



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Burnout, berufsspezifische Aspekte und die
Berücksichtigung der Autonomie der Klienten in der
Betreuung von Menschen mit intellektueller
Behinderung

Verfasserin

Elsa Zink

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Juli 2010

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt meinem Diplomarbeitsbetreuer Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber und seinen StudienassistentInnen für die Betreuung meiner Diplomarbeit.

Ein großes Dankeschön geht außerdem an die SOB Wien und die Caritas der Diözese St. Pölten, ohne die meine Diplomarbeit nicht hätte entstehen können. Danke für die tatkräftige Unterstützung und das große Interesse an meinem Projekt.

Danke Vivian und Stephi, mit denen ich alle Stadien meines Studiums gemeinsam durchschreiten durfte und mit denen mich mittlerweile tiefe Freundschaft verbindet, die mein Leben sehr bereichert und die ich nicht mehr missen möchte.

Danke meiner Oma, die seit ich denken kann großen, selbstlosen Anteil an allen Ereignissen in meinem Leben nimmt und die mir das sichere Gefühl gibt, all meine Entscheidungen zu unterstützen.

Danke meinem Papa, der in vielen Bereichen meines Lebens ein Vorbild ist und der mich durch seinen großen beruflichen Erfolg zur Erreichung meiner Ziele und zum Glauben an mich und meine Fähigkeiten anspornt.

Danke meiner Mama, die mich unterstützend durchs Leben begleitet, deren schützende Hand ich immer spüre und deren Güte und Verständnis schier grenzenlos zu sein scheinen. Ich danke dir für die zahlreichen Gelegenheiten zum fachlichen Diskurs, der mich nicht nur immer wieder motiviert hat, sondern der auch den Inhalt meiner Diplomarbeit entscheidend beeinflusst hat.

Danke Lisa, meiner Seelenverwandten und besten Freundin, die ich mir vorstellen kann. Danke, dass du mich immer wieder aufgerichtet und mit mir die kleinen Erfolge gefeiert hast, um mir wieder Kraft und Zuversicht für die nächsten Schritte zu geben. Danke, dass du mir mit deinem Kampfgeist und Lebensmut Vorbild bist und gemeinsam mit mir durchs Leben gehst.

Danke meinem Lebensgefährten Christoph, der entscheidend daran beteiligt ist, dass ich weiß, was in meinem Leben wirklich wichtig und wertvoll ist. Du bist mein wichtigster Lehrer, die Quelle meiner Motivation und Inspiration und ich danke dir dafür, dass ich immer Zuflucht in deinen starken Armen finde.

INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUR RELEVANZ DER THEMATIK	1
2	EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE VORZUSTELLENDEN THEORETISCHEN KONZEPTE	4
3	DAS GANZHEITLICHE MODELL VON ARBEITSSTRESSOREN VON SCHAEFER UND MOOS (1993) ALS THEORETISCHE GRUNDLAGE	5
4	BURNOUT	9
4.1	Die Geschichte des Begriffs Burnout	9
4.2	Ein Zugang über verschiedene Definitionen	9
4.3	Ein Phasenmodell von Burnout	11
4.4	Die Ätiologie von Burnout	11
<i>4.4.1</i>	<i>Der ätiologische Erklärungswert des Phasenmodells</i>	<i>12</i>
<i>3.4.2</i>	<i>Burnout als „Misfit“ zwischen Person und Umwelt</i>	<i>13</i>
4.5	Burnout-Symptomatik	14
4.6	Die Prävalenz von Burnout	17
5	BERUFSSPEZISCHE ASPEKTE IN DER ARBEIT MIT MENSCHEN MIT IB UND IHR ZUSAMMENHANG MIT BURNOUT	19
5.1	Mitarbeiterspezifische Aspekte	20
5.2	Klientenspezifische Aspekte	26
5.3	Organisationsspezifische Aspekte	30
6	DIE AUTONOMIE DER KLIENTEN ALS INDIKATOR DER BETREUUNGSQUALITÄT	37
6.1	Ein Zugang zum Begriff Autonomie über verschiedene Definitionen	37
6.2	Die Bedeutung des Begriffs Autonomie in der Pflege	38
6.3	Autonomie in der Betreuung von Menschen mit IB	39

6.3.1	<i>Das „interaktionistische“ Verständnis von Autonomie bei Menschen mit IB</i>	40
6.3.2	<i>Zur Relevanz der wahrgenommenen Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen</i>	42
6.4	Weitere wesentliche Forschungsbeiträge zum Thema Autonomie in der Pflege	43
7	ZU MÖGLICHEN ZUSAMMENHÄNGEN ZWISCHEN AUTONOMIE, BURNOUT UND ANDEREN BERUFSSPEZIFISCHEN ASPEKTEN	45
7.1	Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Burnout und Autonomie	46
7.2	Der Zusammenhang zwischen anderen berufsspezifischen Faktoren und Autonomie: Bisherige Forschungsergebnisse	47
7.2.1	<i>Mitarbeiterspezifische Aspekte und Autonomie</i>	47
7.2.2	<i>Klientenspezifische Aspekte und Autonomie</i>	50
7.2.3	<i>Organisationsspezifische Aspekte und Autonomie</i>	51
8	DIE DARSTELLUNG DES UNTERSUCHUNGSANSATZES	55
8.1	Die graphische Darstellung des Untersuchungsansatzes	56
8.2	Die Hypothesen	58
8.2.1	<i>Die Haupthypothesen</i>	58
8.2.2	<i>Weitere zu untersuchende Hypothesen</i>	58
8.2.2.1	Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und Burnout	59
8.2.2.2	Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten	63
8.3	Das Erhebungsinstrument	66
8.3.1	<i>Der Aufbau des Fragebogens</i>	67
8.3.1.1	Das Einleitungsschreiben	67

8.3.1.2	Soziodemographische Daten	67
8.3.1.3	Mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifische Aspekte	68
8.3.1.4	Ausgewählte Dimensionen aus den Betriebsklimafragebogen von Rosenstiel	72
8.3.1.5	Items zur Erfassung der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten	74
8.3.1.6	Maslach Burnout Inventory: MBI-D – revidierte Version	75
8.3.2	<i>Fragebogenübersicht</i>	77
8.4	Zur Durchführung der Erhebung	77
8.4.1	<i>Die Pilotstudie</i>	77
8.4.2	<i>Die Haupterhebung</i>	78
9	STATISTISCHE VERFAHREN UND DATENAUFBEREITUNG	79
9.1	Statistische Verfahren	79
9.2	Datenaufbereitung	81
10	DIE ERGEBNISSE	81
10.1	Die Stichprobe	81
10.1.1	<i>Soziodemographische Daten</i>	82
10.1.2	<i>Mitarbeiterspezifische Aspekte</i>	82
10.1.3	<i>Klientenspezifische Aspekte</i>	92
10.1.4	<i>Organisationsspezifische Aspekte</i>	94
10.1.5	<i>Deskriptivstatistik und Verteilung der abhängigen Variablen</i>	102
10.2	Die statistische Überprüfung des Fragebogens	107
10.2.1	<i>Die Berücksichtigung der Autonomie der Klienten</i>	107
10.2.2	<i>Burnout</i>	109
10.3	Die Ergebnisse der Prüfung der Hypothesen	114
10.3.1	<i>Ein Überblick über das Vorgehen</i>	114
10.3.2	<i>Ergebnisse der Prüfung der Haupthypothesen</i>	115
10.3.3	<i>Ergebnisse der Prüfung der weiteren Hypothesen</i>	125
10.3.3.1	<i>Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und Burnout</i>	126

10.3.3.2 Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten	133
10.3.4 Die graphische Darstellung der signifikanten Ergebnisse	138
11 INTERPRETATION UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	139
11.1 Zur Überprüfung der Fragebögen	139
11.1.1 Items zur Autonomie der Klienten	139
11.1.2 MBI-D	140
11.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfung	141
11.2.1 Allgemeine Überlegungen zur Stichproben- und Effektgröße	141
11.2.2 Die signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zur Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung	142
11.2.3 Die signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zur Burnout-Skala Persönliche Erfüllung	146
11.2.4 Die nicht signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zu berufsspezifischen Aspekten und Burnout	149
11.2.4.1 Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Prädiktoren und Burnout	149
11.2.4.2 Nicht signifikante klientenspezifische Prädiktoren und Burnout	150
11.2.4.3 Nicht signifikante organisationsspezifische Prädiktoren und Burnout	151
11.2.5 Die signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zur Autonomie der Klienten	152
11.2.6 Die nicht signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zu berufsspezifischen Aspekten und Autonomie	155
11.2.6.1 Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Prädiktoren und Autonomie	155
11.2.6.2 Nicht signifikante klientenspezifische Prädiktoren und Autonomie	156
11.2.6.3 Nicht signifikante organisationsspezifische Prädiktoren und Autonomie	156
12 ZU DEN GRENZEN DER UNTERSUCHUNG	157
13 EIN AUSBLICK	159

14	ZUR PRAKTISCHEN RELEVANZ DER ERGEBNISSE FÜR DIE BETREUUNGSARBEIT VON MENSCHEN MIT IB	160
14.1	Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlastung der Betreuungspersonen	161
14.2	Maßnahmen im Zusammenhang mit einer besseren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten	163
15	ABSTRACT	164
16	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	166
17	TABELLENVERZEICHNIS	168
18	LITERATURVERZEICHNIS	171
19	ANHANG	180

1 Zur Relevanz der Thematik

Die Idee zu dieser Diplomarbeit entstand aufgrund der Beobachtung der beträchtlichen MitarbeiterInnen¹-Fluktuation in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung (IB) und aufgrund der Frage nach den für diesen Mitarbeiterwechsel verantwortlichen Bedingungen.

Schon Edelwich und Brodsky (1984) sind der Ansicht, dass Burnout der Hauptgrund für Personalwechsel in Sozialberufen ist. Ein Grund für das häufige Auftreten von Burnout-Symptomatik in Sozialberufen ist laut Burisch (2006), dass von den Mitarbeitern nicht nur technische Hilfe gefordert wird, sondern auch und vor allem emotionale Zuwendung, die auch beim Ausbleiben von Gegenseitigkeit weiter bestehen muss. Speziell in Einrichtungen, in denen Menschen mit IB betreut werden, kommen zu lange und unregelmäßige Arbeitszeiten und viele andere berufsspezifische Belastungsfaktoren hinzu (Hatton et al., 1999a). Durch die unerlässliche „Rund- um- die- Uhr“-Betreuung der Klienten entsteht beispielsweise die Notwendigkeit von Nacht- und Wochenenddiensten (Bartholomeyczik, 1990). Außerdem stellt die Konfrontation mit ethischen Problemen und Fragen ein immer mehr beachtetes Problem und einen Belastungsfaktor für die Betreuungspersonen dar. Diese entstehen nicht zuletzt durch die angesprochene asymmetrische Beziehung zwischen Helfer und Hilfe-Empfänger (Bobbert, 2002). Hatton et al. (1999a) zeigen, dass ungefähr ein Drittel der Population der Behindertenbetreuer signifikant hohe Stresslevels berichten. Die Autoren schließen daraus, dass eine Vielzahl der Betreuungspersonen Gefahr laufen könnte, an einer psychischen Störung zu erkranken. Da die Betreuungspersonen nicht selten die wichtigsten Bezugspersonen für ihre Klienten darstellen, ist das ein Problem, das nicht nur die Betreuungspersonen selbst, sondern auch die Menschen mit IB, also die Klienten sowie auch die Verantwortlichen und Vorgesetzten der Betreuer betrifft (Lawson & O'Brien, 1994). Psychologischer Distress und Burnout der Betreuer korrelieren also mit Verhaltensweisen und Kommunikationsstrukturen, die sich negativ auf die Klienten auswirken (Lawson & O'Brien, 1994).

¹ Für die Erleichterung des Leseflusses wird im weiteren Verlauf der Arbeit nur mehr von Mitarbeitern, Betreuern bzw. Klienten gesprochen, auch wenn damit in jedem Fall sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint ist.

Ein Modell von Schäfer und Moos (1993), das in einem nachfolgenden Abschnitt der Diplomarbeit erläutert wird, verdeutlicht die wichtigen Zusammenhänge zwischen einerseits arbeitsspezifischen Aspekten und andererseits Arbeitsstress mit den Arbeits-Outputs, also den Ergebnissen und Folgen der Arbeit für die Klienten. Dazu gehört im Pflegebereich vor allem auch die Autonomie der Klienten, die demnach als Merkmal der Betreuungsqualität betrachtet werden kann (Kyrouz & Humphreys, 1997).

Da es zur Forschung zu möglichen Zusammenhängen zwischen Burnout, berufsspezifischen Aspekten und der Autonomie der Klienten jedoch noch kaum Ergebnisse gibt, soll auch dieser wichtige Aspekt in Form der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen in dieser Arbeit untersucht werden. Es konnte gezeigt werden, dass die Beziehung zwischen Betreuungsperson und Klient eines der zentralen Elemente in der Autonomieentwicklung darstellt. Ein Baustein dieser Beziehung ist wiederum die Einstellung der Betreuungsperson zur Autonomie der Klienten (Pool, 1995, zitiert nach Moder et al., 2007).

Die vorliegende Diplomarbeit hat also nun das Ziel, mögliche Zusammenhänge zwischen berufsspezifischen Aspekten, Burnout und der Autonomie der Klienten zu untersuchen. Unter berufsspezifischen Faktoren werden dabei folgende Aspekte verstanden:

Mitarbeiterspezifische Faktoren

- Berufsalter/ Jobalter
- Position innerhalb der Organisation
- Zu leistende Wochenstundenanzahl
- Berufsspezifische Ausbildung
- Fort- und Weiterbildungen
- Selbsteinschätzung der Motivation und Freude zu Berufsbeginn und derzeit
- Selbsteinschätzung der beruflichen Eignung
- Einschätzung der Balance zwischen Beruf und Privatleben
- Einschätzung der Stärke der Belastung im Privatleben
- Einschätzung der Stärke der Belastung im Beruf

Klientenspezifische Faktoren

- Zusätzliche Behinderungen/ Komorbiditäten
- Schweregrad der Behinderung
- Betreuungsverhältnis (Anzahl der Klienten pro Betreuungsperson)

Organisationsspezifische Faktoren

- Art der Einrichtung
- Anzahl der Klienten
- Supervision
- Teambesprechungen
- Leisten wacher Nachtdienste
- Soziale Unterstützung der Kollegen
- Führung durch die Vorgesetzten
- Organisation des Dienstplans
- Organisation der Arbeitsabläufe
- Definition der Aufgabenverteilung
- Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung

THEORETISCHER HINTERGRUND

2 Ein Überblick über die vorzustellenden theoretischen Konzepte

Im Folgenden theoretischen Teil dieser Diplomarbeit soll zuerst ein Modell von Schäfer und Moos (1993) vorgestellt werden, das die Beziehungen zwischen den drei zu untersuchenden Aspekten Burnout, berufsspezifische Faktoren und Autonomie verdeutlichen soll.

Danach wird zuerst das Konzept „Burnout“ erklärt. Dazu wird kurz auf die geschichtliche Entwicklung des Begriffs eingegangen, sowie auf unterschiedliche Definitionen und die Entwicklung dieser bis hin zu einem der heute aktuellsten Definitionsansätze. Weiters wird das Phasenmodell von Burnout nach Pines und Maslach (1978) erklärt, sowie auf die Ätiologie eingegangen. Abschließend werden Symptome diskutiert und einige Prävalenz-Zahlen berichtet.

Anschließend wird auf die interessierenden mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Aspekte der Arbeit mit Menschen mit IB eingegangen. Dabei wird versucht einen genauen Einblick in bereits vorliegende Forschungsergebnisse zu verschiedensten Aspekten zu geben. Kontroverse Ergebnisse werden im Hinblick auf zu formulierende Hypothesen für die vorliegende Arbeit diskutiert.

Als dritter Themenschwerpunkt wird die Autonomie der Klienten betrachtet. Verschiedene Definitionsansätze werden aufgezeigt und erläutert, warum im Bereich der Betreuung von Menschen mit IB eine Neuorientierung bezüglich des Begriffs von Nöten ist. Weiters wird auf die Bedeutung des Begriffs Autonomie im Pflegeberuf allgemein, aber auch im Bereich der Arbeit mit Menschen mit IB eingegangen. Zudem werden verschiedenste Forschungsbeiträge zum Thema integriert und die Notwendigkeit der Betrachtung der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen erklärt.

Im letzten Teil werden die drei großen Themenschwerpunkte noch einmal zusammengeführt und bereits vorliegende Forschungsarbeiten, aus denen weitere zu untersuchende Hypothesen generiert werden, runden diesen Teil der Diplomarbeit ab.

3 Das ganzheitliche Modell von Arbeitsstressoren von Schaefer und Moos (1993) als theoretische Grundlage

Das nachfolgend erklärte Modell dient der vorliegenden Diplomarbeit beziehungsweise der empirischen Untersuchung als theoretische Grundlage zu den Zusammenhängen der drei zu integrierenden Aspekte Burnout, berufsspezifische Faktoren und Autonomie der Klienten.

Schaefer und Moos (1993) entwickelten ein ganzheitliches Modell von Arbeitsstressoren in Sozialberufen. Danach leisten Faktoren im Arbeitsumfeld, aber auch Personal-Faktoren einen Beitrag zu Arbeitsstress. Faktoren des Arbeitsumfeldes sind dabei organisationsspezifische Faktoren, wie zum Beispiel das Arbeitsklima. Personalfaktoren meinen hingegen Charakteristika der einzelnen Mitarbeiter, wie zum Beispiel deren Position und Rolle in der Organisation, soziodemographische Daten, personale Ressourcen und Selbstvertrauen. Diese beiden Faktorengruppen beeinflussen also den Arbeitsstress der Mitarbeiter, der wiederum hat Einfluss auf die Stressverarbeitung, also das Coping der Mitarbeiter. Dieses Coping und auch die beiden Faktorengruppen „Arbeitsumfeld“ und „Mitarbeiter“ stehen in Zusammenhang mit den „Outcome-Variablen“ von Mitarbeitern und Patienten, wie zum Beispiel Arbeitsmoral, Arbeitsleistung, Betreuungsqualität und Behandlungserfolg. Die Autonomie der Klienten fällt in den Bereich dieser Betreuungsqualität (Kyrrouz & Humphreys, 1997). Abbildung 1 soll das Modell nach Schaefer und Moos (1993) graphisch veranschaulichen.

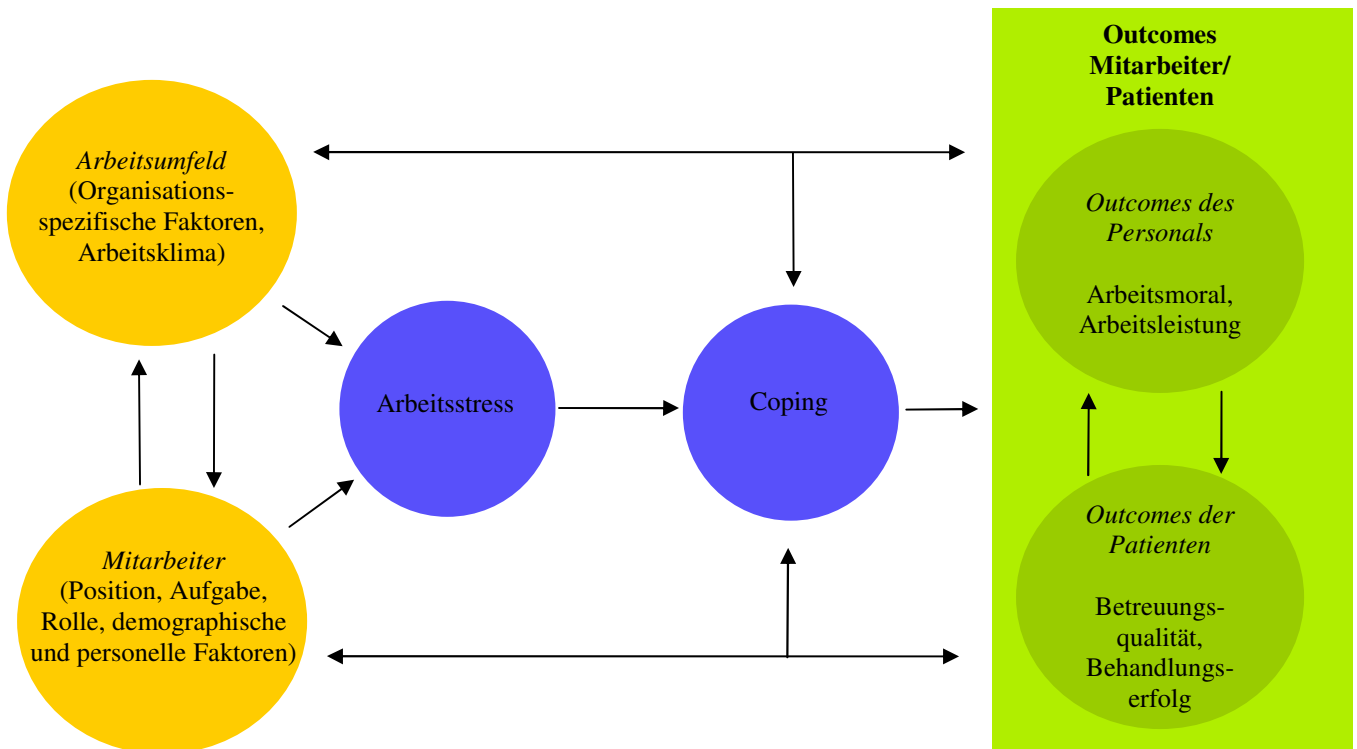


Abbildung 1: Ein ganzheitliches Modell von Arbeitsstressoren von Schaefer und Moos (1993)

Die Beziehungen zwischen den Gruppen „Arbeitsumfeld“ bzw. „Mitarbeiter“ und „Outcomes“ der Patienten und der Mitarbeiter sind wechselseitig. Aus diesem Modell kann geschlossen werden, dass Burnout, das in engem Zusammenhang mit Arbeitsstress steht (Burisch, 2006), aber auch in Zusammenhang mit der Betreuungsqualität, also auch mit der Autonomie der Klienten stehen könnte. Auch andere relevante berufsspezifische Faktoren (organisations- und mitarbeiterspezifische) könnten in Zusammenhang mit der Autonomie des Klienten stehen und diese beeinflussen und umgekehrt.

Kyrouz und Humphreys (1997) vereinfachen das Modell von Schaefer und Moos (1993). Damit wird noch deutlicher erkennbar, dass das Arbeitsumfeld, organisationsspezifische Faktoren und Personal-Charakteristika die Betreuungsqualität und den Behandlungserfolg, und damit die Autonomie der Klienten entscheidend beeinflussen können.

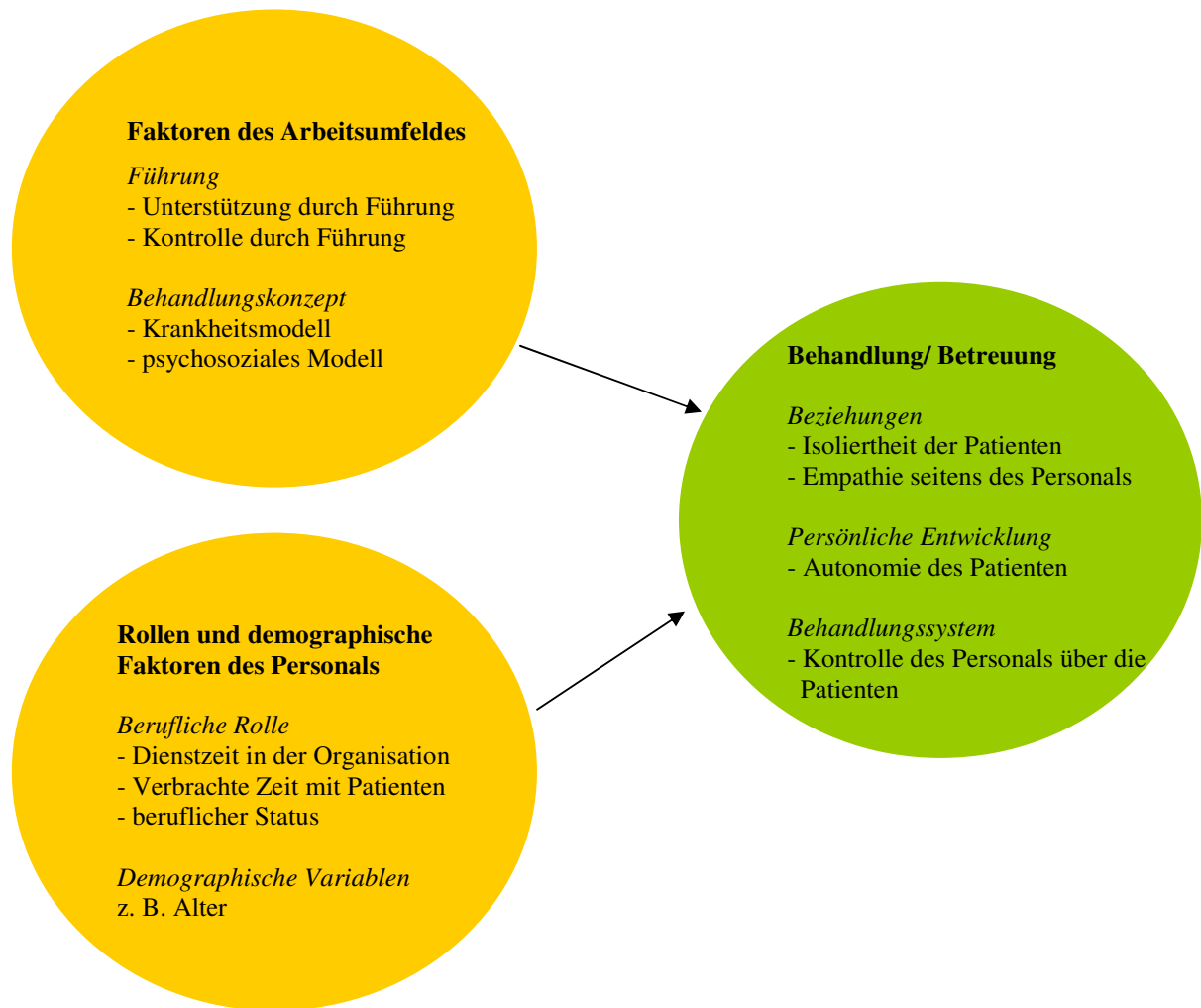


Abbildung 2: Der Einfluss des Arbeitsumfeldes des Personals auf die Behandlung und Betreuung der Patienten nach Kyrouz und Humphreys (1997)

In einer Studie von Kyrouz und Humphreys (1997), in der 327 Mitarbeiter von Suchtkliniken in den USA untersucht wurden, konnten die Zusammenhänge, wie sie in diesem Modell postuliert werden, auch bereits weitgehend bestätigt werden. Untersucht wurden in dieser Studie folgende Faktoren:

Faktoren aus dem Arbeitsumfeld:

- Das philosophische Konzept des Behandlungsprogramms
- Führung durch die Vorgesetzten
- Berufliche Rollen

Faktoren des Behandlungsumfeldes:

- Ausgeübte Kontrolle der Pflegepersonen über die Patienten
- Autonomie der Patienten
- Isoliertheit der Patienten
- Empathie der Pflegepersonen den Patienten gegenüber

Außerdem wird in dieser Untersuchung zwischen den beiden Behandlungskonzepten „Abhängigkeit als Krankheit“ und dem „psychosozialen Lernmodell“ unterschieden. Die Ergebnisse bestätigen im Großen und Ganzen den im Modell postulierten Zusammenhang zwischen Arbeits- und Behandlungsumfeld. Größere Kontrolle durch die Vorgesetzten steht in Zusammenhang mit vermehrter Kontrolle der Patienten durch die Pflegepersonen, vermehrter Isolation der Patienten und geringerer Empathie für die Patienten. Dieses Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass das Verhalten der Vorgesetzten gegenüber ihren Angestellten tatsächlich als Modell für ihr Verhalten den Patienten gegenüber dient. Vermehrte Unterstützung der Pflegepersonen durch die Vorgesetzten steht in Zusammenhang mit mehr Empathie für die Patienten. Möglicherweise ist es also so, dass wenig Autonomie der Pflegekräfte und geringe Unterstützung durch die Vorgesetzten dazu führt, dass die Pflegekraft weniger Energie für eine positive Beziehung zum Patienten aufwendet, was zu weniger empathischem Verhalten ihm gegenüber führt. Was die Variablen der beruflichen Rollen betrifft, steht jede von ihnen in Zusammenhang mit einer Variable des Behandlungsumfeldes. Ein höheres Jobalter steht in Zusammenhang mit geringerer Kontrolle über die Patienten. Außerdem gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen der Zeit, die die Pflegepersonen mit den Patienten verbringen und der wahrgenommenen Autonomie der Patienten. Höherer beruflicher Status steht hingegen in Zusammenhang mit einer geringeren Wahrnehmung von Isolation der Patienten (Kyrouz & Humphreys, 1997).

