritt, wobei die ersten Warnsignale wie Stress, Hilflosigkeit und ein Nicht-abschalten-Können häufig übersehen oder übergangen werden (Reiners-Kröncke et al., 2010). Burisch (2014) stellt Vermutungen zum Thema Prävalenz des Burnout-Syndroms an und wirft die Frage auf, ob Burnout tatsächlich häufiger vorkommt oder häufiger thematisiert wird. Mitarbeitende fühlen sich verpflichtet, nehmen zu viel auf sich, und das zu intensiv und über eine zu lange Zeit (Freudenberger, 1980).

Das Risiko, an Burnout zu erkranken, kann durch personen- oder situationsbedingte Faktoren begünstigt werden. Als Risikofaktoren, die in der Person liegen, nennen Litzcke und Schuh (2010) Neurotizismus oder emotionale Instabilität, ein labiles Selbstbild und geringe Selbstachtung. Außerdem können eine geringe Leistungsfähigkeit oder schlechte Ausbildung, ein Ungleichgewicht zwischen Erwartungen und Ansprüchen, das Zurückstellen persönlicher Bedürfnisse und Selbstüberforderungs- und Verausgabetendenzen Prädiktoren sein. Situative Risikofaktoren sind beispielsweise Arbeitsüberlastung, Rollenkonflikte, fehlende soziale Unterstützung, Kontroll- und Informationsmangel, kritische Ereignisse und das Erleben von Hilflosigkeit (Litzcke & Schuh, 2010).

Am gefährlichsten ist eine Kombination aus ungünstigen Personen- und Situationsfaktoren, wobei mit zunehmender Berufserfahrung die Situationsfaktoren einen geringeren Einfluss haben. Aktuelle Forschung zeigt, dass die größten soziodemografischen Risikofaktoren Alter und Beziehungsstatus sind, wobei junge alleinstehende ArbeitnehmerInnen ein höheres Risiko haben, an Burnout zu erkranken (Litzcke & Schuh, 2010). Das Burnout-Syndrom betrifft aber Menschen in unterschiedlichen Berufen und Lebenspositionen (Burisch, 2010).

Allgemein kann man sagen, dass es aus einer Wechselwirkung besonderer Arbeitsanforderungen, vor allem in der Humandienstleistungsarbeit, sowie den Persönlichkeitsmerkmalen und gesamtgesellschaftlicher Situation entsteht (Richter & Hacker, 1998).

Burnout wird nicht nur durch oben genannte Faktoren beeinflusst, sondern es steht auch in einem engen Zusammenhang zu Coping. So kann Burnout als Folge von Überlastung und unzureichendem Coping bei professionellen Helfern auftreten. Gussone und Schiepek (2000) vertreten hier einen alternativen Standpunkt, indem sie soweit gehen, Burnout als „defensive Coping-Strategie“ zu definieren, und zwar in dem Sinne, dass alle Burnout-Symptome eigentlich dazu dienen, das erschütterte innere Gleichgewicht wiederherzustellen. Betreuende gehen ihrem Beruf häufig in Form einer sogenannten „finalen Berufsorientierung“ nach, das heißt, dass sie ihren Beruf nicht des Geldes wegen erfüllen, sondern wegen der Aufgabe und der Inhalte sowie dem Wunsch, anderen beizustehen oder zu helfen (Richter & Hacker, 1998). Burnout beginnt laut Reiners-Kröncke et al. (2010) dort, wo Stress nicht durch aktive Bewältigung begegnet werden kann.

Menschen, die an Burnout erkranken, kennzeichnen großer Ehrgeiz, eine hohe Leistungsbereitschaft und hohe Erwartungen an sich selbst und die Umwelt. Oft sind Familiendynamiken durch die Unterdrückung eigener emotionaler und körperlicher Bedürfnisse förderlich für die Entstehung eines Burnout-Syndroms (Freudenberger & North, 1992). Freudenberger (1980) vermutet, dass es für Burnout anfälliger Persönlichkeitstypen gibt, denjenigen Betreuenden, der den Beruf und sein Engagement als Ersatz für sein eigenes soziales Leben begreift, oder den autoritär-strukturierten Mitarbeitenden, der alles selber machen will, oder die Leitung, die verantwortlich ist und ständig das große Ganze im Auge behalten muss.

Berufe, in denen es eine enge zwischenmenschliche Beziehung gibt und damit einhergehende häufige Konflikte, Frustrationen und Stress, erhöhen das Risiko, an Burnout zu erkranken (Litzcke & Schuh, 2010). Es herrscht dann, wie es Richter und Hacker (1998, S. 151) beschreiben, eine „negative zwischenmenschliche Bilanz“. Allgemein kann man sagen, dass Überlastung, Mangel an Autonomie und Mangel an Belohnung und Anerkennung drei wesentliche Faktoren zur Entstehung von Burnout sind (Litzcke & Schuh, 2010).

Eines der Hauptmerkmale ist „Verleugnung“ als ein Prozess der Reaktionsverweigerung, um sich vor „... unangenehmen Gefühlen, Wahrnehmungen und Erfahrungen zu schützen“ (Freudenberger & North, 1992, S. 27). Die Verleugnung wird auf je nach Persönlichkeit der Individuen unterschiedliche Weisen zur Gewohnheit und führt zu Distanz. Die Problematik sehen Freudenberger und North (1992) darin, dass „... die Verbindung zwischen Wissen und

Spüren fehlt“ (S. 32), dieser Kontaktabbruch zur eigenen Innenwelt fördert die Depersonalisation und die innere Distanz zu äußeren Verbindungen.

Freudenberger und North (1992) identifizieren Stressfaktoren und Stressverstärker im Zusammenhang mit Burnout. Als sogenannte „Stressverstärker“ bezeichnen Freudenberger und North (1992) „... jedes starke Gefühl, das permanent verleugnet oder vernachlässigt wird ...“ (S. 35), wie beispielsweise Schuldgefühle, Wut, Aggressionen oder ein niedriges Selbstwertgefühl, die durch die Verleugnung den normalen Alltagsstress verstärken.

7.4.3 Burnout-Symptome

Burisch (2010) fasst das Burnout-Syndrom aus sieben Kategorien von Symptomen zusammen. Nicht einheitlich festgelegt ist hierbei jedoch die Ausprägung der Symptome (Gussone & Schiepek, 2000). Er nennt hierbei Symptome der Anfangsphase (erhöhter Einsatz und Erschöpfung), reduziertes Engagement (Widerwillen, Desillusionierung, Verständnislosigkeit, Zynismus), emotionale Reaktionen (Depressionen, Schwäche, Ruhelosigkeit, Aggressionen), Abbau (kognitive Leistungsfähigkeit, Motivation, Kreativität), Verflachung (Emotionslosigkeit, Rückzug, Desinteresse), psychosomatische Reaktionen und schließlich Verzweiflung (Burisch, 2010).

Auch Freudenberger und North (1992) beschreiben, dass die Stressoren und Stressverstärker das Immunsystem angreifen und somit die Abwehrkräfte schwächen. Typische somatische Folgen davon sind Kopfschmerzen, Magen-/Darmprobleme, Schlafprobleme, Hauterkrankungen bis hin zu Herzkrankheiten.

7.4.4 Ausgebrannte Teams

Burnout betrifft nicht nur einzelne Mitarbeitende, auch ganze Teams können ausbrennen, weil sie sich aufgeopfert haben. Die Teamdynamik lässt dabei häufig die Symptomatik übersehen und leistet einer Entwicklung des Burnouts damit weiter Vorschub. Ein sogenanntes „ausgebranntes Team“ beschreibt Fengler (2011) anhand von 14 Merkmalen in vier Dimensionen:

Bei der *Teamerschöpfung* kommt es zu einem Gefühl chronischer Überforderung, Kraftlosigkeit und Entschlusslosigkeit. Die *tatsächliche Leistungsminderung* zeigt sich in Leistungseinbußen, Konsens ohne Folgen und kollektiver Selbstentwertung. Bei der *Entfremdung* herrscht im Team eine sarkastische Stimmung vor, es kommt zu Beschuldigungen, und Ressourcen werden demontiert. Der *Kohäsionsverlust* äußert sich in schnell reizbaren Binnenkontakten, Polarisierungen oder Teamspaltungstendenzen, der Feindseligkeit und Reflexionsverweigerung.

Es gibt nicht nur für Einzelpersonen, sondern auch in Teams in ihren jeweiligen Arbeitskontexten viele Risikofaktoren, die ein Team-Burnout begünstigen, seien dies die Personen selbst, die Zielgruppe oder Tätigkeit, der man sich widmet, gruppendynamische Prozesse im Team oder systemischer Art in Organisationen. Die Herausforderung im Betreuungsbereich, die sicherlich häufig dazu beiträgt, dass ganze Teams ausbrennen, ist der oft schwierige und stark dynamische KlientInnenkontakt, der sich auch auf das Team übertragen oder darin spiegeln kann. Es werden oft übergroße Anforderungen an persönliche oder die Kraft- und Energiereserven des Teams gestellt.

Die Rollen im Team, der Konsens über eine gemeinsame Betreuungsarbeit an den jeweiligen Entwicklungsbegleitungen der KlientInnen nach einem bestimmten Konzept erfordern zahlreiche Entscheidungen, Verantwortungsübernahmen und ein Aufeinander-vertrauen-Können. Das Containment in der Betreuungsarbeit, die Dauersensibilität für Gedanken und Gefühle sowie der Umgang mit sich ständig wechselnden Umständen und Herausforderungen bringen so manche Teams an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Die Erarbeitung teamspezifischer Schutzmaßnahmen unter begleitender Supervision kann die Wahrscheinlichkeit, als Team auszubrennen, stark verringern.

7.4.5 Burnout-Modelle

Auch wenn Phasenmodelle laut Litzcke und Schuh (2010) aufgrund der Zuordnung der Symptome zu den einzelnen Phasen, deren Anzahl und Reihung stark kritisiert werden, können sie erste Anhaltspunkte für die Burnout-Dynamik liefern. Die Phasenmodelle unterscheiden sich primär in der Anzahl der Phasen, Kategorien oder Stadien, die man im Burnout-Prozess durchlebt.

7.4.5.1 Dreidimensionales Burnout-Modell

Laut Sendera und Sendera (2013) geht Maslach davon aus, dass Burnout mit Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen am Arbeitsplatz einhergeht. Dies führte sie zu drei Subdimensionen. Burnout ist demnach ein Syndrom aus „... emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter Leistungsfähigkeit ...“ (Richter & Hacker, 1998, S. 144). Die emotionale Erschöpfung tritt häufig in einer überfordernden Zusammenarbeit mit anderen Menschen auf, insbesondere dann, wenn ein großes Ungleichgewicht zwischen Geben und Nehmen der emotionalen Zuwendung, wie es häufig im KlientInnenkontakt vorkommt, wahrgenommen wird. Als Folge können sich Betreuende schwach, hilflos, unglücklich und ängstlich fühlen. Die reduzierte Leistungsfähigkeit wird laut Richter und Hacker (1998) auf körperlicher, geistiger und emotionaler Ebene wahrgenommen. Die

Depersonalisation erkennt man an der Unfähigkeit, mit sich und anderen weiterhin in Beziehung zu treten, was nicht selten in Zynismus endet (Richter & Hacker, 1998).

7.4.5.2 Fünf-Phasenmodell

Das Phasenmodell von Sendera und Sendera (2013) umfasst fünf Phasen, die eine Person auf dem Weg zum Burnout durchlebt:

Phase 1: Die Person ist engagiert und begeistert, arbeitet mit hohem Anspruch und Perfektionismus mehr, als sie müsste, und vernachlässigt dabei nach und nach eigene Bedürfnisse. Folglich auftretende leichte Erschöpfung wird ignoriert.

Phase 2: Bei steigendem Arbeitspensum lässt die Begeisterung nach, es kommen Gefühle von Kontrollverlust und Ängste auf.

Phase 3: Die Arbeit wird im Sinne von Dienst nach Vorschrift gemacht, weil sie keine Freude mehr bereitet, die Stimmung ist negativ von gereizt bis aggressiv, und es kommt zu Fehleranfälligkeiten.

Phase 4: Die Erschöpfung rückt mehr und mehr in den Mittelpunkt, während der soziale Rückzug voranschreitet.

Phase 5: Die Person ist hoffnungslos, isoliert und verzweifelt, wirkt depressiv und ist häufig auch suizidal eingeengt. Das Vollbild des Burnouts ist erreicht.

7.4.5.3 Zwölf Stadien des Burnout-Zyklus

Eines der umfassendsten Modelle haben Freudenberger und North (1992) in Form eines zyklisch ablaufenden Prozesses beschrieben. Ein sogenannter Burnout-Zyklus gliedert sich in zwölf Stadien. Diese sind nicht klar voneinander abgrenzbar, treten teilweise gleichzeitig auf oder gehen ineinander über. Auch ein Wechsel zwischen den Stadien kann vorkommen. Wie die Stadien durchlaufen werden, ist abhängig von Persönlichkeit, Vorerfahrungen und Stressverarbeitung.

Abbildung 7 zeigt die zwölf Stadien des Burnout-Zyklus nach Freudenberger und North (1992). Die Stadien werden im Detail mit den jeweils für sie charakteristischen Emotionen beschrieben.

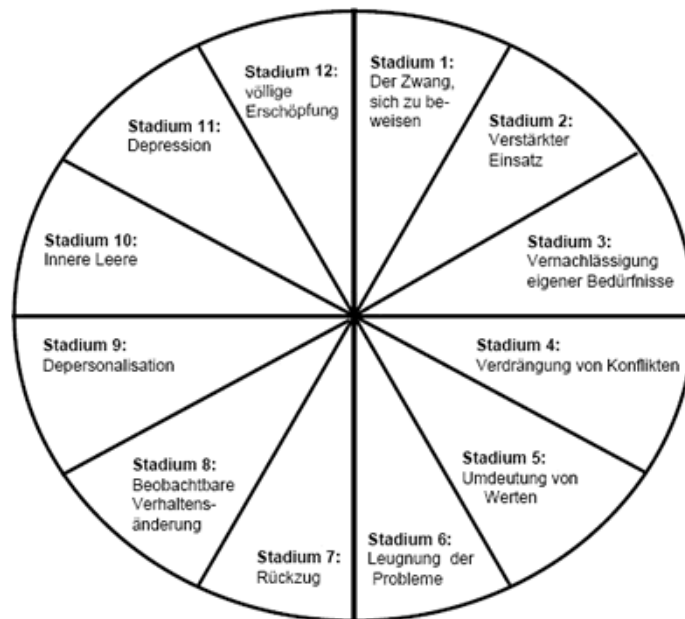


Abbildung 7. Zwölf Stadien des Burnout-Zyklus nach Freudenberger und North (1992)

1. **Der Zwang, sich zu beweisen:** Dieses Stadium ist oft schwer zu erkennen und vor allem dadurch gekennzeichnet, dass der Wunsch, sich zu beweisen, zu einem Zwang wird, der in der persönlichen Selbsteinschätzung einhergehend mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, Erwartungen und Werten wurzelt.
2. **Verstärkter Einsatz:** Aus Angst vor Kontrollverlust steigert sich der Leistungszwang zu einem erhöhten Einsatz, unermesslicher Dringlichkeit, Verantwortung kann nicht abgegeben und Arbeit nicht mehr delegiert werden.
3. **Subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse:** In diesem Stadium kommt es zu reduzierter Aufmerksamkeit für sich selbst und den persönlichen Bedürfnissen. Vergesslichkeit, Humorlosigkeit, Vermeiden von Sozialkontakten und Selbstvernachlässigung sind typische Kennzeichen für dieses Stadium.
4. **Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen:** Innere Konflikte und Unausgeglichenheit im Empfinden und Verhalten fallen langsam auf. Außerdem kommt es zu Gedankenkreisen, Schlaf-, Bewegungs-, Energiemangel. Es kommt zu Schwankungen zwischen dem Leistungszwang und chronischer Müdigkeit mit der Gefahr körperlichen Zusammenbruchs. Bedürfnisse werden unterdrückt und Konflikte weggeschoben.

5. **Umdeutung von Werten:** Unterscheidung zwischen Wichtigem und Unwichtigem ist nicht mehr möglich. Der Zeitbegriff geht verloren, es braucht starke Bemühungen, alles unter Kontrolle zu halten, und alles Angenehme verschwindet gänzlich aus dem Blickfeld. Verwirrung oder Desorientierung sind vorherrschende Gefühle.
6. **Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme:** Durch die starke Verleugnung wird der Burnout-Prozess verschleiert. Die Vernachlässigung von sich selbst und seinem Umfeld nimmt weiter zu, es kommt zu extremer Intoleranz, Energie- und Interessenslosigkeit.
7. **Rückzug:** Besonders auffallend in diesem Stadium des Rückzugs ist das Gefühl von Orientierungs- und Hoffnungslosigkeit sowie einer emotionalen Abflachung. Enttäuschung, Zorn, Wut und der Wunsch nach einem Ausstieg werden vorrangig.
8. **Beobachtbare Verhaltensänderung:** Mittlerweile werden Kontakte ganz gemieden, es herrscht geringe Kritikfähigkeit. Desillusionierung und Distanz führt schließlich häufig zu unterschiedlichen Selbstmedikationen sowie vermehrt Alkohol-, Nikotin- oder Drogengebrauch.
9. **Depersonalisation/Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit:** Das Gefühl, nicht mehr man selbst zu sein, herrscht vor. Extremer Rückzug und Abwesenheit von Logik und Verstand treten ein. Gedanken an die Zukunft sind nicht mehr möglich, und Halt sowie Sinn gehen verloren.
10. **Innere Leere:** Es wird versucht, das Gefühl der Leere mit Übermäßigkeit beispielsweise durch Essen oder sexueller Aktivität zu kompensieren. Es kann zu exzessivem Verhalten oder auch starken Ängsten kommen.
11. **Depression:** Große Verzweiflung und Erschöpfung bis hin zu Selbstmordgedanken kennzeichnen das Stadium der Depression. Trost und Hilfe können häufig nicht angenommen werden, und die Situation kann sich gefährlich zuspitzen.
12. **Völlige Burnout-Erschöpfung:** Am Höhepunkt des Burnout-Zyklus gibt es kein Ich mehr. Die geistige und körperliche Erschöpfung sind absolut lebensgefährlich.

7.4.5.4 Individuumzentrierter Ansatz

Burnout wird im individuumzentrierten Ansatz im Zusammenhang mit Persönlichkeit und Rollenkonflikten betrachtet. Es gibt auch zahlreiche Studien die zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, an Burnout zu erkranken, an der Persönlichkeitsstruktur der Personen liegt.

Zu nennen sind hier die (Über-)Engagierten, Betreuende mit einem labilen Selbstwertgefühl und die sogenannten „hilflosen HelferInnen“ (Schmidbauer, 2009). Engagierte und pflichtbewusste Betreuende arbeiten vermutlich aufgrund von Defiziten im persönlichen Umfeld zu viel, zu lange und zu intensiv (Gussone & Schiepek, 2000). Personen mit einem labilen Selbstwertgefühl versuchen über die Hilfeleistung für andere ihren Selbstwert zu stärken, während die sogenannten „hilflosen HelferInnen“ eine unangreifbare Fassade wahren, hinter der sie eigene Bedürfnisse und Gefühle verstecken und mit dieser Überkompensation den eigenen Narzissmus nähren (Gussone & Schiepek, 2000). Zum Burnout kommt es dann, je nach Persönlichkeitstyp, wenn die Anerkennung von außen ausbleibt, über die Arbeit der Selbstwert nicht mehr gefunden wird oder die KlientInnen unabhängig werden.

Gussone und Schiepek (2000) fassen dies zusammen und nennen hier besonders die Rollen, die im Betreuungsalltag eingenommen werden, als Ursache. Der *Inter-Sender-Rollenkonflikt* beschreibt die Divergenz der AuftraggeberInnen, dies zeigt sich in den sogenannten Multi-Helfer-Systemen vor allem dann, wenn beispielsweise KlientInnen, Familienangehörige, SachwalterInnen, Wohnumfeld und Tagesstrukturen unterschiedliche Interventionen setzen. Der *Intra-Sender-Rollenkonflikt* entsteht in der Ambivalenz zwischen unterschiedlichen Werten oder Zielen und dem zu Betreuenden. Ein weiterer häufiger Konflikt ist der *Person-Rolle-Konflikt*, der in der Diskrepanz zwischen Aufgabe und Ressourcen wurzelt (Gussone & Schiepek, 2000).

7.4.6 Folgen von Burnout

Freudenberger und North (1992) meinen, dass der andauernde Stress und Energieeinsatz langsam, aber stetig auch die Motivation, Einstellung und das Verhalten beeinflusst. Engagierte und aktive Mitarbeitende werden plötzlich zurückhaltend, schweigsam, abgeklärt, unflexibel im Betreuungsalltag oder zynisch, aggressiv und jähzornig. Häufig besteht auch eine große Diskrepanz zwischen Helfen-Wollen und Helfen-Können (Gussone & Schiepek, 2000) sowie im hohen Anspruch an die Betreuung von KlientInnen, die realistischerweise nicht gesunden werden.

Hoffmann und Hofman (2008) beschreiben im Teufelskreis des Ausbrennens, wie körperliche Phänomene, zum Beispiel innere Unruhe oder muskuläre Angespanntheit, und

psychische Phänomene, wie Abgrenzungsprobleme oder Sekundäre Traumatisierung, bis hin zur chronischen Erschöpfung führen. Daraus folgen Abwehrmechanismen, Mitleidsermüdung, Sättigungserleben bis hin zum eigenen sozialen Rückzug und schließlich psychische oder psychosomatische Krankheit (Hoffmann & Hofmann, 2008).

Burnout kommt in jedem Lebensalter vor und ist häufig auch schambesetzt. Allen Reaktionen auf Stressbelastungen bei Burnout ist gemein, sich noch mehr anzustrengen, sich zusammenzunehmen und Erschöpfungssymptome abzuwehren (Freudenberger & North, 1992).

Untersuchungen zu Burnout in Bezug auf das Geschlecht zeigen interessante Ergebnisse. Burnout bei Frauen ist laut Freudenberger und North (1992) „... eines der häufigsten Syndrome in unserer modernen Gesellschaft“ (S. 12). Vor allem Frauen fallen dem Irrglauben zum Opfer, dass die Verleugnung körperlicher und psychischer Signale auf Stress überwindbar wären. Freudenberger und North (1992) beschreiben das Dilemma folgendermaßen: „Wenn man etwas unbedingt will, vergisst man, [sic] was man braucht“ (S. 22). Gerade Frauen sind in der Arbeitswelt häufig dazu gezwungen, ihre Fähigkeiten und ihr Geschlecht zu rechtfertigen, was dazu führt, dass sie ihre Bedürfnisse, die Erschöpfung und die Unzufriedenheit verleugnen und so der Burnout-Zyklus in Gang kommt. Der anfängliche Idealismus, Ehrgeiz und Optimismus wandelt sich in einen Kampf zwischen dem eigenen Weg und den Erwartungen anderer, führt zu übertriebenem Perfektionismus und geht schließlich verloren. „Frauen gehen idealistischer als Männer an ihr Arbeitsumfeld heran“ (Freudenberger & North, 1992, S. 173).

Auch das Arbeitsumfeld ist entscheidend. Obwohl Burnout in verschiedenen Berufen auftaucht, gibt es eine spezielle Problematik im Sozialbereich. Gussone und Schiepek (2000) sprechen dabei die Beziehungsqualität zwischen KlientInnen und Betreuenden als den wesentlichen Aspekt an, der vielseitigen Prozessen unterliegt und als Arbeitsinstrument unentwegten Einsatz und persönlicher Auseinandersetzung bedarf. Das Wissen um persönliche Grenzen und den eigenen Rhythmus sowie ein klares positives Selbstbild und Selbstständigkeit sind dabei protektive Faktoren (Freudenberger & North, 1992).

8 Resilienz

Resilienz ist ein Begriff, der erst in den letzten Jahren immer mehr in die unterschiedlichen Domänen der Psychologie und Sozialforschung vorgedrungen ist und je nach Arbeitskontext unterschiedliche Aspekte betont. Resilienz taucht meist im Zusammenhang mit Kindern oder Traumaforschung auf. Bei der Traumaforschung soll im Sinne der Resilienz erforscht werden, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass ein Mensch ein schwerwiegendes Trauma ohne gravierende körperliche und psychische Folgen verarbeiten kann (Freyberg, 2011). Der Begriff Resilienz im Zusammenhang mit Kindern beschäftigt sich unter pädagogischen Gesichtspunkten damit, wie man Resilienz bei Kindern und Jugendlichen fördern kann. Emmy Werner (2012) war mitverantwortlich für die Prägung und Verbreitung des Begriffs der Resilienz, womit sie einen weiteren Aspekt vom Umgang mit Belastungen im Zusammenhang mit Gesundheit, jedoch ursprünglich über ihre Forschungsarbeit bei Kindern, beschreibt. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der Umsetzbarkeit der Erkenntnisse der Resilienz ins Erwachsenenalter und hier insbesondere auf Resilienz im Arbeitskontext.

Resilienz ist vermutlich ein wesentlicher Indikator, um der Arbeit im Sozialbereich nachzukommen, ohne dabei selbst zu erkranken. Die Frage ist, ob Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal bereits in der Kindheit verankert wird, oder ob sie im Sinne eines dynamischen Prozesses nicht auch zu einem späteren Zeitpunkt im Leben nachgenährt beziehungsweise ausgebaut werden kann. In der Betreuung kommt es neben allgemeinen Belastungen in der Arbeit mit psychisch Erkrankten zusätzlich noch zu Gewalterfahrungen, Drohungen, Suiziden etc., denen ein hohes Ausmaß an Widerstandsfähigkeit gegenüberstehen sollte. Hemkendreis und Prattke (2012) betonen in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit, Mitarbeitende in diesem Bereich mit Basis- und Schlüsselkompetenzen auszustatten sowie auf ihre Resilienzfaktoren hinzuweisen. Dies zeigt die enge Verknüpfung der bereits weiter vorne erklärten Konstrukte der gesundheitsbezogenen, der arbeitsbezogenen Lebensqualität und der Stressbewältigung.

In einer aktuellen Untersuchung von Cash und Gardner (2011) zeigte sich, dass die Widerstandsfähigkeit mit positiver Situationsbewertung und effektiverem Coping einhergeht. Dies macht Resilienz zur Bewältigung von Krisen durch spezifische Handlungs- und Orientierungsmuster zu einer wesentlichen Quelle von Gesundheit (Hildenbrand, 2012b). Eine Frage, der in dieser Untersuchung auch nachgegangen werden soll, ist, ob Resilienz an sich ausreicht, eine Arbeitskrise zu bewältigen.

8.1 Begriffsklärung Resilienz

Resilienz ist als multidimensionales Konstrukt zu verstehen, dessen Schwierigkeit einerseits darin besteht, sich von anderen ähnlichen Konstrukten abzugrenzen, und andererseits, ein umfassendes und trotzdem klares Konzept zu beschreiben. Die Definitionen sind, je nach Betrachtung, von Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft oder als dynamischer Prozess sehr unterschiedlich. Gemeinhin wird Resilienz gerne auch als psychosoziales Immunsystem beschrieben, wofür letztlich meist sehr populistische Metaphern, wie das „Stehaufmännchen“, die „Kämpfernatur“ oder „die Blume, die aus dem Asphalt wächst“, herangezogen werden. Levold (2012) widmete sich im Detail den unterschiedlichen Metaphern, die den schwer objektivierbaren Begriff der Resilienz fassen. Je nachdem, welcher Ansatz oder Hintergrund herangezogen wird, werden unterschiedliche Bildschemata bevorzugt, die seiner Meinung nach den Blick auf das Leitthema erweitern oder aber auch einengen können.

Die Überschneidung mit ähnlichen Konzepten zeigt sich auch häufig in für Resilienz synonym verwendeten Begriffen wie „... Stressresistenz, psychische Robustheit oder psychische Elastizität“ (Siegrist, 2010, S. 31). Resilienz ist per Definition die „... psychische Widerstandsfähigkeit angesichts ausgeprägter Belastungen und Risiken ...“ (Schumacher & Brähler, 2004, S. 22). Es ist eine flexible Widerstandsfähigkeit, die das Gegenstück zur Vulnerabilität, der Verletzbarkeit, gegenüber unterschiedlichen sogenannten Risikofaktoren darstellt (Schumacher & Brähler, 2004). Unter Resilienz wird auch die Fähigkeit des Zurückgreifens und Nutzens persönlicher und sozial vermittelter Ressourcen in Krisenzeiten oder schwierigen Situationen verstanden (Welter-Enderlin, 2012).

8.2 Entwicklung von Resilienz

Ausgehend von den zahlreichen Forschungsarbeiten zu Resilienz bei Kindern sollen an dieser Stelle die bedeutendsten Entwicklungsschritte der Resilienz zusammengefasst werden. Laut Ungar (2011) gibt es für die Entwicklung zwei Ansätze, dies ist einerseits ein dualer Ansatz als Entwicklung im Wechselspiel zwischen physischer und sozialer Umwelt und andererseits ein individualisierter Ansatz, der allein die Anpassungsleistung des Individuums in den Vordergrund stellt.

Um die Brücke zu Resilienzentwicklung und -förderung bei Erwachsenen zu schlagen, kann Wieland (2011) herangezogen werden, der in jeder Handlung eine Erweiterung des Entwicklungspotenzials für neue Kompetenzen und Bewältigungsmöglichkeiten sieht. Im Sinne eines „lebenslangen Lernens“ bis ins hohe Alter sollte daher eine Resilienzentwicklung und -förderung nicht ausgeschlossen werden. Auch Hildenbrand (2012b) betont, dass die

Entwicklung der Resilienz nicht auf spezifische Lebensphasen beschränkt ist, sondern lebenslang andauert.

8.2.1 Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft

Als Definition von Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal gilt die Fähigkeit eines Menschen, sich erfolgreich Ressourcen aus dem eigenen Umfeld zu erschließen und zu nutzen, um das persönliche Wohlbefinden und ein positives Lebensgefühl zu erhalten (Ungar, 2011). Unter anderen Aspekten definieren später Leppert und Strauß (2013) Resilienz als „... dispositionelle Fähigkeit zur Modulation und Kontrolle der eigenen affektiven Befindlichkeit und zur ausgewogenen und adäquaten Anpassung an Belastungen“ (S.115). Juen, Siller und Nindl (2013) betonen bei der Erklärung der Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft das für die Widerstandsfähigkeit erfolgreiche Zusammenwirken von internen und externen Ressourcen, also sowohl die eigene Kompetenz als auch die einer Gemeinschaft. Temperament, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit sind Eigenschaften, die Resilienz in der Persönlichkeit verankern (Borst, 2012).

Allgemein wird darauf hingewiesen, dass Resilienz jedoch insgesamt stark subjekt- und einzelfallbestimmt ist (Wieland, 2011). Auch das Geschlecht scheint einen moderierenden Einfluss zu haben. Dies zeigt sich in einer aktuellen Untersuchung zur Resilienz in Abhängigkeit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Geschlecht von Richter-Kornweitz (2011), worin Mädchen häufig resilienter sind als Jungen, was sich jedoch im Erwachsenenalter umkehrt.

8.2.2 Resilienz als dynamischer Prozess

Entgegen den Überlegungen, Resilienz als durch unterschiedliche Entwicklungen erworbene Persönlichkeitseigenschaft zu betrachten, soll an dieser Stelle Resilienz als dynamischer Prozess definiert werden. Resilienz ist somit nicht ein Befund über eine Person, sondern der Prozess oder das Ergebnis „... erfolgreicher Anpassung an herausfordernde Umstände“ (Fingerle, 2011, S. 210). Fingerle (2011) fasst somit zusammen, dass Resilienz kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, sondern einer zeitlichen und situativen Variabilität und somit Prozesshaftigkeit unterliegt.

Vereint man Gesundheit und Resilienz als zwei dynamische Prozesse und untersucht diese im Zusammenhang, so zeigt sich, dass resiliente Personen zwar häufig gesundheitliche Probleme aufweisen, diese jedoch anders bewerten. Richter-Kornweitz (2011) schreibt dies dem Phänomen der (Stress-)Anpassung zu. Der Zugang zu Resilienz als Prozess eines

dialektischen Zusammenspiels zwischen Individuum und sozialem Kontext entspricht der aktuellen Sichtweise auf dieses Thema (Hildenbrand, 2012a).

8.3 Resilienzfaktoren

Resilienz und seine Faktoren stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit Stress, Coping und Gesundheit. So ist beispielsweise der Umgang mit Stress, dessen Bewältigung und folglich die Gesundheit einer Person, umso besser, je ausgeprägter das Vertrauen in die Steuerbarkeit von Ereignissen und je höher die Selbstdisziplin ist (Brücker, 1994). Zusammengefasst verweist ein resilientes Verhalten demnach auf die Konfrontation mit einem Ereignis, das es körperlich, mental und/oder emotional zu verarbeiten gilt, indem man selbst die Initiative ergreift und gut für sich sorgt. Hierfür spielen kognitive und intrapsychische Faktoren wie Risiko- und Schutzfaktoren als auch soziale und materielle Ressourcen eine wichtige Rolle (Siegrist, 2010).

Risikofaktoren sind laut Siegrist (2010) Stressoren aus dem psychosozialen Umfeld, die punktuell oder kontinuierlich auf eine Person einwirken, wie beispielsweise unsichere Bindung, gesundheitliche Defizite, geringe kognitive und emotionale Fertigkeiten oder geringe Selbstregulation.

Schutzfaktoren oder **protektive Faktoren** hingegen sind nicht per se das Gegenteil von Risikofaktoren, sondern primär positiv zu wertende Faktoren wie beispielsweise bestimmte Temperamentsmerkmale, soziale Kompetenzen, positives Selbstwertgefühl, emotional sichere Bindungen an eine Bezugsperson und soziale Unterstützung (Siegrist, 2010).

Resilienz wird demnach als eine Ansammlung verschiedener ressourcenorientierter Faktoren betrachtet. Laut Ölsböck (2013) unterstützen beispielsweise die Faktoren Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, Stressbewältigungsfähigkeit und Problemlösefähigkeit die Resilienz einer Person. Die Resilienzforschung versucht sich in einer Zuordnung verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren zu Kategorien. Hierfür gibt es verschiedene Ansätze. In diesem Fall werden die Faktoren in Anlehnung an Rampe (2005) den sieben Säulen der Resilienz zugeordnet.

1. Akzeptanz und Realitätsbezug

Akzeptanz ist ein Grundpfeiler für eine Veränderung, es bedeutet ein ehrliches Annehmen der Realität in Form einer Situation eines Menschen oder Bedingung, wie sie sich darstellt. Eine wesentliche Eigenschaft dafür ist Selbstachtung. Selbstachtung hat nach Freudenberg und North (1992) drei Ebenen: Antizipation, Identifikation und Verständnis. Diese sind protektive Faktoren, um eigene Bedürfnisse zu erkennen, schwierige Situationen zu antizipieren und zu analysieren.

2. Optimistische Grundhaltung

Optimisten werden gemeinhin als aktive Menschen betrachtet, die das Leben und seine Herausforderungen als Möglichkeit annehmen. Optimismus beschreibt „... den festen Glauben daran, dass Krisen zeitlich begrenzt und überwindbar sind“ (Siegrist, 2010, S. 41). Hierfür spielt auch das Selbstkonzept eine wesentliche Rolle. Dies betont auch Reif (2012) mit seiner Aussage: „In einem sehr hohen Ausmaß hängt das psychische Wohlbefinden mit persönlichkeitsbezogenen Ressourcen, insbesondere mit einem instrumentell/maskulinen Selbstkonzept zusammen“ (S. 113).

3. Lösungsorientierung

Wenn man in Problemen einen Bedarf erkennt und sich dahingehend orientiert, was nötig ist, um ein Ziel zu erreichen, hat man den Grundgedanken der Lösungsorientierung bereits erfasst. Auch zum Coping gibt es eine enge Verknüpfung. So hat das Selbstkonzept im Sinne einer subjektiven Einschätzung der eigenen Kompetenz einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten in Bewältigungsprozessen (Stäudel, 1988).

4. Selbstregulation

Im Sinne einer gesunden Selbstregulation geht es häufig darum, eigene Emotionen und Körperreaktionen wahrzunehmen und diese angemessen zu regulieren. Laut Reif (2012) führt eine negative Selbstwerteinschätzung häufig zu psychischen und psychosomatischen Störungen. Der Selbstwert sollte also idealerweise von Vorneherein in einem Individuum verankert sein, denn gerade im Betreuungskontext ist der Umgang mit Feedback von KlientInnen ein selbstwertregulierendes Instrument.

5. Beziehungen und soziale Netzwerke

Hierbei geht es um ein soziales Miteinander, das Geborgenheit und Vertrauen beinhaltet. Laut Siegrist (2010) soll sich das Individuum aktiv ein stabiles soziales Netzwerk aufbauen.

Ein gutes soziales Netzwerk zeichnet sich durch die Verfügbarkeit sozialer Organisationen, das Vorhandensein sozialer Normen und der Möglichkeit, an der Gemeinschaft teilzuhaben, aus. Es braucht die Möglichkeit einer Zugehörigkeit, kollektiv erlebter Selbstwirksamkeit und Vielfalt (Fröhlich-Gildhoff, 2013).

6. Selbstverantwortlichkeit und Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung fassen zusammen, wie ein Individuum die Fähigkeit wahrnimmt, Situationen zu kontrollieren und zu beeinflussen (Ruiz-Bueno, 2005). Sie steht außerdem laut Brücker (1994) in einem engen Zusammenhang mit Coping-Verhalten. Personen mit „externen“ Kontrollüberzeugungen glauben daran, dass ihr eigenes Zutun Situationen nicht wesentlich beeinflusst, wohingegen sich Personen mit „internen“ Kontrollüberzeugungen zuversichtlicher zeigen und daran glauben, die Vorgänge selbst steuern zu können. Die persönliche Kontrollüberzeugung hat demnach beim sekundären Bewertungsprozess des Copings einen wesentlichen Einfluss und wird umgekehrt auch von vorangegangener Stressbewältigung beeinflusst (Brücker, 1994). Reif (2012) stellt hier den Zusammenhang zwischen Resilienzfaktoren und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität her: „Persönlichkeitsbezogene Ressourcen (Selbstkonzept und Kontrollüberzeugungen) erweisen sich als sehr relevante Prädiktor [sic] für die gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (S. 115).

7. Gestaltung der Zukunft

Ungar (2011) beschreibt die vielfältigen Manifestationen der Resilienz und ebenso vielfältige Wege zu einer zufriedenen Lebensgestaltung. Hierfür benötigt es die Bereitstellung und flexible Nutzung von unterschiedlichen Ressourcen. Dies beinhaltet beispielsweise die Kalkulation unerwarteter Wendungen, Klarheit über den Sinn und persönliche Werte. Durch ein flexibles und umsichtiges Vorbereiten auf die Wechselfälle des Lebens kann sich das Individuum aktiv vor Rückschlägen schützen (Siegrist, 2010).

8.4 Abgrenzung zu ähnlichen Konstrukten

Resilienz steht in enger Beziehung zu vielen Konstrukten, wie zum Beispiel Salutogenese, Coping, Hardiness (Widerstandsfähigkeit), Selbstwirksamkeit, Selbstregulation oder Autopoiesis (Selbsterhaltung). Gemeinsamkeiten sind schnell gefunden, so betonen die meisten Konstrukte eine Ressourcenperspektive und fassen Gesundheit als multidimensional auf (Richter-Kornweitz, 2011).

Eine Abgrenzung ist häufig schwierig. Hildenbrand (2012a) grenzt Resilienz hinsichtlich anderer Konzepte durch vier Charakteristika ab, hierbei beschreibt er Resilienz als kontextbezogene Kategorie, relational im Sinne der Wichtigkeit, andere Symptome nicht außer Acht zu lassen, die Einbettung in einen sozialen und kulturellen Kontext und das Missverständnis, dass Resilienz nicht primär lösungs- und erfolgsorientiert ist. Borst (2012) hat sich erfolgreich in der Abgrenzung der Konstrukte bewiesen und stellt beispielsweise Coping als Bewältigung und demgegenüber Resilienz als Transformation dar. In der Abgrenzung zur Salutogenese verweist sie auf die Verhältnismäßigkeit der Salutogenese zu Pathogenese analog der Resilienz zu Vulnerabilität (Verletzlichkeit) (Borst, 2012).

Die am engsten mit Resilienz in Verbindung stehenden Modelle werden hier kurz umrissen und abgegrenzt.

8.4.1 Widerstandsfähigkeit/Hardiness

Suzanne Kobasa formulierte mit der Persönlichkeitseigenschaft „Hardiness“ (zu deutsch Widerstandsfähigkeit) ein ähnliches Konstrukt. Belastende Lebensereignisse stellen in diesem Konstrukt eine unvermeidliche Herausforderung dar, die letztlich eine Chance zu Entwicklung und Wachstum bringen (Ford-Gilboe & Cohen, 2005). Ähnlich wie Antonovsky gliedert sie diese Eigenschaft in drei Komponenten: *Kontrolle als Überzeugung*, die Ereignisse beeinflussen zu können, *Herausforderung* als reizvolle Fähigkeit eine Veränderung herbeizuführen und *Zielbindung* als Fähigkeit, in die Aktivitäten des Lebens eingebunden zu sein (Sack & Lamprecht, 1998). Zu kritisieren ist bei Kobasas Konstrukt beispielsweise die Anzahl der Komponenten und die Frage der Veränderung der Widerstandsfähigkeit (Ford-Gilboe & Cohen, 2005).

8.4.2 Empowerment

Dieser Begriff hat sich erst in den letzten Jahren mehr und mehr im Sozialbereich etabliert. Einerseits geht es darum, die KlientInnen im Sinne der Selbstermächtigung und Selbstbestimmung zu fördern, und andererseits kann es im Zuge dieser Arbeit auch als Ressource für das Betreuungspersonal betrachtet werden. So nennen Gussone und Schiepek (2000), dass auch psychosozial arbeitende Menschen das Recht darauf haben sollten, „... autonom über sich selbst zu verfügen, Rechte und Pflichten zu beanspruchen und zugleich *auch* bedürftig sein zu dürfen“ (S. 31). Hierbei geht es im Sinne einer Prävention und Ressource um die Entwicklung und Förderung vom Handlungsspielraum der Betreuenden (Gussone & Schiepek, 2000).

8.4.3 Theorie der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung

Resilienz steht in enger Beziehung zu den Faktoren der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung insofern, dass sie diese Faktoren inhaltlich einschließt. Bei der Theorie der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung bestimmt das Individuum mit seiner Ich-Identität aktiv über das Ausmaß der Kontrollüberzeugung. Dies ist ein hauptsächlicher Aspekt der genannten Theorie, der sich insofern von Resilienz unterscheidet, dass Resilienz als eine Art Metakompetenz gesehen werden kann, die noch weitere Faktoren miteinbezieht (Wieland, 2011). Die Annahme der Selbstwirksamkeitstheorie ist, dass lediglich die Erwartung einer Bekräftigung oder soziale Verstärkung von außen und die eigene Überzeugung, Schwierigkeiten bewältigen zu können, dazu führt, ein Ziel zu erreichen (Berger, 2004).

Der Schwierigkeitsgrad der Herausforderung, der Allgemeinheitsgrad als Mengenmaß unterschiedlicher Situationen und die Gewissheit über die eigene Kompetenz sind die drei Faktoren, die die Stärke der Selbstwirksamkeit bestimmen (Berger, 2004). Selbstwirksamkeit steht außerdem in einem engen Zusammenhang mit Stress und dessen Bewältigung, insofern dass wenn man überzeugt ist, die Kontrolle über den Stressor zu haben, keine negativen Erregungszustände auftauchen und der Stress erfolgreich bewältigt werden kann (Siela & Wieseke, 2005).

8.5 Teamresilienz

Das Team einer Betreuungseinrichtung trägt eine große Verantwortung und muss sich jeden Tag mit den Schutz- und Risikofaktoren der KlientInnen und in Folge auch mit den eigenen auseinandersetzen. Die Betreuungstätigkeit mit seinen unmittelbaren und hohen Ansprüchen ist an vielen Tagen ohne ein gutes Team kaum zu bewältigen. Die Arbeit in und mit einem resilienten Team ist somit durch besondere Widerstandsfähigkeit geprägt. Gleichzeitig will jedeR Einzelne im Team seinen Job richtig gut machen, zufrieden sein, und gut miteinander auskommen (Steinebach, Gharabaghi & Steinebach, 2013). Außerdem sind laut Steinebach et al. (2013) Teams „... für ihre Mitglieder ein wichtiger Ort, um eine positive Identität zu entwickeln und Grundbedürfnisse zu befriedigen“ (S. 184). Was genau bringt Menschen dazu, psychosozialer Arbeit nachzugehen? Steinebach et al. (2013) sprechen hier einerseits von Menschen, die sich gerne „... besondere Herausforderungen wählen ...“ (S. 184) und sich andererseits hierfür besondere Fähigkeiten angeeignet haben.

Um gemeinsame Arbeits- und Entwicklungsziele zu erreichen, ist eine gute Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren nötig (Steinebach et al., 2013).

Der Begriff der Teamresilienz verweist auf den Beitrag des Teams zur Bewältigung der Herausforderungen, vor denen das Team als Ganzes steht. Teamresilienz sichert eine gelungene Bewältigung dieser Aufgaben und eröffnet positive Entwicklungen der Mitglieder wie auch der Gruppe als Ganzes verlässliche Perspektiven. Aus einer systemökologischen Sicht bietet Teamresilienz den Rahmen für die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Teammitglieder. (Steinebach et al., 2013, S. 185)

8.5.1 Merkmale resilienter Teams

Natürlich spielen die einzelnen Teammitglieder mit ihrer Motivation und Ausdauer eine entscheidende Rolle, aber es geht auch darum, welche Merkmale das Team als Gesamtes auszeichnet. Außerdem ist das resiliente Team ein Spiegel der eigenen Erfolge, es schafft ein Klima der Zugehörigkeit, genügend Freiräume und Selbstentwicklung (Steinebach et al., 2013). Wichtige Gruppenmerkmale sind laut Steinebach et al. (2013) folgende: Zuversicht, eine Aufgabe gemeinsam zu lösen. Die Begeisterung für die tägliche Arbeit. Optimismus und Glaube an die Fähigkeit der Gruppe. Widerstandsfähigkeit und gute Führung. Des Weiteren gegenseitiger Respekt, Vertrauen, Loyalität und Zusammenhalt in einer gemeinsamen Bestimmung der Gruppe, die mit Hingabe und Opferbereitschaft arbeitet. Wichtig ist außerdem eine verbindende Gruppengeschichte und das Bewusstsein, als Gruppe Ziele zu erreichen.

Die menschlichen Grundbedürfnisse *Zugehörigkeit*, *Kompetenzerleben* und *Unabhängigkeit* werden mit dem vierten Eckpfeiler, der *Großzügigkeit*, zum sogenannten „Circle of Courage“ (Steinebach et al., 2013). Der „Circle of Courage“ stellt mit seinen Bedürfnissen eine Basis für die Resilienzförderung von Teams bereit, die sich auf Gesundheit und Wohlbefinden in der Arbeit positiv auswirkt (Steinebach et al., 2013). Wichtig bei der Förderung von Teamresilienz ist eine optimale Entwicklung durch Kohäsion, persönlicher Verantwortung und Flexibilität im Rahmen einer vertrauensvollen, offenen Kommunikation.

8.6 Resilienzmodelle

Sogenannte Rahmenmodelle für Resilienz gehen meist von einem oder mehreren risikoe erhöhenden und einem oder mehreren risikomindernden Faktoren aus, die in einem entwicklungsorientierten Prozess dargestellt werden (Siegrist, 2010). Das klassische Rahmenmodell von Wustmann (2004) zeigt einen Resilienzprozess, der durch vier Prädiktoren bestimmt ist. Der Stressor aktiviert den Prozess des Wechselspiels zwischen umweltbezogenen Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren und den personenspezifischen

Resilienzfaktoren, das zu einer effektiven oder aber im ungünstigen Fall zu einer dysfunktionalen Anpassung führt. Das klassische Rahmenmodell gilt trotz seines Umfangs und der guten Beschreibung des Wechselspiels zwischen Umwelt und Person einerseits jedoch als zu wenig weit gefasst, die aktive Rolle des Individuums wird zu wenig betont, und andererseits gibt es Änderungsvorschläge des linearen hin zu einem kreisförmigen Prozessverlauf des Modells (Siegrist, 2010).

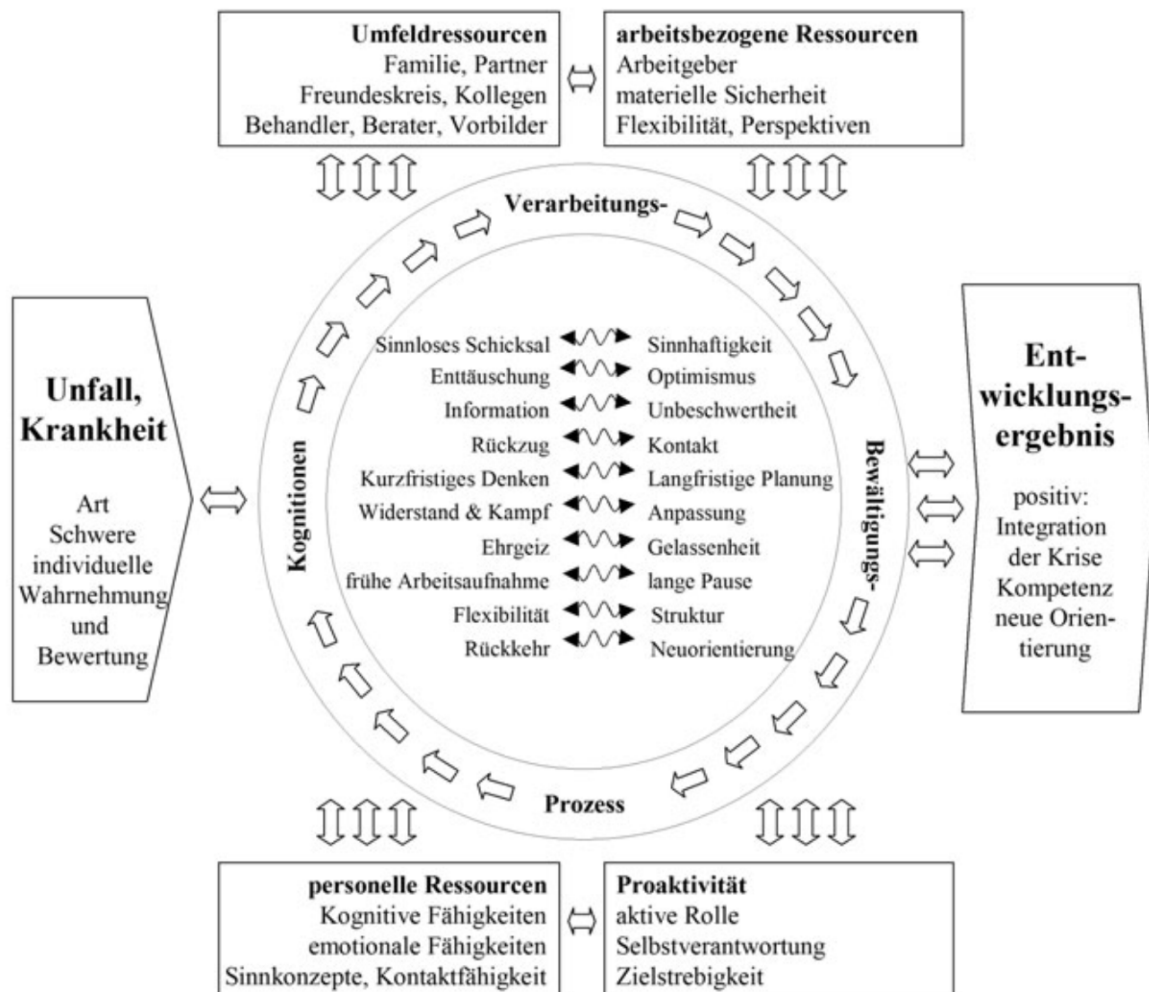


Abbildung 8. Resilienzmodell nach Siegrist (2010, S. 121)

In dem daraufhin von Siegrist (2010) erweiterten Rahmenmodell (siehe Abbildung 8) sind deshalb im Zentrum die dialektischen Verarbeitungsprozesse dargestellt, die von dem kreisförmigen Prozess der Bewältigung umgeben sind, auf den sowohl proaktive, personelle als auch Umwelt- und Arbeitsressourcen einwirken. Unfall und Krankheit werden in diesem Fall synonym für Stressor verwendet.