Mit diesen Modellen als Grundlage sollen nun die drei Bereiche, die in der Diplomarbeit untersucht werden sollen und ihr theoretischer Hintergrund dargestellt werden. Zuerst soll auf Burnout eingegangen werden, danach auf die spezifischen Aspekte, die mit dem Belastungserleben der Betreuungspersonen in Zusammenhang stehen können und zuletzt soll die Autonomie der Klienten als Arbeits-Output näher betrachtet werden.

4 Burnout

Es sollen verschiedene Definitionen von Burnout vorgestellt und diskutiert werden, nachfolgend werden ein Phasenmodell, Ätiologie, Symptomatik sowie Prävalenz- Zahlen von Burnout aufgeführt.

4.1 Die Geschichte des Begriffs Burnout

Der Psychoanalytiker Freudenberger verwendete erstmals 1974 den Begriff Burnout und machte ihn populär. Er beschrieb mit diesem einen Funktionsverlust beziehungsweise Abbau in verschiedenen psychischen und physischen Bereichen, den er bei ehrenamtlichen Mitarbeitern alternativer Hilfsorganisationen, wie therapeutischen Hilfsorganisationen oder Kriseninterventionszentren beobachtete (Freudenberger, 1974). Seit den Sechziger-Jahren wurden solche Symptomatiken allerdings bereits berichtet, vorwiegend in Amerika. Es wurde anfänglich lediglich ein anderer Begriff für die Benennung verwendet, nämlich „Flame out“ (Golembiewski, 1982, zitiert nach Burisch, 2006). Im deutschsprachigen Raum fand der Begriff Burnout erst relativ spät Einzug in die Wissenschaft und zwar durch den bedeutenden Psychologen Schönplugh (1987).

4.2 Ein Zugang über verschiedene Definitionen

Burnout wurde zu Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema als Zustand definiert. Maslach (1982) versteht unter Burnout ein Syndrom, das durch einen Zustand emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen gekennzeichnet ist. Zu Beginn ihrer Burnout-Forschung waren Maslach und Jackson (1981) außerdem noch davon überzeugt, dass dieses Syndrom nur bei Personen auftritt, die eng mit anderen Menschen zusammenarbeiten: „Burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynicism that occurs frequently among individuals who do 'people-work' of some kind“ (Maslach & Jackson, 1981, p. 99). Bereits 1983 gaben Aronsen, Pines und Kafry allerdings zu bedenken, dass solche Symptome auch in anderen Berufssparten beobachtet werden können. Die Autoren nannten dieses Phänomen „Tedium“, also Überdruß und grenzten es damit vom so genannten Burnout, das den Helferberufen zugeordnet wurde ab. Auch Maslach

revidierte zusammen mit Leiter (2001) ihre Definition von Burnout, in der sie das Auftreten von Burnout-Symptomen lediglich Helfern zuschrieb und beschrieb Burnout später allgemeiner als Erosion von Werten, der Würde, von Kognitionen und des Willens eines Menschen.

Einige weitere Autoren haben Burnout bereits als etwas Prozesshaftes beschrieben. Burnout ist also beispielsweise ein Prozess, in dem sich ein engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit zurückzieht, und zwar aufgrund von Beanspruchung und Belastung im Beruf (Cherniss, 1980). Edelwich und Brodsky (1984) definierten Burnout als voranschreitenden Abbau von Idealismus, Zielstrebigkeit, Energie und Anteilnahme aufgrund verschiedener Arbeitsbedingungen.

Was all diesen Definitionen gemeinsam ist, ist eine Ursachenzuschreibung. Diese muss allerdings als problematisch gesehen werden, da die Ursachen und Bedingungen von Burnout nach wie vor nicht eindeutig geklärt sind (Burisch, 2006).

Eine der aktuellsten Definitionen von Burnout stammt von Schaufli und Enzmann (1998): Burnout ist demnach ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand. In erster Linie ist er durch Erschöpfung gekennzeichnet, aber auch durch Anspannung und Unruhe, einem Gefühl von ungenügender Effektivität, niedriger Motivation und der Entwicklung negativer Einstellungen und Verhaltensweisen. Diese psychische Verfassung entwickelt sich mit der Zeit und bleibt vom Betroffenen mitunter lange unbemerkt. Auch in dieser aktuellen Definition wird allerdings eine, wie bereits erläutert nicht zulässige Zuschreibung von Ursachen für diesen Prozess vorgenommen. Ursache ist laut Schaufli und Enzmann (1998) nämlich eine Fehlanpassung von Intentionen und Berufsrealität.

Bei genauerer Betrachtung dieser letztgenannten modernen Definition fällt auf, dass sie sehr viele Parallelen zur frühen Definition von Maslach (1982) aufweist. Die beiden Erklärungen von Burnout beschreiben eigentlich dieselben Charakteristika dieses Störungsbildes. Was Schaufli und Enzmann (1998) Erschöpfung nennen, bezeichnet Maslach (1982) als emotionale Erschöpfung, das Gefühl ungenügender Effektivität (Schaufli & Enzmann, 1998) beschreibt Maslach (1982) als persönliche Leistungseinbußen oder mangelnde persönliche Erfüllung und die Entwicklung negativer Einstellungen und Verhaltensweisen (Schaufli & Enzmann, 1998) präzisiert Maslach (1982) mit dem Symptom der Depersonalisation.

Da Maslachs Definition immer noch jene ist, die in Wissenschaft und Forschung am meisten Relevanz besitzt, und auch weitgehend Einigkeit darüber besteht, dass ihre beschriebenen Charakteristika die Hauptsymptome von Burnout darstellen (Burisch, 2006) bildet sie auch die Grundlage für das Konzeptverständnis von Burnout in der vorliegenden Diplomarbeit.

4.3 *Ein Phasenmodell von Burnout*

Es existiert eine Fülle von verschiedenen Phasenmodellen zu Burnout, aufgrund der bereits erläuterten theoretischen Anlehnung an Maslachs Burnout-Definition und deren wissenschaftlicher Relevanz soll auf das darauf aufbauende Phasenmodell von Pines und Maslach (1978) eingegangen werden.

Sie nehmen im Wesentlichen drei verschiedenen Phasen oder Stadien an, die ein Burnout-Betroffener durchläuft. Diese Phasen sind „Erschöpfung“, „Dehumanisierung“ und das so genannte „terminale Stadium“. Das erste Stadium der Erschöpfung wird noch einmal unterteilt, in eine erste Phase der emotionalen Erschöpfung, die vorwiegend durch ein Gefühl der andauernden Müdigkeit gekennzeichnet ist. Die zweite Phase ist die der physischen Erschöpfung. Die Betroffenen leiden nun auch an Schlafstörungen und sind anfälliger für Erkältungen und Schmerzen. Das zweite große Stadium der Dehumanisierung ist gekennzeichnet durch eine negative, oft auch zynische Einstellung gegenüber Arbeitskollegen. Außerdem entwickeln sich auch negative Einstellungen und Gefühle den Klienten gegenüber. Was daraus hervorgeht sind Schuldgefühle und in weiterer Folge ein Rückzug von den Mitmenschen, die Vermeidung von Unannehmlichkeiten. Damit verbunden ist oft auch die Reduzierung der Arbeit auf das Notwendigste. Die Symptome des darauf folgenden terminalen Stadiums sind ein Gefühl des Widerwillens gegen sich selbst und oft auch gegen andere Menschen (Pines & Maslach, 1978).

4.4 *Die Ätiologie von Burnout*

Zuerst werden die Ursachenzuschreibungen nach Maslach und Pines (1978) diskutiert, anschließend wird das übergreifende Modell des „Misfits“ von Person und Umwelt (Burisch, 2006) aufgrund darauf aufbauender wesentlicher Überlegungen zur vorliegenden Forschungsarbeit genauer erklärt.

4.4.1 Der ätiologische Erklärungswert des Phasenmodells

Das bereits vorgestellte Phasenmodell von Burnout (Pines & Maslach, 1978) enthält auch Annahmen zur Ätiologie von Burnout. Wie bereits kurz angesprochen, konzentrieren sich die Autoren zu Beginn ihrer Forschungsarbeiten besonders auf die Gruppe der Mitarbeiter in Helferberufen. Sie meinen, dass Helfer in ihrem stetigen Kontakt mit den Klienten hochgradigen und vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind. Hinzu kommt das Problem der asymmetrischen Beziehungen zwischen Betreuungsperson und Klient, meist schlechte oder zur Gänze ausbleibende Erfolgsaussichten und organisatorische Behinderungen. Das Konglomerat dieser Faktoren erzeugt emotionale Erschöpfung bei der Betreuungsperson. Die Reaktion ist geprägt durch die emotionale Distanzierung von den Klienten und deren Abwertung. Sobald sich diese Distanzierung auch im Verhalten ausdrückt, sinkt die Erfolgsaussicht der Helfer in ihrem Beruf beträchtlich. Es kommt zu persönlicher Leistungsunzufriedenheit (Pines & Maslach, 1978).

Allerdings musste auch Maslach auf die spätere Erkenntnis, dass auch Mitarbeiter anderer Berufssparten als der sozialen an Burnout erkranken können reagieren und so stellt sie in ihren späteren Arbeiten (Maslach & Leiter, 2001) ein neues, für alle Berufssparten geltendes Modell für die ursächlichen Bedingungen von Burnout vor. Burnout ist demnach immer ein Symptom von Funktionsstörungen innerhalb der Organisation. Das Auftreten von Burnout-Symptomatik hat demnach mehr Aussagekraft über die vorliegenden Arbeitsbedingungen als über das erkrankte Individuum. Maslach und Leiter (2001) nehmen sechs Faktoren an, die die Entstehung von Burnout verursachen:

- Arbeitsüberlastung
- Mangel an Kontrolle
- Ungenügende Belohnung
- Zusammenbruch des Gemeinschaftssinns unter den Kollegen
- Wahrgenommene Ungerechtigkeiten
- Wertkonflikte

Kritisch muss bei diesem Modell betrachtet werden, dass zwar als übergreifendes Erklärungsmodell für die Entstehung von Burnout ein Mismatch zwischen Person und Beruf(sanforderungen) angenommen wird, die Komponenten, die in der betroffenen Person liegen, werden allerdings völlig außer Acht gelassen und nicht weiter beschrieben. Maslach

und Leiter (2001) gehen laut Burisch (2006) davon aus, dass alle Menschen dieselben Anforderungen an ihre Arbeitsstätten stellen, also die gleichen Bedürfnisse nach Kontrolle, Belohnung oder Gemeinschaft besitzen. Wenn diese generalisierten Bedürfnisse nicht erfüllt werden, reagieren alle Menschen mit Hilflosigkeit und den Burnout-typischen Symptomen (Maslach & Leiter, 2001). Burisch (2006) kritisiert an diesem Modell die Vereinfachung und Generalisation menschlicher Bedürfnisse in ihrer Arbeit.

Das Modell der Burnout-Ursachen in Sozialberufen von Pines und Maslach (1978) ist heute eines, das häufig zu Erklärungszwecken und Veranschaulichung von Burnout herangezogen wird und dessen großer Wert sich auch in der vielfachen Anwendung des Maslach Burnout Inventorys widerspiegelt. Das übergreifende Modell des „Misfits“ zwischen Person und Umwelt, das von Maslach und Leiter (2001) zumindest am Rande anführt wird, wird auch von einigen anderen Autoren gerne als anschauliches Modell der Burnout-Entstehung verwendet. Es bietet zudem eine anschauliche Erklärung dafür, warum es bei der Untersuchung von Burnout so wichtig ist, Aspekte in und außerhalb der Personen zu betrachten und zu berücksichtigen, was aus diesem Grunde auch in der vorliegenden Diplomarbeit versucht wird. Deshalb soll es in Folge ausführlicher dargestellt werden.

4.4.2 Burnout als „Misfit“ zwischen Person und Umwelt

Der Psychoanalytiker Fischer (1983) geht davon aus, dass Burnout eine Folge narzisstisch gestörter Persönlichkeitsstrukturen ist. Personen, die an Burnout leiden sind überzeugt, Großes und Außergewöhnliches zu tun und unternehmen sämtliche Anstrengungen, um ein Scheitern zu verhindern. Burnout ist also eine persönlichkeitsbedingte Störung. Von diesen echten „Ausbrennern“ unterscheidet Fischer (1983) solche Menschen, die unter unangenehmen, stressreichen Umweltbedingungen zu leiden haben. Sie seien nicht ausgebrannt, sondern leiden unter „Wearout“, also unter „Abnützung“. Diese Menschen seien also Opfer ungünstiger Umstände, einer ungünstigen Arbeitsumwelt. Burisch (2006) führt den Gedanken dieser Theorie weiter aus, indem er ein Kontinuum annimmt, dessen beide Pole Fischers (1983) „Burnout“ und „Wearout“ darstellen. An jedem Burnout-Fall sind demnach mit unterschiedlicher Gewichtung immer innere und äußere Faktoren beteiligt.



Abbildung 3: Innere und äußere Faktoren der Burnout-Entstehung nach Burisch (2006)

Die übergreifende Konzeption dieser Modelle zur Burnout-Entstehung ist das Modell der Person-Umwelt-Passung. Dabei steht die Person mit ihren individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen auf der einen und die (Arbeits-)Umwelt mit all den Anforderungen an die Person auf der anderen Seite. Klaffen nun Fähigkeiten und Anforderungen auseinander entsteht psychischer Stress. Es kommt zu einem „Misfit“, also einer „Nicht-Passung“ zwischen Person und Umwelt. Wie die Person nun damit umgeht hängt wiederum vom persönlichen Coping ab. Das zugrunde liegende Problem bei Burnout ist also eine unzureichende Passung zwischen Person und Umwelt (Burisch, 2006).

Bei der Untersuchung möglicher Faktoren, die mit Burnout in Zusammenhang stehen ist es also, wie dieses „Misfit“-Modell deutlich machen soll von besonderer Relevanz, sowohl Faktoren in der Arbeitsumwelt, als auch mitarbeiterspezifische Aspekte zu beachten. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Forschungsarbeit mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifische Variablen untersucht, die mit Burnout in Zusammenhang stehen könnten.

4.5 *Burnout- Symptomatik*

Unter vielen Experten besteht Einigkeit darüber, dass die von Maslach (1982) angenommenen Merkmale emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Leistungsunzufriedenheit oder auch verringerte persönliche Erfüllung (Glaser, in Druck) die Kernsymptome von Burnout sind. Burisch (2006) äußert dabei kritisch die Vermutung, dass diese drei Kernsymptome

nicht zuletzt deshalb als solche betrachtet werden, weil sie die drei Skalen des gängigsten Instruments zur Burnout-Diagnostik, des Maslach Burnout Inventorys darstellen. Trotz dieser kritischen Äußerung gibt aber auch Burisch keine neuen Impulse oder Vorschläge bezüglich Burnout-Symptomen, sondern übernimmt letztlich ebenso diese drei Symptomgruppen für seine Darstellungen von Burnout.

Allerdings integriert Burisch (2006) eine Fülle von untergeordneten Symptomen verschiedener Autoren in eine Liste möglicher Symptome und gibt somit Einblick, was unter den drei großen Symptomgruppen zu verstehen ist. Er gliedert die verschiedenen Symptome in sieben Kategorien, die in dieser Reihenfolge chronologisch auftreten können, allerdings ist dieser Ablauf nicht starr und das Auftreten verschiedener Symptome kann auch in einer anderen Abfolge verlaufen, beziehungsweise müssen auch nicht immer alle Symptome zum Tragen kommen (Burisch, 2006):

Kategorie 1: Die Anfangsphase mit Warnsymptomen (nach Burisch, 2006)

Zu Beginn der Symptomatik stehen ungenügende Bewältigungsmechanismen der betroffenen Personen. Zu Beginn des Prozesses steht außerdem meist ein überhöhter Energieeinsatz. Im Gegensatz zu vielen anderen Autoren der älteren Burnout-Literatur ist Burisch (2006) aber nicht der Meinung, dass sich dieser Energieeinsatz zwangsläufig in einem Überengagement zeigen muss, sondern zum Beispiel in einem Gefühl, zu wenig Zeit zu haben oder in der Verleugnung der eigenen Bedürfnisse. In weiterer Folge ist in der Anfangsphase häufig zu beobachten, dass die Betroffenen in ihrer Freizeit gedanklich nicht von der beruflichen Tätigkeit ablassen können. Es entsteht ein Kreislauf aus Verbrauch erhöhter Energiereserven in der Arbeit und unzureichenden Möglichkeiten zum „Auftanken“ von Energie in der Freizeit. Burisch (2006) betont, dass nicht die Arbeitsmenge und das Pensum die entscheidenden Faktoren darstellen, sondern die individuelle Gefühlslage, mit der man seine Arbeit verrichtet. Das sich daraus entwickelnde Symptom ist die emotionale Erschöpfung, die auch Maslach (1982) als eines der Hauptsymptome von Burnout betrachtet.

Kategorie 2: Reduziertes Engagement (nach Burisch, 2006)

In dieser Kategorie findet man die Symptome, die Maslach (1982) für den Kern des Syndroms hält. In dieser Phase kommt es nämlich zum emotionalen und kognitiven Rückzug von der Arbeit und den Menschen, mit denen man innerhalb der Arbeit zu tun hat. Auch ein Rückzug

im Verhalten kann beobachtet werden. All diese Symptome nennt Maslach (1982) Depersonalisation, die vor allem in sozialen Berufen, in der Arbeit mit Klienten ausgeprägt in Erscheinung tritt (Maslach, 1982). Es zeichnet sich eben unter anderem durch die Reduktion des Kontaktes zu den Klienten aus. Nach und nach entwickelt sich ein Überdrußgefühl im Beruf, es entstehen kognitive Muster, wie die „innere Kündigung“. Der Betroffene zieht sich zumeist ins Privatleben zurück (Burisch, 2006).

Kategorie 3: Emotionale Reaktionen und Schuldzuweisungen (nach Burisch, 2006)

Das Aufgeben zentraler Ziele im Leben, im Beruf und die Desillusionierung in Kategorie 2 führen zu Schuldzuschreibungen. Es muss etwas oder jemand gefunden werden, der die Verantwortung für die auftretenden Symptome übernimmt. Gleichzeitig zu diesem Prozess der Schuldzuweisung und auch als dessen Folge entstehen depressive, aber auch aggressive Impulse und Gefühle (Burisch, 2006).

Kategorie 4: Abbau (nach Burisch, 2006)

Weiters kommt es nun zu Leistungseinbußen, so auch zum Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit. Außerdem sinken Motivation und Kreativität, das Bemühen um kognitive Entlastung durch das Bilden von Schemata und durch Entdifferenzierung tritt in den Vordergrund. Ein weiteres Symptom dieser Phase ist der so genannte „Dienst nach Vorschrift“ (Burisch, 2006). Dieser „Abbau“ ist nach Pines und Maslach (1978) bereits ein Anzeichen des terminalen Stadiums. Außerdem erkennt man in dieser Kategorie von Burisch (2006) auch Maslachs (1982) Symptom der verringerten persönlichen Leistungsfähigkeit. „Workers feel unhappy about themselves and dissatisfied with their accomplishments on the job.“ (Maslach & Jackson, 1981, p. 99).

Kategorie 5: Verflachung (nach Burisch, 2006)

In weiterer Folge kommt es zu einer Verflachung aller Lebensbereiche, also des emotionalen, sozialen und auch des intellektuellen Bereiches. Die Anteilnahme am persönlichen Umfeld geht praktisch gänzlich verloren (Burisch, 2006).

Kategorie 6: Psychosomatische Reaktionen (nach Burisch, 2006)

Psychosomatische Reaktionen können jede der bereits genannten Symptom-Phasen begleiten. Beispielsweise kann beobachtet werden, dass die Anfälligkeit für Infektionen steigt. Weiters treten Schlafstörungen, Kreislaufprobleme und Verspannungen, sowie Beschwerden bei der Verdauung auf. Ebenso kann ein vermehrter Gebrauch von Alkohol, Nikotin oder anderen Drogen vorkommen (Burisch, 2006).

Auch Maslach und Jackson (1981) nennen bei der Beschreibung des terminalen Stadiums solche psychosomatischen Beschwerden: „Furthermore, burnout seems to be correlated with [...] physical exhaustion , insomnia, increased use of alcohol and drugs [...]“ (p. 100).

Kategorie 7: Verzweiflung (nach Burisch, 2006)

Laut Burisch (2006) hat sich in diesem terminalen Burnout-Stadium „das temporäre Gefühl der Hilflosigkeit zu einem chronischen Gefühl der Hoffnungslosigkeit verdichtet“ (S. 34).

4.6 Die Prävalenz von Burnout

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die in verschiedenen Studien berichteten Prävalenz-Zahlen zu Burnout sehr heterogen sind.

Heinemann (1997) untersucht eine Stichprobe aus dreißig ehemaligen und neunundvierzig derzeitigen Mitarbeitern des österreichischen Hilfswerks für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte und findet die in Tabelle 1 dargestellte Burnout-Prävalenz.

Tabelle 1: *Burnout-Prävalenz nach Heinemann (1997)*

	Emotionale Erschöpfung	Depersonalisation	Persönliche Erfüllung
Ehemalige Mitarbeiter	3% niedrig	3% niedrig	0% niedrig
	20% mittel	67% mittel	0% mittel
	77% hoch	27% hoch	100% hoch
Derzeitige Mitarbeiter	16% niedrig	10% niedrig	8% niedrig
	28% mittel	63% mittel	2% mittel
	49% hoch	20% hoch	90% hoch

Anmerkung. Nicht alle Teilnehmer in dieser Studie machten vollständige Angaben, deshalb konnten nicht zu jeder Skala alle Daten ausgezählt werden

Mascha (2007) befragt eine Gruppe von sechsenddreißig Behindertenbetreuern mit und ohne leitende Funktion in Tagesbetreuungseinrichtungen in Großbritannien mittels Maslach Burnout Inventory (MBI) nach ihren Burnout-Symptomen und findet die in Tabelle 2 folgenden Zahlen.

Tabelle 2: *Burnout-Prävalenz nach Mascha (2007)*

	Emotionale Erschöpfung	Depersonalisation	Mangel an persönlicher Leistungsfähigkeit
niedrig	42,1%	65,8%	64,5%
mittel	13,2%	18,4%	32,3%
hoch	44,7%	15,8%	3,2%

In einer Studie von Skirrow und Hatton (2007) werden die Ergebnisse von 15 Studien, die Burnout und verschiedene andere Variablen bei Betreuungspersonen von Menschen mit IB in verschiedenen Ländern untersuchen, verglichen und zusammengefasst.

Grundsätzlich stellen die Autoren fest, dass die durchschnittlichen ermittelten Werte in den 3 Burnout-Skalen zwischen den einzelnen Studien extrem unterschiedlich sind, vor allem die der Skala Emotionale Erschöpfung. Diese Tatsache reflektiert die extreme Heterogenität

zwischen den Stichproben und den Studien. Die durchschnittlichen Summenscores der einzelnen Skalen liegen in den untersuchten Studien in folgenden Bereichen:

- EE: 11.9 – 31.9
- D: 2.1 – 12.0
- PLF: 30.6 – 40.3

Die Werte in der Skala Emotionale Erschöpfung liegen somit in einem mittleren Bereich, die Werte der Depersonalisation sind als niedrig bis mittelgradig einzustufen und die persönliche Leistungsfähigkeit wird von den Untersuchungsteilnehmern durchschnittlich mittelgradig bis hoch eingeschätzt. Die Autoren stellen insgesamt fest, dass die mittleren Werte in den Burnout-Symptomen bei Menschen in der Arbeit mit Menschen mit IB keine wesentlichen Unterschiede zu den Burnout-Symptomen in anderen Berufsgruppen aufweisen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die höchsten Werte in vielen Studien in der Skala „Emotionale Erschöpfung“ gefunden werden, die Werte in den Symptomen Depersonalisation und geringe persönliche Leistungszufriedenheit sind als eher gering zu bezeichnen.

5 Berufsspezifische Aspekte in der Arbeit mit Menschen mit IB und ihr Zusammenhang mit Burnout

Wie bereits im Kapitel „Relevanz der Thematik“ angesprochen, wird gerade in Sozialberufen, speziell in der Arbeit mit Menschen mit IB vermutet, dass auch für diese Berufssparte charakteristische Bedingungen einen Einfluss auf das vermehrte Auftreten von Burnout haben. Gemäß dem bereits erläuterten Modell der Person-Umwelt-Passung kann man auch bei diesen berufs-charakteristischen Faktoren zwischen solchen unterscheiden, die der Mitarbeiter an sich mitbringt und solchen, die in der Arbeits-Umwelt, also entweder in den Klienten oder in der Organisation verankert sind.

Da in dieser Diplomarbeit unter anderem mögliche Zusammenhänge zwischen den verschiedenen bereits genannten berufsspezifischen Aspekten und Burnout untersucht werden sollen, werden nachfolgend bereits bestehenden Forschungsergebnisse zu dieser Thematik dargestellt, um einerseits einen Überblick über den Stand der Forschung zu den zu

untersuchenden Bereichen zu geben und um andererseits Hypothesen für die vorliegende Untersuchung formulieren und generieren zu können.

5.1 Mitarbeiterspezifische Aspekte

Anschließend werden bereits existierende Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Burnout und mitarbeiterspezifischen Aspekten berichtet, um für die vorliegende Diplomarbeit und deren empirische Untersuchung gerichtete Hypothesen formulieren zu können.

Berufs- und Jobalter, Wochenstunden und Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Heinemann (1997) findet in ihrer Diplomarbeit Zusammenhänge zwischen den Burnout-Dimensionen und dem Berufsalter von Behindertenbetreuern einer speziellen Einrichtung. Je höher das Berufsalter, desto geringer ist die persönliche Erfüllung der Mitarbeiter, desto geringer sind aber auch die Depersonalisation und die emotionale Erschöpfung. Außerdem berichtet Heinemann (1997) über Zusammenhänge zwischen einer höheren Anzahl geleisteter Wochenstunden und größerer persönlicher Erfüllung. Keine Zusammenhänge findet sie zwischen der geleisteten Wochenstundenanzahl und emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation. Auch die Faktoren „ausgeübte Funktion“, „Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen“ und „berufsspezifische Ausbildung“ weisen bei Heinemann (1997) keine Zusammenhänge mit Burnout auf. Allerdings haben Mitarbeiter, die an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen eine höhere Jobverweildauer als Nicht-Teilnehmer. Heinemann (1997) untersucht aber in ihrer Studie nur Mitarbeiter einer bestimmten Organisation, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Frage stellt. Obkircher (1999) berichtet über keine gefundenen Zusammenhänge zwischen Berufs- und Jobalter und Burnout in einer Gruppe von Mitarbeitern in verschiedenen Helferberufen. Allerdings zeigen Helfer, die ihre Klienten fast täglich betreuen höhere emotionale Erschöpfung als Helfer, die ihre Klienten zumindest einmal die Woche betreuen.

Gürtler (1991) beschäftigt sich in ihrer Diplomarbeit mit dem Zusammenhang zwischen Burnout und Persönlichkeit in verschiedenen Pflegeberufen. Sie verwendet zur Messung der Burnout-Symptomatik allerdings nicht das MBI, sondern das Tedium Messure (TM), also die so genannte Überdrussskala. Gürtler (1991) findet dabei keinen Zusammenhang zwischen

dem Berufsalter und Burnout, allerdings zeigt sich, dass Pflegepersonen, die über vierzig Jahre alt sind signifikant mehr Anerkennung und Ansehen in ihrem Beruf verspüren, als jüngere Personen. Gürtler (1991) zeigt außerdem, dass Pflegepersonal, das durch Überstunden und ungünstige Diensträder mehr als zweiundvierzig Stunden pro Woche arbeitet, häufiger an Burnout leidet, als Personal mit einer niedrigeren Wochenstundenanzahl.

Auch eine Studie von Hatton et al. (1999a) liefert bezüglich möglicher Zusammenhänge mit der Wochenstundenanzahl Hinweise. Die Autoren zeigen, dass eine höhere Wochenstundenanzahl der Mitarbeiter mit höherer Arbeitsbelastung korreliert.

Allerdings zeigt eine Studie von Mitchell und Hastings (2001) einen Zusammenhang zwischen einer höheren Wochenstundenverpflichtung und niedrigen Ausprägungen von Depersonalisation. In dieser Studie wird eine Stichprobe von dreiundachtzig Behindertenbetreuern in Großbritannien untersucht.

Chung und Corbett (1998) befragen achtunddreißig größtenteils unausgebildete Betreuungspersonen von Menschen mit IB und finden eine Korrelation genau entgegengesetzter Richtung. In einer Untersuchung von Lawson und O' Brien (1994) in der neunundsiebzig Behindertenbetreuer, die in verschiedenen Settings in den USA tätig sind, befragt wurden, konnten keinerlei signifikante Zusammenhänge zwischen Wochenstundenanzahl und Burnout-Symptomen festgestellt werden.