8.6.1 Kompensationsmodell

Mergenthaler (2012) nennt in einer Übersicht zwei verschiedene Resilienzmodelle, das Kompensationsmodell und das Interaktionsmodell, die den Zusammenhang der für Resilienz maßgeblichen Risiko- und Schutzfaktoren abbilden. Das Kompensationsmodell geht von der Annahme aus, dass sich sogenannte protektive Faktoren kompensierend oder neutralisierend auf Risikofaktoren auswirken. Hierbei gibt es keinerlei Interaktionseffekte der Risikofaktoren (Mergenthaler, 2012). Es werden zwei Formen des Kompensationsmodells unterschieden, das Haupteffekt-Modell und das Mediatoren-Modell. Im Haupteffekt-Modell wirken risikoe erhöhende und risikomildernde Faktoren direkt auf den Resilienzprozess ein, wohingegen im Mediatoren-Modell eine indirekte Einflussnahme stattfindet (Siegrist, 2010). Der Förderungsfokus liegt somit beim Haupteffekt-Modell auf der Erhöhung der Widerstandsressourcen und beim Mediatoren-Modell auf der Stärkung des Mediators beziehungsweise vermittelnden Effekts (Mergenthaler, 2012).

8.6.2 Interaktionsmodell

Das Interaktionsmodell geht von einer interaktiven Beziehung zwischen risikomildernden und risikoe erhöhenden Faktoren aus (Siegrist, 2010). Protektive Faktoren haben demnach eine moderierende Funktion und im Gegensatz zum Kompensationsmodell einen indirekten Effekt. Dieses Modell ist sehr stark kontextabhängig, und das Ziel der Förderung liegt deshalb darin, die kontextspezifischen Faktoren zu stärken (Mergenthaler, 2012).

8.6.3 Herausforderungsmodell

Das Modell der Herausforderung geht davon aus, dass sich die Resilienzfähigkeit steigert. Dafür wird sinnbildlich eine nach oben führende Wendeltreppe benutzt, um zu beschreiben, dass die positive Bewältigung eines Stressors die Resilienz steigert (Zander, 2010).

8.6.4 Schutzfaktoren- oder Immunitätsmodell

Das Schutzfaktorenmodell geht von einer Wechselwirkung der Schutz- und Risikofaktoren aus, wobei den Schutzfaktoren eine moderierende Funktion zukommt, deren Wirkung sich durch das Risiko steigert. Dieses Modell ist aktuell laut Zander (2010) vermutlich das verbreitetste.

8.7 Kritik an den Resilienzkonzepten

Hier werden unterschiedliche Kritikpunkte genannt, die sich vor allem auf vermeintlich unzureichende Konzeption stützen oder auf inhaltlicher Ebene abzeichnen. Ein wichtiger Kritikpunkt ist sicher die uneinheitliche Definition des Begriffs, vor allem angesichts der mittlerweile hochfrequenten populärwissenschaftlichen Verwendung des Wortes Resilienz. Wird unter Resilienz Bewältigung verstanden oder ein eigener Faktor, und inwiefern unterscheiden sich die in den Modellen genannten Faktoren wirklich trennscharf voneinander (Wieland, 2011)?

Ähnlich hinterfragt auch von Freyberg (2011), was genau unter diesem vielseitig genannten Begriff der Widerstandsfähigkeit genau verstanden wird, ob dieser sich gesellschaftlich akzeptiert äußert oder nicht und ob es um die individuelle Stärke oder um Beziehungen und Netzwerke geht. Außerdem kritisiert er die Faktoren hinsichtlich ihrer Definition als reine Schutz- und Risikofaktoren, da diese in unterschiedlichen Kontexten sowohl zur Stärkung als auch zur Schwächung von Resilienz beitragen können (Freyberg, 2011). Bei dem häufig zitierten Modell der Risiko- und Schutzfaktoren ist es also für die weitere Entwicklung wesentlich, den Kontext der Faktoren miteinzubeziehen.

Häufig wird kritisiert, dass Resilienz lediglich eine „Neuaufgabe von altbekannten ressourcenorientierten Konzepten“ sei. In der Resilienzdebatte wird im Rahmen der Resilienzförderung kritisiert, dass eine sogenannte „Immunisierungshoffnung“ und eine gewisse inhaltliche Bestimmung der Resilienzleistung mit der Idee der Förderung einhergeht (Wieland, 2011).

Der körperliche beziehungsweise gesundheitliche Aspekt der Resilienz wird in den meisten Untersuchungen vernachlässigt und findet auch in den meisten Definitionen, trotz hoher Bedeutsamkeit, kaum Erwähnung.

Anwendbare Resilienzmodelle für Erwachsene sind ein weiteres Defizit, das sich einerseits bei der eigenen Recherche um dieses Thema ergab und auch von Siegrist (2010) angemerkt wird.

8.8 Die Straße der Resilienz

Die Straße der Resilienz wurde vom Verband amerikanischer Psychologen entwickelt und beschreibt in zehn Punkten den Weg, um Resilienz nachhaltig aufzubauen (Franke, 2010, S. 182).

- 1. Baue soziale Kontakte auf.**
- 2. Betrachte Krisen nicht als unüberwindbare Probleme.**

- 3. Akzeptiere Veränderungen als einen Teil des Lebens.**
- 4. Bewege dich auf deine Ziele zu.**
- 5. Gehe schwierige Situationen an, vermeide sie nicht und warte nicht, bis sie von alleine vorbeigehen.**
- 6. Achte auf Gelegenheiten, um dich selbst besser kennenzulernen. Gerade Krisen und Tragödien sind oft geeignet, etwas über sich selbst zu erfahren und das Leben mehr zu schätzen.**
- 7. Pflege ein positives Selbstbild.**
- 8. Betrachte die Dinge in einer längerfristigen Perspektive.**
- 9. Bleibe optimistisch**
- 10. Pass gut auf dich auf.**

Mit diesen zehn Punkten schließt der Theorieteil, denn auch wenn Resilienz bisher wenig operationalisiert und hauptsächlich an Kindern beforscht wurde, ist sie ein wesentliches Merkmal, das Menschen davor bewahren kann, nicht am Leben zu zerbrechen.

Ein Baum, der tief verwurzelt ist, seine Äste hoch in den Himmel ragen lässt, den Bedingungen strotzt und flexibel im Wind wankt, steht hier als Sinnbild der Resilienz.

II EMPIRISCHER TEIL

Der empirische Teil beschreibt zunächst die methodische Herangehensweise inklusive Untersuchungsziel und -design. Danach werden die Verfahren im Detail angeführt, die für die Beantwortung der Fragestellungen dieser Untersuchung herangezogen wurden. Die Datenauswertung gliedert sich in eine allgemeine Darlegung der statistischen Verfahren mit einer detaillierten Stichprobenbeschreibung, die aus den soziodemografischen Daten gewonnen werden konnte. Die Ergebnispräsentation je Fragestellung und schließlich die Zusammenfassung sowie die Interpretation der gewonnenen Erkenntnisse bilden den Abschluss.

9 Untersuchungsziel

In der Untersuchung wurden BetreuerInnen von psychisch Erkrankten hinsichtlich ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz), gesundheitsbezogenen und arbeitsbezogenen Lebensqualität und ihrer Stressbewältigungsmethoden (Coping) untersucht. Die Angaben sollten sich auf ihre aktuelle Arbeitssituation beziehen.

10 Untersuchungsdesign und Durchführung

Die Untersuchung wurde als eine Multicenter-Querschnittstudie angelegt und befragte eine Zufallsstichprobe, bestehend aus 195 Versuchspersonen, die aus der Population der Betreuenden psychisch Erkrankter in Wien gezogen wurde. Die Zuteilung der Versuchspersonen in zwei Gruppen erfolgte nach Auswertung der Resilienzskala. Hierbei wurde als Cutoff-Score der Median der Stichprobe herangezogen.

Tabelle 1. Mediansplit zur Teilung der Gruppen (N = 195)

Gruppe	Resilienz	Häufigkeit	Prozent
Gruppe 1	wenig resilient (bis 62)	90	46.2
Gruppe 2	resilient (63 +)	105	53.8

Tabelle 1 zeigt die Zuteilung der 90 weniger resilienten Betreuenden mit einem Wert bis 62 in die Gruppe 1 (46.2%) und die Zuteilung der 105 resilienten Betreuenden mit einem Wert von über 63 in die Gruppe 2 (53.8%).

Die Erhebung fand nach Kontaktaufnahme und Einverständnis der Leitung in den jeweiligen Einrichtungen statt. Die Fragebögen wurden immer in derselben Version mit festgelegter Fragereihenfolge vorgelegt. Die Fragebögen mit schriftlicher Instruktion wurden in einem Kuvert als Paper-Pencil-Verfahren auf den Standorten aufgelegt und nach etwa vier bis sechs Wochen wieder abgeholt. Dies gewährleistete eine anonyme Bearbeitung des Inventars. Die Datenerhebung selbst fand im Zeitraum vom 23.7. bis zum 16.10.2014 in den jeweiligen Einrichtungen statt.

11 Untersuchungsverfahren

Die Testbatterie setzte sich aus einem soziodemografischen Fragebogen, ergänzt um Fragen zur Arbeitssituation, einem Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36), der Professional Quality of Life Scale (ProQOL), der deutschen Kurzfassung des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) und einer Resilienzskala (RS-11) zusammen. Alle Verfahren eignen sich für erwachsene Versuchspersonen. Die Gesamtbearbeitungsdauer lag bei etwa 20 bis 30 Minuten.

11.1 Demografischer Fragebogen

Im soziodemografischen Teil wurden Informationen zur Person und zum Arbeitssetting erhoben. Im Detail waren diese Fragen zu Geschlecht, Lebensalter, Beziehungsstatus, Ausbildung, Berufserfahrung, Arbeitsbereich, Anstellungsausmaß, Betreuungsschlüssel, Stimmung im Team sowie Möglichkeiten und Ausmaß der Psychohygiene. Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa fünf Minuten.

Die Auswertung erfolgte deskriptivstatistisch, beziehungsweise über eine Häufigkeitsanalyse der Gesamtstichprobe.

11.2 SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand wurde von Bullinger und Kirchberger (1998) entwickelt und ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument. In der vorliegenden Untersuchung kam es zum Einsatz, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen. Der Fragebogen wurde in der Standardversion zur Selbstbeurteilung mit einer binären bis sechs-stufigen Antwortskala vorgelegt, deren Beantwortung etwa zehn Minuten erfordert. Mit 36 Items in acht Dimensionen wurde krankheitsübergreifend die subjektive Gesundheit abgefragt. Die ersten vier Skalen erfassen die körperlichen Bereiche und die letzten vier Skalen die psychischen Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Skalen werden im Folgenden im Detail beschrieben.

Körperliche Funktionsfähigkeit beschreibt das Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten des alltäglichen Lebens beeinträchtigt. Diese Skala wird durch zehn Items erfasst.

Fragebeispiel: *„Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben.“*

Körperliche Rollenfunktion beschreibt das Ausmaß, in dem der körperliche Gesundheitszustand die Arbeit oder alltägliche Aktivitäten beeinträchtigt. Diese Skala beinhaltet vier Items.

Fragebeispiel: *„Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf beziehungsweise zu Hause? ... ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.“*

Körperliche Schmerzen beschreibt das Ausmaß an Schmerzen und deren Einfluss auf alltägliche Arbeiten. Diese Skala umfasst zwei Items.

Fragebeispiel: *„Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?“*

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung beschreibt die persönliche Beurteilung des aktuellen und zukünftig zu erwartenden Gesundheitszustandes. Diese Skala beinhaltet fünf Items.

Fragebeispiel: *„Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“*

Vitalität beschreibt, wie energiegeladene und schwungvoll man sich fühlt. Dies wird durch vier Items erfragt.

Fragebeispiel: *„Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ... voller Energie?“*

Soziale Funktionsfähigkeit beschreibt das Ausmaß, inwiefern körperliche Gesundheit und emotionale Probleme die sozialen Aktivitäten beeinträchtigen. Diese Skala beinhaltet zwei Items.

Fragebeispiel: „Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?“

Emotionale Rollenfunktion beschreibt das Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit und/oder den Alltag beeinträchtigen. Diese Skala wird mit drei Items erfasst.

Fragebeispiel: „Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf beziehungsweise zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)? ...Ich habe weniger geschafft als ich wollte.“

Psychisches Wohlbefinden beschreibt die allgemeine psychische Gesundheit. Diese Skala wird über fünf Items erfasst.

Fragebeispiel: „Wie oft waren Sie in den vergangenen Wochen ... glücklich?“

Die ersten vier Dimensionen ergeben zusammengefasst die körperliche und die letzten vier Dimensionen zusammengefasst die psychische Summenskala.

Die Auswertung erfolgte über die Summe der Itemwerte, womit der Skalenindex gebildet wurde. Ein hoher Skalenwert entspricht hierbei einem guten Gesundheitszustand. Zur Interpretation eignet sich der Vergleich der Skalenbreite mit dem ermittelten Wert oder der Vergleich von Subskalenergebnissen zu verschiedenen Referenzgruppen. Die Signifikanzprüfung wurde, wie im Manual empfohlen, auf einem 5%-Niveau durchgeführt. Die Normstichprobe zum Vergleich liegt aus dem Jahr 1994 (N = 2914) vor. Die innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Subskalen liegt zwischen $\alpha = .57$ und $\alpha = .94$, darüber hinaus liegen Studien zur Sensitivität, diskriminativen und konvergenten Validität vor (Bullinger & Kirchberger, 1998).

11.3 Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Die Professional Quality of Life Scale von Hudnall Stamm (2009b) wurde in dieser Untersuchung eingesetzt, um die positiven und negativen Seiten von Mitgefühl der Betreuenden zu erfassen. Hierbei wird zwischen Mitgefühlzufriedenheit und Mitleidsmüdigkeit unterschieden. Die Beantwortung dieses Fragebogens dauert etwa fünf Minuten und umfasst 30 Items in zwei Subskalen (Compassion Satisfaction, Compassion

Fatigue, die wiederum Burnout und Secondary Trauma enthält) mit einer fünf-stufigen Antwortskala, auf der die Vorkommnisse der aktuellen Arbeitssituation nach Häufigkeiten (*nie bis sehr oft*) eingeschätzt wurden.

Compassion Satisfaction beschreibt die Mitgefühlszufriedenheit, inwiefern die Unterstützung anderer positive Gefühle bei Betreuenden wie beispielsweise Erfolg, Zufriedenheit, Glück, Bestärkung weckt. Diese Skala wird über zehn Items erfasst.

Fragebeispiel: *„Ich erfahre Zufriedenheit darin, anderen helfen zu können.“*

Compassion Fatigue beschreibt die Mitleidsmüdigkeit, inwiefern es bei der Unterstützung anderer zu negativen Gefühlen, Stress und Belastungen bei Betreuenden kommt. Compassion Fatigue setzt sich aus den Skalen „Burnout“ und „Secondary Traumatic Stress“ zusammen.

Burnout als Teil der Mitleidsmüdigkeit beschreibt Gefühle wie Niedergeschlagenheit bis hin zu Depersonalisierung und völliger Erschöpfung. Diese Skala wird über zehn Items erfasst.

Fragebeispiel: *„Ich fühle mich durch die Menge der Fälle, für die ich zuständig bin, überwältigt.“*

Secondary Traumatic Stress als Teil der Mitleidsmüdigkeit beschreibt die Anstrengung, Belastung und Überforderung durch die Unterstützung traumatisierter Menschen. Diese Skala wird mit zehn Items erfasst.

Fragebeispiel: *„Ich finde es schwierig, mein Privatleben von meinem Arbeitsleben als Helfende/r zu trennen.“*

Zur Auswertung wurden zunächst unter Berücksichtigung von zu rekodierenden Items Subskalen gebildet. Ein Wert von über 50 bei der Skala Mitgefühlszufriedenheit entspricht einer hohen, ein Wert unter 40 einer sehr geringen Mitgefühlszufriedenheit. Bei der Burnout-Skala entspricht ein Wert über 57 einer Tendenz in Richtung Burnout, bei unter 18 nicht. Bei Mitleidsmüdigkeit bedeutet ein Wert von über 57 einen Hinweis auf ein ungesundes Mitleid. Die innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Subskalen liegt bei der Subskala Compassion Satisfaction bei $\alpha = .88$, bei der Subskala Burnout bei $\alpha = .75$ und Subskala Secondary Trauma bei $\alpha = .81$. Die Autorin (Hudnall Stamm, 2009b) beschreibt außerdem eine gute Konstruktvalidität, basierend auf den Daten der Normstichprobe (N = 1289).

Tabelle 2. Reliabilitätskoeffizient Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) der ProQOL-Subskalen (N = 195)

Skala	Cronbach α	$Md r_{it}$	Itemanzahl (k)
Compassion Satisfaction	.857	.570	10
Compassion Fatigue:			
Burnout	.620	.384	10
Secondary Trauma	.561	.310	10

In der vorliegenden Untersuchung konnte, wie in Tabelle 2 ersichtlich, eine innere Konsistenz der Skalen Compassion Satisfaction ($\alpha = .857$), Burnout ($\alpha = .620$) und Secondary Trauma ($\alpha = .561$) erreicht werden. Die Ergebnisse der Skala Secondary Trauma sind deswegen mit Vorbehalt zu interpretieren, da die Reliabilität an der unteren Schranke liegt und möglicherweise nicht sehr aussagekräftig sind. Die Itemtrennschärfe ist bei den Skalen Compassion Satisfaction mit einem Wert von .570 relativ gut und bei den Skalen Burnout mit .384 und Secondary Trauma mit .310 ausreichend. Die Items tragen in einem zufriedenstellenden Ausmaß zur Konsistenz bei.

11.4 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

In dieser Untersuchung wurde die deutsche Kurzfassung des Coping Inventory for Stressful Situations von Kälin (1995) verwendet. Diese lehnt sich an das Original von Endler und Parker (1999) mit 48 Items an. Das stabile Persönlichkeitsmerkmal (trait) „Coping“ wird mit den drei Skalen aufgabenorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping erhoben, wobei letzteres durch die zwei Subskalen zerstreuerorientiertes und sozial-ablenkungsorientiertes Coping erfasst wird.

Das **aufgabenorientierte Coping** beschreibt eine Stressbewältigung durch Zuwendung zu den Aufgaben auf eine kognitive und problemlösende Art und Weise. Diese Skala wird mit acht Items erfasst.

Fragebeispiel: *„Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe.“*

Das **emotionsorientierte Coping** beschreibt eine Stressbewältigung durch positive und negative Gefühlsassoziationen, die Stress entweder steigen oder kompensieren lassen. Diese Skala wird über acht Items erfasst.

Fragebeispiel: „*Ich mache mir Vorwürfe, weil ich in diese Situation geraten bin.*“

Das **vermeidungsorientierte Coping** beschreibt eine Stressbewältigung durch unterschiedliche Ablenkungen, sei dies durch Sozialkontakte (sozial-ablenkungsorientiert) oder durch kognitive Aktivitäten (zerstreuungsorientiert).

Das **sozial-ablenkungsorientierte Coping** wird mit vier Items erfasst.

Fragebeispiel: „*Ich verbringe Zeit mit einem mir nahestehenden Menschen.*“

Das **zerstreuungsorientierte Coping** wird mit vier Items erfasst.

Fragebeispiel: „*Ich schau mir einen Film an.*“

Das Verfahren kann ab 18 Jahren eingesetzt werden. Die Beantwortung der 24 Items erfordert in etwa fünf Minuten. Das Antwortformat ist eine fünf-stufige Likertskala, auf der angegeben wird, was er oder sie typischerweise unter Stress stehend tut.

Die Auswertung erfolgt durch Summierung der Werte. Ein hoher Skalenwert verweist auf ein jeweils hoch ausgeprägtes Coping-Verhalten. Normdaten (N = 537) sowie Studien zur Konstruktvalidität liegen vor.

Wie in Tabelle 3 ersichtlich zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung eine sehr gute Reliabilität über alle Skalen hinweg mit Werten zwischen $\alpha = .714$ und $\alpha = .819$. Die Itemtrennschärfen zeigen mit Werten zwischen .457 und .646, dass jedes Item in einem hohen Ausmaß zu dem Ergebnis beiträgt.

Tabelle 3. Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) der CISS-Subskalen (N = 195)

Skala	Cronbach α	$Md r_{it}$	Itemanzahl (k)
Aufgabenorientiertes Coping	.800	.534	8
Emotionsorientiertes Coping	.778	.523	8
Vermeidungsorientiertes Coping	.722	.457	8
Sozial ablenkungsorientiertes Coping	.819	.646	4
Zerstreuungsorientiertes Coping	.714	.485	4

11.5 Resilienzskala (RS-11)

Die Resilienzskala von Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß und Brähler (2005) ist die deutsche Kurzfassung des Resilience Scale von Wagnild und Young (1993). Die RS-11 ist ein ökonomisches und valides Instrument zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit bei Belastungen und riskanten Lebensbedingungen. Das Verfahren kann ab einem Alter von 14 Jahren eingesetzt werden.

Die Kurzfassung umfasst elf Items in zwei Subskalen, deren Beantwortung etwa fünf Minuten erfordert. Die erste Skala „persönliche Kompetenz“ wird mittels neun Items, die zweite Skala „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ mittels zwei Items erfasst. Die Versuchspersonen geben auf einer siebenstufigen Antwortskala den Grad ihrer Zustimmung von (1) „*ich stimme nicht zu*“ bis (7) „*ich stimme zu*“ an.

Die Skala **persönliche Kompetenz** wird durch neun Items repräsentiert.

Fragebeispiel: „*Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.*“

Die Skala **Akzeptanz des Selbst und des Lebens** beinhaltet zwei Items.

Fragebeispiel: „*Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.*“

Die Indexbildung erfolgt über die Summe der Itemrohwerte, wobei ein hoher Wert einer hohen Merkmalsausprägung der Resilienz entspricht. Die innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt in der Normstichprobe (N = 2004) bei $\alpha = .91$.

Tabelle 4. Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$) der RS-11 (N = 195)

	Cronbach α	$Md r_{it}$	Itemanzahl (k)
RS-11	.839	.508	11

In Tabelle 4 ist ersichtlich, dass die Reliabilität in der vorliegenden Stichprobe mit $\alpha = .839$ als ansprechend bezeichnet werden kann sowie dass durch die mittlere korrigierte Itemtrennschärfe mit einem Wert von .508 jedes Item zur Konsistenz beiträgt.

12 Fragestellungen

Ausgehend vom Thema „Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Betreuungspersonal psychisch Erkrankter“ ergeben sich folgende Fragestellungen:

12.1 Fragestellung zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

F1a: Wie beurteilen Betreuende im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H0: Betreuende unterscheiden sich nicht von der Normstichprobe hinsichtlich der jeweiligen Dimensionen der SF-36.

H1: Betreuende unterscheiden sich von der Normstichprobe hinsichtlich der jeweiligen Dimensionen der SF-36.

F1b: Sind die Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien oder Resilienz Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H0: Die Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien und der Resilienz sind keine Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H1: Die Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien und der Resilienz sind Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

12.2 Fragestellungen zur Resilienz

F2a: Gibt es einen Unterschied zwischen Betreuenden und der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Resilienz?

H0: Betreuende unterscheiden sich nicht von der Normstichprobe hinsichtlich der Resilienz.

H1: Betreuende unterscheiden sich von der Normstichprobe hinsichtlich der Resilienz.

F2b: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Resilienz?

H0: Männer und Frauen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Resilienz.

H1: Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Resilienz.

F2c: Gibt es einen Unterschied bei resilienten und wenig resilienten Betreuenden in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H0: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in den jeweiligen Dimensionen der SF-36.

H1: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich in den jeweiligen Dimensionen der SF-36.

F2d: Gibt es einen Unterschied bei resilienten und wenig resilienten Betreuenden in Bezug auf die arbeitsbezogene Lebensqualität?

H0: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Werte bei Mitgefühlzufriedenheit oder der Mitgefühlsmüdigkeit.