Pines und Maslach (1978) führen eine Untersuchung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses durch und können zeigen, dass die Einstellung zu den Patienten umso negativer ist, je länger die Angestellten in der Psychiatrie tätig sind. Auch Fuqua und Couture (1986) stellen in einer Studie fest, dass Personal, das länger als vierundzwanzig Monate angestellt ist, signifikant höhere Werte im Maslach Burnout Inventory aufweist als solches, das weniger lang angestellt ist.

Chung, Corbett und Cumella (1996) untersuchen in Großbritannien eine sehr kleine Gruppe von sechsundzwanzig Behindertenbetreuern, die Klienten mit IB und schwerem herausfordernden Verhalten betreuen und stellen fest, dass Mitarbeiter mit einem hohen Berufsalter hohe Werte in den Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation aufweisen. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu Heinmanns (1997) bereits berichteten Ergebnissen.

Ausgeübte Funktion in der Einrichtung

Caton, Grossnickle, Cope, Long und Mitchell (1988) vergleichen die Burnout-Ausprägungen von vier verschiedenen Gruppen in der Behindertenarbeit in einem staatlichen Krankenhaus (Führungskräfte, Pflegepersonal, Förderungs- und Unterstützungspersonal) und finden keine diesbezüglichen Unterschiede.

In einer Untersuchung von Aitken und Schloss (1994) kann gezeigt werden, dass Führungskräfte in Organisationen für die Betreuung von Menschen mit IB ihre persönliche Leistungsfähigkeit deutlich besser einschätzen als das Betreuungspersonal. Edwards und Miltenberger (1991) hingegen finden bei Führungskräften höhere Ausprägungen in emotionaler Erschöpfung als bei Pflegepersonen, aber auch geringer eingeschätzte Leistungsfähigkeit beim Pflegepersonal als bei den Führungskräften.

Berufsspezifische Ausbildung

Heifetz und Bersani (1983) sehen vor allem Ausbildungsdefizite als verantwortlich für die Entstehung eines Burnouts. Carrol und White (1982) sind ebenfalls der Ansicht, dass sich Personen mit Ausbildungsdefiziten immer wieder mit Situationen konfrontiert sehen, deren Anforderungen und Problemen sie nicht gewachsen sind. Die daraus entstehenden persönlichen und beruflichen Misserfolgs- und Frustrationserlebnisse sind oft der erste Schritt in Richtung Burnout-Symptomatik.

Bezüglich der Aus- und Weiterbildungen finden auch Hatton et al. (1999b) heraus, dass ein diesbezüglicher Mangel in Zusammenhang mit vermehrtem beruflichen Stress steht. Burnout wurde in dieser Untersuchung allerdings nicht erhoben. Alexander und Hegarty (2000) befragen sechszwanzig Betreuungspersonen von Menschen mit IB in Großbritannien und berichten, dass diejenigen Mitarbeiter ohne berufsspezifische Ausbildung höhere Werte in den Burnout-Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation aufweisen als Betreuer mit einer solchen Ausbildung.

Andere Studien mit entsprechend größeren Stichprobenzahlen allerdings können keine derartigen Zusammenhänge zeigen (Caton et al., 1988; Edwards & Miltenberger, 1991). Mitchell und Hastings (2001) können jedoch zeigen, dass sowohl ein niedrigeres Bildungsniveau, als auch mangelnde fachliche Qualifikation der Mitarbeiter mit höheren Werten in der MBI- Skala Depersonalisation in Verbindung stehen.

Chung und Corbett (1998) finden außerdem einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Niveau der fachlichen Qualifikation und den Ausprägungen in der Skala Emotionale Erschöpfung. Demnach ist ein niedrigeres Ausbildungsniveau verbunden mit höherer emotionaler Erschöpfung.

Berufseignung

Die bisher berichteten Ergebnisse zur Ausbildung der Betreuungspersonen lassen auch Schlüsse auf einen anderen Aspekt zu, nämlich die Selbsteinschätzung der persönlichen Eignung für den Beruf. Eine berufsspezifische Ausbildung befähigt die Betreuungspersonen zu ihrem Beruf, sie rüstet die Ausgebildeten also mit bestimmten Qualifikationen und Fähigkeiten, die im Beruf als notwendig und günstig erachtet werden (Chung & Corbett, 1998). Es wäre also denkbar, dass Betreuungspersonen mit abgeschlossener bereichsspezifischer Ausbildung ihre persönliche Eignung für den Beruf höher einschätzen als solche ohne bereichsspezifische Ausbildung. Demnach könnte also auch eine positiver eingeschätzte Berufseignung mit niedrigeren Ausprägungen in den Burnout-Symptomen einhergehen. Eine weitere Erklärung für diese Annahme bietet das bereits erklärte Modell der Person-Umwelt-Passung (Burisch, 2006). Wachsen durch eine bereichsspezifische Ausbildung die Fähigkeiten der Betreuungsperson, wird sie sich den Anforderungen, die der Beruf an sie stellt besser gewachsen fühlen. Sie wird demnach ihre Eignung für den gewählten Beruf positiver einschätzen und im Sinne des Person-Umwelt-Modells werden Person und Berufsumwelt besser zueinander passen, was zur Folge hat, dass die Person weniger gefährdet ist, eine Burnout-Symptomatik zu entwickeln.

Motivation, Freude am Beruf, Balance zwischen Arbeit und Privatleben und die Belastung im Privatleben

Hatton et al. (1999a) abstrahieren in ihrer Untersuchung aus verschiedenen anderen Studien acht Faktoren, die entscheidenden Einfluss auf Stress und Arbeitszufriedenheit in der Betreuungsarbeit von Menschen mit IB haben. Darunter finden sich auch personelle Faktoren, wie zum Beispiel die Verringerung des Engagements für den Beruf. Die Autoren erfragen hierzu das Engagement zu Beginn der beruflichen Laufbahn und das Engagement derzeit. Daraus ergibt sich in weiterer Folge die Veränderung des Engagements über die Zeit. Daraus könnte man auch den Schluss ziehen, dass eventuell die Veränderung der Motivation für den

Beruf beziehungsweise der Freude an der Arbeit mit psychischem Stress und somit auch mit Burnout in Zusammenhang stehen könnte.

Hatton et al. (1999a) betonen auch den Einfluss des Wechselspiels zwischen dem Arbeits- und dem Privatleben. Dazu befragen sie 450 Mitarbeiter in Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit IB mittels eines umfangreichen Fragenbogeninstrumentes. Das Ziel dieser Studie ist herauszufinden, welche Faktoren mit den drei Konstrukten Stresserleben, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in Verbindung stehen. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass Konflikte zwischen Arbeit und Freizeit in engem Zusammenhang mit dem generellen Stresserleben in der Arbeit der Mitarbeiter stehen. Stress und Konflikte entstehen nicht zuletzt aufgrund nicht oder nur schwer zu vereinbarenden Anforderungen dieser beiden wichtigen Lebensbereiche (Hatton et al., 1999a). Außerdem kann aus diesen Ergebnissen geschlossen werden, dass Privat- und Berufsleben nicht als voneinander unabhängig betrachtet werden dürfen. Es kann also demnach auch angenommen werden, dass Probleme und Belastungen im Privatleben das Stress- und Belastungserleben im Berufsleben negativ beeinflussen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es zwar einige Studien gibt, in denen der Zusammenhang zwischen Burnout und einzelnen mitarbeiterspezifischen Faktoren bei verschiedenen Helferberufen beleuchtet wird, allerdings sind die Ergebnisse oft uneinheitlich. Ein höheres Job- und Berufsalter dürfte zwar mit einer geringeren persönlichen Erfüllung korrelieren, das zeigt sowohl die Studie von Heinemann (1997), als auch die von Pines & Maslach (1978). Die Ergebnisse zu den anderen beiden Burnout-Symptomen Depersonalisation und Emotionale Erschöpfung sind allerdings uneinheitlich. Auch was die möglichen Zusammenhänge zwischen Wochenstundenanzahl und Burnout-Symptomatik betrifft, sind die Ergebnisse äußerst uneinheitlich. Was mögliche Unterschiede zwischen Führungskräften und Betreuungspersonen betrifft, scheinen Führungskräfte emotional erschöpfter zu sein, aber mehr persönliche Erfüllung zu verspüren als Betreuungspersonen (Aitken & Schloss, 1994; Edwards & Miltenberger, 1991). Zum Einflussfaktor Ausbildung sind sich viele Autoren einig. Eine berufsspezifische Ausbildung dürfte mit geringerer Burnout-Symptomatik einhergehen (Alexander & Hegarty, 2000; Carrol & White, 1982; Chung & Corbett, 1998; Hatton et al., 1999a; Heifetz & Bersani 1983 Mitchell & Hastings, 2001). Was Fort- und Weiterbildungen betrifft gibt es kaum in dieser Form Hinweise bietende Ergebnisse. Ähnliches gilt für die Aspekte Motivation für den und Freude am Beruf. Hingegen gibt es sehr eindeutige Hinweise bezüglich Privat- und Berufsleben. Demnach

könnten eine schlechte Passung zwischen Berufs- und Privatleben, ebenso wie vermehrte Belastungen im Privatleben mit höherer Burnout-Symptomatik korrelieren. Auch die Überlegungen zum Aspekt der Selbsteinschätzung der persönlichen Eignung für den Beruf lassen die Vermutung zu, dass eine diesbezügliche positive Einschätzung mit verminderten Ausprägungen in den Burnout-Symptomen einhergeht.

In der nachfolgenden Tabelle 3 soll noch einmal dargestellt werden, für welche mitarbeiterspezifischen Faktoren in der vorliegenden Untersuchung aufgrund ausreichender Forschungsergebnisse bereits gerichtete Hypothesen zum Zusammenhang mit Burnout formuliert werden können beziehungsweise zu welchen Faktoren es noch unzureichend oder nur uneinheitliche Informationen gibt, sodass lediglich ein ungerichteter Zusammenhang geprüft werden kann.

Tabelle 3: Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und Burnout und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit

Mitarbeiter-spezifische Aspekte	Autoren bisheriger Forschungsarbeiten	Hypothesen-formulierung	Richtung des angenommenen Zusammenhangs
Berufs- und Jobalter	Heinemann (1997); Pines & Maslach (1978)	gerichtet	Negativ mit persönlicher Erfüllung
Wochenstunden	Chung & Corbett (1999); Gürtler (1991); Hatton et al. (1999a); Heinmann (1997); Lawson & O' Brien (1994); Mitchell & Hastings (2001); Obkircher (1999)	ungerichtet	
Funktion	Aitken & Schloss (1994); Edwards & Miltenberger (1991)	gerichtet	Führungskräfte : höhere emotionale Erschöpfung & persönliche Erfüllung
Berufsausbildung	Alexander & Hegarty (2000); Carrol & White (1982); Chung & Corbett (1998); Hatton et al. (1999a); Heifetz & Bersani (1983); Mitchell & Hastings (2001)	gerichtet	Betreuer mit Berufsausbildung: geringere Burnout-Symptomatik
Fort- und Weiterbildungen	Heinemann (1997); Hatton et al. (1999b)	ungerichtet	
Motivation & Freude	Hatton et al. (1999a)	ungerichtet	
Eignung	Burisch (2006); Chung & Corbett (1998)	gerichtet	Negativ mit allen Burnout-Symptomen
Balance Arbeit/ Privatleben	Hatton et al. (1999a)	gerichtet	Negativ mit allen Burnout-Symptomen
Belastung Privat & Beruf	Hatton et al. (1999a)	gerichtet	Positiv mit allen Burnout-Symptomen

5.2 Klientenspezifische Aspekte

Hier sollen bereits vorhandene Forschungsbemühungen zum Zusammenhang zwischen klientenspezifischen Aspekten und Burnout dargestellt werden, um nachfolgend wiederum die in dieser Diplomarbeit zu untersuchenden Hypothesen formulieren zu können.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass der enge Kontakt zwischen Betreuungspersonen und Klienten von den Betreuungspersonen meist ambivalent erlebt wird. Mascha (2007) untersuchte zu diesem Thema eine Stichprobe von sechsunddreißig Behindertenbetreuern in Tagesbetreuungseinrichtungen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Kontakt zu den Klienten einerseits als eine Quelle für Arbeitszufriedenheit gesehen wird, andererseits wird er aber auch als eine der größten Stressquellen genannt. Auch Van Yperen (1995), der in Holland eine Stichprobe von achtundneunzig Behindertenbetreuern untersucht, findet heraus, dass durch die Betreuer schlecht bewertete Beziehungen zu den Klienten mit hohen Werten in der Skala Emotionale Erschöpfung und mit niedrigen Werten in der Skala Persönliche Leistungszufriedenheit einhergehen.

Schweregrad der Behinderung

Heinemann (1997) findet keinen Zusammenhang zwischen dem durch die Betreuungspersonen eingeschätzten Schweregrad der Behinderung der Klienten und den Burnout-Dimensionen. Allerdings sind, wie bereits angemerkt, die Ergebnisse aufgrund der Stichproben-Einschränkungen nicht generalisierbar. Aber auch Chung und Corbett (1998) können keine Zusammenhänge zwischen den Burnout-Werten der Mitarbeiter und dem Schweregrad der Behinderung der Klienten beziehungsweise dem Auftreten von herausforderndem Verhalten feststellen. Auch Chung, Corbett und Cumella (1996) können keine Zusammenhänge zwischen Charakteristika der Klienten und Burnout-Werten der Mitarbeiter berichten.

Andere Autoren stellen fest, dass Charakteristika der Klienten, wie herausforderndes Verhalten (z.B. Selbstverletzungen, Fremd- und Autoaggressionen), ebenso wie die Fähigkeiten der Klienten einen entscheidenden Einfluss auf den erlebten Stress der Betreuungspersonen haben (Bersani & Heifetz, 1985; Buckhalt, Marchetti & Bearden, 1990; Hatton, Brown, Caine & Emerson, 1995; Hatton et al., 1999a).

Außerdem gibt es auch Ergebnisse, die darauf schließen lassen, dass Mitarbeiter die vermehrt beziehungsweise schwerem herausfordernden Verhalten der Klienten ausgesetzt sind, ein höheres Risiko haben an Burnout und anderen psychischen Gesundheitsproblemen zu leiden (Cottle, Kulpers, Murphy & Oakes, 1995; Freeman, 1994; Jenkins, Rose & Lovell, 1997). Mitchell und Hastings (2001) können zeigen, dass negative emotionale Reaktionen der Betreuungspersonen, die in Folge von aggressivem Verhalten der Klienten auftreten, in Verbindung mit den Burnout-Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation stehen.

Da bei schweren intellektuellen Behinderungen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und herausforderndes Verhalten (Hatton et al., 1999a) auftreten, könnten die berichteten Ergebnissen einen Hinweis darauf bieten, dass auch der Schweregrad der Behinderung in Zusammenhang mit den Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen der Betreuungspersonen stehen könnte.

Anzahl der Klienten/ Betreuungsverhältnis

Obkircher (1999) untersucht den Zusammenhang von Burnout und der Anzahl der zu betreuenden Klienten in verschiedenen Helferberufen und findet keine Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppenbetreuung bezüglich der Ausprägung des Burnouts der Betreuungspersonen. Pisecker (2007) untersucht spezifische Arbeitsbelastungen in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung in österreichischen Wohngemeinschaften und ihren Zusammenhang mit Burnout. Dabei werden drei verschiedene Arten von Arbeitsbelastungen, nämlich Arbeitsanforderungen, Entscheidungsfreiheit und das Ausmaß der Unterstützung untersucht. Auch hier zeigt sich keine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der von einer Person betreuten Klienten und den Burnout-Werten der Mitarbeiter. Aitken und Schloss (1994) allerdings finden bei Mitarbeitern größerer Institutionen, in denen eine große Anzahl an Klienten betreut wird höhere Stress- und Burnout-Werte als bei Mitarbeitern kleinerer Einrichtungen. Aus diesen Studien bezüglich der Anzahl der Klienten, die in einer Einrichtung betreut werden, könnte auch geschlossen werden, dass möglicherweise auch das Betreuungsverhältnis, also die Anzahl der Klienten, die an einem durchschnittlichen Betreuungstag in den Verantwortungsbereich eines Betreuers fallen, in Zusammenhang mit der Burnout-Belastung der Mitarbeiter stehen könnte.

Zusammenfassend kann also berichtet werden, dass es generell nur wenige Studien gibt, die sich mit klientspezifischen Bedingungen befassen. Allerdings gibt es Hinweise, dass die Beziehungen zu den Klienten eine große Rolle für das Wohlbefinden und das Belastungserleben der Betreuungspersonen spielen dürften (Mascha, 2007; Van Yperen, 1995). Diese Ergebnisse lassen erahnen, dass klientspezifische Merkmale auch in Beziehung zu den Burnout-Werten der Mitarbeiter stehen könnten, auch wenn einige Studien keine solchen Korrelationen finden können (Chung & Corbett, 1998; Chung, Corbett & Cumella, 1996; Heinemann, 1997; Obkircher, 1999; Pisecker, 2007). Aitken und Schloss (1994) allerdings finden einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Klienten der

gesamten Einrichtung beziehungsweise Gruppe und den Burnout-Ausprägungen der Mitarbeiter. Möglicherweise könnte auch die Anzahl der Klienten, die im Durchschnitt in den Verantwortungsbereich eines Betreuers fallen in einem Zusammenhang mit Burnout stehen. Die Untersuchung dieses Zusammenhangs mit dem Betreuungsverhältnis soll in der vorliegenden Diplomarbeit vorgenommen werden.

Weiters gibt es eine Vielzahl an Untersuchungen, die zwar nicht direkt den Schweregrad der Behinderung der Klienten untersuchen, deren Ergebnisse allerdings Hinweise auf das Bestehen einer solchen Korrelation zwischen dem Schweregrad der Behinderung der Klienten und den Burnout-Werten der Mitarbeiter geben (Bersani & Heifetz, 1985; Buckhalt, Marchetti & Bearden, 1990; Cottle, Kulpers, Murphy & Oakes, 1995; Freeman, 1994; Hatton, Brown, Caine & Emerson, 1995; Hatton et al., 1999a; Jenkins, Rose & Lovell, 1997; Mitchell & Hastings, 2001). Zusammenhänge mit zusätzlichen Behinderungen und Komorbiditäten der Klienten wurden bisher in keinen Untersuchungen erhoben, was in dieser Diplomarbeit nachgeholt werden soll.

In der nachfolgenden Tabelle 4 sollen die zu untersuchenden klientspezifischen Aspekte, die Autoren bereits vorliegender Untersuchungen und deren Einfluss auf die Formulierung der Hypothesen in dieser Untersuchung dargestellt werden.

Tabelle 4: *Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu klientspezifischen Faktoren und Burnout und deren Einfluss auf Hypothesenformulierung auf die vorliegende Diplomarbeit*

Klienten-spezifische Aspekte	Autoren bisheriger Forschungsarbeiten	Hypothesen-formulierung	Richtung des angenommenen Zusammenhangs
Betreuungs-verhältnis		ungerichtet	
Schweregrad der Behinderung	Bersani & Heifetz (1985); Buckhalt, Marchetti & Bearden (1990); Cottle, Kulpers, Murphy & Oakes (1995); Freeman (1994); Hatton, Brown, Caine & Emerson (1995); Hatton et al. (1999a); Jenkins, Rose & Lovell (1997); Mitchell & Hastings (2001)	gerichtet	Positiv mit allen Burnout-Symptomen
Komorbiditäten		ungerichtet	

5.3 *Organisationsspezifische Aspekte*

Nachfolgend sollen bereits bestehende Ergebnisse aus der Forschung zu organisationsspezifischen Aspekten und Burnout berichtet werden, um daraus ableiten zu können, welche Hypothesen dieser Untersuchung gerichtet formuliert werden können und zu welchen Faktoren erst geprüft werden muss, ob überhaupt ein Zusammenhang mit Burnout besteht.

Kaluza, Conrad, Köpf, Zimmermann und Basler (1998) befragen die Mitarbeiter eines Universitätskrankenhauses zu den Arbeitsbelastungen. Es zeigt sich, dass die Belastungsschwerpunkte im zwischenmenschlichen und im arbeitsorganisatorischen Bereich liegen. Wesentliche Belastungen sind beispielsweise Konflikte mit Vorgesetzten und Konkurrenz mit Kollegen, aber auch mangelnde Information und unklare Anforderungen.

Rollen-Klarheit, Organisation der Arbeitsabläufe, Definition der Aufgabenverteilung, Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung

Pisecker (2007) untersucht in ihrer Diplomarbeit spezifische Arbeitsbelastungen in der Arbeit mit Menschen mit intellektueller Behinderung in österreichischen Wohngemeinschaften und ihren Zusammenhang mit Burnout. Es zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen Burnout und der selbst eingeschätzten sozialen Unterstützung unter den Mitarbeitern. Außerdem finden sich auch keine Zusammenhänge zwischen physischen Arbeitsbelastungen, wie wechselnden Dienstzeiten oder regelmäßigen wachen Nachtdiensten und den Burnout-Werten der Mitarbeiter. Es zeigt sich allerdings, je unzufriedener die Mitarbeiter mit dem Ablauf von Prozessen in der Einrichtung sind, desto höhere Werte weisen sie in den Burnout-Skalen auf.

Van Dierendonck, Schaufeli und Buunk (2001) berichten Korrelationen zwischen den Werten in der Skala Emotionale Erschöpfung im MBI und dem Gefühl der Mitarbeiter ungerecht behandelt zu werden. Die Autoren führen dazu eine Befragungsuntersuchung in einer holländischen Stichprobe von 185 Behindertenbetreuern durch. Van Yperen (1995) berichtet zudem eine ähnliche signifikante Korrelation mit der Skala Depersonalisation.

Gürtler (1991) findet signifikante positive Zusammenhänge zwischen Burnout und Feedbackdefiziten, unklaren Erfolgskriterien, Kontrolliertheitserlebnissen und geringerem Handlungsspielraum. All diese Faktoren stehen in gewissem Zusammenhang mit der Aufgabenverteilung und der Organisation der Arbeitsabläufe in einer Einrichtung. Auch diese

Untersuchung bietet also Hinweise, dass Burnout auch mit arbeitsorganisatorischen Faktoren korrelieren könnte.

Einen weiteren Zugang zu diesen Einflussfaktoren bieten Aitken und Schloss (1994). Sie berichten, dass einer der wesentlichen Prädiktoren für das Burnout-Erleben Rollen-Unklarheit ist. Die Mitarbeiter sind also unsicher, welche Rollen und Aufgaben sie in der Einrichtung einnehmen sollen, können oder dürfen. Solch eine Rollen-Unklarheit könnte damit in Zusammenhang stehen, dass die Aufgaben der Mitarbeiter in der Organisation nicht klar definiert sind oder dass Arbeitsabläufe nicht gut genug organisiert sind. Viele andere Autoren stimmen darin überein, dass organisationsspezifische Faktoren wie Rollen-Klarheit und Rollen-Konflikte einen entscheidenden Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der Mitarbeiter haben (Corrigan, 1993; Hatton & Emerson, 1993; Schulz, Grennley & Brown, 1995). Auch Mascha (2007) zeigt in einer Untersuchung in einer Stichprobe von sechsunddreißig Behindertenbetreuern in Tagesbetreuungseinrichtungen, dass fehlende Rollen-Klarheit signifikant mit hohen Werten in der MBI-Skala Emotionale Erschöpfung korreliert. Blumenthal, Lavender und Hewson (1998) meinen, dass Unsicherheiten über Verantwortungsbereiche und eigene Aufgaben zu Rollen-Stress und in weiterer Folge zu Burnout-Symptomen führen können. Die Autoren finden in einer Untersuchung einer Stichprobe von Betreuungspersonen von Menschen mit IB und psychischen Erkrankungen niedrige, aber signifikante positive Korrelationen zwischen Rollen-Unklarheit und Burnout-Symptomen im MBI.

Maslach und Jackson (1981) berichten im Zuge einer Untersuchung in verschiedenen Berufsgruppen, dass direkte und klare Informationen über die Arbeitsausführung mit niedrigen Ausprägungen in den Burnout-Symptomen korrelieren. Jackson, Schwab und Schuler (1986) wiederum berichten, dass Rollen-Konflikte mit höheren Werten in der Skala Emotionale Erschöpfung im MBI in Verbindung stehen.

Hatton et al. (1999a) abstrahieren acht Faktoren aus anderen Studien, die einen Einfluss auf Stress und Zufriedenheit in der Arbeit mit Menschen mit IB haben. Dabei finden sie heraus, dass die Rolle des Mitarbeiters in der Organisation einer dieser entscheidenden Einflussfaktoren für Arbeitsstress und Arbeitszufriedenheit ist. Vor allem betonen auch sie die negative Wirkung von Rollen-Unklarheit und Rollen-Konflikten.

Kollegen und Vorgesetzte

Als weiteren Faktor, der die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter direkt beeinflusst nennen Hatton et al. (1999a) den Mangel an sozialer Unterstützung. Auch Aronson, Pines und Kafry (1983), Maslach (1982) und Maslach und Jackson (1984) betonen die Wichtigkeit des Fehlens von sozialer Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte bei der Entstehung von Burnout. Russell, Altmaier und van Velzen (1987) untersuchen eine Stichprobe von Lehrern. Auch sie finden signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung von Vorgesetzten, Kollegen und privaten Kontakten und den Ausprägungen in allen drei Skalen des MBI.

Mascha (2007) berichtet, dass bei Behindertenbetreuern die Unterstützung von Kollegen als die wichtigste Unterstützungsform betrachtet wird. Wenn sie nicht vorhanden ist, wird dieses Fehlen an Unterstützung als die größte Stressquelle empfunden. Mascha (2007) berichtet aber auch, dass die Unterstützung durch die Vorgesetzten eine entscheidende Einflussgröße darstellt. Außerdem zeigt Mascha (2007), dass die Zufriedenheit mit der Unterstützung und auch der Supervision negativ mit dem Ausmaß an emotionaler Erschöpfung korreliert.

Chung, Corbett und Cumella (1996) finden Zusammenhänge zwischen fehlender Unterstützung durch die Führungsebene und hohen Werten in den Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation im MBI.

Auch in einer Studie von Blumenthal et al. (1998) stellt sich heraus, dass eine generell negative Meinung über die Organisation mit hohen Werten in der Skala Emotionale Erschöpfung zusammenhängt. Mit einer generell negativen Meinung über den Arbeitgeber meinen die Autoren in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass die Vorgesetzten sich nicht für Ansichten der Mitarbeiter interessieren und dass sie unrealistische Erwartungen an die Mitarbeiter stellen. In dieser Studie werden in Großbritannien 101 Betreuungspersonen von Menschen mit IB befragt.

Harris und Thomson (1993) untersuchen soziale Unterstützung bei Betreuern in Wohn- und Tagesbetreuungseinrichtungen für Menschen mit Lernbehinderungen und herausforderndem Verhalten. Sie finden in beiden Einrichtungsarten hohe Stresswerte, ebenso wie ein niedriges Ausmaß an sozialer Unterstützung. Besonders schlecht sind die Werte in den Tagesbetreuungseinrichtungen. Diese Studie gibt einen Hinweis darauf, dass auch die Art der Einrichtung (Bereich Arbeit/ Bereich Wohnen) in Zusammenhang mit den Burnout-Ausprägungen der Mitarbeiter stehen könnte.

Supervision und Teambesprechungen

In anderen Untersuchungen wird neben dem Einfluss von sozialer Unterstützung auch der positive Einfluss von Supervision auf das Stressempfinden der Mitarbeiter nachgewiesen (Hatton et al., 1999b; Innstrand, Espnes & Mykletun, 2004). Caton et al. (1988) können in einer Stichprobe von 192 Behindertenbetreuern in staatlichen institutionalisierten Einrichtung in den USA keine signifikanten Korrelationen zwischen der Inanspruchnahme von Supervision und dem Auftreten von Burnout finden. Gill-Monte und Peiro (1998) aber untersuchen in Spanien fünfundneunzig Betreuungspersonen in verschiedenen Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit IB und berichten eine signifikante Korrelation zwischen den Burnout-Symptomen und der wahrgenommenen Unterstützung durch den Supervisor. Mitarbeiter, die geringe Unterstützung wahrnehmen weisen höhere Werte in der Skala Emotionale Erschöpfung und niedrigere Werte in der Skala Persönliche Leistungszufriedenheit auf.

Obkircher (1999) findet zwar keine signifikanten Korrelationen zwischen der Regelmäßigkeit von Teambesprechungen und den Burnout-Ausprägungen in verschiedenen Helferberufen, allerdings zeigen Helfer, die regelmäßig an Teambesprechungen teilnehmen zumindest einen Trend zu höherer persönlicher Leistungsfähigkeit als solche ohne regelmäßiger Teilnahme an Teambesprechungen. Sowohl die Inanspruchnahme von Supervision als auch die Teilnahme an Teambesprechungen scheinen also vor allem mit einer höheren Leistungsfähigkeit einherzugehen.

Organisation des Dienstplans

Gürtler (1991) unterscheidet in ihrer Diplomarbeit zwei verschiedene Dienstformen, deren Einflüsse sie untersucht. Die Stichprobe besteht einerseits aus Personen, die nur Tagdienste leisten und andererseits aus Personen, die ihr Arbeit in unregelmäßigen Diensträdern mit Nachtdiensten leisten. In Bezug auf diese verschiedenen Dienstformen finden sich in Gürtlers Arbeit (1991) aber keine Unterschiede hinsichtlich der Burnout-Belastung der Mitarbeiter.