H1: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich hinsichtlich der Werte bei Mitgefühlzufriedenheit oder der Mitgefühlsmüdigkeit.

F2e: Gibt es einen Unterschied bei resilienten und wenig resilienten Betreuenden in Bezug auf die Anwendung von Coping-Strategien?

H0: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in der Anwendung der Coping-Strategien.

H1: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich in der Anwendung der Coping-Strategien.

12.3 Fragestellungen zur Anwendung von Coping-Strategien

F3a: Gibt es einen Unterschied zwischen fachspezifischer Ausbildung und der Anwendung von Coping-Strategien?

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen fachspezifischer Ausbildung und der Anwendung der Coping-Strategien.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen fachspezifischer Ausbildung und der Anwendung der Coping-Strategien.

F3b: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung von Coping-Strategien?

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung der Coping-Strategien.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung der Coping-Strategien.

13 Datenauswertung

13.1 Statistische Verfahren

Im Folgenden werden die statistischen Verfahren überblickshaft dargestellt, die bei der Datenanalyse angewandt wurden. Die Ergebnisdarstellung konzentriert sich später lediglich auf die Auswertung im Zusammenhang mit der Beantwortung der Fragestellungen.

Die deskriptiv- und inferenzstatistischen Analysen erfolgten über die Statistiksoftware IBM SPSS® 21. Fehlende Werte, die sich aus der Nichtbeantwortung oder Antwortverweigerung ergaben, beziehungsweise das über alle Versuchspersonen hinweg fehlende Item Nummer 12 des PROQOL-Verfahrens, wurden über Imputationen der Mittel- beziehungsweise Nachbarwerte interpoliert und der Datensatz dadurch ergänzt.

Als kritischer Wert wurde vorab ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ festgelegt, wobei im Rahmen der Hypothesentestungen ein p-Wert von $\leq .05$ als signifikantes Ergebnis gewertet wird und ein p-Wert von $\leq .10$ einen Trend anzeigt (Bortz & Schuster, 2010).

Die nominalen und ordinalen Daten, die sich hauptsächlich aus dem soziodemografischen Fragebogen ergeben haben, wurden deskriptiv mittels Häufigkeitstabellen dargestellt.

Die Gütekriterien der Verfahren, insbesondere die Reliabilität und Itemtrennschärfe, wurden für die Verfahren RS-11, ProQOL und CISS berechnet. Die Reliabilität als Grad der Messgenauigkeit eines Instruments sollte idealerweise einen Wert von über $\alpha = .80$ aufweisen. Die Wertebereiche der inneren Konsistenz (Cronbach α) lassen sich wie folgt kategorisieren: von .80 bis .90 als mittelmäßige Reliabilität und von über .90 als eine sehr gute Reliabilität (Bortz & Döring, 2002). Die korrigierte Itemtrennschärfe gibt an, wie gut das gesamte Testergebnis anhand einzelner Items vorhersagbar ist. Möglichst hohe Trennschärfen sind erstrebenswert, wobei Werte zwischen 0.3 und 0.5 eine mittelmäßige und Werte über 0.5 eine hohe Trennschärfe angeben (Bortz & Döring, 2002).

Die zweifaktorielle univariate Varianzanalyse wurde eingesetzt, um die Mittelwertsunterschiede der unabhängigen Stichproben zu prüfen. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen wurde mit dem Levene-Test geprüft. Bei einem signifikanten Levene-Test können die Ergebnisse aufgrund etwa gleich großer Stichproben und weil diese jeweils größer als 30 Personen sind, trotz Verletzung interpretiert werden, da sich die Varianzanalyse demgegenüber robust verhält.

Die Fragestellung, um signifikante Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu eruieren, wurde mit einer linearen multiplen Regressionsanalyse ausgewertet, um Aussagen über eine entsprechende Gewichtung der verschiedenen Indikatorvariablen zu treffen. Die Methode der Wahl war hier, die Prädiktoren über die Rückwärtsmethode zu eliminieren

(Field, 2009). Die wichtigsten Voraussetzungen wurden vorab geprüft. Diese sind für die multiple lineare Regression: normalverteilte Residuen, die Prüfung der Multikollinearität, die Prüfung mittels Durbin-Watson, ob die Residuen einer Autokorrelation unterliegen (der Wert soll etwa um 2.0 liegen) (Bortz & Schuster, 2010), und die Prüfung der Homoskedastizität, ob die Verschätzung bei allen Residuen gleich groß ist (Werte $> .10$ oder $> .20$ sind annehmbar) (Field, 2009).

Zum Vergleich der Gruppenunterschiede zwischen der Stichprobe und den Normdaten wurde der Einstichproben-t-Test verwendet, um den Kennwert der Stichprobe mit dem Erwartungswert (μ) der Population zu vergleichen.

Zur Ermittlung der Gruppenunterschiede zwischen zwei Gruppen wurde der t-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt. Auf Grundlage des Zentralen Grenzwerttheorems konnte die Normalverteilung der Daten im Allgemeinen angenommen werden, da die Stichprobenumfänge jeweils größer als 30 waren (Bortz & Döring, 2006).

Darüber hinaus interessiert auch der Zusammenhang der Teamstimmung mit der Skala Compassion Satisfaction. Dieser Zusammenhang wurde mittels Spearman'scher Rangkorrelation gerechnet, weil die Beurteilung der Teamstimmung im Schulnotensystem einer schiefen Verteilung unterliegt.

Zur Beurteilung der Effekte und zur Ermittlung der praktischen Relevanz signifikanter Ergebnisse wurde bei Varianzanalysen die Effektgrößenklassifikation Eta-Quadrat (η_p^2) (Bortz & Döring, 2006) beziehungsweise bei t-Tests für unabhängige Stichproben Cohen's d (d) gemäß Cohen herangezogen (Cohen, 1988). Die Effektstärke Eta-Quadrat (η_p^2) beschreibt die Werte für einen kleinen (.01), einen mittleren (.06) und einen großen (.14) Effekt (Bortz & Döring, 2006). Die Effektstärke Cohen's d beschreibt die Werte für einen kleinen (0.2), einen mittleren (0.5) oder einen großen (0.8) Effekt (Field, 2009).

13.2 Stichprobe

Die Stichprobe wurde aus der Population aller ArbeitnehmerInnen gezogen, die Dienstleistungen in Form von Betreuung und Unterstützung für psychisch kranke und/oder mehrfachbehinderte Menschen tätigen, die nicht in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik stattfinden.

Die Beschäftigten sind in unterschiedlichen Trägereinrichtungen Wiens wie „LOK Leben ohne Krankenhaus“, KoMiT GmbH Konduktiv Mehrfachtherapeutische Zentren und Integration“, „JAW Jugend am Werk“, „Verein Balance Leben ohne Barrieren“, „Clara Fey“, „ÖHTB Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte“ und „Bandgesellschaft“ angestellt.

Von der Untersuchung ausgeschlossen waren Zivildienstleistende, PraktikantInnen, geringfügig angestellte und nicht in der KlientInnenbetreuung tätige MitarbeiterInnen.

13.2.1 Rücklaufstatistik

Die ursprünglich mit einer Stichprobengröße von 100 Versuchspersonen angelegte Multicenter-Studie hat sich durch aktive Kontaktaufnahme beziehungsweise über das Schneeballsystem in Wien auf sieben Träger der Wiener Behindertenhilfe ausgedehnt und das Austeilen von 300 Fragebögen ermöglicht.

Die Daten von 195 Fragebögen (65%) konnten schließlich für die endgültige statistische Auswertung herangezogen werden. Beim ÖHTB wurden 13 von 14 (92%), beim Verein Balance wurden zehn von zwölf (83%), bei JaW 34 von 41 (83%), Clara Fey fünf von sechs (83%), KoMiT 77 von 95 (81%), Bandgesellschaft drei von sechs (50%) und LOK 53 von 126 (42%) Fragebögen ausgefüllt und konnten in die Datenauswertung einfließen.

Die Prozentverteilung über die jeweiligen Tätigkeitsfelder, im Detail sind dies Tagesstrukturen mit 45 von 66 (68%), Wohngemeinschaften mit 94 von 149 (63%) und teilbetreutes Wohnen mit 56 von 85 (65%), fiel relativ gleichmäßig aus.

13.2.2 Soziodemographische Beschreibung der Stichprobe

13.2.2.1 Geschlechterverteilung

An der Untersuchung nahmen 78 Männer und 117 Frauen teil. Das entspricht einem Geschlechterverhältnis von 40% männlichen zu 60% weiblichen Versuchspersonen.

13.2.2.2 Alter

Das durchschnittliche Alter der Versuchspersonen lag bei 35.8 Jahren ($SD = 8.60$), wobei die jüngste Versuchsperson 19 und die älteste 61 Jahre alt waren.

Weibliche Betreuende unterscheiden sich mit 36.0 Jahren ($SD = 8.30$) von ihren männlichen Kollegen mit 35.7 Jahren ($SD = 9.20$) nicht hinsichtlich des Alters ($t(193) = 0.213$, $p = .832$).

13.2.2.3 Beziehungsstatus

Den Beziehungsstatus gaben 69 Personen (35.6%) als ledig, 103 Personen (53.1%) als verheiratet oder in PartnerInnenenschaft lebend und 22 Personen (11.3%) als geschieden an. Eine Person machte keine Angaben zu ihrem Beziehungsstatus.

13.2.2.4 *Fachspezifische Ausbildung*

Die Betreuenden kommen aus verschiedenen Berufsgruppen, wobei es auch zu Mehrfachnennungen aufgrund unterschiedlicher (Zusatz-) Ausbildungen kam. Dadurch ergibt sich, dass 70 Personen eine Ausbildung zum/zur Behindertenfachbetreuer/Behindertenfachbetreuerin, zwei Personen eine Ausbildung zum/zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-schwester und fünf Personen eine Ausbildung zum/zur Pflegehelfer/Pflegehelferin haben.

Der Großteil der Betreuenden weist eine Hochschulausbildung oder eine hochschuladäquate Ausbildung vor. Jeweils 32 Personen haben ein Psychologie- beziehungsweise Pädagogikstudium abgeschlossen, 20 Personen sind als Psychotherapeut/Psychotherapeutin zugelassen, und weitere 20 Personen sind diplomierte Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen. 33 Personen nennen andere Ausbildungen, wie beispielsweise handwerkliche Berufe (KeramikerInnen, GärtnerInnen, GrafikerInnen), LehrerInnen, Koch/Köchin, Lebens- und SozialberaterInnen, Kultur- und SozialanthropologInnen und diverse Zusatzausbildungen beispielsweise als GebärdensprachlehrerInnen, MediatorInnen oder als Klinische und GesundheitspsychologInnen.

13.2.2.5 *Berufserfahrung*

Die durchschnittliche Berufserfahrung der Betreuenden liegt bei 95.2 Monaten ($SD = 68.7$) das sind etwa 6.2 Jahren, wobei die geringste Erfahrungszeit bei 4 Monaten und die längste bei 25 Jahren liegt.

13.2.2.6 *Institutionen*

Die Multicenter-Studie wird durch sieben Institutionen der Wiener Behindertenhilfe vertreten. Von KoMiT nahmen 77 (39.5%), von LOK 53 (27.2%), von JaW 34 (17.4%), vom ÖHTB 13 (6.7%), vom Verein Balance zehn (5.1%), von Clara Fey fünf (2.6%) und von der Bandgesellschaft drei (1.5%) Betreuende an der Untersuchung teil.

13.2.2.7 *Arbeitsbereich*

45 Betreuende arbeiteten in Tagesstrukturen (23.1%), 94 Betreuende in Wohngemeinschaften (48.2%), und 56 Betreuende waren im Bereich teilbetreutes Wohnen (28.7%) tätig.

13.2.2.8 *Anstellungsausmaß*

Das Anstellungsausmaß zeigt eine Mehrheit im Bereich Teilzeitbeschäftigung, die in Gruppen zusammengefasst wurde. 46 Personen (23.6%) gaben an, zwischen 20 und 25 Stunden pro Woche zu arbeiten. 60 Personen (30.8%) arbeiteten zwischen 25 und 30 Stunden pro Woche, 49 Personen (25.2%) arbeiteten zwischen 30 und 35 Stunden und 40 Personen (20.4%) über 35 Stunden pro Woche.

13.2.2.9 *Teamstimmung*

Die Stimmung im Team beschrieben 34 Personen (17.4%) als „ausgezeichnet“, 92 Personen (47.2%) als „sehr gut“, 62 Personen (31.8%) immerhin noch als „gut“ und lediglich sieben Personen (3.6%) als „weniger gut“.

13.2.2.10 *Psychohygiene*

Die Maßnahmen der Psychohygiene wurden mittels vier Bereichen erfasst, die für Betreuende in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten und konsumiert werden können. Alle Bereiche konnten zwischen (0) für *kein Angebot beziehungsweise keinen Konsum* und einem beliebigen Maximum angegeben werden. Teamsupervision wird durchschnittlich 1.84 Stunden ($SD = 1.08$) konsumiert, wobei acht Stunden das Maximum im Monat waren. Einzelsupervision wird durchschnittlich 0.30 Stunden ($SD = 0.80$) pro Monat konsumiert, wobei das Maximum sechs Stunden im Monat waren. Intervision beziehungsweise Teambesprechungen werden durchschnittlich 2.10 Stunden ($SD = 3.42$), maximal 15 Stunden im Monat abgehalten. In der offenen Frage zu sonstigen Psychohygienemaßnahmen wurden vor allem Sport, Spaziergänge in der Natur und verschiedene Freizeitaktivitäten oder Gespräche mit FreundInnen und Familie genannt, die durchschnittlich 1.40 Stunden ($SD = 7.93$) und maximal bis zu 100 Stunden im Monat konsumiert werden.

14 Darstellung der Ergebnisse

14.1 Fragestellung zur Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

F1a: Wie beurteilen Betreuende im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H0: Betreuende unterscheiden sich nicht von der Normstichprobe hinsichtlich der jeweiligen Dimensionen der SF-36.

H1: Betreuende unterscheiden sich von der Normstichprobe hinsichtlich der jeweiligen Dimensionen der SF-36.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse des Einstichproben-t-Test, der zur Berechnung der Mittelwertsvergleiche zwischen Betreuenden und der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der acht Dimensionen der SF-36 herangezogen wurde.

Tabelle 5. Mittelwertvergleiche Betreuende und Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Dimensionen der SF-36 mittels Einstichproben-t-Test (N = 195)

Dimension der SF-36	$M_{\text{Betreuende}} (SD)$	[KI 95%]	$\mu (\sigma)$	t	P
Körperliche Funktionsfähigkeit	95.54 (7.85)	[94.43; 96.65]	85.71 (22.10)	17.474	<.001**
Körperliche Rollenfunktion	89.23 (24.33)	[85.79; 92.67]	83.70 (31.73)	3.174	.002**
Schmerzen	83.43 (20.23)	[80.57; 86.29]	79.08 (27.38)	3.004	.003**
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	70.79 (16.84)	[68.42; 73.17]	68.05 (20.15)	2.276	.024*
Vitalität	58.90 (16.65)	[56.55; 61.26]	63.27 (18.47)	-3.667	<.001**
Soziale Funktionsfähigkeit	83.01 (20.76)	[80.08; 85.94]	88.76 (18.40)	-3.867	<.001**
Emotionale Rollenfunktion	84.96 (27.94)	[81.01; 88.90]	90.35 (25.62)	-2.695	.008**
Psychisches Wohlbefinden	74.81 (14.21)	[72.80; 76.82]	73.88 (16.38)	0.914	.362

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, μ = Populationsmittelwert, σ = Standardabweichung der Population, t = t-Wert, p = Signifikanzwert, ** = $p < .01$, * = $p < .05$

Betreuende haben in den körperlichen Dimensionen: „Körperliche Funktionsfähigkeit“ ($M = 95.54$; $SD = 7.85$; $t = 17.474$, $p < .001$), „Körperliche Rollenfunktion“ ($M = 89.23$; $SD = 24.33$; $t = 3.174$, $p = .002$), „Schmerzen“ ($M = 83.43$; $SD = 20.23$; $t = 3.004$, $p = .003$) und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ ($M = 70.79$; $SD = 16.84$; $t = 2.276$, $p = .024$) signifikant höhere Werte als die Allgemeinbevölkerung.

Die signifikant höheren Werte der Betreuenden lassen darauf schließen, dass Betreuende eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit und bessere körperliche Rollenfunktion, weniger Schmerzen und eine bessere allgemeine Gesundheitswahrnehmung als die Allgemeinbevölkerung aufweisen.

Betreuende haben in den psychischen Dimensionen: „Vitalität“ ($M = 58.90$; $SD = 16.65$; $t = -3.667$, $p < .001$), „Soziale Funktionsfähigkeit“ ($M = 83.01$; $SD = 20.76$; $t = -3.867$, $p < .001$), „Emotionale Rollenfunktion“ ($M = 84.96$; $SD = 27.94$; $t = -2.695$, $p = .008$) signifikant niedrigere Werte als die Allgemeinbevölkerung. Bei der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ ($M = 74.81$; $SD = 14.21$; $t = 0.914$, $p = .362$) zeigt sich kein signifikanter Unterschied zur Allgemeinbevölkerung.

Die signifikant niedrigeren Werte der Betreuenden zeigen, dass Betreuende eine geringere Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion als die Allgemeinbevölkerung aufweisen.

Zusammenfassend beschreiben Betreuende eine bessere körperliche Verfassung und eine signifikant schlechtere psychische Verfassung gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Die Alternativhypothese ist somit für sieben der acht Subskalen der SF-36 anzunehmen.

F1b: Sind die Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien oder Resilienz Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?

H0: Die Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien und der Resilienz sind keine Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H1: Die Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien und der Resilienz sind Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Beantwortung dieser Fragestellung erforderte die Unterteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in zwei Bereiche. Im Folgenden werden deshalb zwei Tabellen zur obigen Fragestellung beschrieben, die einerseits die „körperlichen

Dimensionen“ und andererseits die „psychischen Dimensionen“ der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abbilden.

Für die Beantwortung des ersten Teils der Fragestellung für die „körperlichen Aspekte“ der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde die Modellprüfung mittels multipler linearer Regression mittels Rückwärtsmethode der Prädiktoren angewendet, um zu prüfen, ob und inwieweit die Prädiktoren (Dimensionen des CISS, Dimensionen des ProQOL und der Resilienz) in der Lage sind, die Dimension der physischen Werte der SF-36, die körperlichen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, vorherzusagen.

Die Voraussetzungen konnten als erfüllt betrachtet werden. Die Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde anhand des Histogramms geprüft und konnte angenommen werden. Es bestand kein Verdacht auf Autokorrelation der Residuen. Der entsprechende Koeffizient nach Durbin-Watson fiel mit einem Wert von 2.02 unauffällig aus. Es bestand kein Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren. Die entsprechenden Toleranzwerte zeigten Werte $\geq .545$.

Tabelle 6. Koeffizienten und Prüfgrößen der multiplen linearen Regression (Rückwärtsmethode) für die Prädiktoren der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität der SF-36 (N = 195)

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β		
(Konstante)	116.588	5.409		21.553	<.001**
CISS emotionsorientiertes Coping	-2.633	1.540	-.122	-1.710	.089
ProQOL Burnout	-11.576	2.483	-.334	-4.662	<.001**

Anmerkungen. *B* = Regressionskoeffizient, *SE* = Standardabweichung des Regressionskoeffizienten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, *t* = t-Wert, *p* = Signifikanzwert, ** = $p < .01$, * = $p < .05$

Die globale Modellzusammenfassung fiel mit $F(2,192) = 17.884$, $p < .001$ signifikant aus. Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, können somit zwei von sieben Prädiktoren mit signifikantem Einfluss angenommen werden. Die Dimensionen „emotionsorientiertes Coping“ des CISS und die Dimension „Burnout“ des ProQOL erklären 15.7% der Varianz.

Es gibt Prädiktoren aus den Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien und der Resilienz für die körperlichen Aspekte der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität. Die Nullhypothese muss verworfen werden, und die Alternativhypothese ist somit anzunehmen.

Tabelle 7. Koeffizienten und Prüfgrößen der multiplen linearen Regression (Rückwärtsmethode) für die Prädiktoren der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität der SF-36 (N = 195)

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β		
(Konstante)	146.503	13.381		10.948	<.001**
CISS aufgabenorientiertes Coping	-3.308	1.825	-.108	-1.813	.071
CISS emotionsorientiertes Coping	-10.552	1.543	-.416	-6.840	<.001**
CISS vermeidungsorientiertes Coping	-3.251	1.271	-.138	-2.558	.011*
ProQOL Burnout	-16.614	2.399	-.406	-6.926	<.001**
Resilienz	2.498	1.445	.101	1.729	.085

Anmerkungen. *B* = Regressionskoeffizient, *SE* = Standardabweichung des Regressionskoeffizienten, β = standardisierter Regressionskoeffizient, *t* = t-Wert, *p* = Signifikanzwert, ** = *p* < .01, * = *p* < .05

Die Modellprüfung der multiplen linearen Regression mittels Rückwärtsmethode der Prädiktoren wurde hier angewendet, um zu prüfen, ob und inwieweit die Prädiktoren (Dimensionen des CISS, Dimensionen des ProQOL und der Resilienz) in der Lage sind, die „psychischen“ Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorherzusagen.

Die Voraussetzungen können alle als erfüllt betrachtet werden. Die Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde anhand des Histogramms geprüft und konnte angenommen werden. Es besteht kein Verdacht auf Autokorrelation der Residuen. Der entsprechende Koeffizient nach Durbin-Watson fiel mit einem Wert von 1.62 unauffällig aus. Es besteht kein Hinweis auf Multikollinearität der Prädiktoren. Die entsprechenden Toleranzwerte zeigten Werte $\geq .545$.

Die globale Modellzusammenfassung fiel mit $F(5,189) = 33.693$, $p < .001$ signifikant aus. Wie aus Tabelle 7 ersichtlich, können fünf von sieben Prädiktoren mit signifikantem Einfluss angenommen werden. Die drei Dimensionen des CISS: „aufgabenorientiertes“,

„emotionsorientiertes“ und „vermeidungsorientiertes Coping“ sowie die Dimension „Burnout“ des ProQOL und die „Resilienz“ erklären 47.1% der Varianz.

Es gibt Prädiktoren aus den Dimensionen der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Coping-Strategien und der Resilienz für die psychischen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Nullhypothese muss verworfen werden, und die Alternativhypothese ist somit anzunehmen.

Die Auswertungen der zwei Fragestellungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen interessante Ergebnisse. Zusammengefasst ist der relativ klare Unterschied zwischen der körperlichen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität auffällig, der außerdem beinahe über alle Dimensionen auch signifikant von der Population abweicht. Auf der Suche nach den Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigt sich, dass der psychische Bereich die Ergebnisse sehr beeinflusst. Mit den Dimensionen „emotionsorientiertes Coping“ und „Burnout“ konnten zwei Prädiktoren herausgefasst werden, die sowohl die körperliche als auch die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität vorhersagen.

14.2 Fragestellungen zur Resilienz

F2a: Gibt es einen Unterschied zwischen Betreuenden und der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Resilienz?

H0: Betreuende unterscheiden sich nicht von der Normstichprobe hinsichtlich der Resilienz.

H1: Betreuende unterscheiden sich von der Normstichprobe hinsichtlich der Resilienz.

Zur Beantwortung der Fragestellung zur Resilienz zeigt Tabelle 8, dass in der vorliegenden Stichprobe bei einem Mittelwert von 63.28 ($SD = 7.28$) die Resilienz im Vergleich zum Erwartungswert der Population mit dem Mittelwert 58.03 ($SD = 10.76$) bei einem $t(194) = 10.057$, $p < .001$ signifikant höher ausfällt.

Es kann somit ein Unterschied zwischen Betreuenden und der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Resilienz angenommen werden. Die Nullhypothese muss verworfen werden, und die Alternativhypothese ist somit anzunehmen.

Tabelle 8. Mittelwertvergleich Betreuende und Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des RS-11 mittels Einstichprobe- t-Test (N = 195)

	$M_{\text{Betreuende}} (SD)$	$\mu (\sigma)$	t	p
RS-11	63.28 (7.28)	58.03 (10.76)	10.057	<.001**

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, μ = Populationsmittelwert, σ = Standardabweichung der Population, t = t-Wert, p = Signifikanzwert, ** = $p < .01$, * = $p < .05$

Dieses Ergebnis rechtfertigt zudem den Mediansplit zur Teilung der Versuchsgruppen beim Median der Stichprobe und nicht anhand des Medians der Population, da die Betreuenden der Stichprobe signifikant höhere Werte in der Resilienz aufweisen.

F2b: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Resilienz?

H0: Männer und Frauen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Resilienz.

H1: Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Resilienz.

In Tabelle 9 ist die Berechnung der Prüfgröße des t-Tests für unabhängige Stichproben dargestellt, die mit $t(193) = 0.593$, $p = .554$ ein nicht signifikantes Ergebnis zeigt.

Tabelle 9. Kennwerte der Resilienz bezüglich Geschlecht mittels t-Test für unabhängige Stichproben (N = 195)

	$M_{\text{Betreuerinnen}} (SD)$	$M_{\text{Betreuer}} (SD)$	$t(193)$	p
RS-11	63.53 (6.15)	62.90 (8.75)	0.593	.554

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert, p = Signifikanzwert

Männer und Frauen sind hinsichtlich der Resilienz vergleichbar und unterscheiden sich nicht, die Nullhypothese kann somit beibehalten werden.

F2c: Gibt es einen Unterschied bei resilienten und wenig resilienten Betreuenden in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität?

H0: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in den jeweiligen Dimensionen der SF-36.