Anzahl der Klienten

Aitken und Schloss (1994) finden außerdem bei Mitarbeitern größerer Institutionen mit einer großen Anzahl an zu betreuenden Klienten und mehr Mitarbeitern höhere Stress- und

Burnout-Werte als bei Mitarbeitern kleinerer Einrichtungen. Chung und Corbett (1998) zeigen außerdem, dass Mitarbeiter in kleineren, gemeindenahen Einrichtungen mit einer geringen Anzahl zu betreuender Klienten geringere Werte in den Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation aufweisen, als solche Mitarbeiter in großen, institutionalisierten Einrichtungen. Eine geringere Anzahl zu betreuender Klienten könnte also mit weniger psychischer Belastung der Mitarbeiter und somit mit geringeren Ausprägungen in Burnout-Symptomen korrelieren. Pelletier, Coutu und Lamonde (1995), die in Kanada 118 Betreuungspersonen in großen institutionalisierten Einrichtungen und 107 Betreuungspersonen in kleineren gemeindenahen Einrichtungen untersuchen, finden allerdings in ihrer Untersuchungen keine solchen Zusammenhänge.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es zu den organisationsspezifischen Aspekten der Arbeit mit Menschen mit IB die meisten Studien und Erkenntnisse gibt. Skirrow und Hatton (2007), die fünfzehn verschiedene Studien zu Burnout und verschiedenen Faktoren in der Behindertenbetreuung analysieren, stellen fest, dass organisationsspezifische Faktoren die besten Prädiktoren für Burnout darstellen.

Bezüglich der Art der Einrichtung bietet eine der in diesem Kapitel berichteten Studien einen möglichen Hinweis auf diesbezügliche Unterschiede in den Burnout-Werten. Harris und Thomson (1993) berichten von höheren Stress-Werten unter den Betreuungspersonen in Tagesbetreuungseinrichtungen als in Wohneinrichtungen. Aitken und Schloss (1994) finden einen Zusammenhang zwischen höheren Stress-Werten und einer größeren Anzahl von Klienten. In einer weiteren Studie korreliert eine niedrige Anzahl an Klienten mit niedrigen Werten in den MBI- Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (Chung & Corbett, 1998). Mehrere Studien geben konkrete Hinweise darauf, dass die Teilnahme an Supervision negativ mit Burnout-Symptomen korreliert (Gill-Monte & Peiro, 1998; Hatton et al., 1999; Innstrand et al., 2004). Bezüglich der Zufriedenheit mit der Supervision gibt es Hinweise, dass eine entsprechende Zufriedenheit mit niedrigeren Werten in der Skala Emotionale Erschöpfung einhergeht (Gill-Monte & Peiro, 1998; Mascha, 2007). In Bezug auf Zusammenhänge zwischen der regelmäßigen Teilnahme an Teambesprechungen und dem Auftreten von Burnout-Symptomen gibt es keine Ergebnisse, die Schlüsse auf gerichtete Korrelationen zuließen. Genauso verhält es sich mit dem Leisten wacher Nachtdienste. Eine Vielzahl an Studien hingegen beschäftigt sich mit der Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Eine positiv wahrgenommene Beziehung zu den Arbeitskollegen dürfte mit niedrigeren Ausprägungen in den Burnout-Symptomen einhergehen (Aronson et al., 1983;

Gürtler, 1991; Harris & Thomson, 1993; Hatton et al., 1999a; Kaluza et al., 1998; Mascha, 2007; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1984; Russell et al., 1987). Auch in Bezug auf die wahrgenommene Beziehung zu den Vorgesetzten gibt es zahlreiche solcher Hinweise (Aronson et al., 1983; Chung et al., 1996; Harris & Thomson, 1993; Hatton et al., 1999a; Kaluza et al., 1998; Lavender & Hewson, 1998; Mascha, 2007; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1984; Russell et al., 1987). In Bezug auf die Organisation des Dienstplanes und deren Zusammenhänge mit Burnout gibt es keine Ergebnisse, die die Formulierung einer gerichteten Hypothese zulassen würden. Hingegen kann aus verschiedenen Ergebnissen, die den Ablauf von Arbeitsprozessen, Anforderungen, Informationsmangel, Erfolgskriterien und Rollen-Unklarheit betreffen, geschlossen werden, dass eine negative Einschätzung der Organisation von Arbeitsabläufen und der Definition der Aufgabenverteilung mit höheren Ausprägungen in den Burnout-Werten einhergehen könnte (Aitken & Schloss, 1994; Blumenthal et al., 1998; Corrigan, 1993; Gürtler, 1991; Hatton & Emerson, 1993; Hatton et al. 1999a; Jackson et al., 1986; Kaluza et al., 1998; Mascha, 2007; Maslach & Jackson, 1981; Pisecker, 2007; Schulz et al., 1995). Außerdem scheint die Wahrnehmung der Mitarbeiter, ungerecht behandelt zu werden mit hohen Werten in den Skalen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation einherzugehen (Van Dierendonck et al., 2001; Van Yperen, 1995), was darauf schließen lässt, dass eventuell auch die Wahrnehmung einer ungerechten Aufgabenverteilung mit Burnout-Symptomen korrelieren könnte. Allerdings müssen solche Hypothesen, aufgrund mangelnder Hinweise aus der Theorie ungerichtet formuliert werden.

Tabelle 5: Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu organisationsspezifischen Faktoren und Burnout und deren Einfluss auf Hypothesenformulierung auf die vorliegende Diplomarbeit

Organisations-spezifische Aspekte	Autoren bisheriger Forschungsarbeiten	Hypothesen-formulierung	Richtung des angenommenen Zusammenhangs
Art der Einrichtung	Harris & Thomson (1993)	ungerichtet	
Anzahl der Klienten	Aitken & Schloss (1994); Chung & Corbett (1998)	gerichtet	Positiv mit den emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation
Supervision	Gill-Monte & Peiro (1998); Hatton et al. (1999); Innstrand et al. (2004); Mascha (2007)	gerichtet	Betreuungspersonen mit Supervision: geringere Burnout-Werte Zufriedenheit mit Supervision: geringere emotionaler Erschöpfung
Teambesprechungen	Obkircher (1999)	ungerichtet	
Wache Nachtdienste		ungerichtet	
Unterstützung der Kollegen	Aronson et al. (1983); Gürtler (1991); Harris & Thomson (1993); Hatton et al. (1999a); Kaluza et al. (1998); Mascha (2007); Maslach (1982); Maslach & Jackson (1984); Russell et al. (1987)	gerichtet	Negativ mit allen Burnout-Symptomen
Führung der Vorgesetzte	Aronson et al. (1983); Chung et al. (1996); Harris & Thomson (1993); Hatton et al. (1999a); Kaluza et al. (1998); Lavender & Hewson (1998); Mascha (2007); Maslach (1982); Maslach & Jackson (1984); Russell et al. (1987)	gerichtet	Negativ mit allen Burnout-Symptomen
Organisation des Dienstplans	Gürtler (1991)	ungerichtet	
Bewertung der Organisation der Arbeitsabläufe	Aitken & Schloss (1994); Blumenthal et al. (1998); Corrigan (1993); Gürtler (1991); Hatton & Emerson (1993); Hatton et al. (1999a); Jackson et al. (1986); Kaluza et al. (1998); Mascha (2007); Maslach & Jackson (1981); Pisecker (2007); Schulz et al. (1995)	gerichtet	Negativ mit allen Burnout-Symptomen
Bewertung der Definition der Aufgabenverteilung			
Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung	Van Dierendonck et al., 2001; Van Yperen, 1995	ungerichtet	

Im letzten Kapitel konnte gezeigt werden, dass es viele mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifische Aspekte gibt, die eventuelle in Zusammenhang mit einer Burnout-Symptomatik von Betreuungspersonen von Menschen mit IB stehen. Zu einigen dieser Faktoren gibt es bereits Forschungsergebnisse, die die Formulierung von gerichteten Hypothesen für diese Untersuchung zulassen. Allerdings gibt es auch eine Reihe von Aspekten, bei denen es zwar Hinweise gibt, die auf mögliche Zusammenhänge deuten, allerdings nicht, in welche Richtung diese gehen könnten. Aus den Forschungsergebnissen, die im letzten Kapitel berichtet wurden, konnten also die Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und Burnout generiert werden.

6 Die Autonomie der Klienten als Indikator der Betreuungsqualität

In den folgenden Ausführungen soll auf die Bedeutung des Konzeptes der Autonomie in der Pflege, auf Definitionen und Erweiterungen, auf bisherige Forschungsergebnisse zum Thema und auf die Relevanz der wahrgenommenen Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen eingegangen werden.

6.1 Ein Zugang zum Begriff Autonomie über verschiedene Definitionen

Der Ursprung des Wortes Autonomie liegt in den griechischen Begriffen ‚autos‘, was so viel wie ‚selbst‘ bedeutet und ‚nomos‘, also Regel, Führung oder Gesetz. Der Begriff wurde ursprünglich gebraucht, um die Selbstregulierung von Stadtstaaten zu bezeichnen (Pfeifer, 1995). Heute wird der Begriff Autonomie in Bezug auf einzelne Menschen verwendet und meint Selbstbestimmung, Privatheit, individuelle Wahlmöglichkeiten und Willensfreiheit (Beauchamp & Childress, 1994). Nach Beauchamp und Childress (1994) ist eine autonome Person also jemand, der nach einem selbst entworfenen Plan handelt. Nach der British Medical Association (1995) meint Autonomie die Fähigkeit zu unabhängigem, selbstständigen Denken und Entscheiden und die Fähigkeit, auf Basis dieser Entscheidungen auch zu handeln.

Wehmeyer (1996) differenziert das Konzept hinter dem Begriff Autonomie bereits weiter aus und meint, dass Autonomie vor allem essentiell in Bereichen von wichtigen Aktivitäten und Tätigkeiten des Lebens ist. Der Begriff beinhaltet für ihn dabei das Wählen zwischen Alternativen, die Entscheidungsfindung, Problemlösung, Zielsetzung und Zielerreichung, Selbstbeobachtung und Selbstevaluation, Selbstmanagement, Selbstverstärkung, positive Selbstattributionen und ein realistisches und positives Selbstbild, sowie Selbstbewusstsein. Auch O'Neill (2003) nennt als zentrale Bestandteile von Autonomie Begriffe wie Freiheit, Unabhängigkeit, Selbstbehauptung, Privatheit und das Wählen eigener moralischer Werte.

6.2 Die Bedeutung des Begriffs Autonomie in der Pflege

Seit Beginn der Neunziger Jahre wird vor dem Hintergrund einer wachsenden Bewusstheit um eine fachliche und moralische Verantwortung für das Wohlbefinden der Patienten und Klienten in allen Pflegeberufen vermehrt über ethische Fragen des Pflegens reflektiert (Bobbert, 2002). Gerade im Pflegebereich treten besondere Problemkonstellationen auf, die dieses Reflektieren sogar unbedingt notwendig machen. Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, so auch viele Menschen mit IB erfahren täglich, dass dieses Helfen sowohl fördern und unterstützen, als auch einschränken und sogar entmündigen kann (Bobbert, 2002). Der Grund dafür ist, dass in der beruflichen Pflege die Beziehung zwischen Pflegendem und zu Pflegenden eine asymmetrische ist. Unerlaubte Übergriffe, Bevormundung und die Unterordnung der Bedürfnisse des Patienten/Klienten² unter institutionelle Zwänge stellen eine große Gefahr dar. Vor diesem Hintergrund stellt das Recht der Klienten auf Achtung ihrer Autonomie ein ganz entscheidendes moralisches Anliegen dar (Bobbert, 2002).

Auch Aiken und Catalano (1994, zitiert nach Suhonen et al., 2003) sind der Ansicht, dass Autonomie eines der zentralsten Prinzipien in der Ethik der Pflege darstellen muss. Moser, Houtepen und Widdershoven (2007) sprechen sogar davon, dass die Autonomie des Klienten eines der Kernstücke in der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflege-Empfänger darstellt.

² In der Literatur wird hauptsächlich die Autonomie von Patienten diskutiert. Da Menschen mit IB jedoch nicht als Patienten betrachtet werden, da IB keine Krankheit darstellt, wird in weiterer Folge nur noch der Begriff Klient verwendet.

6.3 *Autonomie in der Betreuung von Menschen mit IB*

Die Förderung der Autonomie ist also eines der obersten ethischen Prinzipien, zu dem Pflegekräfte in allen Gesundheitsorganisationen angehalten und verpflichtet sind. So ist auch für die Arbeit mit Menschen mit IB die Förderung der Autonomie der Klienten in sozialen Richtlinien und Betreuungskonzepten verankert (Wilson, Clegg & Hardy, 2008).

Die Betreuung von Menschen mit IB hat sich in den letzten Jahrzehnten von Segregation über Normalisierung hin zu Integration und Autonomie als oberste Ziele entwickelt. Das Ziel der Betreuung ist es, die Lebensqualität der Klienten zu optimieren und die Selbstbestimmung zu fördern (van Hooren, Widdershoven, van den Borne & Curfs, 2002).

Boggs (1986) äußert hier aber kritisch, dass eine intellektuelle Behinderung allerdings meist Beeinträchtigungen in Fertigkeiten, die für die Fähigkeiten der Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung von essentieller Bedeutung sind, beinhaltet. Damit sind Fertigkeiten wie soziale Kompetenzen und ein Gefühl für die eigenen Interessen, Werte und Einstellungen gemeint (Boggs, 1986). Jenkinson und Nelms (1993, zitiert nach Jenkinson, 1993) stellen fest, dass Menschen mit IB in Situationen der Entscheidungsfindung geringere Fähigkeiten als Menschen ohne Beeinträchtigung besitzen, relevante Informationen zu filtern und Konsequenzen vorherzusehen. Außerdem treffen sie häufiger Entscheidungen aufgrund unwesentlicher Kontextvariablen und sie bedenken oft weder Langzeit-, noch Kurzzeit-Konsequenzen ihrer Entscheidungen. Andererseits ist das Treffen von Entscheidungen, also Selbstbestimmung ein fundamental wichtiger Faktor für die Lebensqualität (Schalock, Keith, Hoffman & Karan, 1989). Für die Betreuungspersonen von Menschen mit IB entsteht aufgrund dieser Tatsachen nicht selten ein ethisches Dilemma das die Autonomie und Freiheit der Klienten betrifft (Jenkinson, 1993). Sie sehen sich häufig mit der Frage konfrontiert, ob sie die Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten unter allen Umständen respektieren sollen, oder ob es nicht eher ihre Pflicht ist, ihn vor den aversiven Konsequenzen seiner Entscheidungen zu beschützen (van Hooren et al., 2002).

Vor diesem Hintergrund stellen Hatton et al. (2004) fest, dass die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung von Menschen mit IB in der Realität sehr beschränkt sind, auch wenn die Förderung der Autonomie von Menschen mit IB durch die Betreuungspersonen von großer Bedeutung wäre. Wehmeyer und Garner (2003) können beispielsweise zeigen, dass Menschen mit IB eine signifikant größere Selbstbestimmung aufweisen, wenn sie dementsprechende Förderung und Unterstützung erhalten.

6.3.1 Das „interaktionistische“ Verständnis von Autonomie bei Menschen mit IB

Bisher wurde in der vorliegenden Arbeit ein allgemeiner Zugang zum Konzept der Autonomie geschaffen und erklärt, warum dieses Konzept auch im Pflegebereich und in der Arbeit mit Menschen mit IB eine wesentliche Rolle spielt. Weiters soll nun ein für den Bereich von IB passendes Verständnis von Autonomie dargestellt und diskutiert werden, weil es für die Erhebung des Autonomie-Aspektes in dieser Diplomarbeit eine wesentliche Grundlage bietet.

Die unter 6.1 beschriebenen normativen Konzepte des Begriffs Autonomie sind für die Arbeit mit Menschen mit IB wenig sinnvoll und praktikabel, nicht zuletzt aufgrund der meist vorhandenen Abhängigkeit der Menschen mit IB von anderen Personen in ihrem alltäglichen Lebensvollzug (Wilson, Clegg & Hardy, 2008). Vor allem Agich (1994) spricht sich gegen die Anwendung eines „statischen“ Konzeptes von Autonomie aus. Er meint, dass eine abstrakte Definition, in der der Mensch als frei, rational und allein entscheidend idealisiert wird in der Praxis von Medizin, Psychiatrie und Pflege keine Anwendung finden und keine Nutzen bringen kann, da solche Definitionen Standards setzen, die von der Realität weit entfernt sind. Agich (1993) meint, dass Autonomie bei hilfsbedürftigen Menschen nicht mehr an Einzelentscheidungen festgemacht werden kann, sondern vielmehr an Entscheidungen und Beziehungen über die gesamte Lebensspanne hinweg. Autonomie wird also als Kontinuum verstanden, auf dem ein Mensch nicht einen bestimmten Platz einnimmt, sondern auf dem er sich ständig bewegt. Autonomie wird als dynamischer Prozess verstanden, der veränderbar ist. Autonom sein heißt so auch nicht mehr rationale, reflektierte und freie Entscheidungen zu treffen, sondern eine sich entwickelnde Identität zu besitzen (Agich, 1993). Diese Entwicklung ist nicht nur ein Wachsen hin zu größtmöglicher Unabhängigkeit von anderen Personen, sondern vielmehr ein Lernprozess, wie mit der Abhängigkeit von anderen umgegangen werden kann (Agich, 1993). Ein solches Konzept funktioniert auch und vor allem als Element einer „Alltags-Ethik“, welche sich an alltäglichen Aktivitäten, an der individuellen Identität und am Respekt für das Selbst der Klienten und der Betreuungspersonen orientiert (Boggs, 1986).

Autonomie ist also ein Prozess, in den Pflegeperson und Klient eingebunden sind und der durch die Entwicklung der Interaktion geformt wird (Tronto, 1993, zitiert nach Moser, Houtepen & Widdershoven, 2007). Auch Moody (1992, zitiert nach Moser et al., 2007)

versteht Autonomie im weitesten Sinne als Kommunikation. Für ihn entsteht Autonomie durch Beziehungen zu anderen Menschen. Er geht dabei davon aus, dass Entscheidungsfindung immer im Exkurs mit anderen Menschen stattfindet. Der zwischenmenschliche Dialog ist also Ausgangspunkt des Pflegeprozesses und der pflegerischen Verantwortlichkeit. Er ist das Herzstück jeder Beziehung zwischen Pflegeperson und Klient (Gastmans, Dierkx de Casterle & Schotsmans, 1998).

Van Hooren et al. (2002) führen Interviews mit Familienangehörigen und professionellen Betreuungspersonen von Menschen mit IB durch und stellen fest, dass alle Untersuchungsteilnehmer bestrebt sind, die Autonomie ihrer Schützlinge zu fördern, allerdings nicht durch absolute Entscheidungsfreiheit, sondern vielmehr durch die Förderung der Selbstwahrnehmung und der Selbst-Entwicklung. Grundsätzlich halten die Autoren fest, dass bei allen interviewten Personen ein relationales Konzept von Autonomie, wie von Agich (1993) vorgeschlagen, vorherrscht. Die Entwicklung des einzelnen wird dabei als Prozess betrachtet, der nur im Austausch mit einem sozialen Umfeld, also innerhalb eines sozialen Kontextes stattfinden kann. Auch Widdershoven (1999) sieht die Entwicklung von Autonomie, ähnlich wie Moody (1992, zitiert nach Moser et al., 2007) als einen interaktiven Prozess, in dem ein Mensch immer mehr er selbst wird und gleichzeitig auch immer vernetzter mit seinem sozialen Umfeld. Gerade bei Menschen mit IB ist dieser Ansatz wohl ein wesentlicher, da diese Menschen oft Defizite in den Fähigkeiten Entscheidungen zu treffen und Konsequenzen abzuschätzen aufweisen. Dennoch ist Menschen mit IB nicht die Fähigkeit abzusprechen, von anderen Menschen zu lernen (Emanuel & Emanuel, 1992). Meininger (2005) meint, dass Autonomie bei Menschen mit IB keine Fähigkeit darstellt, die entweder vorhanden ist oder fehlt. Es geht viel mehr darum, die Autonomie bestmöglich in alltäglichen Situationen, in denen es um grundlegende Bedürfnisse geht zu fördern, was nur auf der Basis einer engen, tragfähigen Beziehung zwischen Klient und Betreuungsperson möglich ist. Dabei geht es um ein tiefes Verständnis für den Klienten und seine Bedürfnisse (Meininger, 2005).

Auch eine Studie von Wilson et al. (2008) zeigt, dass ein normatives Konzept der Autonomie wie es von ethischen Richtlinien und Gesundheitsorganisationen vorgeschlagen wird in der praktischen Arbeit mit Menschen mit IB kaum Anwendung findet. Die befragten Betreuungspersonen betonen hingegen die Wichtigkeit von emotionaler Sensitivität im Betreuungsprozess und die Wichtigkeit einer tiefen Beziehung zum Klienten, im Sinne des ausgeführten „interaktionistischen“ Verständnisses von Autonomie.

Ein solches Verständnis soll auch in der vorliegenden Forschungsarbeit angewendet werden. Aus den bisher dargestellten theoretischen Überlegungen ergibt sich demnach die Notwendigkeit die Berücksichtigung der Autonomie der Klienten bezüglich sehr grundlegender Bedürfnisse in alltäglichen Bereichen zu betrachten, beispielsweise bei der Nahrungsaufnahme oder der Verrichtung der Ausscheidungen und nicht so sehr in Prozessen der Entscheidungsfindung oder des selbstständigen Denkens. Zudem wird die Notwendigkeit im Sinne des „interaktionistischen“ Verständnisses ersichtlich, die Einstellung zu und die Berücksichtigung der Autonomie der Betreuungspersonen zu betrachten, da sie einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Selbstbestimmung bei Menschen mit IB leisten müssen.

Auf diese Berücksichtigung durch die Betreuungspersonen soll deshalb im nächsten Kapitel noch einmal detailliert eingegangen werden.

6.3.2 Zur Relevanz der wahrgenommenen Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen

In der geplanten Diplomarbeit soll nun einerseits die wahrgenommene Wichtigkeit des Konstruktes Autonomie und andererseits die wahrgenommene Umsetzbarkeit des Konstruktes in der Betreuung erhoben werden.

Pool (1995, zitiert nach Moser et al., 2007) zeigt in einer Untersuchung, dass für die Patienten die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient das zentrale Element in der Entwicklung der Autonomie darstellt. Eine Reihe von Studien kann zudem belegen, dass Umwelt-Faktoren bei der Einschränkung und Förderung von Selbstbestimmung eine wesentliche Rolle spielen (Stancliffe, Abery & Smith, 2000; Robertson et al., 2001). Auch einige theoretische Modelle nehmen an, dass die Umwelt einen entscheidenden, wenn nicht sogar den größten Einfluss auf die Entwicklung von Autonomie und Selbstbestimmung besitzt (Wehmeyer, Abery, Mithaug & Stancliffe, 2003, zitiert nach Wehmeyer & Garner, 2003). Wehmeyer und Garner (2003) postulieren, dass es zwei wesentliche Faktoren gibt, die die Selbstbestimmung einer Person beeinflussen. Unter dem ersten Faktor summieren die Autoren die Fähigkeiten und Kapazitäten einer Person. Als zweiten Faktor nennen sie die Umwelt einer Person, in der diese lebt, lernt und arbeitet. Zentral ist dabei vor allem, in wie weit diese Umwelt Möglichkeiten für die Selbstbestimmung bereithält (Wehmeyer & Garner, 2003). Auch West und Parent (1992) vermuten, dass die prinzipiell geringe Selbstbestimmung von Menschen

mit IB möglicherweise sogar mehr durch Beschränkungen durch die Umwelt und die Betreuungspersonen entsteht als durch Einschränkungen, die aufgrund der IB entstehen. All diese Ergebnisse zeigen also die Wichtigkeit der Betrachtung der Wahrnehmung der Autonomie durch die Betreuungspersonen, wie sie in der vorliegenden Arbeit vorgenommen werden soll.

6.4 Weitere wesentliche Forschungsbeiträge zum Thema Autonomie in der Pflege

Die meisten Studien zum Thema Autonomie der Klienten beziehen sich auf die Autonomie von Patienten im Krankenhaus und von schwer- bzw. todkranken Patienten. Dabei geht es meist um die Informiertheit, die informierte Zustimmung, Mitsprache und Entscheidungen bei Themen wie Behandlungen und lebenserhaltende Maßnahmen (Bobbert, 2002). Biley (1992) beispielsweise interviewt Patienten, die sich einem chirurgischen Eingriff unterzogen hatten, sieben bis zehn Tage nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten zu diesem Zeitpunkt die größte Autonomie empfinden, wenn sie während ihres Aufenthalts im Krankenhaus genügend Informationen über den Eingriff und die Behandlung erfahren hatten und wenn sie sich gut betreut und aufgehoben fühlten.

Wenige Studien beschäftigen sich mit der Autonomie von Menschen mit IB. Vor allem wird dabei versucht, diejenigen Faktoren zu finden, die einen Einfluss auf die Autonomie der Klienten haben, also Faktoren, die die Autonomie fördern oder behindern können. Soresi et al. (2003, zitiert nach Nota, Ferrari, Soresi & Wehmeyer, 2007) untersuchen mittels Fremdeinschätzung die Autonomie von vierzig Menschen mit IB. Dabei zeigt sich, dass Menschen mit einer geringen Fähigkeit zur Selbstbestimmung mehr Verhaltensauffälligkeiten, vermehrt Stimmungsschwankungen und Störungen in der Kommunikation aufweisen als Menschen mit IB mit einer größeren Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Weniger selbstbestimmte Klienten sind außerdem vermehrt isoliert von ihren Mitmenschen. Stancliffe, Abery und Smith (2000) zeigen, dass adaptives und herausforderndes Verhalten bei Menschen mit IB Prädiktoren für selbstbestimmtes Verhalten darstellen. In diesen Studien zeigt sich die Komplexität von Autonomie und Selbstbestimmung. Selbstbestimmung steht in engem Zusammenhang mit anderen Kompetenzen und Fähigkeiten. Deren Beeinträchtigung kann wiederum die Autonomie einschränken oder umgekehrt.

In einigen Studien (Nota et al., 2007; Wehmeyer, 1996; Wehmeyer & Garner, 2003) wird auch ein möglicher Geschlechtsunterschied in Bezug auf Autonomie bei Menschen mit IB untersucht. Dabei gibt es uneinheitliche Ergebnisse (Nota et al., 2007), allerdings zeigt sich eher eine Tendenz dahingehend, dass es keine Geschlechtsunterschiede gibt (Wehmeyer, 1996; Wehmeyer & Garner, 2003). Wehmeyer und Garner (2003) zeigen außerdem, dass das Alter der Menschen mit IB die Zugehörigkeit zu den Gruppen „hohe Autonomie“ und „geringe Autonomie“ bestimmt. Demnach sind ältere Menschen eher in der Gruppe mit hoher Autonomie zu finden. Dieses Ergebnis gibt möglicherweise einen Hinweis darauf, dass Autonomie tatsächlich keine statische Fähigkeit darstellt, die vorhanden ist oder nicht, sondern dass Autonomie und Selbstbestimmung im Laufe des Lebens verbessert und verändert werden kann.

Hatton et al. (2004) fassen die Ergebnisse verschiedener Studien über Entscheidungsfreiheiten bei Menschen mit IB zusammen und berichten als eines der Hauptergebnisse, dass Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bei Menschen mit IB insgesamt sehr beschränkt sind. Auch Jenkinson (1993) fasst Ergebnisse verschiedener Studien zusammen und berichtet, dass sich fast durchgehend zeigt, dass Betreuungspersonen von Menschen mit IB eher negative Erwartungen über die Fähigkeiten und Kompetenzen ihrer Klienten, in Bezug auf das Treffen von Entscheidungen haben. Dieses Ergebnis muss als problematisch betrachtet werden. Betreuungspersonen könnten, wie bereits mehrfach gezeigt, einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Verbesserung der Fähigkeiten zu Selbstbestimmung bei ihren Klienten leisten. Solche negativen Erwartungen sind einer Förderung allerdings wahrscheinlich nicht unbedingt zuträglich.