H1: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich in den jeweiligen Dimensionen der SF-36.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 10 fiel mit $p = .069$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 10 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 95.68 ($SD = 7.19$) und der Männer 95.32 ($SD = 8.80$) fiel mit $F(1, 191) = 0.110$, $p = .740$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 95.52 ($SD = 9.56$) und wenig resilienter Betreuender 95.56 ($SD = 5.27$) fiel mit $F(1, 191) < 0.001$, $p = .989$ ebenfalls nicht signifikant aus. Die Wechselwirkung für die Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ fiel mit $F(1, 191) = 0.101$, $p = .751$ nicht signifikant aus.

Tabelle 10. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	95.88	5.54
	VG 2: resilient	66	95.53	8.28
	Gesamt	117	95.68	7.19
männlich	VG 1: wenig resilient	39	95.13	4.93
	VG 2: resilient	39	95.51	11.52
	Gesamt	78	95.32	8.80
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	95.56	5.27
	VG 2: resilient	105	95.52	9.56
	Gesamt	195	95.54	7.85

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen als auch resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“, die Nullhypothese muss somit beibehalten werden.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 11 fiel mit $p = .401$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 11 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 90.81 ($SD = 23.12$) und der Männer 86.86 ($SD = 26.03$) fiel mit $F(1, 191) = 1.279$, $p = .260$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 88.89 ($SD = 21.89$) und wenig resilienter Betreuender 89.52 ($SD = 26.35$) fiel mit $F(1, 191) = 0.056$, $p = .814$ ebenfalls nicht signifikant aus. Die

Wechselwirkung für die Dimension „Körperliche Rollenfunktion“ fiel mit $F(1, 191) = 0.434$, $p = .511$ nicht signifikant aus.

Tabelle 11. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	91.67	19.79
	VG 2: resilient	66	90.15	25.52
	Gesamt	117	90.81	23.12
männlich	VG 1: wenig resilient	39	85.26	24.14
	VG 2: resilient	39	88.46	28.01
	Gesamt	78	86.86	26.03
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	88.89	21.89
	VG 2: resilient	105	89.52	26.35
	Gesamt	195	89.23	24.33

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen als auch resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“, die Nullhypothese muss somit beibehalten werden.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 12 fiel mit $p = .568$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 12 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 84.21 ($SD = 19.91$) und der Männer 82.27 ($SD = 20.77$) fiel mit $F(1, 191) = 0.428$, $p = .514$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 83.76 ($SD = 21.62$) und wenig resilienter Betreuender 83.04 ($SD = 18.58$) fiel mit $F(1, 191) = 0.073$, $p = .788$ ebenfalls nicht signifikant aus. Die Wechselwirkung für die Dimension „Schmerzen“ fiel mit $F(1, 191) = 0.128$, $p = .721$ nicht signifikant aus.

Männer und Frauen als auch resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in der Dimension „Schmerzen“, die Nullhypothese muss somit beibehalten werden.

Tabelle 12. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Schmerzen in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	84.35	18.40
	VG 2: resilient	66	84.09	21.15
	Gesamt	117	84.21	19.91
männlich	VG 1: wenig resilient	39	81.33	18.92
	VG 2: resilient	39	83.21	22.68
	Gesamt	78	82.27	20.77
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	83.04	18.58
	VG 2: resilient	105	83.76	21.62
	Gesamt	195	83.43	20.23

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 13 fiel mit $p = .211$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 13 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 71.58 ($SD = 16.34$) und der Männer 69.62 ($SD = 17.60$) fiel mit $F(1, 191) = 0.469$, $p = .494$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 73.90 ($SD = 18.04$) und wenig resilienter Betreuender 67.17 ($SD = 14.59$) fiel mit $F(1, 191) = 8.540$, $p = .004$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.043$) beschreibt einen kleinen Effekt. Die Wechselwirkung für die Dimension „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ fiel mit $F(1, 191) = 0.964$, $p = .327$ nicht signifikant aus.

Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	68.92	14.57
	VG 2: resilient	66	73.64	17.42
	Gesamt	117	71.58	16.34
männlich	VG 1: wenig resilient	39	64.87	14.49
	VG 2: resilient	39	74.36	19.27
	Gesamt	78	69.62	17.60
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	67.17	14.59
	VG 2: resilient	105	73.90	18.04
	Gesamt	195	70.79	16.84

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Dimension „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“. Das Ergebnis zeigt jedoch einen signifikanten Haupteffekt der Resilienz, aber von kleiner praktischer Relevanz. Resiliente Betreuende haben eine bessere allgemeine Gesundheitswahrnehmung als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 14 fiel mit $p = .496$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 14 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 85.57 ($SD = 13.15$) und der Männer 83.52 ($SD = 14.89$) fiel mit $F(1, 191) = 0.977$, $p = .324$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 85.68 ($SD = 15.33$) und wenig resilienter Betreuender 83.66 ($SD = 11.93$) fiel mit $F(1, 191) = 1.158$, $p = .283$ ebenfalls nicht signifikant aus. Die Wechselwirkung für die „körperliche Gesamtdimension“ fiel mit $F(1, 191) = 0.576$, $p = .449$ nicht signifikant aus.

Tabelle 14. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36 KÖRPERLICHEN Gesamtsummenskala in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	85.21	11.27
	VG 2: resilient	66	85.85	14.51
	Gesamt	117	85.57	13.15
männlich	VG 1: wenig resilient	39	81.65	12.61
	VG 2: resilient	39	85.38	16.82
	Gesamt	78	83.52	14.89
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	83.66	11.93
	VG 2: resilient	105	85.68	15.33
	Gesamt	195	84.75	13.87

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Für die „Körperliche Gesamtdimension“ zeigt sich zusammenfassend das Ergebnis, dass sowohl Männer und Frauen als auch resiliente und wenig resiliente Betreuende sich nicht unterscheiden.

Dies kann als Zwischenergebnis für die körperliche Gesamtdimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgehalten werden. Das signifikante Ergebnis der Dimension „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ scheint die nicht signifikanten

Ergebnisse der Dimensionen „Schmerzen“, „Körperliche Rollenfunktion“ und „Körperliche Funktionsfähigkeit“ nicht zu kompensieren. Die Nullhypothese muss somit beibehalten werden.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 15 fiel mit $p = .595$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 15 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 58.85 ($SD = 16.70$) und der Männer 58.97 ($SD = 16.68$) fiel mit $F(1, 191) = 0.067$, $p = .797$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 63.10 ($SD = 16.72$) und wenig resilienter Betreuender 54.00 ($SD = 15.25$) fiel mit $F(1, 191) = 16.256$, $p < .001$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.078$) beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Dimension „Vitalität“ fiel mit $F(1, 191) = 0.726$, $p = .395$ nicht signifikant aus.

Tabelle 15. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Vitalität in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	54.61	15.74
	VG 2: resilient	66	62.12	16.80
	Gesamt	117	58.85	16.70
männlich	VG 1: wenig resilient	39	53.21	14.76
	VG 2: resilient	39	64.74	16.66
	Gesamt	78	58.97	16.68
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	54.00	15.25
	VG 2: resilient	105	63.10	16.72
	Gesamt	195	58.90	16.65

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Dimension „Vitalität“. Das Ergebnis zeigt jedoch einen signifikanten Haupteffekt der Resilienz von mittlerer praktischer Relevanz. Resiliente Betreuende sind vitaler als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 16 fiel mit $p = .013$ signifikant aus. Die Homogenität der Varianzen konnte nicht angenommen werden, jedoch verhält sich die Varianzanalyse gegenüber dieser Verletzung robust. Die Interpretation der Haupteffekte erfolgt mit Vorbehalt.

Der in Tabelle 16 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 84.72 ($SD = 19.77$) und der Männer 80.45 ($SD = 22.03$) fiel mit $F(1, 191) = 1.518$, $p = .219$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 87.86 ($SD = 17.37$) und wenig resilienter Betreuender 77.36 ($SD = 22.94$) fiel mit $F(1, 191) = 12.310$, $p = .001$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.061$) beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ fiel mit $F(1, 191) = 0.031$, $p = .859$ nicht signifikant aus.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“. Das Ergebnis zeigt jedoch einen signifikanten Haupteffekt der Resilienz von mittlerer praktischer Relevanz. Resiliente Betreuende erfüllen ihre soziale Funktionsfähigkeit besser als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Tabelle 16. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	79.17	21.31
	VG 2: resilient	66	89.02	17.47
	Gesamt	117	84.72	19.77
männlich	VG 1: wenig resilient	39	75.00	25.00
	VG 2: resilient	39	85.90	17.25
	Gesamt	78	80.45	22.03
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	77.36	22.94
	VG 2: resilient	105	87.86	17.37
	Gesamt	195	83.01	20.76

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 17 fiel mit $p = .009$ signifikant aus. Die Homogenität der Varianzen konnte nicht angenommen werden, jedoch verhält sich die Varianzanalyse gegenüber dieser Verletzung robust.

Der in Tabelle 17 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 84.62 ($SD = 28.21$) und der Männer 85.47 ($SD = 27.70$) fiel mit $F(1, 191) = 0.096$, $p = .757$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 88.89 ($SD = 25.18$) und wenig resilienter Betreuender 80.37 ($SD = 30.35$) fiel mit $F(1, 191) = 5.038$, $p = .026$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.026$) beschreibt einen kleinen Effekt. Die Wechselwirkung für die Dimension „Emotionale Rollenfunktion“ fiel mit $F(1, 191) = 0.479$, $p = .490$ nicht signifikant aus.

Tabelle 17. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Emotionale Rollenfunktion in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	81.05	30.00
	VG 2: resilient	66	87.37	26.64
	Gesamt	117	84.62	28.21
männlich	VG 1: wenig resilient	39	79.49	31.17
	VG 2: resilient	39	91.45	22.58
	Gesamt	78	85.47	27.70
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	80.37	30.35
	VG 2: resilient	105	88.89	25.18
	Gesamt	195	84.96	27.94

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Dimension „Emotionale Rollenfunktion“. Das Ergebnis zeigt jedoch einen signifikanten Haupteffekt der Resilienz, aber von kleiner praktischer Relevanz. Resiliente Betreuende erfüllen ihre emotionale Rollenfunktion besser als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 18 fiel mit $p = .355$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 18 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 74.94 ($SD = 13.73$) und der Männer 74.62 ($SD = 14.99$) fiel mit $F(1, 191) = 0.006$, $p = .936$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 78.74 ($SD = 12.79$) und wenig resilienter Betreuender 70.22 ($SD = 14.48$) fiel mit $F(1, 191) = 19.153$, $p < .001$ signifikant aus. Die standardisierte Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.091$) weist auf einen mittleren Effekt hin. Die Wechselwirkung für die Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ fiel mit $F(1, 191) = 0.351$, $p = .554$ nicht signifikant aus.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“. Das Ergebnis zeigt jedoch einen signifikanten Haupteffekt der Resilienz von mittlerer praktischer Relevanz. Resiliente Betreuende beschreiben, dass sie sich psychisch deutlich besser fühlen als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Tabelle 18. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	70.67	13.45
	VG 2: resilient	66	78.24	13.11
	Gesamt	117	74.94	13.73
männlich	VG 1: wenig resilient	39	69.64	15.89
	VG 2: resilient	39	79.59	12.34
	Gesamt	78	74.62	14.99
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	70.22	14.48
	VG 2: resilient	105	78.74	12.79
	Gesamt	195	74.81	14.21

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 19 fiel mit $p = .117$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 19 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 75.78 ($SD = 15.73$) und der Männer 74.88 ($SD = 17.31$) fiel mit $F(1, 191) = 0.030$, $p = .862$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 79.65 ($SD = 14.38$) und wenig resilienter Betreuender 70.49 ($SD = 17.17$) fiel mit $F(1, 191) = 16.661$, $p < .001$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.080$) weist auf einen mittleren Effekt hin. Die Wechselwirkung für die „psychische Gesamtdimension“ fiel mit $F(1, 191) = 0.499$, $p = .481$ nicht signifikant aus.

Tabelle 19. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36 PSYCHISCHEN Gesamtsummenskala in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	71.37	16.14
	VG 2: resilient	66	79.19	14.63
	Gesamt	117	75.78	15.73
männlich	VG 1: wenig resilient	39	69.33	18.59
	VG 2: resilient	39	80.42	14.09
	Gesamt	78	74.88	17.31
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	70.49	17.17
	VG 2: resilient	105	79.65	14.38
	Gesamt	195	75.42	16.34

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Für die „Psychische Gesamtdimension“ zeigt sich zusammenfassend kein Unterschied zwischen Männern und Frauen, jedoch gibt es signifikante Ergebnisse von mittlerer praktischer Relevanz hinsichtlich der Resilienz. Resiliente Betreuende haben eine bessere psychische Verfassung als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

F2d: Gibt es einen Unterschied bei resilienten und wenig resilienten Betreuenden in Bezug auf die arbeitsbezogene Lebensqualität?

H0: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Werte bei Mitgefühlzufriedenheit oder der Mitgefühlsmüdigkeit.

H1: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich hinsichtlich der Werte bei Mitgefühlzufriedenheit oder der Mitgefühlsmüdigkeit.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 20 fiel mit $p = .234$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 20 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 36.95 ($SD = 5.32$) und der Männer 36.95 ($SD = 5.43$) fiel mit $F(1, 191) = 0.125$, $p = .724$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 38.73 ($SD = 5.45$) und wenig resilienter Betreuender 34.87 ($SD = 4.42$) fiel mit $F(1, 191) = 27.505$, $p < .001$ signifikant aus. Die standardisierte Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.126$) beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „Compassion Satisfaction“ fiel mit $F(1, 191) = 0.013$, $p = .910$ nicht signifikant aus.

Tabelle 20. Deskriptivstatistische Kennwerte der ProQOL-Skala Compassion Satisfaction in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	34.72	4.26
	VG 2: resilient	66	38.67	5.44
	Gesamt	117	36.95	5.32
männlich	VG 1: wenig resilient	39	35.06	4.66
	VG 2: resilient	39	38.84	5.54
	Gesamt	78	36.95	5.43
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	34.87	4.42
	VG 2: resilient	105	38.73	5.45
	Gesamt	195	36.95	5.35

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Skala „Compassion Satisfaction“, zeigen sich also gleichermaßen von Mitgefühlzufriedenheit erfüllt. Jedoch gibt es signifikante Ergebnisse von mittlerer praktischer Relevanz hinsichtlich der Resilienz. Resiliente Betreuende haben eine höhere Mitgefühlzufriedenheit als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Darüber hinaus interessiert auch der Zusammenhang der Teamstimmung mit der Skala „Compassion Satisfaction“. Dieser Zusammenhang wurde mittels Spearman'scher Rangkorrelation gerechnet, weil die Beurteilung der Teamstimmung im Schulnotensystem (1) *ausgezeichnet*, (2) *sehr gut*, (3) *gut*, (4) *weniger gut*, (5) *schlecht* einer schiefen Verteilung unterliegt. Die Berechnung ergab bei einem Wert von $r_s = -.212$ ($p = .001$, einseitig, $N = 195$) ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, je besser die Teamstimmung ist, desto höher ist die Mitgefühlzufriedenheit.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 21 fiel mit $p = .742$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 21 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 21.67 ($SD = 4.05$) und der Männer 22.08 ($SD = 3.93$) fiel mit $F(1, 191) = 0.232$, $p = .630$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 20.81 ($SD = 3.70$) und wenig resilienter Betreuender 23.03 ($SD = 4.02$) fiel mit $F(1, 191) = 15.550$, $p < .001$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.075$) beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „Burnout“ fiel mit $F(1, 191) = 0.087$, $p = .768$ nicht signifikant aus.

Tabelle 21. Deskriptivstatistische Kennwerte der ProQOL-Skala Burnout in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	22.84	4.09
	VG 2: resilient	66	20.77	3.81
	Gesamt	117	21.67	4.05
männlich	VG 1: wenig resilient	39	23.28	3.97
	VG 2: resilient	39	20.88	3.53
	Gesamt	78	22.08	3.93
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	23.03	4.02
	VG 2: resilient	105	20.81	3.70
	Gesamt	195	21.84	4.00

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Skala „Burnout“. Jedoch gibt es auch in dieser Skala signifikante Ergebnisse von mittlerer praktischer Relevanz hinsichtlich der Resilienz. Resiliente Betreuende sind weniger Burnoutgefährdet als wenig resiliente Betreuende. Die Nullhypothese muss somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Der Zusammenhang der Teamstimmung mit der Skala „Burnout“ wurde ebenfalls mittels Spearman'scher Rangkorrelation berechnet, da die Beurteilung der Teamstimmung im Schulnotensystem (1) *ausgezeichnet*, (2) *sehr gut*, (3) *gut*, (4) *weniger gut*, (5) *schlecht* einer schiefen Verteilung unterliegt. Die Berechnung ergab bei einem Wert von $r_s = .357$ ($p < .001$, einseitig, $N = 195$) ein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, je schlechter die Teamstimmung ist, desto größer wird das Risiko, an Burnout zu erkranken.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 22 fiel mit $p = .539$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 22 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 18.56 ($SD = 3.21$) und der Männer 17.61 ($SD = 3.18$) fiel mit $F(1, 191) = 4.638$, $p = .033$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.024$) beschreibt einen kleinen Effekt. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 17.73 ($SD = 2.92$) und wenig resilienter Betreuender 18.70 ($SD = 3.49$) fiel mit $F(1, 191) = 5.770$, $p = .017$ signifikant aus. Die Effektgröße Eta-Quadrat ($\eta_p^2 = 0.029$) beschreibt ebenfalls einen kleinen Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „Secondary Traumatic Stress“ fiel mit $F(1, 191) = 0.785$, $p = .377$ nicht signifikant aus.

Tabelle 22. Deskriptivstatistische Kennwerte der ProQOL-Skala Secondary Traumatic Stress in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	18.96	3.43
	VG 2: resilient	66	18.26	3.02
	Gesamt	117	18.56	3.21
männlich	VG 1: wenig resilient	39	18.37	3.58
	VG 2: resilient	39	16.84	2.55
	Gesamt	78	17.61	3.18
Gesamt	VG 1: wenig resilient	90	18.70	3.49
	VG 2: resilient	105	17.73	2.92
	Gesamt	195	18.18	3.22

Anmerkungen. n = Teilstichprobenumfang, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen als auch resiliente und weniger resiliente Betreuende unterscheiden sich in der Skala „Secondary Traumatic Stress“. Frauen und wenig resiliente Betreuende zeigen sich eher durch Traumatisierungen ansteckbar als Männer und resiliente Betreuende. Die Ergebnisse zeigen auf Basis der Effektgrößen allerdings nur eine geringe praktische Relevanz. Die Nullhypothese muss verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden.

Die Untersuchung des Zusammenhangs der Teamstimmung mit der Skala „Secondary Traumatic Stress“ mittels Spearman'scher Rangkorrelation, deren Beurteilung der Teamstimmung analog des Schulnotensystems (1) *ausgezeichnet*, (2) *sehr gut*, (3) *gut*, (4) *weniger gut*, (5) *schlecht* einer schiefen Verteilung unterliegt, zeigte bei einem Wert von $r_s = .095$ ($p = .094$, einseitig, $N = 195$) kein signifikantes Ergebnis. Das bedeutet, dass kein Zusammenhang zwischen der Teamstimmung und dem Ausmaß an sekundärer Traumatisierung angenommen werden kann.

F2e: Gibt es einen Unterschied bei resilienten und wenig resilienten Betreuenden in Bezug auf die Anwendung von Coping-Strategien?

H0: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in der Anwendung der Coping-Strategien.

H1: Resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich in der Anwendung der Coping-Strategien.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 23 fiel mit $p = .892$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der in Tabelle 23 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 31.14 ($SD = 4.14$) und der Männer 31.06 ($SD = 4.50$) fiel mit $F(1, 191) = 0.019$, $p = .892$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 32.41 ($SD = 4.14$) und wenig resilienter Betreuender 29.59 ($SD = 3.94$) fiel mit $F(1, 191) = 24.211$, $p < .001$ signifikant aus. Die Effektgröße η_p^2 ($\eta_p^2 = .112$) beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „Aufgabenorientiertes Coping“ fiel mit $F(1, 191) = 0.799$, $p = .373$ nicht signifikant aus.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Anwendung von „Aufgabenorientiertem Coping“. Resiliente Betreuende wenden häufiger aufgabenorientiertes Coping an, als wenig resiliente Betreuende. Dieses Ergebnis zeigt auf Basis der Effektgrößen eine mittlere praktische Relevanz.

Tabelle 23. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Aufgabenorientiertes Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	29.78	3.86
	VG 2: resilient	66	32.18	4.07
	Gesamtsumme	117	31.14	4.14
männlich	VG 1: wenig resilient	39	29.33	4.08
	VG 2: resilient	39	32.79	4.27
	Gesamtsumme	78	31.06	4.50
Gesamtsumme	VG 1: wenig resilient	90	29.59	3.94
	VG 2: resilient	105	32.41	4.14
	Gesamtsumme	195	31.11	4.28

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 24 fiel mit $p = .315$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt. Der in Tabelle 24 dargestellte Vergleich der Mittelwerte zeigt zwei signifikante Ergebnisse. Der Vergleich zwischen Frauen 20.70 ($SD = 5.19$) und Männern 18.79 ($SD = 4.92$) fiel mit $F(1, 191) = 9.667, p = .002$ signifikant aus. Die Effektgröße $\eta_p^2 = .048$ beschreibt einen kleinen Effekt. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 18.25 ($SD = 4.47$) und wenig resilienter Betreuender 21.91 ($SD = 5.22$) fiel mit $F(1, 191) = 28.874, p < .001$ signifikant aus. Die Effektgröße $\eta_p^2 = .131$ beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „Emotionsorientiertes Coping“ fiel mit $F(1, 191) = 0.184, p = .669$ nicht signifikant aus.

Tabelle 24. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Emotionsorientiertes Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	22.97	5.29
	VG 2: resilient	66	18.94	4.39
	Gesamtsumme	117	20.70	5.19
männlich	VG 1: wenig resilient	39	20.51	4.86
	VG 2: resilient	39	17.08	4.42
	Gesamtsumme	78	18.79	4.92
Gesamtsumme	VG 1: wenig resilient	90	21.91	5.22
	VG 2: resilient	105	18.25	4.47
	Gesamtsumme	195	19.94	5.15

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Frauen und wenig resiliente Betreuende wenden häufiger emotionsorientiertes Coping an als Männer und resiliente Betreuende. Die Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts sind von kleiner und die Unterschiede hinsichtlich der Resilienz von mittlerer praktischer Relevanz.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 25 fiel mit $p = .149$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt. Der in Tabelle 25 dargestellte Vergleich der Mittelwerte der Frauen 25.28 ($SD = 5.78$) und der Männer 23.71 ($SD = 5.02$) fiel mit $F(1, 191) = 3.747$, $p = .054$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 25.49 ($SD = 5.25$) und wenig resilienter Betreuender 23.68 ($SD = 5.72$) fiel mit $F(1, 191) = 6.184$, $p = .014$ signifikant aus. Die Effektgröße η_p^2 ($\eta_p^2 = .031$) beschreibt einen kleinen Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „Vermeidungsorientiertes Coping“ fiel mit $F(1, 191) = 2.826$, $p = .094$ nicht signifikant aus.

Tabelle 25. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Vermeidungsorientiertes Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N= 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	24.92	6.37
	VG 2: resilient	66	25.56	5.32
	Gesamtsumme	117	25.28	5.78
männlich	VG 1: wenig resilient	39	22.05	4.30
	VG 2: resilient	39	25.36	5.20
	Gesamtsumme	78	23.71	5.02
Gesamtsumme	VG 1: wenig resilient	90	23.68	5.72
	VG 2: resilient	105	25.49	5.25
	Gesamtsumme	195	24.65	5.53

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Beim „vermeidungsorientierten Coping“ zeigt sich, dass es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt. Resiliente Betreuende wenden häufiger vermeidungsorientiertes Coping an, als wenig resiliente Betreuende. Dieses Ergebnis ist jedoch nur von kleiner praktischer Relevanz.

Eine detailliertere Auswertung hinsichtlich der Anwendung vermeidungsorientierter Coping-Strategien werden in Tabelle 26 für die Subdimension sozial-ablenkungsorientiertes Coping und in Tabelle 27 für die Subdimension zerstreungsorientiertes Coping dargestellt.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 26 fiel mit $p = .795$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt.

Der Vergleich der Mittelwerte der Subdimension „sozial-ablenkungsorientiertes Coping“ zeigt anhand von Tabelle 26 den Mittelwert der Frauen 14.75 ($SD = 3.52$) und der Männer 13.74 ($SD = 3.49$). Der Vergleich fiel mit $F(1, 191) = 3.318$, $p = .070$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 15.17 ($SD = 3.42$) und wenig resilienter Betreuender 13.39 ($SD = 3.44$) fiel mit $F(1, 191) = 12.631$, $p < .001$ signifikant aus. Die Effektgröße η_p^2 ($\eta_p^2 = .062$) beschreibt einen mittleren Effekt. Die Wechselwirkung für die Skala „sozial-ablenkungsorientiertes Coping“ fiel mit $F(1, 191) = 0.295$, $p = .587$ nicht signifikant aus.

Tabelle 26. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Vermeidungsorientiertes (sozial-ablenkungsorientiert) Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	13.90	3.49
	VG 2: resilient	66	15.41	3.41
	Gesamtsumme	117	14.75	3.52
männlich	VG 1: wenig resilient	39	12.72	3.29
	VG 2: resilient	39	14.77	3.42
	Gesamtsumme	78	13.74	3.49
Gesamtsumme	VG 1: wenig resilient	90	13.39	3.44
	VG 2: resilient	105	15.17	3.42
	Gesamtsumme	195	14.35	3.53

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Anwendung sozial-ablenkungsorientierter Coping-Strategien. Resiliente Betreuende wenden häufiger sozial-ablenkungsorientiertes Coping an als wenig resiliente Betreuende. Dieses Ergebnis ist von mittlerer praktischer Relevanz.