In weiterer Folge soll ein, für diese Diplomarbeit und die Erhebung der Autonomie der Klienten zentrales Forschungsprojekt dargestellt werden. Suhonen et. al (2003) untersuchen im Zuge des länderübergreifenden Projektes „Patienten-Autonomie, Privatheit und informierte Zustimmung in der Krankenpflege“ innerhalb des BIOMED II-Rahmenprogramms die wahrgenommene Autonomie der Patienten von 1280 Krankenschwestern und -pflegern in Finnland, Spanien, Griechenland, Deutschland und Schottland, die in chirurgischen Krankenhausstationen tätig sind. Die Ergebnisse zeigen, dass es länderspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung der Autonomie der Patienten gibt. Die Autoren vermuten, dass diese Unterschiede unter anderem auf gesundheits- und sozialpolitische Unterschiede, sowie Unterschiede bezüglich ethischer Grundlagen zurückzuführen sind. Insgesamt werden in dieser Untersuchung im Rahmen von BIOMED II (Arndt et al., 2002) 3219 Patienten und 3119 Pflegepersonen auf Entbindungsstationen,

chirurgischen Stationen und im Bereich der Altenpflege zu den Themen Patienten-Autonomie, Privatheit und informierte Zustimmung befragt. In einer Pilotbefragung zum Zwecke der Item- und Instrument-Zusammenstellung der späteren Hauptbefragung werden 10 Prozent der Gesamtstichprobe der Patienten in Schottland, Deutschland und Spanien mittels Fragebögen befragt. Dabei werden die Teilnehmer unter anderem gebeten zu beschreiben, was sie unter dem Konzept der Autonomie verstehen. Die Ergebnisse zeigen 4 Dimensionen des Konstruktes Autonomie:

- *Wählen, bestimmen, entscheiden, mitreden können:* Diese Dimension wird insbesondere bei Tätigkeiten des alltäglichen Tagesablaufes, wie zum Beispiel der Wahl des Essens genannt.
- *Handeln:* Diese Dimension betrifft besonders die Sorge um sich selbst und den eigenen Körper.
- *Bewegungsfreiheiten:* Diese Dimension betrifft vor allem die Gestaltung des Tagesablaufes, wie zum Beispiel Spaziergänge.
- *Kontrolle über die Privatsphäre:* Diese Dimension wird vor allem bei Themen zur Selbstbestimmung und Kontrolle über Informationen zur eigenen Person genannt (Arndt et al., 2002).

Diese vier Konstrukte werden in weiterer Folge die Grundlage des Konzeptverständnisses der Autonomie in dieser Diplomarbeit bilden, auf denen vor allem die Erhebung der Berücksichtigung der Autonomie aufbaut.

7 Zu möglichen Zusammenhängen zwischen Autonomie, Burnout und anderen berufsspezifischen Aspekten

Außer der allgemeinen Betrachtung der Berücksichtigung der Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie der Betreuungspersonen sollen in der geplanten Diplomarbeit auch eventuelle Zusammenhänge dieser Konstrukte mit Burnout und anderen berufsspezifischen Faktoren betrachtet werden. Für solche Zusammenhänge gibt es Hinweise aus bereits publizierten Studien. Diese Studien und Ergebnisse sollen in weiterer Folge dargestellt werden, um daraus wiederum die in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Hypothesen generieren zu können.

7.1 Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Burnout und Autonomie

Zu den Themenschwerpunkten Burnout und Autonomie gibt es noch keine Studien, allerdings gibt es einige Forschungsprojekte, die einen solchen Zusammenhang nahe legen und die Hinweise auf zu untersuchende Hypothesen bieten.

Robertson, Gilloran, McKee, McKinley und Wight (1995) finden bei psychiatrischen Krankenschwestern einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Qualität der Pflege der Patienten. Hohe Arbeitszufriedenheit korreliert demnach mit einer hohen Pflegequalität, möglicherweise aufgrund von erhöhter Motivation und größerem Interesse an der Arbeitstätigkeit.

Sundin-Huard und Fahy (1999) berichten über eine positive Korrelation zwischen moralischem Stress der Pflegeperson und Burnout. Auch Cameron (1997) meint, je mehr ethischen Problemen die Pflegekräfte ausgesetzt seien, desto eher würden sie an Burnout erkranken und ihren Beruf verlassen. Auch der Themenschwerpunkt „Autonomie des Klienten“ kann moralischen Stress auslösen, wenn die Einstellung zur Autonomie nicht mit der Umsetzung in der Betreuungsarbeit übereinstimmt (Severinsson & Hummelvoll, 2001). Es ist also anzunehmen, dass dieser moralische Stress umso höher ist, je wichtiger die Autonomie der Klienten für die Betreuungsperson ist, je weniger sie das Konzept in der Betreuung allerdings umsetzen kann. Es könnte also vermutet werden, dass hohe Burnout-Werte mit hoher Wichtigkeit und geringer Umsetzbarkeit der Autonomie in Zusammenhang stehen.

O'Sheedy (2009) untersucht in ihrer Diplomarbeit die wahrgenommene Wichtigkeit und Umsetzbarkeit des Konzeptes Autonomie durch Pflegepersonen in Langzeitpflegeeinrichtungen und Demenzstationen. Die Ergebnisse zeigen, dass in den Langzeitpflegeeinrichtungen die Belastung der Pflegepersonen umso geringer ist, je wichtiger sie das Konzept der Autonomie finden. Zur Umsetzung der Autonomie findet sich in den Langzeitpflegeeinrichtungen keine diesbezügliche signifikante Korrelation, allerdings in den Demenzstationen. Dort sind die Pflegekräfte nämlich umso stärker belastet, je schlechter sie die Autonomie der Patienten in ihrer Arbeit umsetzen können. Hohe psychische Belastung geht demnach also einerseits mit geringer Wichtigkeit (Langzeitpflege) und andererseits auch mit geringer Umsetzbarkeit (Demenzstation) der Autonomie einher. Diese Ergebnisse weisen also eher darauf hin, dass höhere Burnout-Werte mit einer geringen Wichtigkeit und einer geringen Umsetzbarkeit der Autonomie korrelieren könnten. Diese Annahme wird außerdem

dadurch gestützt, dass O'Sheedy (2009) auch eine signifikante positive Korrelation zwischen der Wichtigkeit und der Umsetzbarkeit der Autonomie findet.

Einen weiteren Hinweis auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Autonomie der Klienten und dem Burnout der Betreuungspersonen bieten die Ergebnisse einer Studie von Wilson, Clegg und Hardy (2008). In dieser Untersuchung stellt sich heraus, dass die Beziehung zum Patienten die Basis der Realisierung von Autonomie ist. Auch Meininger (2001) gibt an, dass die Beziehung zwischen Pflegeperson und Klient eine Beziehung ist, die tiefen Dialog und wahre Begegnung erfordert, um zu Autonomie und Wachstum anregen zu können. Nun ist jedoch eines der Burnout-Symptome die Depersonalisation. Betreuer, die dieses Symptom von Burnout aufweisen, schaffen es nicht mehr, eine tragfähige, enge Beziehung zu den Klienten aufzubauen. Darum könnte man also auch vermuten, dass Betreuern, die an Burnout leiden, die Autonomie ihrer Klienten weniger wichtig ist und dass sie es weniger gut schaffen, die Autonomie ihrer Klienten zu fördern.

Alle hier beschriebenen Zugänge lassen also vermuten, dass es einen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Autonomie der Klienten und Burnout der Betreuungspersonen gibt, der in der vorliegenden Untersuchung geprüft werden soll. Allerdings ist die Richtung dieser Zusammenhänge teilweise noch unklar.

7.2 Der Zusammenhang zwischen anderen berufsspezifischen Faktoren und Autonomie: Bisherige Forschungsergebnisse

In weiterer Folge sollen bereits bestehende Ergebnisse zu den in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Faktoren in Verbindungen mit der Autonomie der Klienten dargestellt werden. Dies ist notwendig, um einen Überblick über bereits bestehenden Studien zu schaffen und um in der Diplomarbeit zu prüfende Hypothesen zu generieren und zu formulieren.

7.2.1 Mitarbeiterspezifische Aspekte und Autonomie

Elander und Hermeren (1989) zeigen, dass Fähigkeiten und Qualifikationen von Krankenpflegern mit der Unterstützung der Autonomie der Patienten in Zusammenhang stehen. Ballou (1998) behauptet, dass das Bildungsniveau der Pflegepersonen einen Einfluss

auf die Wahrnehmung der Autonomie der Patienten hat. Auch in der bereits berichteten Studie im Rahmen von BIOMED II (Suhonen et al., 2003) wird in Griechenland ein Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsniveau beziehungsweise einer niedrigen Position in der Organisation und einer geringen Förderung der Autonomie berichtet. Außerdem fördern solche Pflegepersonen die Autonomie ihrer Patienten weniger, die an keiner Weiterbildung zu ethischen Themen teilnehmen (Suhonen et al., 2003).

Severinsson und Kamaker (1999) berichten außerdem, dass moralischer Stress bei Pflegekräften in Zusammenhang steht mit einem hohen Arbeitspensum und mit geringen Möglichkeiten, die eigenen Kompetenzen zu erweitern.

Außerdem zeigt eine Studie von Kyrouz und Humphreys (1997), dass ein höheres Jobalter in Zusammenhang mit geringerer ausgeübter Kontrolle über und mehr Empathie für die Patienten steht, was möglicherweise auch Hinweis auf einen Zusammenhang mit der Autonomie der Klienten bietet.

Für die in dieser Diplomarbeit durchzuführende Studie können also folgende Hypothesen aus den präsentierten Ergebnissen abgeleitet werden:

Es kann angenommen werden, dass eine berufsspezifische Ausbildung mit der Wahrnehmung einer besseren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten einhergeht (Ballou, 1998; Elander & Hermeren, 1989; Suhonen et al., 2003). Daraus kann auch geschlossen werden, wie weiter oben bereits erläutert, dass möglicherweise eine bessere Einschätzung der persönlichen Berufs-Eignung mit einer besser eingeschätzten Umsetzbarkeit der Autonomie korrelieren könnte. Aufgrund einer Studie von Suhonen et al. (2003) kann auch vermutet werden, dass eine höhere Position in der Organisation mit einer besseren Einschätzung der Umsetzbarkeit der Autonomie einhergehen könnte. Führungspersonen schätzen die Umsetzbarkeit also wahrscheinlich höher ein als Betreuungspersonen. Weiters gibt die Studie von Suhonen et al. (2003) Hinweise auf Zusammenhänge mit Fort- und Weiterbildungen. Es ist anzunehmen, dass Betreuungspersonen, die bereits eine Weiterbildung zum Themenschwerpunkt „Autonomie der Klienten“ konsumiert haben, die Umsetzbarkeit der Autonomie höher einschätzen als solche, die an keiner entsprechenden Weiterbildung teilgenommen haben. Zudem sollte auch ein höheres Jobalter mit der Einschätzung einer hohen Umsetzbarkeit von Autonomie korrelieren (Kyrouz & Humphreys, 1997). Aufgrund der bereits erläuterten anzunehmenden Zusammenhänge zwischen der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten und dem Auftreten von Burnout-Symptomen kann außerdem angenommen werden,

dass auch die wahrgenommene hohe Belastung im Beruf mit einer geringen Umsetzbarkeit korreliert.

Für einen besseren Überblick werden mitarbeiterspezifische Faktoren, die Autoren der berichteten Studien und daraus abgeleitete Richtung der Hypothesen in folgender Tabelle 6 noch einmal dargestellt.

Tabelle 6: *Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und Autonomie und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit*

Mitarbeiter-spezifische Aspekte	Autoren bisheriger Forschungsarbeiten	Hypothesen-formulierung	Richtung des angenommenen Zusammenhangs
Berufsalter		ungerichtet	
Jobalter	Kyrouz & Humphreys (1997)	gerichtet	Positiv mit Umsetzbarkeit
Wochenstunden		ungerichtet	
Funktion	Suhonen et al. (2003)	gerichtet	Führungskräfte: höhere Umsetzbarkeit
Berufsausbildung	Ballou (1998); Elander & Hermeren (1989); Suhonen et al. (2003)	gerichtet	Berufsausbildung: höhere Umsetzbarkeit
Fortbildung Autonomie	Suhonen et al. (2003)	gerichtet	Fortbildung: höhere Umsetzbarkeit
Motivation & Freude		ungerichtet	
Eignung	Ballou (1998); Elander & Hermeren (1989); Suhonen et al. (2003)	gerichtet	Positiv mit Umsetzbarkeit
Balance Arbeit/ Privatleben		ungerichtet	
Belastung Beruf	Cameron (1997); O'Sheedy (2009) Severinsson & Hummelvoll (2001); Sundin-Huard & Fahy (1999)	gerichtet	Negativ mit Umsetzbarkeit
Belastung Privatleben		ungerichtet	

7.2.2 Klientenspezifische Aspekte und Autonomie

Stancliffe, Abery und Smith (2000) stellen fest, dass der IQ von Menschen mit IB in Zusammenhang mit dem Grad der Selbstbestimmung steht. Ein geringer IQ steht demnach in Zusammenhang mit niedriger Selbstbestimmung. Auch Nota et al. (2007) stellen in einer Untersuchung fest, dass der IQ in signifikantem Zusammenhang mit der Selbstbestimmung bei Alltagsaktivitäten, Verpflichtungen und Entscheidungen steht. Die Menschen mit einer sehr schweren Form von IB zeigen die wenigste Selbstbestimmung. Auch Hatton et al. (2004) berichten, dass die Fähigkeiten des Klienten und sein herausforderndes Verhalten die beiden Faktoren sind, die den größten und einen resistenten Einfluss auf die Selbstbestimmung von Menschen mit IB haben. Diese beiden Faktoren bestimmen zusammen ungefähr sechsendvierzig bis zweiundsiebzig Prozent der Varianz von Selbstbestimmung bei Bewohnern von Wohnhäusern für Menschen mit IB (Perry, Felce & Lowe, 2000, zitiert nach Hatton et al., 2004; Stancliffe, Abery & Smith, 2000). In einer anderen Studie von Wehmeyer und Garner (2003) kann eine, zwar geringe (.157), aber dennoch signifikante Korrelation zwischen dem Schweregrad der Behinderung und der Beeinträchtigung in den Fähigkeiten der Selbstbestimmung festgestellt werden. All diese Ergebnisse geben wiederum einen Hinweis darauf, dass auch der eingeschätzte Grad der Behinderung und die mögliche Belastung durch zusätzliche Behinderungen mit der wahrgenommenen Umsetzbarkeit des Konstruktes Autonomie in Zusammenhang stehen könnte.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass es zu klientenspezifischen Aspekten einige Studien gibt, die die Annahme stützen, dass ein höherer Schweregrad der IB sowie eine hohe Belastung der Klienten durch zusätzliche Behinderungen und Komorbiditäten mit einer geringer eingeschätzten Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten zusammenhängen könnte (Hatton et al., 2004; Nota et al., 2007; Perry et al., 2000, zitiert nach Hatton et al., 2004; Stancliffe et al., 2000; Wehmeyer & Garner, 2003). Zum Aspekt des Betreuungsverhältnisses gibt es hingegen keine Anhaltspunkte in der Literatur.

Tabelle 7 zeigt die Autoren der berichteten Studien zu den klientenspezifischen Aspekten und die daraus folgenden Schlüsse für das vorliegende Forschungsprojekt.

Tabelle 7: Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu klientspezifischen Faktoren und Autonomie und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit

Klienten-spezifische Aspekte	Autoren bisheriger Forschungsarbeiten	Hypothesen-formulierung	Richtung des angenommenen Zusammenhangs
Betreuungs-verhältnis		ungerichtet	
Schweregrad der Behinderung	Hatton et al. (2004); Nota et al. (2007); Perry et al. (2000, zitiert nach Hatton et al., 2004); Stancliffe et al. (2000); Wehmeyer & Garner (2003)	gerichtet	Negativ mit Umsetzbarkeit
Betroffenheit von Komorbiditäten	Hatton et al. (2004); Nota et al. (2007); Perry et al. (2000, zitiert nach Hatton et al., 2004); Stancliffe et al. (2000); Wehmeyer & Garner (2003)	gerichtet	Negativ mit Umsetzbarkeit

7.2.3 Organisationsspezifische Aspekte und Autonomie

Einen Einfluss der Art der Einrichtung auf die Förderung der Autonomie der Patienten können Marchette, Box, Hennessy und Wasserlauf (1993) in einer Stichprobe von 165 Krankenschwestern verschiedener Krankenhäuser zeigen. Dazu berichtet auch O'Sheedy (2009) in ihrer Diplomarbeit Ergebnisse. Sie findet zwar keinen Unterschied zwischen Demenzstation und Langzeitpflege in Bezug auf die Einstellung zur Wichtigkeit der Autonomie, allerdings gibt es solche signifikanten Unterschiede bezüglich der Umsetzbarkeit der Autonomie. In den Demenzstationen geben die Pflegekräfte an, die Autonomie ihrer Patienten besser umsetzen zu können als jene Pflegepersonen in der Langzeitpflege.

Kyrouz und Humphreys (1997) untersuchen eine Stichprobe von Pflegekräften in Suchtkliniken und finden heraus, dass größere Kontrolle der Mitarbeiter durch die Vorgesetzten in Zusammenhang mit vermehrter Kontrolle der Patienten durch die Pflegekräfte, größerer Isolation der Patienten und geringer Empathie der Mitarbeiter den Patienten gegenüber steht. Daraus ergeben sich möglicherweise Hinweise darauf, dass die Beziehung der Pflegekräfte zu ihren Vorgesetzten in Zusammenhang mit der Förderung der Autonomie der Patienten stehen könnte. Es zeigt sich nämlich auch, dass vermehrte Unterstützung der Pflegepersonen durch die Vorgesetzten in Zusammenhang mit mehr Empathie für die Patienten steht (Kyrouz & Humphreys, 1997), was sich auch positiv auf die Förderung der Autonomie auswirken könnte. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis,

indem sie annehmen, dass die Betreuungsperson ihre Patienten ähnlich „behandeln“, wie sie selbst „behandelt“ werden. Auch Severinsson und Kamaker (1999) berichten außerdem, dass moralischer Stress von Betreuungspersonen in Zusammenhang mit einer geringen Unterstützung durch die Vorgesetzten steht.

Wehmeyer, Kelchner & Richards (1995) berichten, dass Menschen mit IB, die unabhängig und alleine leben die größte Selbstbestimmung aufweisen, Menschen mit IB, die in großen Wohngruppen leben die geringste. Dieses Ergebnis gibt Grund zur Annahme, dass es eventuell auch einen negativen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Möglichkeit zur Förderung der Autonomie der Klienten und der Anzahl der zu betreuenden Klienten gibt. Auch Tossebro (1995) findet einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Mitbewohner und der Selbstbestimmung der Menschen mit IB in kleinen Wohngruppen mit maximal fünf Mitbewohnern. Allerdings berichtet er, dass die Selbstbestimmung umso größer ist, je mehr Mitbewohner die Betroffenen haben. Stancliffe (1997) berichtet, dass die Möglichkeiten zu selbstständigen Entscheidungen bei jenen Menschen mit IB am größten sind, die in kleinen, gemeindenahen Einrichtungen mit wenigen Betreuungspersonen und wenigen anderen Menschen mit IB leben. Auch Hatton et al. (2004) berichten solche Ergebnisse. Sie fassen zusammen, dass es bereits einige Faktoren gibt, die als Einflussfaktoren auf eine größere Entscheidungsfreiheit von Menschen mit IB identifiziert werden können, nämlich eine kleine Größe der Wohngruppe, Förderung und Unterstützung in selbstbestimmten Entscheidungen und die Betreuung durch eine kleine Gruppe von Betreuungspersonen.

Severinsson und Hummelvoll (2001) betonen die Bedeutung von Supervision im Zusammenhang mit moralischem Stress und ethischen Dilemmata. Sie meinen, dass Supervision Pflegekräften die Möglichkeit zur Weiterentwicklung ihrer eigenen Werte und Einstellungen gibt. Severinsson und Hummelvoll (2001) berichten außerdem signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Gruppen „Erhalten von Supervision“ und „Nicht Erhalten von Supervision“. Pflegekräfte, die Supervision erhalten, erleben signifikant höhere Stresswerte und erleben vermehrt Unzulänglichkeiten. Johns (1995) führt solche Ergebnisse darauf zurück, dass Pflegekräfte durch die Supervision vermehrt mit moralischen und ethischen Themen konfrontiert sind, was sie wiederum anfälliger für diesbezüglichen Stress macht. Das Erhalten von Supervision könnte also wiederum positiv mit der Wichtigkeit und negativ mit der Umsetzbarkeit der Autonomie korreliert sein.

Was die organisationsspezifischen Aspekte betrifft, kann also zusammenfassend angenommen werden, dass eine positiv eingeschätzte Beziehung zu den Vorgesetzten mit einer besser

eingeschätzten Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten einhergehen könnte (Kyrouz & Humphreys, 1997; Severinsson & Kamaker, 1999). Eine höhere Anzahl an zu betreuenden Klienten in der Einrichtung sollte mit einer geringer wahrgenommenen Umsetzbarkeit von Autonomie korrelieren (Hatton et al., 2004; Stancliffe, 1997; Wehmeyer et al., 1995). Im Bezug auf die regelmäßig Inanspruchnahme von Supervision kann aufgrund der Studien von Johns (1995) und Severinsson und Hummelvoll (2001) angenommen werden, dass sie mit einer höheren Wichtigkeit, aber mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten korreliert. Für die anderen zu untersuchenden organisationsspezifischen Aspekte Art der Einrichtung, Teambesprechungen, Unterstützung der Kollegen, Organisation des Dienstplans und der Arbeitsabläufe, die Definition der Aufgabenverteilung sowie die Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung finden sich wiederum keine Anhaltspunkte in der Literatur.

In Tabelle 8 werden die Schlussfolgerungen aus den berichteten Studien auf die vorliegende Diplomarbeit zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 8: Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu organisationsspezifischen Faktoren und Autonomie und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit

Organisations-spezifische Aspekte	Autoren bisheriger Forschungsarbeiten	Hypothesen-formulierung	Richtung des angenommenen Zusammenhangs
Art der Einrichtung	O'Sheedy (2009) Marchette, Box, Hennessy & Wasserlauf (1993)	ungerichtet	
Anzahl der Klienten	Hatton et al. (2004); Stancliffe (1997); Wehmeyer et al. (1995)	gerichtet	Negativ mit Umsetzbarkeit
Supervision	Johns (1995); Severinsson & Hummelvoll (2001)	gerichtet	Supervision: hohe Wichtigkeit und geringe Umsetzbarkeit
Teambesprechungen		ungerichtet	
Wache Nachtdienste		ungerichtet	
Unterstützung der Kollegen		ungerichtet	
Führung der Vorgesetzte	Kyrouz & Humphreys (1997); Severinsson & Kamaker (1999)	gerichtet	Positiv mit Umsetzbarkeit
Organisation des Dienstplans		ungerichtet	
Bewertung der Organisation der Arbeitsabläufe		ungerichtet	
Bewertung der Definition der Aufgabenverteilung		ungerichtet	
Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung		ungerichtet	

EMPIRISCHER TEIL

8 Die Darstellung des Untersuchungsansatzes

Das Hauptziel der geplanten Untersuchung soll es sein, den Zusammenhang des Belastungserlebens in Form einer Burnout-Symptomatik der Betreuungspersonen von Menschen mit IB mit verschiedenen, möglicherweise entscheidenden Faktoren und der Autonomie der Klienten als „Betreuungs-Output“ zu untersuchen.

Die zu untersuchenden Aspekte können in drei Hauptthemen zusammengefasst und dargestellt werden:

- Die Einschätzung verschiedener berufsspezifischer Bedingungen, die in der Ausübung des Berufes der Behindertenbetreuung möglicherweise als belastend erlebt werden. Dazu zählen einerseits mitarbeiterspezifische Bedingungen, andererseits auch klienten- und organisationsspezifische Faktoren:

- *Mitarbeiterspezifische Faktoren*

- Berufsalter/ Jobalter
- Position innerhalb der Organisation
- Zu leistende Wochenstundenanzahl
- Ausbildung
- Fort- und Weiterbildungen
- Selbsteinschätzung der Motivation und Freude zu Berufsbeginn und derzeit
- Selbsteinschätzung der beruflichen Eignung
- Einschätzung der Balance zwischen Beruf und Privatleben
- Einschätzung der Stärke der Belastung im Privatleben
- Einschätzung der Stärke der Belastung im Beruf

- *Klientenspezifische Faktoren*

- Art der Behinderung/ Komorbiditäten
- Schweregrad der Behinderung
- Betreuungsverhältnis

➤ *Organisationsspezifische Faktoren*

- Art der Einrichtung
 - Anzahl der Klienten
 - Supervision
 - Teambesprechungen
 - Leisten wacher Nachtdienste
 - Soziale Unterstützung der Kollegen
 - Führung durch die Vorgesetzten
 - Organisation des Dienstplans
 - Organisation der Arbeitsabläufe
 - Definition der Aufgabenverteilung
 - Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung
-
- Die Einstellung zur Autonomie der Klienten und die wahrgenommene Umsetzbarkeit von Aspekten der Autonomie im Alltag der Betreuungsarbeit als Merkmal der Betreuungsqualität.
 - Das Belastungserleben der Betreuungspersonen, welches in Form der Betroffenheit von Burnout operationalisiert wird.

Zur Untersuchung dieser Themengebiete wurden 197 Betreuungspersonen in einigen verschiedenen Betreuungseinrichtungen für Menschen mit IB mittels eines Fragebogens befragt.

8.1 Die graphische Darstellung des Untersuchungsansatzes

In Abbildung 4 werden der Untersuchungsansatz und die zu untersuchenden Themengebiete in Anlehnung an das zu Beginn des Theorieteils dargestellte Modell von Schaefer und Moos (1993) im Überblick graphisch dargestellt.

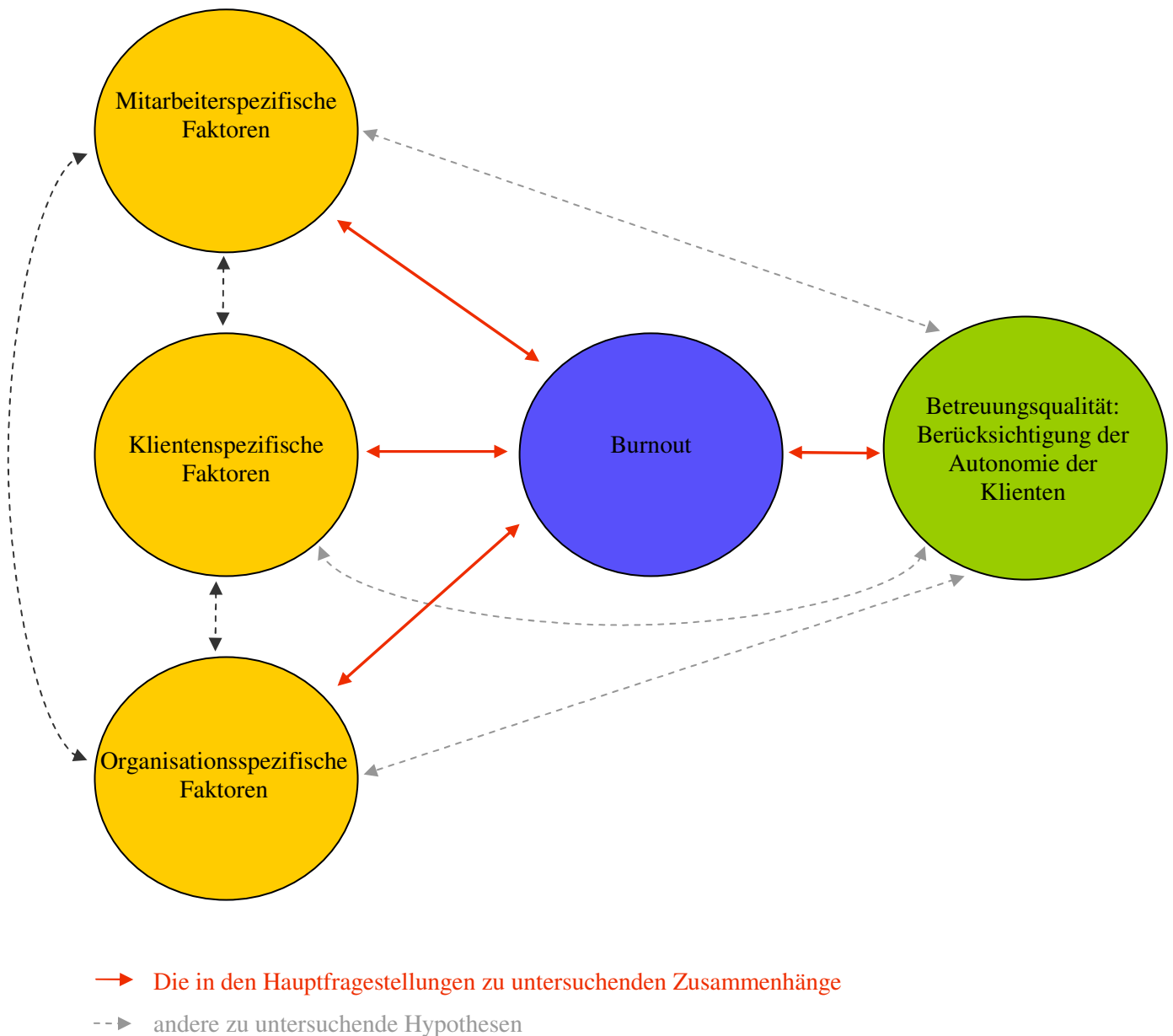


Abbildung 4: Ein Modell des Untersuchungsansatzes in Anlehnung an das Modell von Schäfer & Moos (1993)

Im nun folgenden Kapitel der Diplomarbeit soll zuerst auf die zu untersuchenden Fragestellungen und Hypothesen eingegangen werden, danach auf das Erhebungsinstrument und auf die detailliert dargestellte Durchführung der Untersuchung.

8.2 Die Hypothesen

Nachfolgend sind alle Hypothesen aufgelistet, die abgeleitet aus den bereits dargestellten theoretischen Aspekten untersucht werden sollen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden jeweils nur die Alternativhypothesen angeführt. Zu den gerichteten Hypothesen sind auch die Autoren der Quellenstudien angeführt, die im theoretischen Teil diskutiert und aus denen die Richtungen abgeleitet wurden.

8.2.1 Die Haupthypothesen

Die Ausprägungen der Burnout- Symptome lassen sich auf der Basis der mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Faktoren diskriminieren. Welche berufsspezifischen Faktoren sind signifikante Prädiktoren für die Ausprägungen der Burnout-Symptome?

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Burnout-Ausprägungen der Mitarbeiter und der von ihnen wahrgenommenen Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Höhere Ausprägungen in den Burnout-Symptomen korrelieren mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten (O'Sheedy, 2009; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Wilson et al., 2008)

8.2.2 Weitere zu untersuchende Hypothesen

Nachfolgend werden weitere zu untersuchende Hypothesen zu Burnout, berufsspezifischen Aspekten und Autonomie vorgestellt.

In der Übersichtstabelle 9 ist im Überblick die Reihenfolge dargestellt, in der in weiterer Folge die Hypothesen aufgelistet werden

Tabelle 9: Eine Übersicht über die weiteren zu prüfenden Hypothesen

Prädiktoren	Abhängige Variablen
Mitarbeiterspezifische Aspekte	Ausprägungen der Burnout-Symptome
Klientenspezifische Aspekte	
Organisationsspezifische Aspekte	
Mitarbeiterspezifische Aspekte	Berücksichtigung der Autonomie der Klienten
Klientenspezifische Aspekte	
Organisationsspezifische Aspekte	

8.2.2.1 Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und Burnout

Hypothesen zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und Burnout

- 1) Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Jobalter und den Ausprägungen von Depersonalisation und Emotionaler Erschöpfung. Ein höheres Jobalter korreliert mit geringerer Persönlicher Erfüllung (Heinemann, 1997; Pines & Maslach, 1978).
- 2) Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Berufsalter und den Ausprägungen von Depersonalisation und Emotionaler Erschöpfung. Ein höheres Berufsalter korreliert mit geringerer Persönlicher Erfüllung (Heinemann, 1997; Pines & Maslach, 1978).
- 3) Es gibt einen Unterschied zwischen Führungskräften und Betreuungspersonen hinsichtlich ihrer Ausprägungen von Depersonalisation. Führungskräfte zeigen höhere Ausprägungen von Persönlicher Erfüllung und Emotionaler Erschöpfung als Betreuungspersonen (Aitken & Schloss, 1994; Edwards & Miltenberger, 1991).
- 4) Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Wochenstunden-Verpflichtungen im Bezug auf die Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.
- 5) Betreuungspersonen mit abgeschlossener bereichsspezifischer Ausbildung weisen geringere Ausprägungen in den Burnout-Symptomen auf als Betreuungspersonen ohne abgeschlossene bereichsspezifische Ausbildung (Alexander & Hegarty, 2000; Carrol &

White, 1982; Chung & Corbett, 1998; Hatton et al., 1999a; Heifetz & Bersani, 1983; Mitchell & Hastings, 2001).

6) Es gibt einen Unterschied zwischen den Betreuungspersonen, die an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen und solchen, die nicht an solchen Maßnahmen teilnehmen hinsichtlich ihrer Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.

7) Es gibt einen Unterschied zwischen den Betreuungspersonen, die bereits an einer Fortbildung zu „Burnout“ teilgenommen haben und solchen, die noch nicht teilgenommen haben hinsichtlich ihrer Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.

8) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Motivation beziehungsweise der Freude für den Beruf der Betreuungspersonen (zu Beginn/derzeit) und ihren Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.

9) Je besser die Betreuungspersonen ihre berufliche Eignung einschätzen, desto geringer sind ihre Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Alexander & Hegarty, 2000; Carrol & White, 1982; Chung & Corbett, 1998; Hatton et al., 1999a; Heifetz & Bersani, 1983; Mitchell & Hastings, 2001).

10) Je höher die Betreuungspersonen die Balance zwischen ihrem Berufs- und Privatleben einschätzen, desto geringer sind ihre Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Hatton et al., 1999a).

11) Je höher die Betreuungspersonen ihre Belastung im Privatleben einschätzen, desto höher sind ihre Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Hatton et al., 1999a).

12) Je belasteter sich die Betreuungspersonen in ihrem Beruf fühlen, desto höher sind ihre Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Hatton et al., 1999a).

13) Betreuungspersonen, die eine untypisch belastende Arbeitswoche hinter sich haben unterscheiden sich in ihren Burnout-Ausprägungen von jenen Personen, die keine solche untypische Arbeitswoche hatten.

Hypothesen zu klientenspezifischen Faktoren und Burnout

14) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Betroffenheit der Klienten von zusätzlichen Behinderungen und den Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen der Mitarbeiter.

15) Ein höher eingeschätzter durchschnittlicher Schweregrad der Behinderung der Klienten korreliert mit höheren Werten in den Burnout-Symptomen (Bersani & Heifetz, 1985; Buckhalt, Marchetti & Bearden, 1990; Cottle, Kulpers, Murphy & Oakes, 1995; Freeman, 1994; Hatton, Brown, Caine & Emerson, 1995; Hatton et al., 1999a; Jenkins, Rose & Lovell, 1997; Mitchell & Hastings, 2001).

16) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Betreuungsverhältnis (Klienten/Betreuungspersonen) und den Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen der Betreuungspersonen.

Hypothesen zu organisationsspezifischen Faktoren und Burnout

17) Es besteht ein Unterschied zwischen den Mitarbeitern des Bereichs Arbeit und den Mitarbeitern des Bereichs Wohnen in Bezug auf die Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.

18) Eine hohe Anzahl an zu betreuenden Klienten korreliert mit höheren Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (Aitken & Schloss, 1994; Chung & Corbett, 1998). Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Klienten und den Ausprägungen in der MBI-Skala Persönliche Erfüllung.

19) Die Mitarbeiter, die Supervision in Anspruch nehmen, weisen geringere Ausprägungen in den Burnout-Symptomen auf, als solche, die keine Supervision erhalten. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Art der Supervision und den Ausprägungen von Depersonalisation und Persönlicher Erfüllung. Betreuungspersonen, die mit der Art der Supervision zufrieden sind weisen geringere Ausprägungen von Emotionaler Erschöpfung auf, als Betreuungspersonen, die mit der Art der Supervision nicht zufrieden sind (Gill-Monte & Peiro, 1998; Hatton et al., 1999; Innstrand et al., 2004; Mascha, 2007).

20) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der regelmäßigen Teilnahme an Teambesprechungen und den Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.

21) Es gibt einen Unterschied zwischen den Betreuungspersonen, die wache Nachtdienste leisten und solchen, die keine solchen Dienste leisten bezüglich der Ausprägungen in den MBI-Skalen.

22) Eine geringe Zufriedenheit mit der Unterstützung der Kollegen korreliert mit höheren Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Aronson et al., 1983; Gürtler, 1991; Harris & Thomson, 1993; Hatton et al., 1999a; Kaluza et al., 1998; Mascha, 2007; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1984; Russell et al., 1987).

23) Eine geringere Zufriedenheit mit der Beziehung zu den Vorgesetzten korreliert mit höheren Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Aronson et al., 1983; Chung et al., 1996; Harris & Thomson, 1993; Hatton et al., 1999a; Kaluza et al., 1998; Lavender & Hewson, 1998; Mascha, 2007; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1984; Russell et al., 1987).

24) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Art der Organisation des Dienstplans und den Ausprägungen der Betreuungspersonen in den Burnout-Dimensionen.

25) Je schlechter die Einschätzung der Organisation der Arbeitsabläufe der Betreuungspersonen ist, desto höher sind ihre Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Aitken & Schloss, 1994; Blumenthal et al., 1998; Corrigan, 1993; Gürtler, 1991; Hatton & Emerson, 1993; Hatton et al., 1999a; Jackson et al., 1986; Kaluza et al., 1998; Mascha, 2007; Maslach & Jackson, 1981; Pisecker, 2007; Schulz et al., 1995).

26) Je schlechter die Betreuungspersonen die Definition der Aufgabenverteilung einschätzen, desto höher sind ihre Ausprägungen in den Burnout-Symptomen (Aitken & Schloss, 1994; Blumenthal et al., 1998; Corrigan, 1993; Gürtler, 1991; Hatton & Emerson, 1993; Hatton et al., 1999a; Jackson et al., 1986; Kaluza et al., 1998; Mascha, 2007; Maslach & Jackson, 1981; Pisecker, 2007; Schulz et al., 1995).

27) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung und den Ausprägungen in den Burnout-Dimensionen.

8.2.2.2 Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

Hypothesen zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

- 1) Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Jobalter der Betreuungspersonen und der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Ein höheres Jobalter der Betreuungspersonen korreliert mit einer höheren Umsetzbarkeit der Autonomie (Kyrouz & Humphreys, 1997).
- 2) Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Berufsalter der Betreuungspersonen und der Einschätzung der Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Klienten.
- 3) Es gibt einen Unterschied zwischen Betreuungspersonen und Führungskräften hinsichtlich der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie. Betreuungspersonen schätzen die Umsetzbarkeit der Autonomie geringer ein als Führungskräfte (Suhonen et al., 2003).
- 4) Es gibt einen Unterschied zwischen Gruppen mit unterschiedlichen Wochenstunden-Verpflichtungen bezüglich der Einschätzung der Wichtigkeit und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.
- 5) Es gibt einen Unterschied zwischen Betreuungspersonen mit beziehungsweise ohne bereichsspezifischer Ausbildung hinsichtlich der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Betreuungspersonen, die keine berufsspezifische Ausbildung haben schätzen die Umsetzbarkeit der Autonomie geringer ein als Betreuungspersonen mit berufsspezifischer Ausbildung (Ballou, 1998; Elander & Hermeren, 1989; Suhonen et al., 2003).
- 6) Es gibt einen Unterschied zwischen Betreuungspersonen, die bereits an einer Weiterbildung zu „Autonomie der Klienten“ teilgenommen haben und solchen Personen, die nicht teilgenommen haben bezüglich der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Betreuungspersonen, die bereits eine Fort- und Weiterbildung zum Thema „Autonomie der Klienten“ konsumiert haben, schätzen die Umsetzbarkeit der Autonomie der

Klienten höher ein als solche, die nicht an einer solchen Weiterbildung teilgenommen haben (Suhonen et al., 2003) .

7) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Motivation für den und der Freude am Beruf der Betreuungspersonen und der Einschätzung der Wichtigkeit und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

8) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen beruflichen Eignung der Betreuungspersonen und der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Je besser die eigene berufliche Eignung bewertet wird, desto besser wird auch die Umsetzbarkeit der Autonomie eingeschätzt (Ballou, 1998; Elander & Hermeren, 1989; Suhonen et al., 2003).

9) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Balance zwischen Beruf und Privatleben und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

10) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Stärke der Belastung im Privatleben und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

11) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Stärke der Belastung im Beruf und der wahrgenommenen Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Eine höher wahrgenommene Belastung im Beruf korreliert mit einer geringer eingeschätzten Umsetzbarkeit der Autonomie (Cameron, 1997; O'Sheedy, 2009; Severinsson & Hummelvoll, 2001; Sundin-Huard & Fahy, 1999).

Hypothesen zu klientenspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

12) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Betroffenheit der Klienten von zusätzlichen Behinderungen und der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Je mehr die Klienten von zusätzlichen Behinderungen betroffen sind, desto geringer wird die Umsetzbarkeit der Autonomie eingeschätzt (Hatton et al., 2004; Nota et al., 2007; Perry et al., 2000, zitiert nach Hatton et al., 2004; Stancliffe et al., 2000; Wehmeyer & Garner, 2003).

13) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem eingeschätzten Schweregrad der IB der Klienten und der eingeschätzten Wichtigkeit der Autonomie der Klienten. Je höher der Schweregrad der IB der Klienten eingeschätzt wird, desto geringer wird die Umsetzbarkeit der Autonomie eingeschätzt (Hatton et al., 2004; Nota et al., 2007; Perry et al., 2000, zitiert nach Hatton et al., 2004; Stancliffe et al., 2000; Wehmeyer & Garner, 2003).

14) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Betreuungsverhältnis (Klienten/Betreuungspersonen) und der eingeschätzten Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

Hypothesen zu organisationsspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

15) Es gibt einen Unterschied zwischen Betreuungspersonen in Tagesbetreuungseinrichtungen und Wohneinrichtungen in Bezug auf die Einschätzung der Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

16) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der zu betreuenden Klienten und der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie. Je höher die Anzahl der zu betreuenden Klienten ist, desto geringer wird die Umsetzbarkeit der Autonomie eingeschätzt (Hatton et al., 2004; Stancliffe, 1997; Wehmeyer et al., 1995).

17) Betreuungspersonen, die an Supervision teilnehmen schätzen die Wichtigkeit der Autonomie höher, die Umsetzbarkeit allerdings geringer ein, als Betreuungspersonen, die nicht an Supervision teilnehmen (Johns, 1995; Severinsson & Hummelvoll, 2001). Es gibt einen Unterschied zwischen Personen, die mit der Art der Supervision zufrieden sind und solchen die es nicht sind, bezüglich der Wichtigkeit und der Umsetzbarkeit der Autonomie.

18) Es gibt einen Unterschied zwischen Betreuungspersonen, die regelmäßig an Teambesprechungen teilnehmen und solchen, die das nicht tun hinsichtlich der Einschätzung der Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

19) Es gibt einen Unterschied zwischen Betreuungspersonen, die wache Nachtdienste leisten und solchen, die keine solchen Dienste leisten in Bezug auf die Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

20) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Unterstützung durch die Kollegen und der Einschätzung der Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

21) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Führung und der Einschätzung der Wichtigkeit der Autonomie. Eine hohe Zufriedenheit mit der Führung korreliert mit einer hohen Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten (Kyrouz & Humphreys, 1997; Severinsson & Kamaker, 1999).

22) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Organisation des Dienstplans und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

23) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Organisation der Arbeitsabläufe und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

24) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Definition der Aufgabenverteilung und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

25) Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten.

8.3 *Das Erhebungsinstrument*

Das Fragebogeninstrument im Paper-Pencil-Format, das in der vorliegenden Diplomarbeit verwendet wird besteht aus einem Einleitungsschreiben und verschiedenen Fragebogen-Teilen.

Das Antwortformat entspricht bei nahezu allen Fragen einem geschlossenen Format. Nur eine Frage ist mittels freien Antwortformats zu bearbeiten. Der Fragebogen wurde an das

Betreuungspersonal verschiedener Betreuungseinrichtungen für Menschen mit IB verteilt. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens beträgt ungefähr 20 Minuten. Der gesamte Fragebogen findet sich im Anhang der Diplomarbeit.

8.3.1 Der Aufbau des Fragebogens

Im folgenden Abschnitt soll ein Überblick über die verschiedenen Teile des Erhebungsinstruments, sowie ihre zugrunde liegenden Konstrukte gegeben werden.

8.3.1.1 Das Einleitungsschreiben

Im Einleitungsschreiben wird versucht, den Teilnehmer persönlich anzusprechen und ihn für die Teilnahme an der Studie und so zum Ausfüllen des Fragebogens zu motivieren. Es wird weiters darauf hingewiesen, dass nur vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Untersuchung miteinbezogen werden können, um fehlende Angaben in Form nicht beantworteter Fragen möglichst zu vermeiden. Außerdem wird erklärt, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt, sondern dass es darum geht, so zu antworten, wie es für jeden Teilnehmer persönlich zutrifft. Es wird auch auf die Anonymität und die rein wissenschaftliche Verwendung der Angaben hingewiesen. Außerdem wird der Teilnehmer über die Möglichkeit des Erhalts von Information über die Untersuchungsergebnisse informiert.

8.3.1.2 Soziodemographische Daten

In den Fragen 1 und 2 wird die Betreuungsperson gebeten ihr Geschlecht und Alter anzugeben. Das Alter wird ebenfalls in Form eines geschlossenen Antwortformats abgefragt, da es nicht in die Hypothesenprüfung miteinbezogen wird, sondern nur einer überblicksartigen Beschreibung der Stichprobe betreffend dieses Merkmals dient.

8.3.1.3 Mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifische Aspekte

In den Fragen 3 bis 35 werden die Teilnehmer über alle relevanten mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Aspekte ihrer Tätigkeit befragt. In den nachfolgenden Tabellen sollen die erfassten Aspekte und deren erfragte Aspekte im Überblick dargestellt werden. Für alle Aspekte, für die verschiedene Items für die Hypothesenauswertung verrechnet werden, ist die Art der Verrechnung im Anschluss an die Tabelle angeführt.

Mitarbeiterspezifische Aspekte

In der folgenden Tabelle 10 werden die Fragen zu den mitarbeiterspezifischen Aspekten im Überblick dargestellt, sowie die Quellen aus dem Theorieteil, in deren Anlehnung sie entstanden sind.

Tabelle 10: *Mitarbeiterspezifische Aspekte im Erhebungsinstrument und deren theoretische Grundlagen*

Mitarbeiter-spezifischer Aspekt	Anzahl der Fragen	Erfragte Aspekte	Quellenangaben aus der Theorie
Berufsspezifische Ausbildung	3	- Abgeschlossene Berufsausbildung - höchste abgeschlossen Ausbildung - derzeitige Berufsausbildung	Hatton et al. (1999b) Heinmann (1997)
Selbsteingeschätzte Berufseignung	1		Chung & Corbett (1998)
Funktion in der Organisation	1		Aitken & Schloss (1994) Heinmann (1997)
Jobalter	1		Heinemann (1997)
Berufsalter	1		Heinemann (1997)
Veränderung der Motivation	2	- Motivation bei Berufseinstieg - derzeitige Motivation	Hatton et al. (1999a)
Veränderung der Freude	2	- Freude bei Berufseinstieg - derzeitige Freude	Hatton et al. (1999a)
Wochenstundenanzahl	1		Heinemann (1997)
Fort- und Weiterbildungen	3	- Teilnahme an Fortbildungen - Fortbildung Burnout - Fortbildung Autonomie	Suhonen et al. (2003)
Untypische Arbeitswoche	1		
Balance Privat/Arbeit	1		Hatton et al. (1999a)
Belastung Arbeit	1		Hatton et al. (1999a)
Belastung Privat	1		Hatton et al. (1999a)

Die jeweils zwei Items zur Motivation und Freude werden in Anlehnung an Hatton et al. (1999a) durch Subtraktion zu je einem Wert verrechnet (Motivation/Freude derzeit minus Motivation/Freude zu Berufsbeginn), um zwei Werte der Veränderung (einerseits der Motivation, andererseits der Freude) zu erhalten.

Klientenspezifische Aspekte

Tabelle 11: *Klientenspezifische Aspekte im Erhebungsinstrument und deren theoretische Grundlagen*

Klientenspezifische Aspekte	Anzahl der Fragen	Erfragte Aspekte	Quellenangaben aus der Theorie
Betreuungsverhältnis	2	- Anzahl der Klienten in der Gruppe - Zahl der Betreuer die diese Gruppe betreut	Pisecker (2007)
Komorbiditäten	3	Anzahl der Klienten mit - Körperbehinderungen - Sinnesbehinderungen - psychischen Erkrankungen	Heinemann (1997)
Schweregrad der Behinderung	3	Durchschnittliche(r) - körperlicher Pflegeaufwand - pädagogischer Betreuungsaufwand - Verhaltensschwierigkeiten	Heinemann (1997)

In Piseckers (2007) Diplomarbeit wurde direkt die Anzahl der Klienten, die von der befragten Person betreut werden erfragt. Da in dieser Arbeit allerdings die Validität der Angaben kritisiert und in Frage gestellt wurde, soll in der vorliegenden Diplomarbeit hingegen die Anzahl der Klienten in der Gruppe durch die Anzahl der Betreuer, die diese Gruppe tagsüber normalerweise betreut dividiert werden, um zum Betreuungsverhältnis zu gelangen.

In Anlehnung an Heinemann (1997) werden die Punktescores der drei Items zum Schweregrad zu einem Gesamtwert „Schweregrad der Behinderung der Klienten“ addiert.

Organisationsspezifische Aspekte

Tabelle 12: Organisationsspezifische Aspekte im Erhebungsinstrument und deren theoretische Grundlagen

Organisations-spezifische Aspekte	Anzahl der Fragen	Erfragte Aspekte	Quellenangaben aus der Theorie
Tätigkeitsbereich	1		Heinemann (1997)
Supervision	2	- Inanspruchnahme von Supervision - Zufriedenheit mit Supervision	Gill-Monte & Peiro (1998) Suhonen et al. (2003)
Teambesprechungen	2	- regelmäßige Teilnahme an Teambesprechungen - Anzahl der Besprechungen im Monat	Obkircher (1999)
Wache Nachtdienste	1		Bartholomeyczik (1990) Gürtler (1991)
Anzahl der Klienten in der Einrichtung	1		Aitken & Schloss (1994)
Organisation des Dienstplans	1		Gürtler (1991) Pisecker (2007)
Organisation der Arbeitsabläufe	1		Gürtler (1991)
Definition der Aufgabenverteilung	1		Aitken & Schloss (1994) Gürtler (1991)
Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung	1		Van Dierendonck et al. (2001) Van Yperen (1995)
Aufgaben von Praktikanten	2	- Haben Praktikanten andere Aufgaben als Betreuer? - Welche Unterschiede gibt es (offenes Antwortformat)?	

In Item 30 wird also danach gefragt, ob Zivildienster, Praktikanten und Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr absolvieren die gleichen Aufgaben haben wie die anderen Mitarbeiter. Wenn diese Frage mit nein beantwortet wird, soll in der nächsten Frage angegeben werden, in welchen Bereichen die Unterschiede liegen. Dies ist die einzige Frage mit offenem Antwortformat. Diese beiden Fragen sollen dazu dienen, aufzudecken, wenn in

einer Einrichtung bestimmte, eventuell unangenehme Aufgaben an eine bestimmte Gruppe von Mitarbeitern abgegeben wird, um sich selbst möglicherweise zu entlasten. Bei der Auswertung dieser Items werden zuerst alle genannten Antworten und deren Nennungshäufigkeit aufgelistet. Gesucht wird dabei nach Nennungen von unbeliebten, unangenehmen Aufgaben, wie Hilfsdienste, Pausenbeaufsichtigungen oder Putzdienste, die danach möglicherweise ebenfalls in die Hypothesenauswertung einbezogen werden sollen.

8.3.1.4 *Ausgewählte Dimensionen aus dem Betriebsklimafragebogen von Rosenstiel*

Dieser Fragebogen erfasst in seiner deutschen Originalform 7 verschiedene Dimensionen des Betriebsklimas (Rosenstiel, 1992). Da in dieser Untersuchung allerdings unter den organisationsspezifischen Faktoren der Behindertenarbeit hauptsächlich die Beziehungen unter den Kollegen und zu den Vorgesetzten interessieren, werden nur die beiden Dimensionen „Kollegen“ und „Vorgesetzte“ in das Erhebungsinstrument aufgenommen.

Unter Berücksichtigung der in der bereits vorhandenen Literatur bestehenden Übereinstimmungen, aber auch der aufgefundenen Lücken, wurde der Betriebsklimafragebogen aus folgenden Skalen zusammengesetzt:

- Allgemeine Fragen zum übergreifenden Eindruck von der Organisation
- Kollegenbeziehungen
- Vorgesetztenverhalten
- Organisationsstruktur
- Information und Mitsprache
- Interessensvertretung
- Betriebliche Leistungen (Rosenstiel, Falkenberg, Hehn, Henschel & Warns, 1983)

Für die Beurteilung der Betriebsklimafragen steht eine 5-stufige Likertskala mit den Antwortmöglichkeiten von „stimmt“ bis „stimmt nicht“ zur Verfügung. Für die Beantwortung der pauschalen Zufriedenheitsfragen jeder Dimension steht eine „Kuninskala“ zur Verfügung, die mit ihren traurigen bis lachenden Gesichtern die Zufriedenheit und Gestimmtheit zum Ausdruck bringen soll (Rosenstiel, 1992). Zum Vergleich der Werte stehen Normtabellen zur Verfügung, die die Durchschnittswerte von ca. 25000 Mitarbeitern aus 60 verschiedenen Organisationen beinhalten. Der Betriebsklimafragebogen ist ein oft eingesetztes und

bewährtes Instrument zur Erfassung verschiedenster wichtiger Bereiche einer Organisation. Dieses Erhebungsinstrument wurde in sorgfältiger Arbeit erstellt, mittels Experten-Ratings, einigen Voruntersuchungen in Betrieben und der anschließenden endgültigen Auswahl aller Items mittels statistischer Analysen. Die Reliabilitäten der beiden ausgewählten Dimensionen (Kollegen: .82; Vorgesetzte: .90) sind als sehr zufrieden stellend zu bewerten (Rosenstiel, 1992). Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind mittels standardisierter Instruktion, Vorgabe der Verrechnung der Daten, sowie durch die Normierung des Instruments gegeben (Rosenstiel, 1992). Rosenstiel (1992) gibt außerdem an, dass die Validität in Form der inhaltlichen Gültigkeit mittels Experten-Rating sichergestellt werden konnte.

Dimension „Kollegen“

Diese Skala erfasst in 12 Fragen die Einschätzung der Beziehungen unter den Kollegen in dem Betrieb. Außerdem enthält sie eine Zufriedenheitsfrage, die die zusammenfassende Bewertung der Beziehungen unter den Kollegen erfasst. Diese Frage wird auf einer Kuninskala beantwortet. Außerdem enthält die Skala eine Gewichtungsfrage, die erfragt, wie wichtig der Untersuchungsperson die Kollegenbeziehungen überhaupt sind.

Dimension „Vorgesetzte“

Diese Dimension umfasst 14 Fragen zur Einschätzung der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten und des Führungsverhaltens. Zusätzlich gibt es wiederum eine Zufriedenheitsfrage und eine Gewichtungsfrage.

In Tabelle 13 finden sich Beispielimite zu den zwei verwendeten Skalen.

Tabelle 13: *Beispielitems aus dem Betriebsklimafragebogen von Rosenstiel*

Dimension des Betriebsklimafragebogens	Items
Kollegen	So etwas wie Gemeinschaftssinn fehlt bei uns, hier denkt nur jeder an sich selbst.
	Bei uns kann jeder seine Meinung und seine Gefühle frei ausdrücken.
Vorgesetzte	Die Vorgesetzten gehen auf unsere Sorgen und Beschwerden ein.
	Die Stimmung bei uns ist abhängig von den Launen der Vorgesetzten.

8.3.1.5 Items zur Erfassung der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

Zur Erfassung der wahrgenommenen Wichtigkeit und Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten werden acht Items verwendet, die von Hrnčir (2009) und O'Sheedy (2009) im Zuge ihrer Diplomarbeiten entwickelt wurden. Diese Items wurden anhand der vier Dimensionen von Autonomie, die sich in der bereits vorgestellten Pilotstudie im Rahmen von BIOMED-II (Arndt et al., 2002) ergaben, entwickelt. Diese Dimensionen sind:

- „Wählen, bestimmen, entscheiden, mitreden können“
- „Handeln“
- „Bewegungsfreiheit“
- „Kontrolle über die Privatsphäre“

Zu diesen 4 Dimensionen wurde je eine Aussage formuliert. Der darin formulierte Aspekt von Autonomie soll bezüglich seiner Wichtigkeit und Umsetzbarkeit auf einer 4-stufigen Skala („stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“) beurteilt werden.

Eine Faktorenanalyse ergab 2 Faktoren, die O'Sheedy (2009) „Einstellung“ und „Umsetzbarkeit“ nennt. Der Faktor „Einstellung“ erklärt dabei 28,8% der Varianz, der Faktor „Umsetzbarkeit“ erklärt 27,29%. Auch die Reliabilitäten erweisen sich in der von O'Sheedy (2009) untersuchten Stichprobe als akzeptabel. Die Skala Einstellung erzielt in der von ihr untersuchten Stichprobe eine Reliabilität von .69 und die Skala Umsetzbarkeit erreicht .72.

8.3.1.6 Maslach Burnout Inventory: MBI-D – revidierte Version

Der MBI von Maslach und Jackson (1981) wurde mit dem Ziel entwickelt, die vom Betroffenen selbst eingeschätzte Häufigkeit von Burnout-Symptomen zu ermitteln. Die theoretische Fundierung dieses Erhebungsinstruments wurde bereits im Theorieteil der Diplomarbeit diskutiert.