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zur Tabelle 27 fiel mit $p = .146$ nicht signifikant aus. Die Voraussetzung zur Interpretation der Haupteffekte ist somit erfüllt. Der Vergleich der Mittelwerte der Subdimension „zerstreuungsorientiertes Coping“ zeigt anhand von Tabelle 27 den Mittelwert der Frauen 10.53 ($SD = 3.92$) und der Männer 9.33 ($SD = 2.99$). Der Vergleich fiel mit $F(1, 191) = 1.317$, $p = .253$ nicht signifikant aus. Der Vergleich der Mittelwerte resilienter 10.31 ($SD = 3.97$) und wenig resilienter Betreuender 10.29 ($SD = 3.45$) fiel mit $F(1, 191) = .128$, $p = .721$ ebenfalls nicht signifikant aus. Die Wechselwirkung für die Skala „zerstreuungsorientiertes Coping“ zeigt mit $F(1, 191) = 3.811$, $p = .052$ ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis.

Tabelle 27. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Vermeidungsorientiertes (zerstreuungsorientiert) Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N= 195)

Geschlecht	Versuchsgruppe	n	M	SD
weiblich	VG 1: wenig resilient	51	11.01	3.62
	VG 2: resilient	66	10.15	4.13
	Gesamtsumme	117	10.53	3.92
männlich	VG 1: wenig resilient	39	9.33	2.99
	VG 2: resilient	39	10.59	3.71
	Gesamtsumme	78	9.96	3.41
Gesamtsumme	VG 1: wenig resilient	90	10.29	3.45
	VG 2: resilient	105	10.31	3.97
	Gesamtsumme	195	10.30	3.73

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Sowohl Männer und Frauen, als auch resiliente und wenig resiliente Betreuende unterscheiden sich nicht in der Anwendung von zerstreuungsorientierten Coping-Strategien.

Zusammengefasst zeigt sich, dass resiliente Betreuende eher aufgabenorientiertes oder sozial-ablenkungsorientierte Coping-Strategien anwenden und weniger resiliente Betreuende eher zu emotionsbezogenen Coping-Strategien tendieren. Frauen wenden häufiger emotionsorientiertes Coping an als Männer. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in der Anwendung von Coping-Strategien bei resilienten und weniger resilienten Betreuenden. Deshalb muss die Nullhypothese verworfen werden, und die Alternativhypothese ist somit anzunehmen.

Die Ergebnisse der Fragestellungen zur Resilienz zeigen beinahe überall signifikante Ergebnisse von durchaus praktischer Relevanz.

Resiliente Betreuende zeigen sich körperlich nicht stark beeinträchtigt und haben auch bei der psychischen Dimension deutlich bessere Ergebnisse. Resiliente Betreuende zeigen außerdem höhere Werte in der Mitgefühlszufriedenheit, die auch durch die Teamstimmung beeinflusst wird, sie haben niedrigere Werte in der Burnout-Skala und wenden andere Coping-Strategien an.

Die Ergebnisse sind signifikant, jedoch müssen sie im Vergleich mit den Normen der ProQOL-Skalen relativiert werden. Hudnall Stamm (2009b) erwähnt, dass bei der Skala „Compassion Satisfaction“ ein Mittelwert von unter 40, wie in den vorliegenden Ergebnissen sichtbar (siehe Tabelle 20), darauf hinweist, dass die Arbeit vermutlich wenig

Mitgeföhlszufriedenheit erzeugt. Der Vergleich resilienter und wenig resilienter Betreuender ($M = 20.81$ und $M = 23.03$) der Skala „Burnout“ zeigt zwar auch ein signifikantes Ergebnis (siehe Tabelle 21), im Vergleich mit der Norm verweist Hudnall Stamm (2009b) jedoch darauf, dass Werte unter 18 sehr wenig darauf hinweisen, an Burnout zu erkranken, und die meisten Personen wesentlich höhere Werte erreichen.

Das signifikante Ergebnis der Tabelle 22 beschreibt, dass Frauen und wenig resiliente Betreuende hohe Werte in der Skala „Secondary Traumatic Stress“ erreichen, jedoch muss auch hier der Vergleich mit der Norm durch die Testautoren hergestellt werden. Mit den Werten ($M = 18.70$ und $M = 18.56$) ist laut Hudnall Stamm (2009b) keine große Gefahr der sekundären Traumatisierung gegeben, da alle Werte unter 43 auf ein sehr gutes Ergebnis hinweisen.

14.3 Fragestellungen zur Anwendung von Coping-Strategien

F3a: Gibt es einen Unterschied zwischen fachspezifischer Ausbildung und der Anwendung von Coping-Strategien?

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen fachspezifischer Ausbildung und der Anwendung der Coping-Strategien.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen fachspezifischer Ausbildung und der Anwendung der Coping-Strategien.

Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs zwischen Betreuenden mit Universitätsabschluss (Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik) und ohne universitärer Ausbildung (Behindertenfachkräfte, Kranken- und Pflegepersonal, psychotherapeutische Ausbildung und andere) in Bezug auf die Dimensionen des CISS. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen war bei allen Dimensionen mit $p > .05$ erfüllt.

In der Dimension „aufgabenorientiertes Coping“ zeigt sich bei einem Mittelwertvergleich zwischen Betreuenden mit universitärer Ausbildung ($M = 31.54$, $SD = 4.27$) und ohne universitäre Ausbildung ($M = 30.81$, $SD = 4.27$) kein signifikanter Unterschied $t(1, 193) = -1.178$, $p = .240$.

Auch in der Dimension „emotionsorientiertes Coping“ zeigt sich zwischen universitär ausgebildeten ($M = 20.49$, $SD = 5.20$) und nicht universitär ausgebildeten Betreuenden ($M = 19.56$, $SD = 5.11$) kein signifikanter Unterschied $t(1, 193) = -1.248$, $p = .213$.

Tabelle 28. Kennwerte der Anwendung von Coping-Strategien in Abhängigkeit universitärer Ausbildung mittels t-Test für unabhängige Stichproben (N = 195)

Dimension CISS	$M_{\text{nicht universitär}}(SD)$ (n=116)	$M_{\text{universitär}}(SD)$ (n=79)	$t(193)$	p	d
aufgabenorientiertes Coping	30.81 (4.27)	31.54 (4.27)	-1.178	.240	-0.17
emotionsorientiertes Coping	19.56 (5.11)	20.49 (5.20)	-1.248	.213	-0.18
vermeidungsorientiertes Coping	24.19 (5.52)	25.33 (5.52)	-1.416	.159	-0.21
sozial-ablenkungs-orientiertes Coping	14.03 (3.59)	14.81 (3.41)	-1.510	.133	-0.22
zerstreuungs-orientiertes Coping	10.16 (3.82)	10.52 (3.60)	-.668	.505	-0.10

Anmerkungen. n = Teilstichprobe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, t = t-Wert, p = Signifikanzwert, d = Cohens d (.20 kleine, .50 mittlere, .80 große Effektstärke)

Mit einem Wert von $t(1, 193) = -1.510$, $p = .133$ zeigt sich auch beim „sozial-ablenkungsorientierte Coping“ zwischen Betreuenden mit universitärer ($M = 14.81$, $SD = 3.41$) und ohne universitäre Ausbildung ($M = 14.03$, $SD = 3.59$) kein signifikanter Unterschied, wenn auch ein Effekt von $d = -0.21$ auf einen kleinen Effekt hinweist. Die Dimension „zerstreuungsorientiertes Coping“ zeigt mit einem Wert von $t(1, 193) = -0.668$, $p = .505$ keinen signifikanten Unterschied zwischen Betreuenden mit universitärer ($M = 10.52$, $SD = 3.60$) und ohne universitäre Ausbildung ($M = 10.16$, $SD = 3.82$).

In der Dimension „vermeidungsorientiertes Coping“ ergibt dies einen ebenfalls nicht signifikanten Unterschied bei einem Wert von $t(1, 193) = -1.416$, $p = .159$ zwischen Betreuenden mit ($M = 25.33$, $SD = 5.52$) und ohne universitäre Ausbildung ($M = 24.19$, $SD = 5.52$). Auch hier verweist das nicht signifikante Ergebnis auf einen kleinen Effekt ($d = -0.21$).

Zusammengefasst zeigen diese Ergebnisse trotz mancher kleiner Effekte bei nicht signifikanten Ergebnissen über alle Dimensionen, dass es keinen Unterschied in der fachspezifischen Ausbildung, die hier anhand der Teilung zwischen universitärer und nicht universitärer Ausbildung berechnet wurde, gibt. Die Nullhypothese ist somit beizubehalten.

F3b: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung von Coping-Strategien?

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung der Coping-Strategien.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Anwendung der Coping-Strategien.

Die Berufserfahrung unterliegt einer schiefen Verteilung, weshalb die Berechnung über die Spearman'sche Rangkorrelation berechnet wurde.

In der Dimension „aufgabenorientiertes Coping“ zeigte sich bei $r_s = -.055$ ($p = .449$, zweiseitig, $N = 195$) kein Zusammenhang.

Auch in der Dimension „emotionsorientiertes Coping“ zeigte sich bei $r_s = .018$ ($p = .798$, zweiseitig, $N = 195$) kein Zusammenhang.

Das Ergebnis von $r_s = .002$ ($p = .982$, zweiseitig, $N = 195$) des „zerstreuungsorientierten Coping“ zeigte keinen Zusammenhang mit der Berufserfahrung. Die detaillierte Auswertung des „vermeidungsorientierten Copings“ verweist auf einen schwach negativen Zusammenhang bei $r_s = -.160$ ($p = .026$, zweiseitig, $N = 195$) insofern, dass sozial-ablenkungsorientiertes Coping von Betreuenden mit mehr Berufserfahrung seltener angewandt wird. Zusammengefasst in der Dimension „vermeidungsorientiertes Coping“ ergibt sich mit einem Wert von $r_s = -.098$ ($p = .172$, zweiseitig, $N = 195$) kein Zusammenhang.

Gesamt betrachtet gibt es unabhängig eines schwachen Zusammenhangs der Berufserfahrung mit der Anwendung „sozialablenkungs-orientierter Coping-Strategien“ keine signifikanten Ergebnisse. Die Nullhypothese wird somit auch für diese Fragestellung beibehalten.

Die Ergebnisse zu den Fragestellungen zur Anwendung von Coping-Strategien zeigen allesamt nicht signifikante Ergebnisse. Sowohl bezüglich des Geschlechts als auch in Abhängigkeit der Ausbildung oder Berufserfahrung können keine bedeutsamen Zusammenhänge angenommen werden.

15 Interpretation der Ergebnisse – Diskussion

Im abschließenden Kapitel werden die aus der Untersuchung gewonnenen Ergebnisse interpretiert, mit den Fragestellungen in Verbindung gestellt und verschiedene Aspekte der Arbeit diskutiert.

15.1 Möglichkeiten und Grenzen der Methodik

Menschen, die im Sozialbereich arbeiten, sind in der Regel sehr vertraut mit dem Ausfüllen von Fragebögen. Das Positive daran ist, dass diese „Übung“ dazu führte, dass jeder Fragebogen, der ausgefüllt abgegeben wurde, ausgewertet werden konnte. Zu hinterfragen ist hingegen, ob eventuell durch diese „Vertrautheit“ mit der Materie von Erhebungen sozial erwünschte Antworten zustande kommen. Mayer (1998) nennt in diesem Zusammenhang die Problematik von subjektiven menschlichen Bewertungen, weil sie komplexe Überlegungen ausschließt, es zu Inkonsistenz im Antwortverhalten, kognitiven Illusionen, unterschiedlichen kognitiven Verarbeitungen oder Referenzpunkten als Störfaktoren kommt. Führt man diesen Gedanken weiter, könnte es sein, dass die Vertrautheit von Betreuenden mit Fragebogenuntersuchungen einen Störfaktor an sich darstellen könnte.

15.2 Kritik an den Verfahren

Die Testbatterie wurde aus einem soziodemografischen Fragebogen, dem SF-36-Fragenbogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998), der ProQOL Professional Quality of Life Scale (Hudnall Stamm, 2009b), dem CISS Coping Inventory for Stressful Situations (Kälin, 1995) und der RS-11 Resilienzskala (Schumacher et al., 2005) in Hinblick auf das Thema „Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Betreuungspersonal psychisch Erkrankter“ zusammengestellt. Die Auswahl erscheint passend und umfassend genug, um die spezifischen Fragestellungen zu beantworten.

Ein Problem beim **Fragebogen zur Erfassung der soziodemografischen** Daten stellte die Frage zum Betreuungsschlüssel dar. Der Betreuungsschlüssel an sich berechnet sich über das Verhältnis der KlientInnen zu den Betreuenden (hier allerdings vollzeitäquivalente Mitarbeitende). Da einerseits die Berechnung der Vollzeitäquivalenz und auch, ob es sich bei der Frage um die Anzahl der Betreuenden im Team oder im Gegensatz dazu der Anzahl der Betreuenden, die gleichzeitig im Dienst sind, handelt, zu Unklarheiten bei der Beantwortung führte, konnten diese Daten für die Auswertung letztlich nicht verwendet werden. Ein weiteres Manko des soziodemografischen Fragebogens war, dass unter dem Punkt „Psychohygiene“ zwar eine offene Antwort möglich war, jedoch vorab nur professionelle

Psychohygiene und keine Aspekte der Selbstsorge (Sport, Humor, Freizeit, Freunde ...) erfasst wurden. Dies führte vermutlich dazu, dass so mancheR beispielsweise Sport als sonstige Psychohygiene anführte, andere dies jedoch vielleicht nicht mit der Frage in Verbindung brachten. Eine andere Fragestellung hätte hier vermutlich mehr Daten zugänglich gemacht.

Die **Resilienzskala** erscheint mit ihren elf Items sehr kurz, um so ein komplexes multidimensionales Konstrukt zu erfassen, obwohl es laut Testautoren (Schumacher et al., 2005) eine gute und ökonomische Alternative zur 25-Item-Variante darstellt. Die beiden von Schumacher et al. (2005) gefundenen Faktoren der „persönlichen Kompetenz“ und der „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ sind aus meiner Sicht jedoch nicht ausreichend, die vielen Faktoren der Resilienz entsprechend abzubilden. Außerdem meinen Schumacher et al. (2005) selbst, dass die Faktoren sich mit anderen Aspekten wie beispielsweise Optimismus oder Selbstwertaspekten überschneiden und Resilienz in Summe in dem vorliegenden Fragebogen ein eindimensionales Konstrukt darstellt.

Eine Schwierigkeit bei der Verwendung des **CISS** von Kälin (1995) ist, dass es bisher lediglich als unveröffentlichte Variante zur Verfügung steht. Es gibt wenig Vergleichsdaten und Anhaltspunkte, trotz der interessanten Thematik. Die Dimensionen, die damit erfasst werden, schließen nicht alle Coping-Strategien ein, sondern beschränken sich auf die „Klassiker“. Neuere Coping-Konzepte oder auch Bewegung und Sport als Coping-Strategie finden keine Erwähnung, obwohl diese häufig als Alternative angeführt wurden.

Die **ProQOL** (Hudnall Stamm, 2009b) ist ein relativ neues Verfahren und sehr gut geeignet, um die arbeitsbezogene Lebensqualität zu erfassen. Die freie Verfügbarkeit und detaillierte Information zu Anwendung, Auswertung und Interpretation sprechen ebenfalls sehr für seine Anwendung. Ein wesentliches Manko ist die deutsche Übersetzung des Verfahrens, die häufig zu Nichtbeantwortung einzelner, offenbar missverständlicher Fragen und irritierten Reaktionen der Befragten führten. So manche Frage wurde außerordentlich oft mit Frage- oder Rufzeichen beziehungsweise Bemerkungen wie etwa „undeutsch“ oder „missverständlich“ versehen. Bei der Berechnung der Reliabilität der Subskalen wurde festgestellt, dass diese bei der Skala „Burnout“ mit einem Wert von .620 und bei der Skala „Secondary Trauma“ mit einem Wert von .556 an der unteren Schranke der Reliabilität liegen. Das Verfahren misst hier anscheinend nicht sehr genau. Die beiden Skalen sind deshalb nicht sehr aussagekräftig. Möglicherweise ist dieser Umstand auch durch die schlechte Übersetzung der Items ins Deutsche entstanden.

Bei der Übertragung der Items in die eigene Testbatterie ist leider der außerordentlich ärgerliche Fehler passiert, dass ein Item der Neuformatierung zum Opfer gefallen ist und somit systematisch gefehlt hat. Durch Imputation über den Mittelwert der entsprechenden Subskala konnte das fehlende Item glücklicherweise ersetzt werden. Die Interpretation der einzelnen Skalen ist über vielfältige Kombinationen ebenfalls möglich, wird aber eher für Einzeltestungen verwendet und würde den Rahmen dieser Arbeit eindeutig sprengen.

Der **SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand** (Bullinger & Kirchberger, 1998) ist ein sehr gutes Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Anwendung als auch Auswertung und Interpretation sind durch ein detailliertes Manual problemlos möglich, wenn auch trotz der umfassenden Daten die Interpretationsmöglichkeiten eingeschränkt erscheinen. Auch Mayer (1998) kritisiert, dass die Interpretationsmöglichkeiten die Interpretation eines Gesamtscores vermissen lässt, wie es bei anderen Verfahren durchaus üblich ist. Die Tatsache, dass sich der Gesundheitszustand auf die vergangenen vier Wochen beziehen sollte, war für manche Betreuende irritierend, vor allem dann, wenn genau in dieser Zeit eine massive Verbesserung oder Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes eingetreten war.

15.3 Erfahrungen bei der Testung

Die Entscheidung, das Verfahren als Paper-Pencil-Verfahren vorzugeben, scheint möglicherweise nicht „State of the Art“ zu sein, wurde aber vor allem deshalb gewählt, um die vorhandenen persönlichen Kontakte zu nutzen und den Zugang zu verschiedenen Trägern möglichst unbürokratisch und rasch herzustellen. Ein weiterer Grund für diese Erhebungsart war die Gewährung der Anonymität, da das Ausfüllen des Fragebogens in der Dienstzeit erledigt werden durfte und in den meisten Büros nur ein, beziehungsweise wenige Computer für ein Team bereitstehen und diese für Korrespondenz, Dokumentation etc. meist hochfrequent genutzt werden.

Der Erhebungskontext spielt meiner Meinung nach eine Rolle für die Beantwortung der Fragen. Hier sind sicherlich zahlreiche unkontrollierbare Störfaktoren (Erhebungszeit, Erhebungsort, zeitliche Ressourcen bei der Beantwortung ...) mit eingeflossen. Aus eigener Erfahrung beim Ausfüllen von Fragebögen mit meinem Team wären hier auch Störungen durch Telefonanrufe, Zwischenfälle oder Fragen durch KlientInnen, eventuell Zeitdruck, wenn das Ausfüllen während der Teamzeit stattfindet, damit die Besprechungszeit nicht zu stark durch die Erhebung verkürzt wird, etc. zu nennen.

Die Rekrutierung der Stichprobe erwies sich aufgrund der persönlichen langjährigen Arbeit in diesem Bereich als recht einfach. Die Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen war größer als angenommen und führte zu einer großen Stichprobe, die sich aus sieben unterschiedlichen Trägerorganisationen zusammensetzte. Die Teilnahmebereitschaft war wie erwartet umso größer, wenn zu Betreuenden vorab ein beruflicher Kontakt bestand. Häufig kam es dann zu einer Verbreitung der Fragebögen im Schneeballprinzip. Obwohl der Rücklauf im Großen und Ganzen wirklich sehr gut war, war der Erhebungszeitpunkt im Sommer während der Haupturlaubszeit kein besonders gut gewählter.

15.4 Ergebnisse

Die Ergebnisse sind gesamt betrachtet nicht überraschend, aber sehr interessant. Sie weisen auf eine gute Abbildung der persönlichen Erfahrung im Betreuungsbereich hin. Die Ergebnisse sind aufgrund der großen Stichprobe der Multicenter-Studie sicherlich repräsentativ.

15.4.1 Resilienz

Das Untersuchungsdesign wurde so angelegt, dass anhand des Medians der Norm der RS-11 eine Trennung der Gesamtstichprobe ($N = 195$) in zwei Gruppen erfolgte. Aufgrund der Tatsache, dass die vorliegende Stichprobe allerdings einen signifikant höheren Median aufwies, wurde die Gruppe am Median der Stichprobe in die Gruppe „wenig resilient“ und die Gruppe „resilient“ geteilt. Resilienz erwies sich über beinahe alle Berechnungen als ein relevanter Faktor mit durchaus praktischer Relevanz.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Resilienz offenbar keinen Einfluss auf die körperlichen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat, lediglich die allgemeine Gesundheitswahrnehmung beschreiben resilientere Betreuende besser als wenig resiliente Betreuende. Interessant sind die Ergebnisse der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Hier beschreiben sich resiliente Betreuende im Vergleich zu wenig resilienten Betreuenden als vitaler, empfinden sich seltener durch Schmerzen oder seelische Krisen in der Freizeit, im Beruf oder beim Wahrnehmen ihrer Sozialkontakte beeinträchtigt und fühlen sich allgemein in einer besseren psychischen Verfassung. Die bessere psychische Verfassung von resilienten Menschen steht in Wechselbeziehung dazu, wie man die Welt sieht. Hierfür kann man einen Filter wählen. Sieht man die Welt eher als PessimistIn, vergiftet man die Sicht auf die Welt und verzweifelt an Schuld und Missgeschick, sieht man die Welt als OptimistIn, so erleichtert es den Umgang mit schwierigen Situationen, wie sie beispielsweise auch in der Betreuungsarbeit mit psychisch Erkrankten vorkommen (Kabat-Zinn, 2001).

In Bezug auf die arbeitsbezogene Lebensqualität zeigt sich, dass resiliente Betreuende in der Arbeit häufiger Mitgefühlszufriedenheit erleben als wenig resiliente Betreuende. Die Zufriedenheit mit sich selbst und dem eigenen Leben und Wirken scheint sich unmittelbar auf die Empathiefähigkeit auszuwirken. Außerdem sind resiliente Betreuende weniger gefährdet, an Burnout zu erkranken, als wenig resiliente, wobei hier generell die Burnout-Werte in der Stichprobe bei beiden Gruppen nicht gefährlich hoch waren. Des Weiteren zeigt sich, dass wenig resiliente Betreuende eher von sekundärer Traumatisierung betroffen sind. Es ist zwar nur ein geringer Effekt, trotzdem könnte es damit zu tun haben, dass Resilienz unmittelbar mit eigenen Traumatisierungen zusammenhängt.

Resilienz wirkt sich auf die Anwendung unterschiedlicher Coping-Strategien insofern aus, dass resiliente Betreuende eher aufgabenorientierte oder sozial-ablenkungsorientierte Coping-Strategien, wohingegen weniger resiliente Betreuende eher emotionsbezogene Coping-Strategien anwenden.

Zusammengefasst betont die vorliegende Untersuchung die Bedeutsamkeit von Resilienz bei Betreuenden. Um auf eine der Eingangsfragen zurückzukommen, welche Rolle die Resilienz bei Betreuenden spielt, so kann man mit dem Zitat von Welter-Enderlin (2012) auf eine sehr wichtige Rolle schließen: „Die Sensibilität, mit der sie Hürden überwunden haben, und die Erfahrung ihrer eigenen Wirksamkeit können ausgezeichnete Charakteristika guter TherapeutInnen sein“ (S. 12).

15.4.2 *Geschlecht*

Hinsichtlich des Geschlechts gibt es in der vorliegenden Untersuchung kaum Unterschiede.

Betreuerinnen und Betreuer unterscheiden sich nicht in der Resilienz, weder im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung noch in den einzeln oder gesamt betrachteten Dimensionen der körperlichen oder psychischen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dies widerspricht den Forschungsergebnissen von Richter-Kornweitz (2011) aus ihrer aktuellen Untersuchung, die zeigt, dass Frauen einen besseren Gesundheitszustand aufweisen und resilienter sind als Männer. Bei Schumacher et al. (2005) zeigten sich hingegen kaum Unterschiede in der Widerstandsfähigkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.

Das Geschlecht hat auch auf die Dimensionen „Compassion Satisfaction“ und „Burnout“ der arbeitsbezogenen Lebensqualität keinen Einfluss. Dies widerspricht den Erkenntnissen von Freudenberger und North (1992), die sich eingehend mit Burnout bei Frauen beschäftigt haben. Demnach sind Männer Frauen gegenüber eindeutig im Vorteil, weil sie mehr Anerkennung für ihre Fähigkeiten erhalten, besser auf ihre Berufstätigkeit vorbereitet werden

und seltener an Burnout erkranken. Frauen scheinen jedoch eher von sekundärer Traumatisierung betroffen zu sein als Männer.

Bei der Anwendung von Coping-Strategien gibt es auch kaum Unterschiede zwischen Betreuerinnen und Betreuern. Frauen wenden häufiger emotionsorientierte Coping-Strategien an als Männer, und es besteht der Trend, dass sie eher vermeidungsorientiertes im Sinne von sozial-ablenkungsorientiertem Coping anwenden.

Die geringen Geschlechterunterschiede könnten sich auch dadurch erklären, dass generell der Unterschied zwischen den Geschlechtern geringer ausfällt, je höher der Bildungsgrad und damit die soziale Schichtzugehörigkeit ist (Brücker, 1994), die in der untersuchten Stichprobe sehr homogen ausfällt.