Der Original-Fragebogen wurde von Maslach und Jackson (1981) faktorenanalytisch überprüft. Dabei fanden sich drei Faktoren, die den theoretischen Grundannahmen entsprachen und demnach „emotional exhaustion“, „depersonalization“ und „personal accomplishment“ genannt wurden. Es zeigten sich außerdem akzeptable Reliabilitäten für die drei Skalen:

- emotional exhaustion: .89
- depersonalization: .77
- personal accomplishment: .74

Die Validität der englischen Originalversion wurde zusätzlich zur Überprüfung der Konstruktvalidität mittels Faktorenanalyse durch drei weitere Methoden überprüft. Die Scores des MBI wurden einerseits mit Einschätzungen von Kollegen und Vorgesetzten verglichen. Außerdem wurden sie mit Arbeits-Charakteristika korreliert, von denen aufgrund theoretischer Überlegungen erwartet wird, dass sie mit Burnout in Zusammenhang stehen. Zusätzlich wurden die Korrelationen des MBI mit den Scores in anderen Variablen, die mit Burnout in Verbindung gebracht werden, überprüft (Maslach & Jackson, 1981). Die Ergebnisse geben alle Grund zu der Annahme, dass die Validität des MBI gegeben ist (Maslach & Jackson, 1981).

Auch im Bereich der Arbeit mit Menschen mit IB wurde die Originalversion des MBI bereits faktorenanalytisch überprüft. Hastings, Horne und Mitchell (2004) untersuchten dafür eine Stichprobe von 184 Behindertenbetreuern in Großbritannien. Sie bestätigen die dreifaktorielle Lösung von Maslach und Jackson (1981), wobei der Faktor „Emotionale Erschöpfung“ 19,24% der Varianz, „Persönliche Leistungsfähigkeit“ 14,53% und „Depersonalisation“ 13,59% der Varianz erklären. Auch die Reliabilitäten fallen in dieser Studie befriedigend bis sehr gut aus:

- emotional exhaustion: .87
- depersonalization: .68
- personal accomplishment: .76

Die deutsche Fassung MBI-D von Büssing und Perrar (1992) ist eine adaptierte Version des Maslach Burnout Inventorys von Maslach und Jackson und ist die einzige von Maslach autorisierte deutsche Übersetzung (Burisch, 2006). Aufgrund zum Teil massiver testtheoretischer Probleme dieser deutschen Version gibt es mittlerweile eine neue, noch nicht veröffentlichte revidierte Version des MBI-D (Glaser, in Druck). Die ursprüngliche Version des MBI-D erfasste 4 Dimensionen, nämlich „Persönliche Erfüllung“, „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Betroffenheit“. Da sich dieses vierte Dimension der „Betroffenheit“ allerdings faktorenanalytisch als nicht haltbar erwies und es zudem zu nicht zufrieden stellenden Ergebnissen der Reliabilitätsanalysen spezielle der Skalen „Betroffenheit“ und „Depersonalisation“ kam (Büssing & Perrar, 1992) erfasst die revidierte Fassung mittels 21 Items genau wie die Originalversion nur noch die drei Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Persönliche Erfüllung“ (Glaser, in Druck).

Wie die amerikanische Originalversion enthält auch das revidierte MBI-D eine 6-stufige Häufigkeitsskala („nie“, „sehr selten“, „eher selten“, „manchmal“, „eher oft“, „sehr oft“), aber keine Intensitätsskala. Für den Begriff „recipients“ in der Originalfassung verwendet Glaser (in Druck) den Begriff „Patienten“, der in dieser Arbeit allerdings durch den Begriff „Klienten“ ersetzt wird, was laut des Autors zulässig und auch notwendig ist. Glaser (in Druck) arbeitet zurzeit an der testtheoretischen Überprüfung und Fundierung des neuen Erhebungsinstruments, sowie an einer Normierung, die es im Moment weder für die ursprüngliche noch für die revidierte Version des MBI-D gibt.

Aufgrund der testtheoretischen viel versprechenden Fundierung des amerikanischen Originalinstruments des MBI und der grundlegenden Veränderung der deutschen Version in Richtung amerikanisches Original wird in dieser Untersuchung das revidierte MBI-D verwendet und soll mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse überprüft werden.

8.3.2 Fragebogenübersicht

Im Folgenden soll der verwendete Fragebogen mit allen Einzelteilen noch einmal zur besseren Übersicht dargestellt werden.

Tabelle 14: *Übersicht des Fragebogens*

Fragebogenteil	Itemanzahl
Einleitungsschreiben	
Soziodemographische Daten	2
Mitarbeiterspezifische Aspekte	19
Klientenspezifische Aspekte	6
Organisationsspezifische Aspekte	12
Dimension Kollegen	12
Dimension Vorgesetzte	14
Autonomie der Klienten	8
Burnout	21
Gesamtzahl der Items	94

8.4 Zur Durchführung der Erhebung

Nachfolgend soll der organisatorische Ablauf der Erhebung genauer betrachtet werden.

8.4.1 Die Pilotstudie

Der fertige Fragebogen wurde fünf Betreuungspersonen die in der Arbeit mit Menschen mit IB tätig sind vorgelegt, um ihn auf Übersichtlichkeit und Verständlichkeit zu überprüfen. Dabei wurde angeregt, dass bei Frage 3 und 5 noch eine Kategorie hinzugefügt werden sollte.

Die beiden Fragen erkundigen sich nach bereits abgeschlossenen beziehungsweise derzeit absolvierten bereichsspezifischen Ausbildungen. Für die Beantwortung dieser Fragen standen in der ursprünglichen Version des Fragebogens 13 Antwortkategorien zur Verfügung, nämlich jeweils 12 verschiedene Ausbildungen und die Kategorie „keine“. In der Pilotstudie wurde angeregt, dass noch eine Kategorie „sonstige“ mit freiem Antwortformat hinzuzufügen sei. Anschließend wurde der Fragebogen adaptiert und es wurde im Antwortformat der beiden Fragen die fehlende Kategorie hinzugefügt. Ansonsten wurde der Fragebogen als verständlich und übersichtlich von den Teilnehmern der Pilotstudie rückgemeldet. Auch die Bearbeitungszeit wurde als zumutbar erlebt.

8.4.2 Die Haupterhebung

Im August 2009 wurde damit begonnen, Organisationen und Einrichtungen für Menschen mit IB zu kontaktieren, über die Ziele und den Ablauf der Studie zu informieren und Teilnehmer zu akquirieren. Dabei wurden vorwiegend die Bereichsleiter verschiedener Organisationen in Wien und Niederösterreich angeschrieben (eine Liste der angeschriebenen Organisationen, sowie eine Beispiel-Mail finden sich im Anhang). Als sich nach einigen Wochen herausstellte, dass es sehr schwierig sein würde, Organisationen für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen, wurden außerdem noch Kontakte zur SOB (Schule für Sozialbetreuungsberufe) geknüpft, wobei sich die Möglichkeit ergab, die Erhebung in einer Klasse des Ausbildungslehrganges „Behindertenbetreuer – Ausbildung im Basismodul“ durchzuführen. Einige der Auszubildenden erklärten sich dabei auch bereit, den Fragebogen an Arbeitskollegen in den Einrichtungen, in denen sie tätig waren, weiterzugeben. Im September 2009 konnte außerdem eine große Organisation in Niederösterreich, die Caritas der Diözese St. Pölten (Bereich Menschen mit Behinderung) für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden. Dazu wurde der Kontakt zum fachlichen Controlling dieser Organisation hergestellt. Es wurden detaillierte Informationen über die Untersuchung übermittelt, beziehungsweise der organisatorische Ablauf besprochen und verabredet. Zuerst wurden E-Mails an die Einrichtungsleiter von 10 Wohnhäusern und 11 Werkstätten der Caritas St. Pölten verschickt. Dabei wurde wiederum über die Studie informiert und darum gebeten, die Fragebögen an die Mitarbeiter zu verteilen. Außerdem wurden Kontaktdaten für die Möglichkeit der persönlichen Rücksprache versendet. Zeitgleich wurden die Einrichtungsleiter zusätzlich auch von der zuständigen Psychologin des fachlichen

Controllings noch einmal informiert und um Mithilfe gebeten. Bei den nächsten Leiter-Tagungen im Oktober wurden die Fragebögen dann an die Einrichtungsleiter verteilt. Die Fragebögen, mit beigelegten Kuverts befanden sich dazu in Boxen, die auch in den Einrichtungen aufgestellt werden sollten. Den Boxen lagen jeweils ein Begleitschreiben an die Einrichtungsleiter bei, sowie ein Begleitschreiben für die Mitarbeiter. In beiden Schreiben wurde auf die Abgabefrist der Fragebögen nach spätestens zwei Monaten hingewiesen. Nach diesem Termin sollten die Bögen gesammelt an die Zentrale der Caritas St. Pölten geschickt werden. Es war geplant, dass die ausgefüllten Fragebögen zur sicheren Gewährleistung der Anonymität in Kuverts verschlossen wurden und danach in der Box abgelegt werden konnten. Nach Verstreichung der Hälfte des angesetzten Erhebungszeitraums wurde ein E-Mail an die Einrichtungsleiter verfasst, in dem noch einmal auf die Möglichkeit für Rücksprachen bei aufgetauchten Fragen hingewiesen wurde. Am Tag des Frist-Endes wurde ein letztes E-Mail an die Leiter verschickt, in dem an den Fristablauf erinnert wurde. Nach zwei Wochen waren die Fragebögen aus allen, außer zwei Einrichtungen in der Zentrale eingelangt. Die beiden noch fehlenden Einrichtungen wurden noch einmal kontaktiert. Nach weiteren zwei Wochen waren alle Fragebögen, auch die aus der SOB eingelangt und die Erhebung konnte abgeschlossen werden.

9 Statistische Verfahren und Datenaufbereitung

Um die Daten auszuwerten wurde das Statistikprogramm SPSS in der Version 15 verwendet. Im folgenden Kapitel sollen die verwendeten statistischen Verfahren beschrieben werden und eine kurze Übersicht über die Aufbereitung der Daten gegeben werden.

9.1 Statistische Verfahren

Neben deskriptivstatistischer Auswertung der Daten mit Mittelwerts- und Medianberechnungen, Angabe der Standardabweichung einer Verteilung beziehungsweise Darstellung der prozentuellen Häufigkeiten und Quartilen werden zur Prüfung des Vorliegens einer Normalverteilung Kolmogorov-Smirnov-Tests berechnet. Dabei wird ein Signifikanz-Niveau von $p < .05$ verwendet, um zu bestimmen, ob eine Verteilung annähernd einer Normalverteilung entspricht. Dieses Verfahren wird bei der Beschreibung der Stichprobe

standardmäßig durchgeführt. Stellt sich eine Verteilung als nicht normalverteilt heraus, werden als Lagemaße der Verteilung nicht Mittelwert und Standardabweichung, sondern Median und Spannweite angegeben. Der Median ist als Lagemaß bei nicht normalverteilten Daten dem Mittelwert vorzuziehen (Field, 2006). Zur Überprüfung der beiden noch sehr wenig geprüften Fragebogenteile MBI-D und der Items zur Erfassung der Autonomie wurden einerseits zur Ermittlung der Konstruktvalidität Faktorenanalysen mit anschließender orthogonaler Rotation (Varimax) zur Vereinfachung der Interpretation der Ergebnisse durchgeführt. Die Faktorenanalyse ist eine Methode, um sich einen Überblick über die latenten Dimensionen eines Erhebungsinstrumentes zu verschaffen und diese gegebenenfalls zu reduzieren oder zu erweitern (Field, 2006). Anschließend werden für diese beiden Teile des Fragebogens Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Mittels Reliabilität ist es möglich, Aussagen über die Messgenauigkeit eines Erhebungsinstrumentes zu treffen. Die Reliabilität wird in der vorliegenden Arbeit mittels inneren Konsistenzen angegeben, die mit Hilfe von Cronbach's Alpha errechnet werden.

Die rechnerische Auswertung der Hypothesen erfolgt mittels multiplen linearen Regressionen. Dies ist ein Verfahren zur Bestimmung von Zusammenhängen zwischen einer abhängigen metrischen Variable und mehreren unabhängigen Variablen. Dazu wird eine Regressionsgleichung erstellt, in der jeder unabhängigen Variable ein Regressionskoeffizient zugewiesen wird, mit dem Ziel die Werte der abhängigen Variable so präzise wie möglich mittels der unabhängigen Variablen vorauszusagen (Field, 2006). Um die Ergebnisse einer multiplen linearen Regression, die in einer bestimmten Stichprobe erzielt wurden auch auf die Population generalisieren zu können, ist die Erfüllung einiger Voraussetzungen von Nöten. Es darf keine perfekte Multikollinearität zwischen den Prädiktoren herrschen, die Prädiktoren dürfen also untereinander nicht zu hoch korrelieren. Eine weitere Voraussetzung zur Generalisation der Ergebnisse ist die Homoskedastizität, was bedeutet, dass die Varianzen der Residuen gleich sein sollen. Die Residuen sind Differenzwerte zwischen den vorhergesagten Werten der abhängigen Variable und den tatsächlichen beobachteten Werten. Diese Residuen sollten außerdem auch untereinander unkorreliert und normalverteilt sein. Zudem soll die modellierte Beziehung zwischen abhängiger und unabhängiger Variable eine lineare sein. Sind eine oder mehrere dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Population nur sehr eingeschränkt beziehungsweise nicht zulässig (Field, 2006).

9.2 Die Aufbereitung der Daten

Vor Beginn der Auswertung wurde sorgfältig kontrolliert, ob es zu Eingabefehlern gekommen ist. Dazu wurden Antwort-Häufigkeiten erstellt und kontrolliert, ob alle Scores innerhalb der möglichen Spannweiten liegen. Auffällige Werte, die außerhalb der möglichen Zahlenbereiche lagen wurden noch einmal mit dem entsprechenden Fragebogen verglichen und Eingabefehler korrigiert.

Es fanden sich zwei Fragebögen, in denen die komplette letzte Seite unausgefüllt blieb. Zwei weitere Bögen waren zu weniger als fünfzig Prozent ausgefüllt. Diese vier Bögen wurden in weiterer Folge aus der gesamten Auswertung ausgeschlossen. Field (2006) empfiehlt, bei der multiplen linearen Regression, Fälle in denen mindestens eine Angabe fehlt zur Gänze aus der Berechnung auszuschließen. Dieser Empfehlung wurde Folge geleistet, was dazu führt, dass bei den einzelnen Regressions-Berechnungen nach Einbezug der verschiedenen Prädiktoren je maximal 29 Fälle ausgeschlossen werden mussten. Die kleinste in eine Regressions-Berechnung einbezogene Stichprobe bestand also aus 168 Untersuchungsteilnehmern.

10 Die Ergebnisse

Zuerst sollen die Charakteristika der Stichprobe beschrieben werden. Außerdem werden bestimmte Fragebogen-Teile mittels Faktoren- und Reliabilitätsanalysen überprüft. Nachfolgend wird die Auswertung der bereits vorgestellten Hypothesen beschrieben.

10.1 Die Stichprobe

Insgesamt wurden 347 Fragebögen an Betreuungspersonen, die im Bereich Arbeit und Wohnen tätig sind verteilt. Die Rücklaufquote beträgt 56,8%, was 197 gültigen Fragebögen entspricht. An Werkstätten wurden insgesamt 161 Fragebögen ausgeteilt, an Wohnhäuser und Wohngemeinschaften 186 Fragebögen. Aus den Werkstätten ist ein Rücklauf von 65 gültigen Fragebögen zu verzeichnen, was 40,4% der ausgeteilten Bögen entspricht. Aus Wohnhäusern wurden 132 gültige Fragebögen retourniert, was einer Rücklaufquote von 71% entspricht.

10.1.1 Soziodemographische Daten

Die Stichprobe besteht insgesamt aus 197 Behindertenbetreuern, davon sind 54 Männer (27,4%) und 143 Frauen (72,6%). Im Bereich Wohnen arbeiten 34 Männer (25,8%) und 98 Frauen (74,2%), im Bereich Arbeit sind 20 Männer (30,8%) und 45 Frauen (69,2%) tätig.

In der Frage nach dem Alter konnte zwischen 5 Kategorien gewählt werden. 2 Betreuungspersonen der Stichprobe sind unter 20 Jahre alt (1%), 70 Personen sind zwischen 20 und 30 Jahren alt (35,5%), 55 Betreuer zwischen 31 und 40 (27,9%), 61 sind zwischen 41 und 50 Jahren alt (31%) und 9 Personen geben an, über 50 zu sein.

10.1.2 Mitarbeiterspezifische Aspekte

Im folgenden Teil der Diplomarbeit sollen die Ausprägungen der erhobenen mitarbeiterspezifischen Aspekte in der Stichprobe dargestellt werden.

Ausbildung

36 Betreuungspersonen (18,3%) haben keine bereichsspezifische Berufsausbildung abgeschlossen, 161 Personen (81,7%) hingegen können eine solche Berufsausbildung vorweisen. Abbildung 5 stellt die prozentuellen Häufigkeiten der verschiedenen Berufsausbildungen dar.

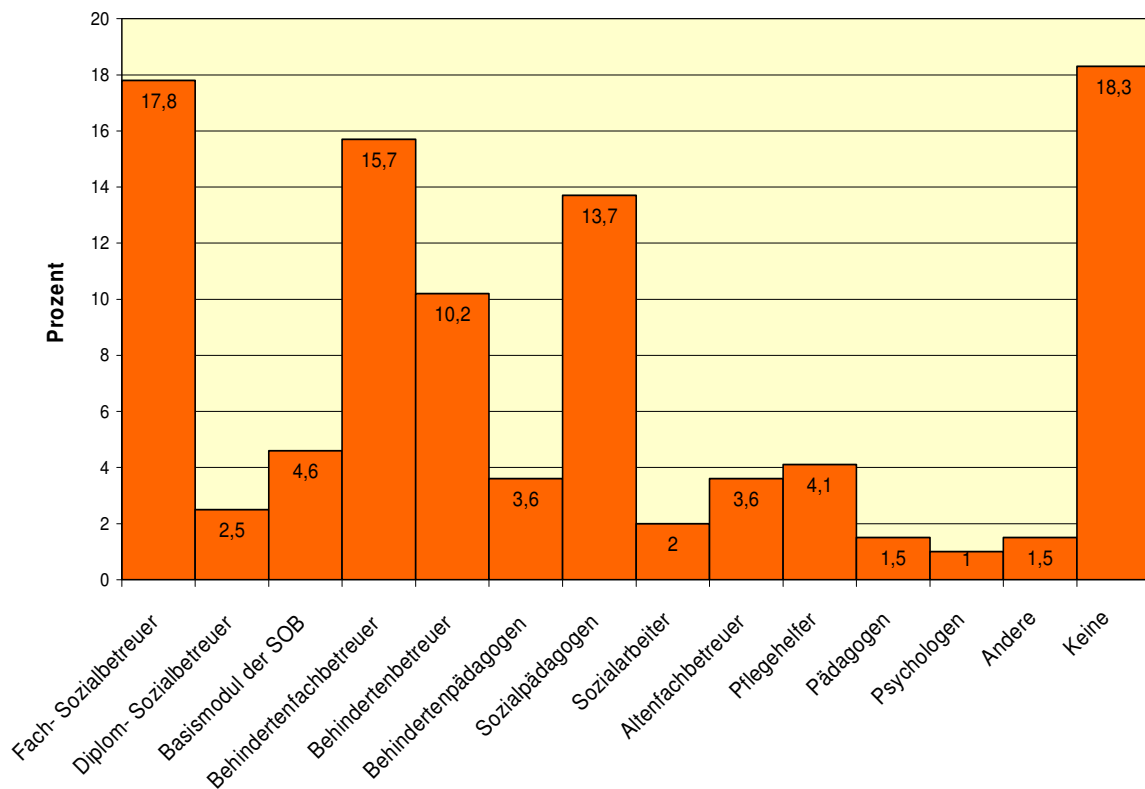


Abbildung 5 : Prozentuelle Häufigkeiten der bereichsspezifischen Berufsausbildungen

Bezüglich der Kategorie „andere Berufsausbildungen“ ist zu sagen, dass von diesen 3 Personen folgende Ausbildungen angegeben wurden: Diplomierte Heilpädagogin, diplomierte Krankenschwester und die soziale Fachschule.

Von den 36 Betreuungspersonen, die keine bereichsspezifische Berufsausbildung abgeschlossen haben, haben 3 Personen keine Angaben zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung gemacht. 6,1% der 33 verbleibenden Betreuungspersonen haben einen Hauptschulabschluss, 6,1% den Abschluss einer Mittelschule, 36,4% Matura, 18,2% haben eine höhere Fachausbildung absolviert, 30,3 % eine Lehre und 3% können eine Hochschulabschluss vorweisen.

155 Betreuungspersonen absolvieren derzeit keine bereichsspezifische Ausbildung (78,7%), 42 Personen sind derzeit mit der Absolvierung einer Berufsausbildung beschäftigt (21,3%). Abbildung 6 zeigt die absoluten Häufigkeiten der verschiedenen derzeit absolvierten Ausbildungen.

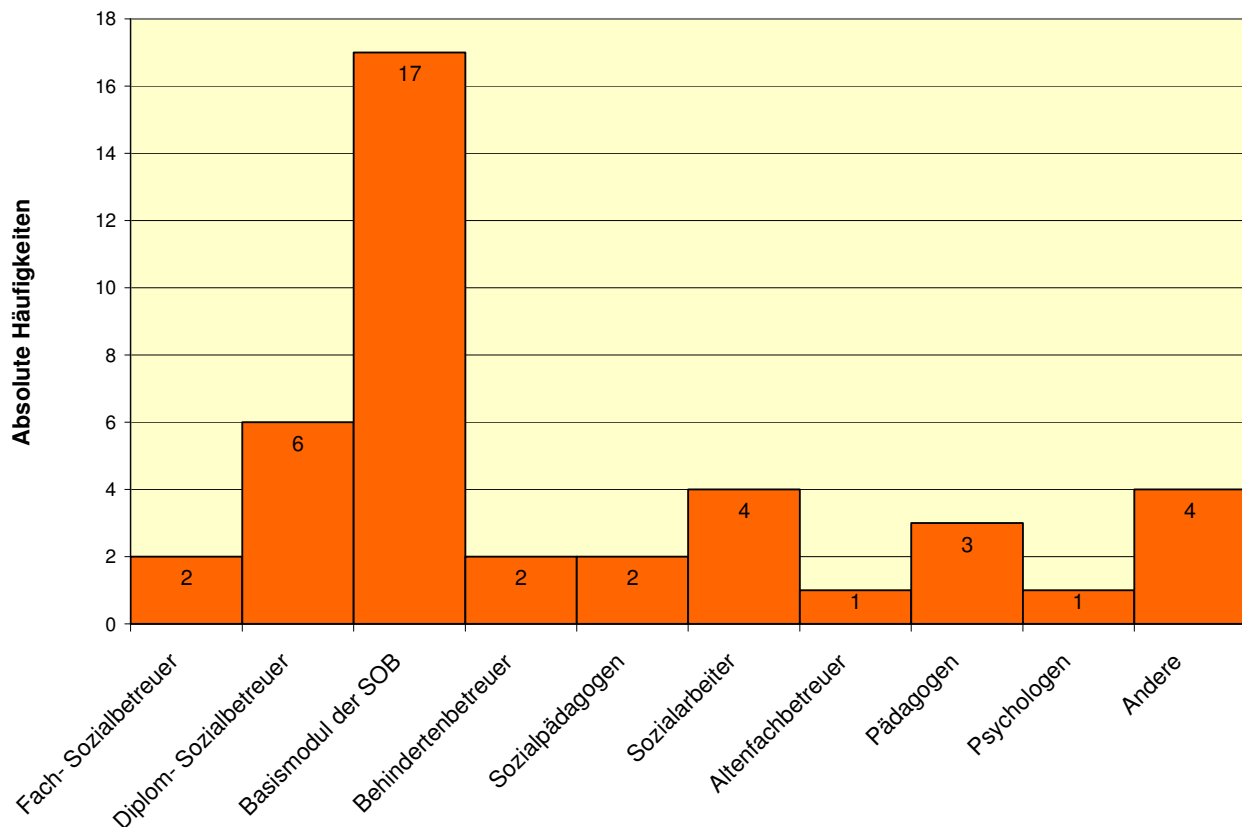


Abbildung 6: Absolute Häufigkeiten der derzeit absolvierten bereichsspezifischen Ausbildungen

17 Personen (8,6% der Gesamtstichprobe), die gerade eine Ausbildung absolvieren, besuchen das Basismodul der SOB. Diese hohe Zahl liegt daran, dass ein Teil der Stichprobe in der SOB rekrutiert wurde.

In der Kategorie „andere“ wurden folgende bereichsspezifische Berufsausbildungen genannt: Akademie für Sozialmanagement, Ausbildung zum Klinischen Psychologen, Motopädagogik und der Studienberechtigungslehrgang für die Fachhochschule Soziale Arbeit. Von den 36 Betreuungspersonen, die noch keine Berufsausbildung abgeschlossen haben, befinden sich 29 derzeit in einer solchen Ausbildung. Nur 7 Personen der Stichprobe haben also weder eine bereichsspezifische Ausbildung abgeschlossen, noch absolvieren sie derzeit eine solche. Von den 161 Betreuern, die bereits eine bereichsspezifische Ausbildung abgeschlossen haben, befinden sich derzeit 13 Personen in einer weiteren solchen Ausbildung.

Selbsteinschätzung der beruflichen Eignung

In Abbildung 7 finden sich die prozentuellen Häufigkeiten der selbst eingeschätzten beruflichen Häufigkeiten. Die Kategorien „sehr schlecht“ und „schlecht“ wurden bei dieser Frage von keiner Person gewählt.

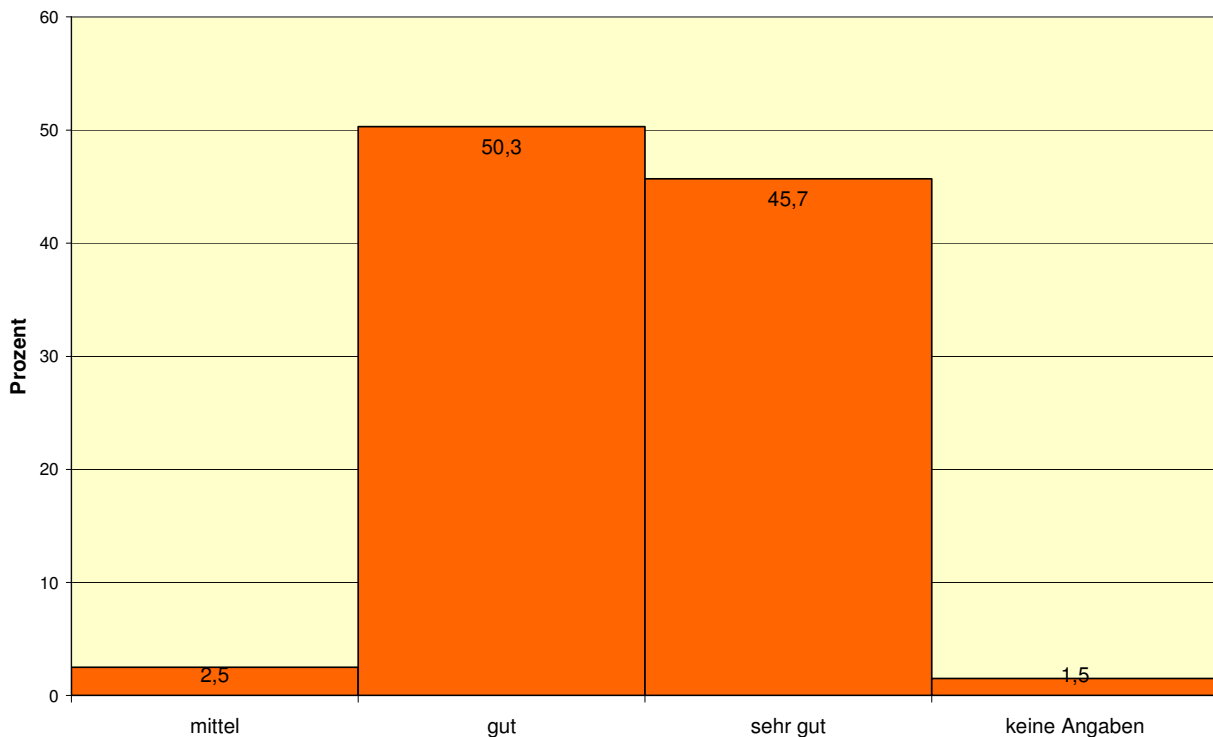


Abbildung 7: Die Selbsteinschätzung der beruflichen Eignung

Ausgeübte Funktion

Zur ausgeübten Funktion machte ein Untersuchungsteilnehmer keine Angaben. Von den verbleibenden 196 Personen haben 18,3% (36 Personen) eine leitende Funktion inne, 81,2% (160 Personen) sind als Behindertenbetreuer angestellt. Die prozentuellen Häufigkeiten finden sich in Abbildung 8.