15.4.3 *Arbeitsbezogene Lebensqualität*

Burnout ist aufgrund seiner Multidimensionalität ein Konstrukt, das sich als Teil der arbeitsbezogenen Lebensqualität auf viele andere auswirkt, unter anderem auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Teamstimmung ist sicherlich ein wesentlicher Faktor dafür, ob man sich in der Arbeit wohlfühlt oder nicht. Hierbei geht es jedoch nicht nur um das persönliche Wohlfühl in der Arbeit, sondern auch um das Gefühl in der Arbeit mit den KlientInnen, da dies unmittelbar miteinander in Verbindung gebracht werden kann. Die Teamstimmung hat einen wesentlichen Einfluss darauf, wie man sich in die Arbeit einbringt und diese erlebt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitgefühlzufriedenheit umso höher ist, je besser die Stimmung im Team bewertet wird. Das bedeutet, dass sich eine gute Teamstimmung unmittelbar auf die Arbeit mit den KlientInnen auswirkt und diese umso positiver erlebt werden kann, je besser die Stimmung im Team ist. In Folge heißt das, dass unbedingt Sorge dafür getragen werden muss, dass eine gute Stimmung im Team herrscht, um gut mit den KlientInnen arbeiten zu können.

Die Teamstimmung hat ebenfalls einen großen Einfluss darauf, wie burnoutanfällig man ist. Je schlechter die Teamstimmung, desto größer wird das Risiko, an Burnout zu erkranken. Wenn die Stimmung im Team schlecht ist, ein Einzelkämpfertum und Rückzug vorherrscht, dann steigt die Gefahr, an Burnout zu erkranken. Auch Freudenberg und North (1992) bestätigen, dass „Isolation und Alleinsein“ (S. 179) Burnout fördert.

Generell scheinen Betreuende jedoch weniger Mitgefühlzufriedenheit zu zeigen als die Allgemeinbevölkerung. Eine mögliche Ursache könnte die Tatsache sein, dass eine gewisse Arbeitsroutine und das doch meist sehr umfassende Hintergrundwissen zu den KlientInnen einen Einfluss auf die Mitgefühlzufriedenheit haben. In einer aktuellen Studie dazu fanden

Lebowitz und Ahn (2014), je mehr Wissen beispielsweise über biologische Ursachen einer psychischen Erkrankung vorhanden ist, umso geringer fallen Empathie und Mitgefühlzufriedenheit aus.

Die Gefahr an Burnout zu erkranken oder sekundäre Traumatisierung zu erleiden scheint für die Betreuenden dieser Stichprobe kein brisantes Thema zu sein. In einer Studie zur arbeitsbezogenen Lebensqualität von Conrad und Kellar-Guenther (2006) konnte ebenfalls ein geringes Burnout-Risiko festgestellt werden. Sie erklären es sich jedoch über eine mögliche abschwächende Wirkung von einer hohen Mitgefühlzufriedenheit auf Burnout, die in der vorliegenden Studie jedoch nicht besonders ausgeprägt war. Es bleibt eine überraschende Erkenntnis angesichts der Brisanz und Diskussion in den Medien (Bauer, 2014) und der Beliebtheit des Themas in Fachkreisen.

15.4.4 *Gesundheitsbezogene Lebensqualität*

Dem Thema der Gesundheit und im Detail der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Betreuungspersonal widmen sich sehr wenige Studien. Die Ergebnisse zeigen eine interessante Trennung zwischen den körperlichen und den psychischen Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf.

Betreuende beschreiben ihre körperliche Verfassung wesentlich besser als die Allgemeinbevölkerung. Sie berichten seltener über Schmerzen, fühlen sich weniger in ihrer körperlichen Funktion oder Rollenfunktion eingeschränkt und beschreiben sich als körperlich gesünder. Überlegungen dazu sind, dass einerseits die Betreuungsarbeit von psychisch Erkrankten weniger häufig mit einem sehr hohen Pflegebedarf einhergeht und andererseits eine körperlich sehr vielfältige Tätigkeit ist. An einem typischen Betreuungstag sind der Körper und der Geist ständig in Bewegung. Sowohl in Tagesstrukturen als auch im vollbetreuten und teilbetreuten Wohnen gibt es neben sitzenden Tätigkeiten wie Büroarbeit und Besprechungen unterschiedliche Beschäftigungsbereiche wie Keramik herzustellen, zu gärtnern, zu kochen, Wege und Einkäufe sind zu erledigen, häusliche Tätigkeiten sind zu verrichten etc. Dies führt vermutlich zu häufigerer und vielfältigerer Bewegung als beispielsweise bei einer primär sitzenden Bürotätigkeit. Die Tatsache, dass die Betreuenden auch häufig unterschiedliche körperliche Ertüchtigung wie Sport oder Spaziergehen zur Stressbewältigung, also zum Ausgleich ihrer Betreuungsarbeit angeführt haben, könnte ein weiteres Indiz dafür sein, dass Betreuende eine bessere körperliche Verfassung zeigen, weil sie sich besser um ihren Körper kümmern.

Dahingegen ist die psychische Verfassung von Betreuenden schlechter als die der Allgemeinbevölkerung. Betreuende beschreiben, dass sie weniger Energie haben oder dass sie ihre soziale Funktionsfähigkeit nicht wie gewünscht wahrnehmen können. Auch die

emotionale Rollenfunktion ist eingeschränkt. Das bedeutet, dass Betreuende sich privat und beruflich beeinträchtigt fühlen, wenn nicht sogar zurückziehen und sich weniger leistungsfähig empfinden. Eine Vermutung dazu wäre, dass der ständige Sozialkontakt, den man in der Betreuungsarbeit mit KlientInnen hat, dazu führt, dass die privaten Sozialkontakte in den Hintergrund rücken.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Konstrukte können in gewisser Hinsicht alle als multidimensionale Konstrukte betrachtet werden. Diese Zusammenhänge zeigen sich auch hinsichtlich der Überschneidungen in den Ergebnissen. So sind beispielsweise „emotionsorientiertes Coping“ und „Burnout“ Prädiktoren für den körperlichen Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Aspekte der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität lassen sich sogar durch fünf Dimensionen aller übrigen Konstrukte vorhersagen. Die Anwendung der Coping-Strategien, die Tendenz, an Burnout zu erkranken, und die Resilienz sind in einem hohen Ausmaß für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität verantwortlich. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität scheint so komplex, dass ihre Erfassung der Natur des Phänomens schwer gerecht werden kann. Siegrist (1990) kritisiert an dieser Stelle, dass beispielsweise personale und soziale Ressourcen der Krankheitsbewältigung meist nicht erfasst und einbezogen werden. Dies ist sicherlich trotz der umfangreichen Erhebung auch hier nicht ausreichend möglich gewesen.

15.4.5 *Anwendung von Coping-Strategien*

Die Untersuchung zur Anwendung von Coping-Strategien brachte nur wenige Ergebnisse zutage. Im Großen und Ganzen zeigen sich kaum Zusammenhänge oder Unterschiede. Obwohl in der Literatur zahlreiche Zusammenhänge oder moderierende Einflüsse zwischen soziodemografischen Variablen wie etwa Geschlecht, Bildung, Gesundheitszustand und der Anwendung von Coping-Strategien nachgewiesen wurden (Brücker, 1994), konnte dies in der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden.

Einzig ein kleiner Geschlechtereffekt zeigt sich insofern, dass Männer und Frauen unterschiedliche Coping-Strategien anwenden. Auch Brücker (1994) zeigte mit seiner Untersuchung, dass Männer eher problemorientierte und Frauen eher emotionsorientierte Coping-Strategien anwenden. Eine Überlegung dazu, warum Frauen eher emotionsorientiertes Coping anwenden, könnte mit der Betreuungssituation zusammenhängen. Bartholdt und Schütz (2010) beschreiben die Anwendung von problemorientiertem Coping in kontrollierbaren Situationen und die Anwendung des emotionsorientierten Copings in eher als unveränderbar erlebten Situationen. Ein Grund, warum Frauen also tendenziell zu emotionsorientiertem Coping neigen, könnte sich durch die unterschiedliche Sozialisation von Männern und Frauen erklären. Vielleicht haben

Männer dadurch auch häufiger das Gefühl, eine Situation unter Kontrolle zu haben als Frauen. Führt man diesen Gedanken weiter und bedenkt, dass es keine Geschlechtsunterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gibt, so scheint es, dass Frauen, auch wenn sie Situationen häufiger als unveränderbar erleben, sehr gut damit umgehen und es letztlich keinen Einfluss auf die Lebensführung hat.

Weder Ausbildung noch Berufserfahrung haben einen Einfluss auf die Anwendung von Coping-Strategien. Betreuende mit mehr Berufserfahrung wenden zwar tendenziell seltener sozial-ablenkungsorientiertes Coping an, aber es ist nicht ausreichend signifikant.

Mögliche Erklärungen, weshalb die Untersuchung in diesem Bereich keine eindeutigen Unterscheidungen zeigt, ergeben sich aus der Theorie zum Thema Coping. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass gerade eine flexible Anwendung unterschiedlicher Strategien das effektivste Coping darstellt (Hepp, 2012). Gussone und Schiepek (2000) kritisieren, dass der Umgang mit belastenden Situationen und dessen Bewältigung durch die Ausbildung an einer Universität als unzureichend einzuschätzen ist, was eine mögliche Ursache dafür sein könnte, weshalb der Abschluss einer universitären Ausbildung keinen Einfluss darauf hat, welche Coping-Strategien man anwendet. In dieser Untersuchung wurde die Effektivität von Coping nicht erhoben, die neben der Wahl der Coping-Strategie laut Dewe et al. (2010) ein wesentliches Merkmal im Zusammenhang mit Coping darstellt.

15.5 Mögliche weitere Forschungsfelder

Durch die umfassende Erhebung einer doch repräsentativen Stichprobe liegen weit mehr Daten vor, als zur Auswertung und Beantwortung der Fragestellungen verwendet wurden. Deshalb wäre es sicher interessant, folgende Themen noch weiter zu verfolgen:

Es gäbe aus meiner Sicht viele Variablen, die einen moderierenden Einfluss auf die jeweiligen Konstrukte haben. Der Familienstand wäre beispielsweise ein sozialer Einflussfaktor, denn laut einer aktuellen Untersuchung von Reif (2012) weisen Personen, die in einer PartnerInnenschaft oder Ehe leben, eine bessere psychische Lebensqualität auf und erkranken wesentlich seltener an Burnout (Freudenberger & North, 1992). Dahingehend wäre es interessant, den Beziehungsstatus des Betreuungspersonals gezielter in eine Untersuchung miteinzubeziehen.

Bezüglich der arbeitsbezogenen Lebensqualität wäre es interessant, bei weiteren Untersuchungen mit den Daten zum Betreuungsschlüssel, der Teamstimmung und dem Umgang im Team mit Humor, der Art, dem Ausmaß und der Effektivität von Psychohygiene, dem Anstellungsverhältnis und dem Arbeitsbereich weiter zu forschen. Eine detailliertere

Auswertung der Zusammenhänge bezüglich der Berufsausbildung und der arbeitsbezogenen Lebensqualität wäre ebenfalls interessant, da in der vorliegenden Untersuchung aus Gründen der Komplexität zwar die jeweiligen Quellberufe für die Betreuung erhoben, jedoch nur hinsichtlich universitärer beziehungsweise nicht universitärer Ausbildung ausgewertet wurden.

Es gibt zahlreiche neue Konzepte zur Stressbewältigung (Dewe et al., 2010), die mit dem CISS jedoch nicht erhoben werden. Hier wäre es interessant, Selbstsorge und Coping zu verbinden oder körperliche Ertüchtigung im weitesten Sinne als Coping-Strategie miteinzubeziehen.

Die Resilienzforschung steckt quasi noch in den Anfängen, und obwohl diese Arbeit einen Beitrag zur Erforschung von Resilienz bei Erwachsenen leistet, herrscht hier laut Siegrist (2010) ein großes Forschungsdefizit. Gerade die Resilienz von Teams wäre im Zusammenhang mit Betreuungsarbeit ein interessantes Forschungsgebiet.

15.6 Abschließende Bemerkungen

Das Ziel meiner Diplomarbeit war, eine Verbindung zwischen der Theorie und den praktischen Erfahrungen aus dem Betreuungsalltag herzustellen. Das Forschungsfeld zum Thema Betreuungspersonal von psychisch Erkrankten abseits eines klinischen Kontextes ist ein bisher sehr wenig Betrachtetes. Fraglich ist, woran das liegt, denn es gibt viele Betreuende. Warum ist dies ein so unerforschtes Feld? Nicht nur bei der Themenfindung dieser Arbeit, sondern auch im Laufe der Recherche und der Untersuchung zeigte sich rasch, welche Lücken die Forschung diesbezüglich noch aufweist.

Wenn ich nach meiner Arbeit gefragt werde, höre ich meist Sätze wie „Solche Menschen‘ betreuen, das könnte ich nicht“ oder „Wie hält man das aus, ohne dass man selbst dabei verrückt wird?“ An dieser Stelle möchte ich gerne den Kreis schließen und auf diese und die am Beginn der Arbeit gestellten Fragen eingehen. Welche Ressourcen und Bewältigungsstrategien braucht man also, um „so einer Arbeit“ gerne nachzukommen, welche Rolle spielt die Resilienz für die Betreuenden und wie wirkt sich das alles schließlich auf die Gesundheit der Betreuenden aus?

Die Herausforderung, einer Betreuungstätigkeit psychisch Erkrankter nachzukommen, ist eine große. Die Umsetzung der Betreuung nach der UN-Konvention für Menschenrechte ist zwar im Sinne der KlientInnen und vom großen Wunsch der Inklusion geprägt, jedoch ist es ein hohes Ziel, an das sich die Betreuungskonzepte, nicht aufgrund ideeller oder persönlicher Beschränkungen, sondern aufgrund mangelnder Finanzierung im realen Betreuungsalltag lediglich annähern können. Die Belastungen und der Druck auf das

Betreuungspersonal sind dadurch merklich gestiegen, und der Arbeitsaufwand steigert sich kontinuierlich.

Zusammengefasst zeigt sich sowohl aus persönlicher Erfahrung als auch durch Gespräche mit KollegInnen und nun auch anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung, dass Resilienz und eine flexible Anwendung unterschiedlicher Coping-Strategien als auch verschiedene persönliche und arbeitsbezogene Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit und auch auf das Erleben von Belastung in der Betreuungsarbeit mit psychisch Erkrankten haben. Essenziell ist außerdem, sich eine „Vision“ zu erhalten, sich selbst und sein Handeln immer wieder neu zu hinterfragen, um nicht persönlich zu einer Institution zu werden. Die Betreuungsarbeit möchte ich gerne in Anlehnung an ein Zitat von Benner und Wrubel (1997) als das Erfahren einer „gemeinsamen Menschlichkeit“ definiert wissen. In dieser Menschlichkeit ist es wichtig, gut auf die eigenen Grenzen und Ressourcen zu achten, echt und authentisch im Kontakt zu sein und sicher auf dem schmalen Grat zwischen Mitgefühl und Distanz zu wandern. Es ist wichtig, achtsam mit sich umzugehen, sich gut mit sich selbst und anderen verbunden zu fühlen und dabei über ein vielfältiges Repertoire an körperlichen, geistigen und emotionalen Ressourcen zu verfügen.

16 Zusammenfassung

Hintergrund

Das Ziel dieser Studie war die Auseinandersetzung mit dem Thema Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Betreuungspersonal psychisch Erkrankter. Dieses Thema ist einerseits aufgrund der weitgehend unerforschten Zielgruppe von Betreuenden abseits eines klinischen Kontextes interessant und stellt andererseits die Verbindung zwischen relativ neuen Konstrukten wie Resilienz, der Herausforderung und Bewältigung von Mitgefühlzufriedenheit, Mitleidsmüdigkeit in der Betreuungsarbeit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität her.

Methode

Die Untersuchung basiert auf einer Multicenter-Querschnittstudie bestehend aus 195 Betreuenden von psychisch Erkrankten in Wien. Die Testbatterie wurde aus einem soziodemografischen Fragebogen, dem SF-36 Fragenbogen zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998), der ProQOL Professional Quality of Life Scale (Hudnall Stamm, 2009b), dem CISS Coping Inventory for Stressful Situations (Kälin, 1995) und der RS-11 Resilienzskala (Schumacher et al., 2005) zusammengestellt.

Ergebnisse

Betreuende weisen eine höhere Resilienz auf, zeigen eine deutlich bessere körperliche und eine deutlich schlechtere psychische Verfassung als die Allgemeinbevölkerung. Die Skalen Burnout und emotionsorientiertes Coping sind hierbei gute Prädiktoren für die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität. Der Faktor Resilienz erwies sich in den meisten Ergebnissen als signifikant. Resiliente Betreuende haben eine bessere gesundheitsbezogene und arbeitsbezogene Lebensqualität als wenig resiliente. Die Teamstimmung hat einen signifikanten Einfluss auf die Dimensionen Mitgefühlzufriedenheit und Burnout. Die Prüfung der Anwendung von Coping-Strategien zeigt unabhängig von einer leichten Tendenz dahingehend, dass Frauen eher emotionsorientiertes Coping anwenden, keine signifikanten Ergebnisse.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass Resilienz und eine flexible Anwendung unterschiedlicher Coping-Strategien wie auch verschiedene persönliche und arbeitsbezogene Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit und auf das Erleben von Belastung in der Betreuungsarbeit mit psychisch Erkrankten haben.

17 Abstract

Background

The aim of this study was to analyse aspects of resilience and health-related quality of life of direct-care workers for people with mental disabilities, because there are hardly any scientific studies about direct-care workers in a non-clinical setting. Direct-care workers who work with people with mental disabilities tend to disregard their own self-care needs when focused on the needs of clients. Health-related quality of life, together with compassion fatigue, compassion satisfaction and resilience are appraised in this study.

Method

To explore the symptoms of the participants, a socio-demographic questionnaire, SF-36 questionnaire on health (Bullinger & Kirchberger, 1998), ProQOL Professional Quality of Life Scale (Hudnall Stamm, 2009b), CISS Coping Inventory for Stressful Situations (Kälin, 1995) and RS-11 Resilienzskala (Schumacher et al., 2005) were used. 195 direct-care workers in Vienna completed the questionnaire of this multicenter cross-sectional study.

Results

Direct-care workers show a higher level of resilience, a better physical, but worse psychological health. The scale „burnout“ and „emotion-oriented coping“ are predictors of the physical health-related quality of life. Resilience is in most of the study results significant. A higher level of resilience is associated with better health- and work-related quality of life. Participants with good team spirit had higher compassion satisfaction and lower levels of burnout. There were no significant results in the use of coping strategies, except emotion-oriented coping is more associated to female direct-care workers.

Conclusions

Resilience and a flexible use of different coping strategies, as well as various personal- and work-related factors have an impact on health and on the experience of stress in the direct-care work with people with mental disabilities.

18 Literaturverzeichnis

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, Coping, and Development. An Integrative Perspective*. New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke & N. Schulte, Übers. dt. erw. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag. (Original erschienen 1987: *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*)
- Balance. (2015a). *Tagesstruktur für Menschen mit Behinderung*. Zugriff am 30.5.2015. Verfügbar unter http://www.balance.at/sites/default/files/broschuere_tags_web_0.pdf
- Balance. (2015b). *Unterstütztes Wohnen*. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.balance.at/unterstuetztes-wohnen/wie-arbeiten-wir>
- Bamberg, E. (2000). Psychische Belastung am Arbeitsplatz: Begriffe und Konzepte. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz* (S. 45-58). Berlin: Springer.
- Bartholdt, L. & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz.
- Bauer, K. (2014). Psychische Erkrankungen nehmen europaweit dramatisch zu. EU-weite Kampagne gegen Burnout läuft an. *Der Standard*, S. 2.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Berger, U. (2004). Sozialpsychologische Modelle. In B. Strauß, U. Berger, J. v. Trotschke & E. Brähler (Hrsg.), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S. 95-107). Göttingen: Hogrefe.
- Borst, U. (2012). Von psychischen Krisen und Krankheiten, Resilienz und Sollbruchstellen. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 192-204). Heidelberg: Carl-Auer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarbeitete. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brücker, H. (1994). *Sozialer Stress, Defensives Coping und Erosion der Kontrollüberzeugung. Eine empirische Studie zu Störfaktoren des gesundheitlichen Wohlbefindens von Erwachsenen*. Münster: Waxmann.
- Bullinger, M. (Hrsg.). (1997). *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz*. Stuttgart: Schattauer.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43(3), 190-197. doi:10.1007/s001030050034
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 97-103.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 11-21). Göttingen: Hogrefe.
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung* (4., aktual. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe* (5., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Cash, M. L. & Gardner, D. (2011). Cognitive hardiness, appraisal and coping: comparing two transactional models. *Journal of Managerial Psychology*, 26(8), 646-664.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. revidierte. Aufl.). USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1071-1080.
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. (2009). *Qualitätsstandards für Organisationen in der Wiener Behindertenhilfe*. Wien: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Zugriff am 14.10.2015. Verfügbar unter <http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Das Band. (2015a). *Das Band – gemeinsam vielfältig*. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.band.at/index.php/ueber-uns>
- Das Band. (2015b). *Werkstätten*. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.band.at/index.php/werkstaetten>
- Das Band. (2015c). *Wohnen*. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.band.at/index.php/ueber-uns>
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P. & Cooper, C. L. (2010). *Coping with Work Stress. A Review and Critique*. UK: Wiley-Blackwell.
- Egger, J. W. (2001). Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Praxis. Simultandiagnostik in der Verhaltensmedizin. *Psychotherapeut*, 5(46), 309-316.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- Ende, M. (1973). *Momo*. Stuttgart: Thienemann.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1999). *CISS Coping Inventory for Stressful Situations*. Zugriff am 2. Oktober 2015. Verfügbar unter [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/ChildMentalHealth/ChildMentalHealth/CopingInventoryforStressfulSituations\(CISS\)/PDFReports/Technical.pdf](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/ChildMentalHealth/ChildMentalHealth/CopingInventoryforStressfulSituations(CISS)/PDFReports/Technical.pdf)
- Engel, G. L. (1970). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten*. Bern: Huber.
- Erikson, E. H. (1953). Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. In H. Kunz, A. Mitscherlich & S. Felix (Hrsg.), *Beiheft zur Psyche* (S. 5-63). Stuttgart: Klett.
- Fengler, J. (2011). Merkmale ausgebrannter Teams. In J. Fengler & A. Sanz (Hrsg.), *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese* (S. 16-41). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3. Aufl.). London: Sage.
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology Session: Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441.
- Fingerle, M. (2011). Resilienz deuten – Schlussfolgerungen für die Prävention. In M. Zander & M. Roemer (Hrsg.), *Handbuch der Resilienzförderung* (S. 208-218). Wiesbaden: VS Verlag.
- Ford-Gilboe, M. & Cohen, J. A. (2005). Widerstandsfähigkeit. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 476-490). Bern: Huber.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2., überarbeitete und erweiterte. Aufl.). Bern: Huber.
- Freudenberger, H. & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins* (G. Herbst, Übers.). Frankfurt am Main: Krüger. (Original erschienen 1985: Women's Burnout)
- Freudenberger, H. J. (1980). Das Erschöpfungssyndrom von Mitarbeitern in alternativen Einrichtungen. In H. Petzold & G. Vormann (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften: Erfahrungen, Modelle, Supervision* (S. 88-105). München: Pfeiffer.
- Freyberg, T. v. (2011). Resilienz – mehr als ein problematisches Modewort? In M. Zander & M. Roemer (Hrsg.), *Handbuch der Resilienzförderung* (S. 219-239). Wiesbaden: VS Verlag.

- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). Gemeinde: Das Quartier als Risiko- und Schutzfaktor. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter* (S. 165-178). Berlin: Springer.
- FSW. (2006). *FSW allgemeine Förderrichtlinien*. Zugriff am 14.10.2015. Verfügbar unter http://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/FRL_allgemein.pdf
- FSW. (2015). *Anerkannte Einrichtungen des Fonds Soziales Wien*. Zugriff am 14.10.2015. Verfügbar unter http://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/Anerkannte_Einrichtungen.pdf
- Gurtner, C., König, S., Schwarze, T., Hoffmann, H. & Richter, D. (2012). Psychiatrische Pflege- und Betreuungsprobleme in einem Wohnheim für psychisch und geistig behinderte Bewohner. In S. Hahn, H. Stefan, C. Abderhalden, I. Needham, M. Schulz, A. Hegedus et al. (Hrsg.), „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“. Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen 9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien (S. 123-128). Bern: Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universität Psychiatrische Dienste Bern.
- Gussone, B. & Schiepek, G. (2000). *Die „Sorge um sich“. Burnout-Prävention und Lebenskunst in helfenden Berufen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (Hrsg.). (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (13., überarb. und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Heinrichs, M., Stächele, T. & Domes, G. (2015). *Stress und Stressbewältigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hemkendreis, B. & Prattke, A. (2012). Gesunde Mitarbeiter/innen für ein gesundes Unternehmen! Präventionsprojekt zur Unterstützung des nachhaltigen Personalmanagements. In S. Hahn, H. Stefan, C. Abderhalden, I. Needham, M. Schulz, A. Hegedus et al. (Hrsg.), „Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz“. Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen 9. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Wien (S. 143-147). Bern: Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universität Psychiatrische Dienste Bern.
- Hepp, U. (2012). Trauma und Resilienz – Nicht jedes Trauma traumatisiert. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 139-157). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hildenbrand, B. (2012a). Resilienz in sozialwissenschaftlicher Perspektive. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 20-27). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hildenbrand, B. (2012b). Resilienz, Krise und Krisenbewältigung. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 205-230). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Horsburgh, M. E. (2005). Salutogenese: Ursprünge der Gesundheit und Kohärenzgefühl. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 209-231). Bern: Huber.
- Hudnall Stamm, B. (2009a). *Full CS-CF Model*. Zugriff am 19.7.2015. Verfügbar unter http://www.proqol.org/Full_CS-CF_Model.html
- Hudnall Stamm, B. (2009b). *Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Hudnall Stamm, B. (2009c). *Understanding a Theory and Creating a Model of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue: What we began in the 1990s we understand*

- more in the 2010s. Zugriff am 19.7.2015. Verfügbar unter http://www.proqol.org/CS_and_CF.html
- Jackson, S. & Bosma, H. (1990). Coping and self in adolescence. In H. Bosma & S. Jackson (Hrsg.), *Coping and Self-Concept in Adolescence* (S. 1-7). Berlin: Springer.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K. (1985). *Stressverarbeitungsbogen (SVF): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- JaW. (2015a). *Informationsmaterial zu Jugend am Werk*. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.jaw.at/home/ueberuns/75/Informationsmaterial-zu-Jugend-am-Werk>
- JaW. (2015b). *JaW – Jugend am Werk*. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.jaw.at>
- Juen, B., Siller, H. & Nindl, S. (2013). Resilienzförderung in Notfallsituationen. *Psychologie in Österreich*, 2, 144-151.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung* (7. Aufl.). Bern: Barth.
- Kälin, W. (1995). *Deutsche 24-Item Kurzform des "Coping Inventory for Stressful Situations" (CISS) von Semmer N.S., & Parker J.D.A. Basierend auf der Übersetzung von Semmer N., Schade V., & Semmer F. (unveröffentlichter Fragebogen)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Költringer, R., Norden, G. & Tüchler, H. (1984). *Dimensionen subjektiver Lebensqualität. Eine qualitative Untersuchung von Gruppen in unterschiedlichen Lebenssituationen*. Wien: Selbstverlag.
- KoMiT. (2013). *Leitbild*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter <http://www.komit.at/leitbild.html>
- KoMiT. (2015). *KoMiT – Konduktiv mehrfachtherapeutische Zentren und Integration*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter <http://www.komit.at>
- Kramer, L., Furi, J. & Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12, 119-123.
- Lang, F. R., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2000). Lebensqualität über die Lebensspanne: Die Rolle von Depressivität und Alter in der Alltagsgestaltung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 337-353). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lebowitz, M. S. & Ahn, W.-K. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinician's empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(50), 17786-17790.
- Leppert, K. & Strauß, B. (2013). Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal: kein Wunder, sondern Alltägliches! *Psychologie in Österreich*, 2, 114-117.
- Levold, T. (2012). Metaphern der Resilienz. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 230-254). Heidelberg: Carl-Auer.
- Litzcke, S. & Schuh, H. (2010). *Stress, Mobbing und Burn-Out am Arbeitsplatz* (5., akt. Aufl.). Berlin: Springer.
- LOK. (2011). *Leitgedanken für die Arbeit des Vereins LOK – Leben ohne Krankenhaus*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter <http://www.lok.at/upload/file/leitgedanke.pdf>
- LOK. (2015). *LOK – Leben ohne Krankenhaus*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter <http://www.lok.at>
- Lüdergen, J. (1998). *Das Stress-Lexikon*. Heidelberg: Hüthig.
- Lyon, B. L. (2005). Stress Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 25-49). Bern: Huber.

- Maoz, B. (1998). Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (S. 13-23). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Mayer, F. H. (1998). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zur Methodik der Messung*. Bayreuth: Verlag P.C.O.
- Mergenthaler, A. (2012). *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. Heidelberg: Springer.
- ÖHTB. (2015). ÖHTB – Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte. Zugriff am 10.10.2015. Verfügbar unter <http://www.oehbt.at>
- Ölsböck, N. (2013). Resilienz – die innere Widerstandskraft. *Psychologie in Österreich*, 2, 103-107.
- Österreichisches Bundesgesetzblatt. (23.10.2008). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, *BGBI. III Nr. 155/2008*.
- Österreichisches Bundesgesetzblatt. (28.12.2012). Änderung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und des Arbeitsinspektionsgesetzes 1993, *BGBI. I Nr. 118/2012*.
- Patrick, D. L. & Erickson, P. (1988). Assessing health-related quality of life for clinical decision making. In S. Walker & R. M. Rosser (Hrsg.), *Quality of life: Assessment and application*. Lancaster: MTP Press.
- Pfaff, H., Münch, E. & Badura, B. (2000). Belastungen und Ressourcen im Dienstleistungsbereich: das Beispiel der Krankenpflege. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz* (S. 72-89). Berlin: Springer.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 3(43), 165-189.
- Rampe, M. (2005). *Der R-Faktor. Das Geheimnis unserer inneren Stärke*. München: Knauer.
- Raspe, H.-H. (1990). Zur Theorie und Messung der „Lebensqualität“ in der Medizin. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.), *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz* (S. 23-40). Stuttgart: Fischer.
- Reif, M. (2012). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten*. Linz: OÖ. Gebietskrankenkasse.
- Reiners-Kröncke, W., Röhrig, S. & Specht, H. (2010). *Burnout in der sozialen Arbeit*. Augsburg: Ziel.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg: Asanger.
- Richter-Kornweitz, A. (2011). Die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In M. Zander & M. Roemer (Hrsg.), *Handbuch der Resilienzförderung* (S. 240-274). Wiesbaden: VS Verlag.
- Rimann, M. & Udris, I. (1998). „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (S. 352-364). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Rösch, S. & Linsenmayr, R. (2012). *Vom Umgang mit schwierigen und gewaltbereiten Klienten. Strategien für mehr Sicherheit und Souveränität*. Bonn: Balance.
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. et al. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 206-221). Göttingen: Hogrefe.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L. et al. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2), 933-938.

- Rudolf, H. (2000). Lebensqualität: Differenzierungs- und Veränderungsmerkmal in der psychiatrischen Forschung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 110-122). Göttingen: Hogrefe.
- Ruiz-Bueno, J. B. (2005). Stress und Kontrollüberzeugung. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 516-537). Bern: Huber.
- Rutenfranz, J. (1981). Streß und Arbeit. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 377-391). Bern: Huber.
- Sack, M. & Lamprecht, F. (1998). Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (S. 325-336). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schmidbauer, W. (2009). *Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (17. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Schröder, A. & Schmitt, B. (1988). Soziale Unterstützung. In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (S. 149-162). Weinheim: Juventa Verlag.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). Begriffserklärungen. In B. Strauß, U. Berger, J. v. Trotschke & E. Brähler (Hrsg.), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S. 17-23). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2003a). *Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003b). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (Bd. 2, S. 9-14). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.
- Schuster, N., Haun, S. & Hiller, W. (2011). *Psychische Belastungen im Arbeitsalltag. Trainingsmanual zur Stärkung persönlicher Ressourcen*. Weinheim: Beltz.
- Selye, H. (1950). *Stress. A treatise based on the concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaption*. Montreal: Acta Inc.
- Selye, H. (1974). *Stress. Bewältigung und Lebensgewinn* (H. T. Asbeck, Übers. 2. Aufl.). München: R.Piper und Co. Verlag. (Original erschienen 1974: Stress Without Distress)
- Sendera, A. & Sendera, M. (2013). *Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills*. Wien: Springer.
- Siegrist, J. (1990). Grundannahmen und gegenwärtige Entwicklungsperspektiven einer gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.), *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz* (S. 59-67). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Siegrist, J., Starke, D., Laubach, W. & Brähler, E. (2000). Soziale Lage und gesundheitsbezogene Lebensqualität: Befragungsergebnisse einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive* (S. 307-319). Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, U. (2010). *Der Resilienzprozess. Ein Modell zur Bewältigung von Krankheitsfolgen im Arbeitsleben*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Siela, D. & Wieseke, A. W. (2005). Stress, Selbstwirksamkeit und Gesundheit. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 551-574). Bern: Huber.
- Sozialwerke Clara Fey. (2015). *Sozialwerke Clara Fey*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter <http://www.sozialwerke-clara-fey.at/ueberuns.html>

- Statistik Austria. (2015). *Krankenstandsfälle auf 1.000 Erwerbstätige nach Krankheitsgruppen seit 2000*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter https://http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html
- Stäudel, T. (1988). Kompetenz. In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (S. 129-139). Weinheim: Juventa Verlag.
- Stäudel, T. & Weber, H. (1988). Bewältigungs- und Problemlöseforschung: Parallelen, Überschneidungen, Abgrenzungen. In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (S. 63-80). Weinheim: Juventa Verlag.
- Steinebach, C., Gharabaghi, K. & Steinebach, U. (2013). Teamarbeit: Positive Umwelten schaffen. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter* (S. 183-194). Berlin: Springer.
- Strauß, B., Berger, U., Troschke, J. v. & Brähler, E. (Hrsg.). (2004). *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Strittmatter, R. (1995). *Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren*. Frankfurt am Main: Lang.
- Thiemann, E. (1980). Leben lernen in Wohngemeinschaften? Wege für psychisch Kranke, Realität zu erfahren und ihr standzuhalten. In H. Petzold & G. Vormann (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften: Erfahrungen, Modelle, Supervision* (S. 68-88). München: Pfeiffer.
- Treier, M. (2015). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen*. Wiesbaden: Springer.
- Underwood, P. W. (2005). Sozialer Rückhalt: Versprechen und Wirklichkeit. In V. Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 419-445). Bern: Huber.
- Ungar, M. (2011). Theorie in die Tat umsetzen. Fünf Prinzipien der Intervention. In M. Zander & M. Roemer (Hrsg.), *Handbuch der Resilienzförderung* (S. 157-178). Wiesbaden: VS Verlag.
- Viefhues, H. (1990). Zur Mentalitätsgeschichte der „Lebensqualität“. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.), *„Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz* (S. 13-22). Stuttgart: Fischer.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Welter-Enderlin, R. (2012). Einleitung: Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl., S. 7-19). Heidelberg: Carl-Auer.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.). (2012). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (4. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Werner, E. E. (2012). Children and war: Risk, resilience, and recovery. *Development and Psychopathology*, 24, 553-558. doi:10.1017/S0954579412000156
- WHO. (1978). *Erklärung von Alma-Ata*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- WHO. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Zugriff am 2.10.2015. Verfügbar unter http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- Wieland, N. (2011). Resilienz und Resilienzförderung – eine begriffliche Systematisierung. In M. Zander & M. Roemer (Hrsg.), *Handbuch der Resilienzförderung* (S. 180-207). Wiesbaden: VS Verlag.
- Wustmann, C. (2004). Das Risiko- und das Schutzfaktorenkonzept als zentrale Konzepte der Resilienzforschung. In W. E. Fthenakis (Hrsg.), *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (S. 35-62). Weinheim: Beltz.

- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zander, M. (2010). *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Zeidner, M. & Hadar, D. (2014). Some individual difference predictors of professional well-being and satisfaction of health professionals. *Personality and Individual Differences*, 65, 91-95.

19 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead (1991, S. 11)	16
Abbildung 2. Ablauf des Allgemeinen Adaptionssyndroms nach Selye (1974, zitiert nach Heinrichs et al., 2015, S. 23)	26
Abbildung 3. S-O-R-Modell nach Litzcke und Schuh (2010, S. 10)	27
Abbildung 4. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus (1966)	27
Abbildung 5. Komponenten eines Coping-Prozesses nach Treier (2015, S. 27)	31
Abbildung 6. Modell der „Professional Quality of Life“ von Hudnall Stamm (2009b, S. 10) ...	39
Abbildung 7. Zwölf Stadien des Burnout-Zyklus nach Freudenberger und North (1992)	50
Abbildung 8. Resilienzmodell nach Siegrist (2010, S. 121)	63

20 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Mediansplit zur Teilung der Gruppen (N = 195).....	67
Tabelle 2. Reliabilitätskoeffizient Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe (Md r_{it}) der ProQOL-Subskalen (N = 195).....	72
Tabelle 3. Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe (Md r_{it}) der CISS-Subskalen (N = 195)	73
Tabelle 4. Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe (Md r_{it}) der RS-11 (N = 195).....	74
Tabelle 5. Mittelwertvergleiche Betreuende und Allgemeinbevölkerung hinsichtlich der Dimensionen der SF-36 mittels Einstichproben-t-Test (N = 195)	82
Tabelle 6. Koeffizienten und Prüfgrößen der multiplen linearen Regression (Rückwärtsmethode) für die Prädiktoren der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität der SF-36 (N = 195).....	84
Tabelle 7. Koeffizienten und Prüfgrößen der multiplen linearen Regression (Rückwärtsmethode) für die Prädiktoren der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität der SF-36 (N = 195).....	85
Tabelle 8. Mittelwertvergleich Betreuende und Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des RS-11 mittels Einstichprobe- t-Test (N = 195)	87
Tabelle 9. Kennwerte der Resilienz bezüglich Geschlecht mittels t-Test für unabhängige Stichproben (N = 195).....	87
Tabelle 10. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Körperliche Funktionsfähigkeit in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	88
Tabelle 11. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Körperliche Rollenfunktion in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195).....	89
Tabelle 12. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Schmerzen in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195).....	90
Tabelle 13. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195).....	90
Tabelle 14. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36 KÖRPERLICHEN Gesamtsummenskala in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195) .	91
Tabelle 15. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Vitalität in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	92
Tabelle 16. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Soziale Funktionsfähigkeit in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195).....	93
Tabelle 17. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Emotionale Rollenfunktion in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195).....	94

Tabelle 18. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36-Skala Psychisches Wohlbefinden in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	95
Tabelle 19. Deskriptivstatistische Kennwerte der SF-36 PSYCHISCHEN Gesamtsummenskala in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195) ..	95
Tabelle 20. Deskriptivstatistische Kennwerte der ProQOL-Skala Compassion Satisfaction in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	96
Tabelle 21. Deskriptivstatistische Kennwerte der ProQOL-Skala Burnout in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	97
Tabelle 22. Deskriptivstatistische Kennwerte der ProQOL-Skala Secondary Traumatic Stress in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	98
Tabelle 23. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Aufgabenorientiertes Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	100
Tabelle 24. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Emotionsorientiertes Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	100
Tabelle 25. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Vermeidungsorientiertes Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N= 195)	101
Tabelle 26. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Vermeidungsorientiertes (sozial-ablenkungsorientiert) Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N = 195)	102
Tabelle 27. Deskriptiv statistische Kennwerte der CISS-Skala Vermeidungsorientiertes (zerstreuungsorientiert) Coping in Abhängigkeit von Geschlecht und Resilienz (N= 195)	103
Tabelle 28. Kennwerte der Anwendung von Coping-Strategien in Abhängigkeit universitärer Ausbildung mittels t-Test für unabhängige Stichproben (N = 195)	105



--	--	--	--	--	--

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit im Bereich Klinische Psychologie führe ich eine Untersuchung zum Thema „Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität von Betreuungspersonal psychisch Erkrankter“ durch.

Ich bitte Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen, um mich auf diese Weise bei der Gewinnung von Datenmaterial zu unterstützen.

Bitte beantworten Sie unbedingt alle Fragen, dies wird in etwa 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte entscheiden Sie sich immer für eine Antwort (Mehrfachantworten sind nicht möglich, außer es wird explizit darauf hingewiesen). Ihre Daten werden **selbstverständlich anonym** behandelt.

Dem Fragebogen liegt ein Kuvert bei. Bitte geben Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen, wenn Sie fertig sind in das Kuvert und verschließen sie dieses. Die Kuverts werden von mir persönlich in den kommenden Tagen wieder abgeholt.

ICH DANKE IHNEN HERZLICH FÜR IHRE TEILNAHME AN DER STUDIE!

Wenn Sie über die Ergebnisse der Untersuchung informiert werden wollen oder Fragen haben, können Sie mich gerne kontaktieren.

Sigrid Zechner
a0012481@unet.univie.ac.at

Angaben zur Person:

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

Alter: _____ Jahre

Beziehungsstatus:

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet/in PartnerInnenschaft lebend
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet

Berufsbezeichnung (Mehrfach-Angaben möglich):

- ☐ Behindertenfachbetreuer/Behindertenfachbetreuerin
- ☐ Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/-schwester
- ☐ Pflegehelfer/Pflegehelferin
- ☐ Psychologe/Psychologin
- ☐ Pädagoge/Pädagogin
- ☐ Psychotherapeut/Psychotherapeutin
- ☐ Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin
- ☐ andere Bezeichnung: _____

Berufserfahrung im Betreuungsbereich psychisch Erkrankte: ____ Jahre ____ Monate

aktuelles Beschäftigungsverhältnis:

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie in diesem Beruf? _____ Stunden

Arbeitsbereich:

In welchem Bereich sind Sie tätig?

- ☐ Tagesstruktur
- ☐ vollbetreute Wohngemeinschaft
- ☐ teilbetreutes Wohnen
- ☐ persönliche Betreuung

Betreuungsschlüssel:

Anzahl der BetreuerInnen zur Anzahl der KlientInnen in ihrer Arbeitsstelle:

BetreuerInnen: _____ betreuen _____ KlientInnen.

Team:

Wie würden Sie die primär vorherrschende Stimmung in Ihrem Team beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

Psychohygiene (Mehrfach-Angaben möglich):

Geben Sie bitte an, wie viele Stunden pro Monat Sie für Psychohygiene aufwenden

- ☐ Teamsupervision _____ Stunden
- ☐ Einzelsupervision _____ Stunden
- ☐ Intervention _____ Stunden
- ☐ sonstiges: _____: _____ Stunden

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d.h., wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

ich stimme nicht zu stimme völlig zu	1	2	3	4	5	6	7
1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich mag mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich bin entschlossen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
3b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
3c. Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
3d. mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐
3e. einen Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
3f. sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
3g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
3h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
3i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
3j. sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
4b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
4c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐
4d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	☐	☐

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)?	Ja	Nein
5a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
5b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
5c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐	☐

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. In wie weit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	☐	☐	☐	☐	☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

9. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9a. ... voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9b. ... sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9c. ... so niedergeschlagen dass Sie nichts aufheitern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9d. ... ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9e. ... voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9f. ... entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9g. ... erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9h. ... glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9i. ... müde?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	☐	☐	☐	☐	☐

11. Inwiefern trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
11a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
11b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen die ich kenne	☐	☐	☐	☐	☐
11c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	☐	☐	☐	☐	☐
11d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden sind einige Fragen über Ihre Erfahrungen. Im Betreuungsalltag erlebt man als HelferIn oder BetreuerIn sowohl positive als auch negative Seiten des Mitgefühls. Beantworten Sie jede der folgenden Fragen im Zusammenhang mit Ihrer aktuellen Arbeitssituation. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten vier Wochen auf Sie zugetroffen haben.

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
1. Ich bin glücklich.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin mit mehr als einem Menschen, dem ich helfe, intensiv beschäftigt.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich erfahre Zufriedenheit darin, anderen helfen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühle mich mit anderen verbunden.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich fahre leicht zusammen und erschrecke mich bei unerwarteten Geräuschen.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nach der Arbeit mit Menschen, denen ich helfe, fühle ich mich belebt oder gestärkt.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich finde es schwierig, mein Privatleben von meinem Arbeitsleben als Helfende/r zu trennen.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Die traumatische Erfahrung eines Menschen, dem ich helfe, raubt mir den Schlaf.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich denke, dass ich mich vielleicht an der traumatischen Belastung derer, denen ich helfe, „angesteckt“ habe.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich fühle mich durch meine Arbeit als Helfer/in oder Betreuer/in gefangen.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Wegen meiner Aufgabe fühle ich mich auch in anderen Lebensbereichen irritiert.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Als Ergebnis meiner Arbeit als Helfende/r fühle ich mich deprimiert.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich fühle mich, als ob ich das Trauma von jemandem, dem ich geholfen habe, erfahre.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich habe Überzeugungen, die mich unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich freue mich darüber, dass ich in der Lage bin, hilfreiche Techniken und Protokolle anwenden zu können.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich bin der Mensch der ich immer sein wollte.	☐	☐	☐	☐	☐

	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft
18. Meine Arbeit erfüllt mich mit Zufriedenheit.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Wegen meiner Arbeit als Helfer/in fühle ich mich erschöpft.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich habe glückliche Gefühle denjenigen gegenüber, denen ich helfe und bei dem Gedanken, wie ich ihnen helfen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich fühle mich durch die Menge der Fälle, für die ich zuständig bin, überwältigt.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ich glaube, dass ich durch meine Arbeit entscheidend helfen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ich vermeide bestimmte Aktivitäten oder Situationen, weil sie mich an eine beängstigende Erfahrung erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich habe vor, noch für lange Zeit Helfer/in oder Betreuer/in zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Nach meinem Helfen habe ich erschreckende Gedanken, die mich verfolgen.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ich habe das Gefühl, durch das System festzustecken.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ich denke, dass ich als Helfer/in ein „Erfolg“ bin.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ich kann mich an wichtige Teile meiner Arbeit mit Traumaopfern nicht erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Ich bin ein übermäßig empfindsamer Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ich bin glücklich, dass ich beschloss, diese Arbeit zu verfolgen.	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden wird beschrieben, wie Menschen auf verschiedene, schwierige, stressvolle oder ärgerliche Situationen reagieren können. Kreuzen Sie bitte auf der Skala an, was Sie typischerweise tun, wenn Sie unter Stress stehen.

	sehr untypisch	eher untypisch	teils- teils	eher typisch	sehr typisch
1. Ich suche den Kontakt mit anderen Menschen	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich mache einen Einkaufsbummel.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich setze Prioritäten.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich nasche oder gönne mir meine Lieblingspeise.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich habe die Befürchtung, dass ich die Situation nicht bewältigen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich bin sehr angespannt.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ich gehe essen.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich gerate aus der Fassung.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich erarbeite mir einen Plan und führe ihn auch aus.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, was ich machen soll.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ich denke über die Situation nach, damit ich sie verstehe.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich denke über die Situation nach und versuche aus meinen Fehlern zu lernen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich wünsche mir, ich könnte ungeschehen machen, was passiert ist.	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr untypisch	eher untypisch	teils- teils	eher typisch	sehr typisch
17. Ich besuche einen Freund/ eine Freundin.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich verbringe Zeit mit einem mir nahestehenden Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich durchdenke zuerst das Problem, bevor ich etwas unternehme.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich rufe einen Freund/ eine Freundin an.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich werde wütend.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ich schaue mir einen Film an.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ich erarbeite mehrere Lösungsvorschläge für das Problem.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich versuche so planmäßig und gezielt vorzugehen, dass ich die Situation in den Griff bekomme.	☐	☐	☐	☐	☐

ICH DANKE IHNEN VIELMALS FÜR IHRE TEILNAHME!

Bitte geben Sie den Fragebogen nun in das Kuvert und verschließen Sie dieses.

Persönliche Daten:

Name: Sigrid Zechner
Geburtsdatum: 2. März 1981 in Graz

Ausbildung:

- Seit 2003 Studium der Psychologie in Wien, 2. Studienabschnitt, Vertiefung im Bereich Klinische- und Gesundheitspsychologie
- 2000 – 2003 Studium der Psychologie in Graz, 1. Studienabschnitt, Wahlfachvertiefung medizinische Psychologie
- Juni 2000 Reife- und Diplomprüfung Fachrichtung „Keramische Formgebung“ mit gutem Erfolg Gesellenprüfung zur Keramikerin
- 1998 Sanitätshilfeausbildung
- 1995 – 2000 HTBLA Ortwein für Bildnerische Gestaltung Bereich „Keramische Formgebung“ in Graz

Fortbildungen:

- 2015 Gesprächsführung: KlientInnen mit psychiatrischen Diagnosen
- 2015 Arbeitsrecht
- 2013 Resilienz im Beruf: „Was Menschen Kraft und Handlungsspielraum gibt“
- 2012 Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und Deeskalationsmaßnahmen
- 2010 Gesetzesnovelle zum Heimaufenthaltsgesetz (BGBl 2010/18)
- 2009 Erste Hilfe Kurs
- 2009 Teilnahme am Symposium „Motorisches lernen – Bewegung, Wahrnehmung, Kognition“ bei cerebraler Bewegungsstörung und Mehrfachbehinderung
- 2007 Umgang mit selbst- und fremdaggressiven KlientInnen

Berufserfahrung:

Seit September 2010: Standortleiterin der Sozialtherapeutischen Tagesstruktur bei KoMiT

Seit Juli 2007: Teammitglied in der Sozialtherapeutischen Tagesstruktur bei KoMiT

2006 – 2007: Ersatzdienst in der Sozialtherapeutischen Tagesstruktur bei KoMiT

2005 – 2008: ehrenamtliche Mitarbeiterin in einer Familienberatungsstelle

2003 – 2005: Museumsdienst Firma Artex

2001 Führungen durch die Ausstellung „Alchemie“ auf Burg Rabenstein (Stmk)

2000: Museumsdienst auf Burg Rabenstein (Stmk)

1998 – 2002: ehrenamtlich als Sanitäterin beim Roten Kreuz

Praktika:

- 8 Wochen Praktikum in der Keramikwerkstätte bei Jugend am Werk für intellektuell und/oder mehrfachbehinderte Jugendliche (Graz)
- 8 Wochen Praktikum im Meisterbetrieb St. Peter Keramik (Graz)
- 6 Wochen Praktikum für PsychologiestudentInnen im Lila Tipp Wien

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, am _____ Unterschrift _____