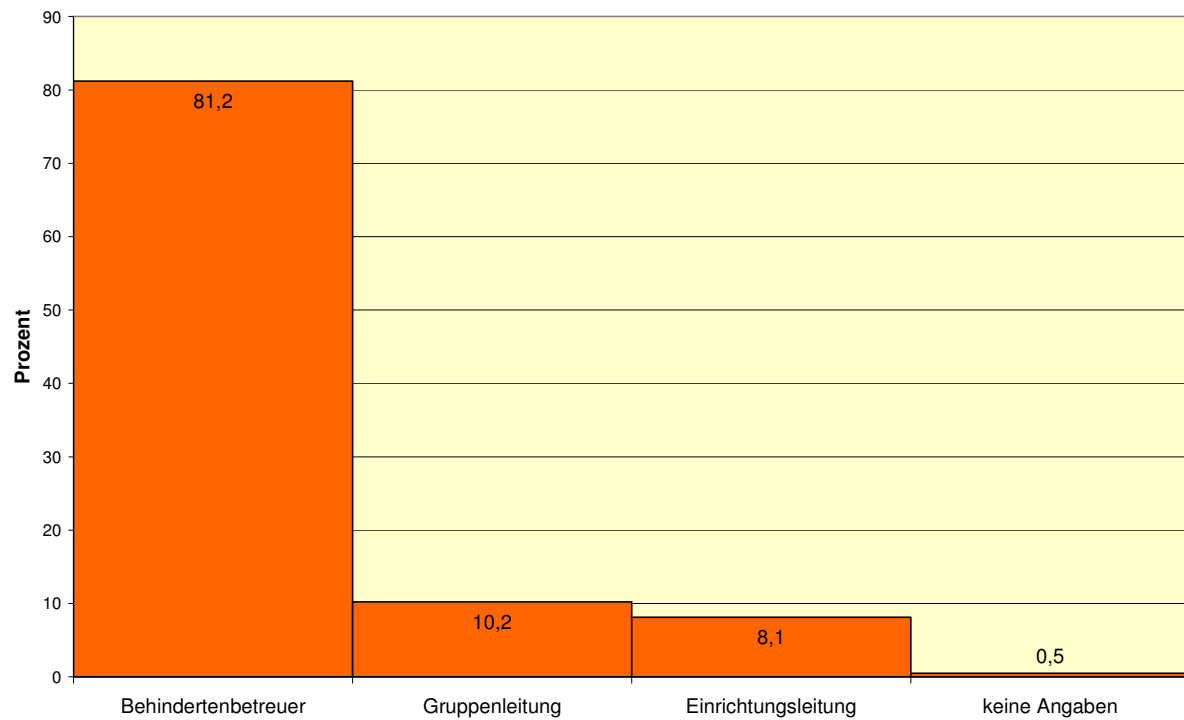


Abbildung 8: Die Nennungshäufigkeiten der ausgeübten Funktionen

Berufs- und Jobalter

Die statistischen Kennwerte zu Berufs- und Jobalter finden sich in Tabelle 15.

Tabelle 15: Statistische Kennwerte zu Berufs- und Jobalter

Kennwerte	Jobalter	Berufsalter
Minimum	2 Monate	3 Monate
Maximum	30 Jahre & 9 Monate	30 Jahre & 9 Monate
Perzentile 25	1,76 Jahre	2,72 Jahre
Perzentile 50	3,48 Jahre	5,16 Jahre
Perzentile 75	7,36 Jahre	10,48 Jahre
Keine Angaben	4 Personen	6 Personen

Motivation für den Beruf

Wie bereits erläutert wird ein Differenzwert aus der derzeitigen Motivation und der Motivation zu Berufsbeginn gebildet, um die Veränderung der Motivation über die Dauer der Berufsausübung zu erhalten. Negative Werte kennzeichnen eine Abnahme der Motivation vom Berufseinstieg bis zum jetzigen Zeitpunkt. Ein Wert von null drückt aus, dass sich die Motivation die durch den Beruf erlebt wird nicht verändert hat und ein positiver Wert drückt aus, dass zum jetzigen Zeitpunkt mehr berufliche Motivation erlebt wird als zum Zeitpunkt des Berufseinstieges. Die Spannweite dieser Werte reicht in der Stichprobe von minus drei bis plus zwei. In Abbildung 9 finden sich die prozentuellen Häufigkeiten der Veränderung der beruflichen Motivation.

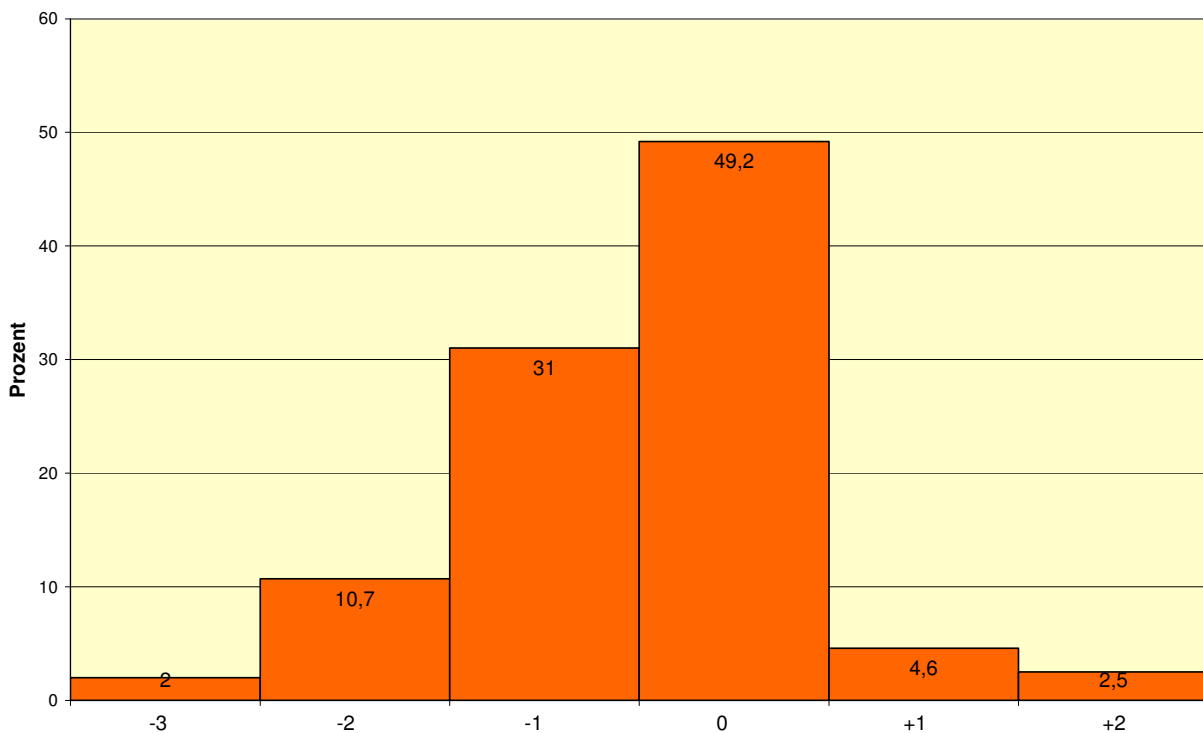


Abbildung 9: Die Veränderung der beruflichen Motivation

Freude am Beruf

Wie für die Veränderung der Motivation wird auch für die Veränderung der Freude am Beruf ein Differenzwert gebildet. Wie bei der Motivation haben alle Personen der Stichprobe die Items beantwortet, die Spannweite der Differenzwerte liegt ebenfalls bei minus drei bis plus zwei. Die prozentuellen Häufigkeiten finden sich in Abbildung 10.

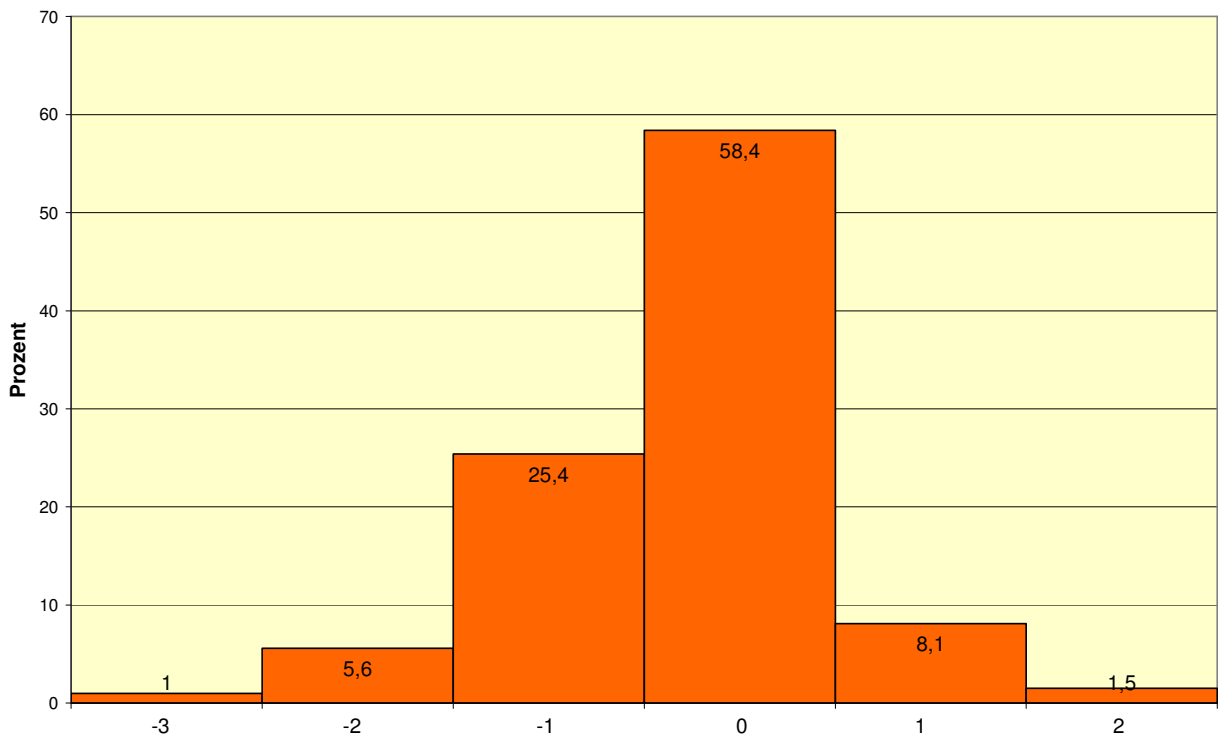


Abbildung 10: Die Veränderung der Freude am Beruf

Anzahl der Wochenstunden

Die prozentuellen Häufigkeiten der geleisteten Wochenstunden in der Gesamtstichprobe finden sich in Abbildung 11.

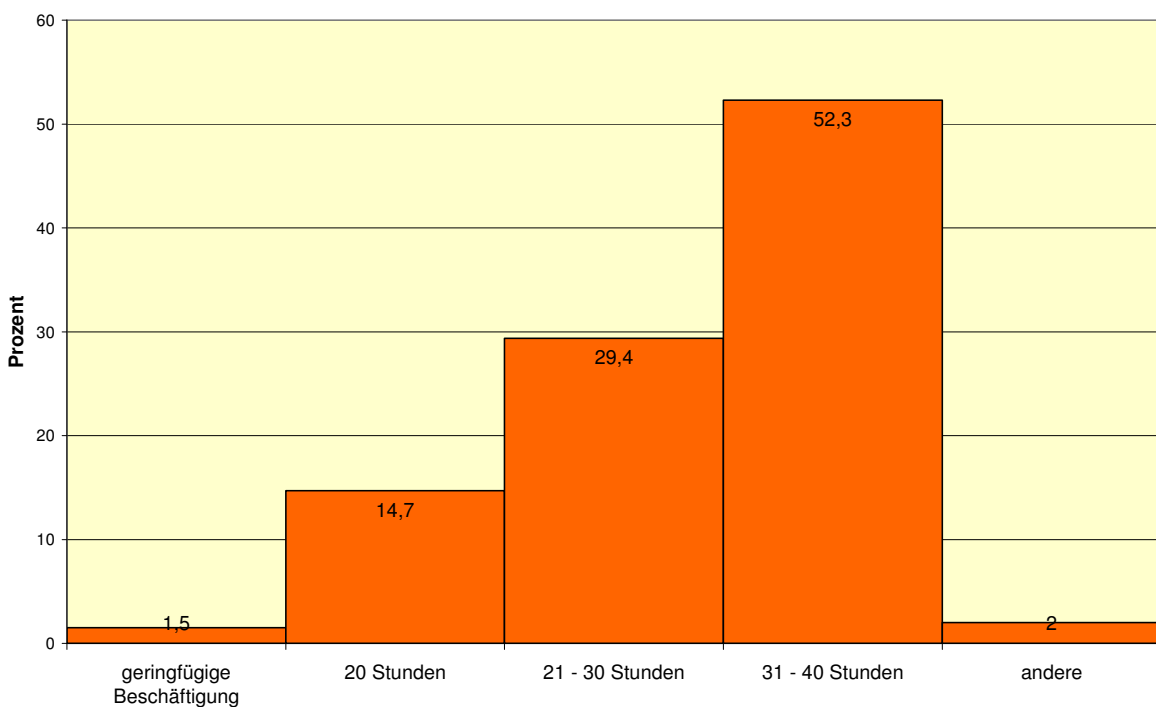


Abbildung 11: Die prozentuellen Häufigkeiten der geleisteten Wochenstunden

Von den vier Personen (2%), die die Kategorie „andere“ gewählt haben, sind zwei für zehn Stunden beschäftigt, eine für zwölf und ein Mitarbeiter für fünfzehn Wochenstunden.

Fort- und Weiterbildungen

In Tabelle 16 finden sich die absoluten und prozentuellen Antwort-Häufigkeiten der drei Items zu Fort- und Weiterbildungen.

Tabelle 16: *Die Häufigkeiten zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen*

Teilnahme ja/ nein	Fort- und Weiterbildungen	Fortbildung Burnout	Fortbildung Autonomie der Klienten
ja	176 (89,3%)	94 (47,7%)	154 (78,2%)
nein	21 (10,7%)	103 (52,3%)	43 (21,8%)

Untypische versus typische Arbeitswoche

Achtundfünfzig Betreuungspersonen (29,4%) geben an eine durch besonders belastende berufliche Ereignisse, untypische vergangene Arbeitswoche erlebt zu haben. Die restlichen hundertachtunddreißig Personen (70,1%) haben eine typische Arbeitswoche erlebt. Eine Betreuungsperson (0,5%) machte bei diesem Item keine Angaben.

Balance Arbeit und Privatleben

Abbildung 12 zeigt die prozentuellen Häufigkeiten zum Item der Balance zwischen Arbeit und Privatleben.

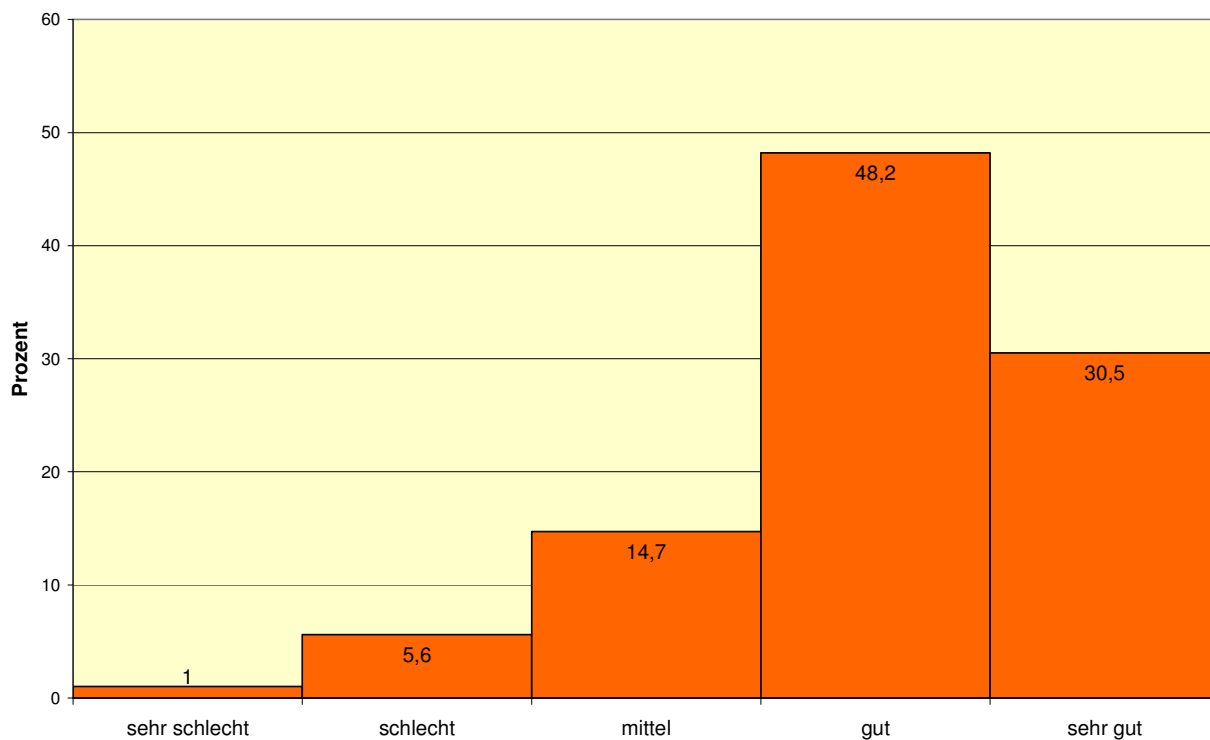


Abbildung 12: Die prozentuellen Häufigkeiten zur Balance zwischen Arbeit und Privatleben

In der Gesamtstichprobe liegt der Median der Einschätzung der Balance zwischen Arbeit und Privatleben im Bereich „gut“ (3,0).

Belastung im Privatleben

In Abbildung 13 finden sich die prozentuellen Antworthäufigkeiten zur Einschätzung der Belastung im Privatleben der Betreuungspersonen. Der Median in der Gesamtstichprobe liegt bei einem Wert von eins (wenig).

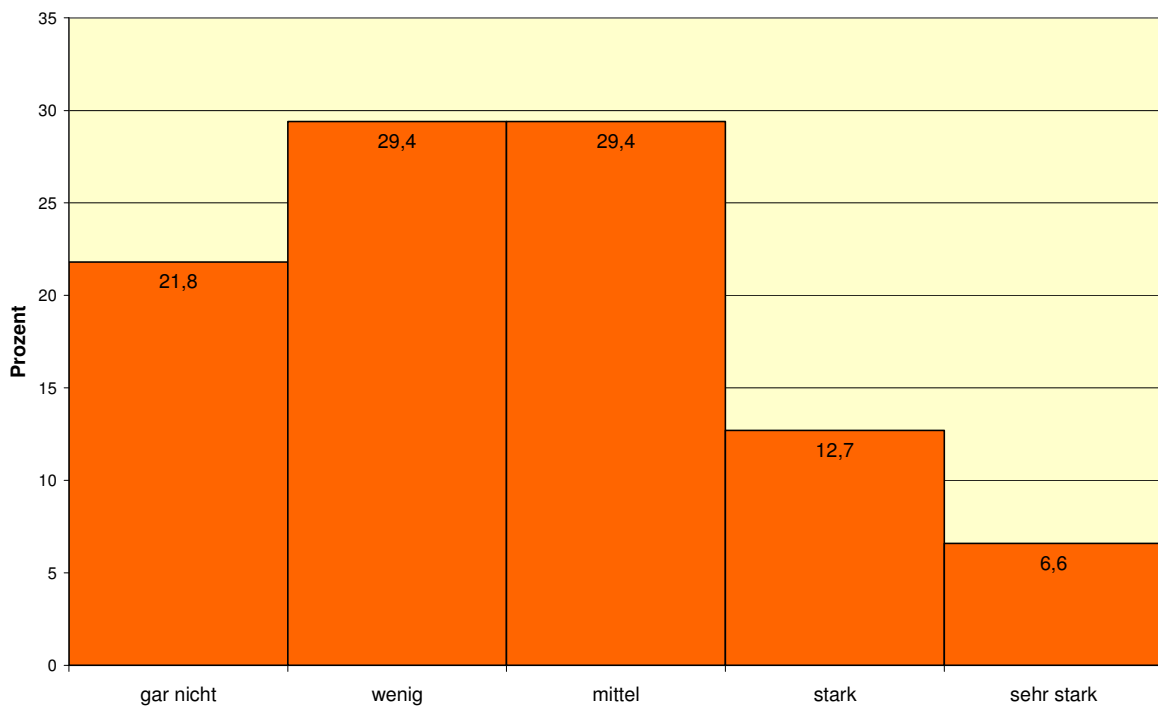


Abbildung 13: Die prozentuellen Häufigkeiten zur Belastung im Privatleben

Belastung im Arbeitsleben

Die prozentuellen Antworthäufigkeiten zu diesem Item finden sich in Abbildung 14. Der Median liegt in der Stichprobe bei mittlerer Belastung (2,0).

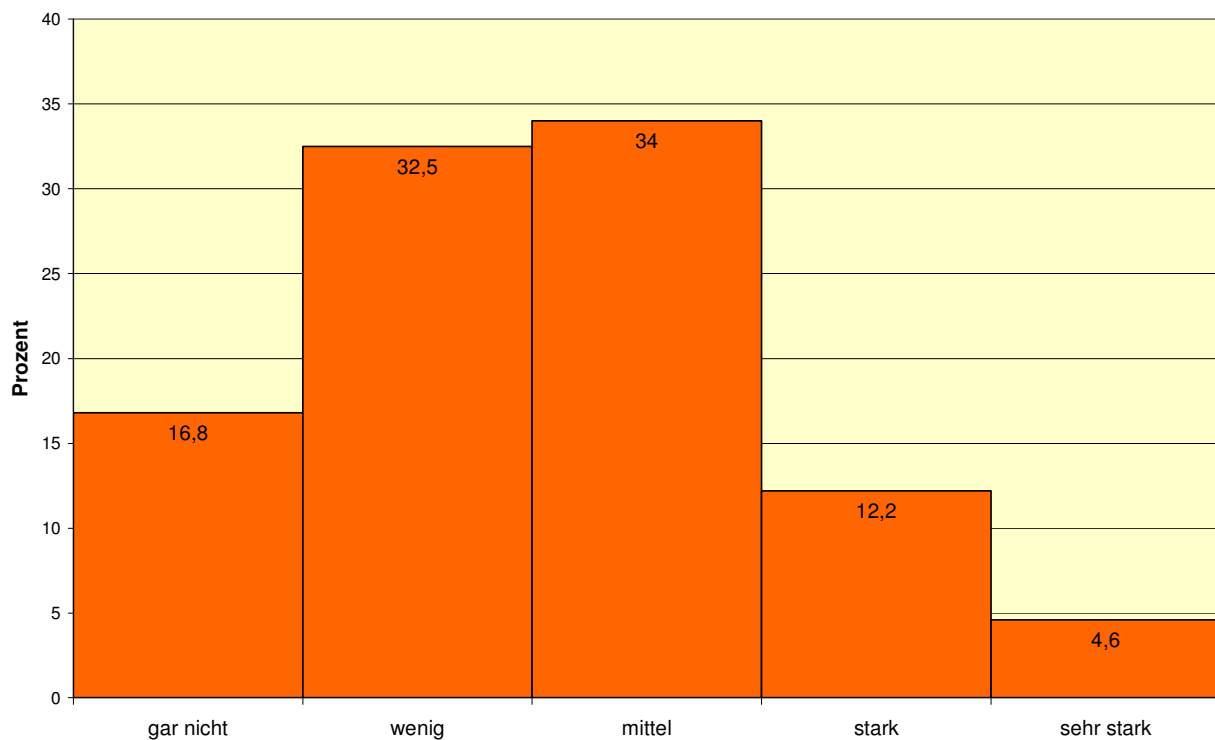


Abbildung 14: Die prozentuellen Häufigkeiten zur Belastung im Arbeitsleben

10.1.3 Klientenspezifische Aspekte

Nachfolgend werden die von den Behindertenbetreuern eingeschätzten Ausprägungen der klientenspezifischen Aspekte veranschaulicht.

Zusätzliche Behinderungen/ Komorbiditäten

Die Mediane liegen in allen drei Kategorien Körperbehinderungen, Sinnesbehinderungen und psychische Erkrankungen in der Kategorie wenige (1,0). Die genauen prozentuellen Verteilungen zeigt Abbildung 15.

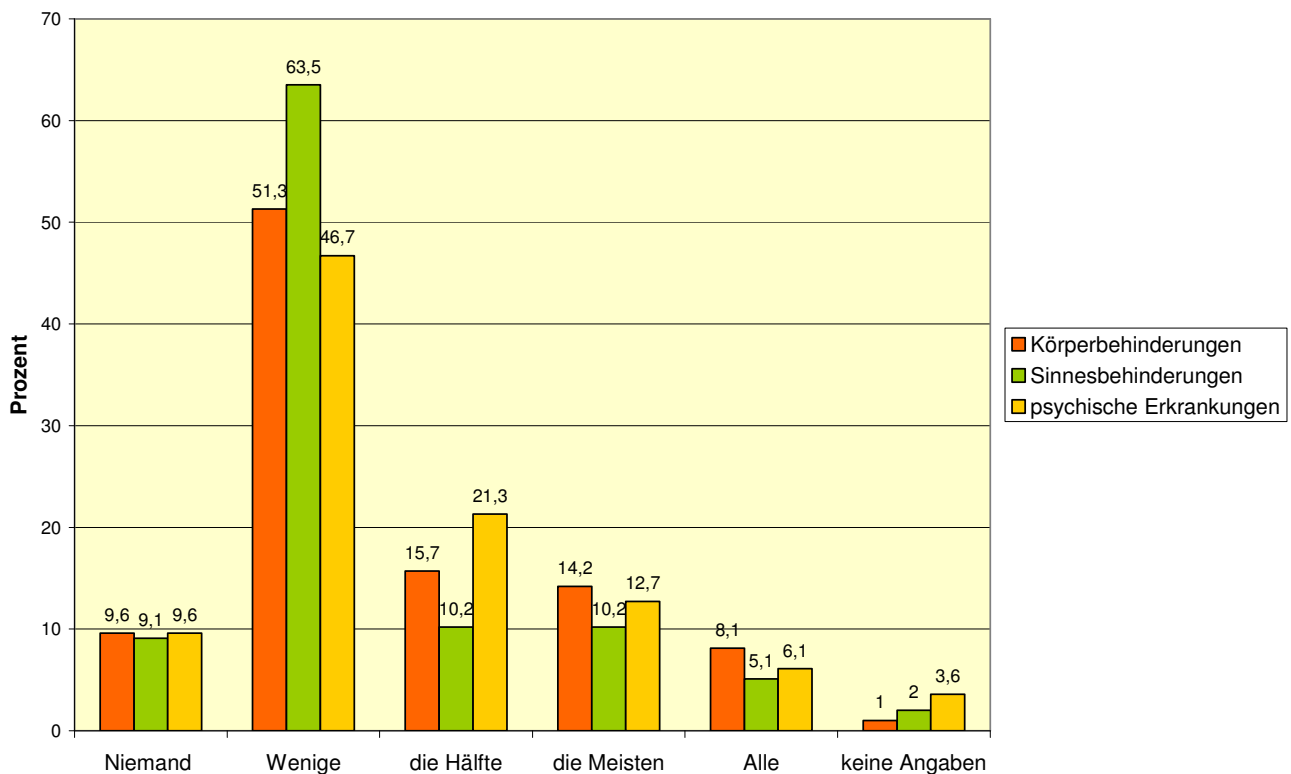


Abbildung 15: Die prozentuellen Häufigkeiten der Komorbiditäten

Schweregrad der Behinderung

Der Schweregrad der Behinderung der Klienten setzt sich aus dem durchschnittlichen körperlichen Pflegeaufwand, dem durchschnittlichen pädagogischen Betreuungsaufwand und durchschnittlichen Verhaltensschwierigkeiten auseinander (nach Heinmann, 1997). Betrachtet man diese drei Aspekte einzeln, ist zu erkennen, dass sowohl bei der Einschätzung des pädagogischen Betreuungsaufwandes, als auch bei der Einschätzung der

Verhaltensschwierigkeiten in keinem Fall die Kategorie „keine(r)“ gewählt wurde. Grundsätzlich ist zu anmerken, dass der Median beim körperlichen Pflegeaufwand in der Kategorie mittel (2,0) liegt, ebenso bei den durchschnittlichen Verhaltensschwierigkeiten (2,0). Der Median des pädagogischen Betreuungsaufwandes liegt in der Kategorie groß (3,0). Addiert man wiederum diese 3 Werte, erhält man den Schweregrad der Behinderung der Klienten, wie er von der jeweiligen Betreuungsperson eingeschätzt wird, bei einer theoretisch möglichen Spannweite der Werte von 0 bis 9. Die tatsächliche Spannweite in der Stichprobe reicht allerdings nur von 2 bis 9. Der Median in der Gesamtstichprobe liegt bei 7, also bei einem mittleren bis hohem Schweregrad der Behinderung der Klienten. Die prozentuellen Häufigkeiten sind der Abbildung 16 zu entnehmen.

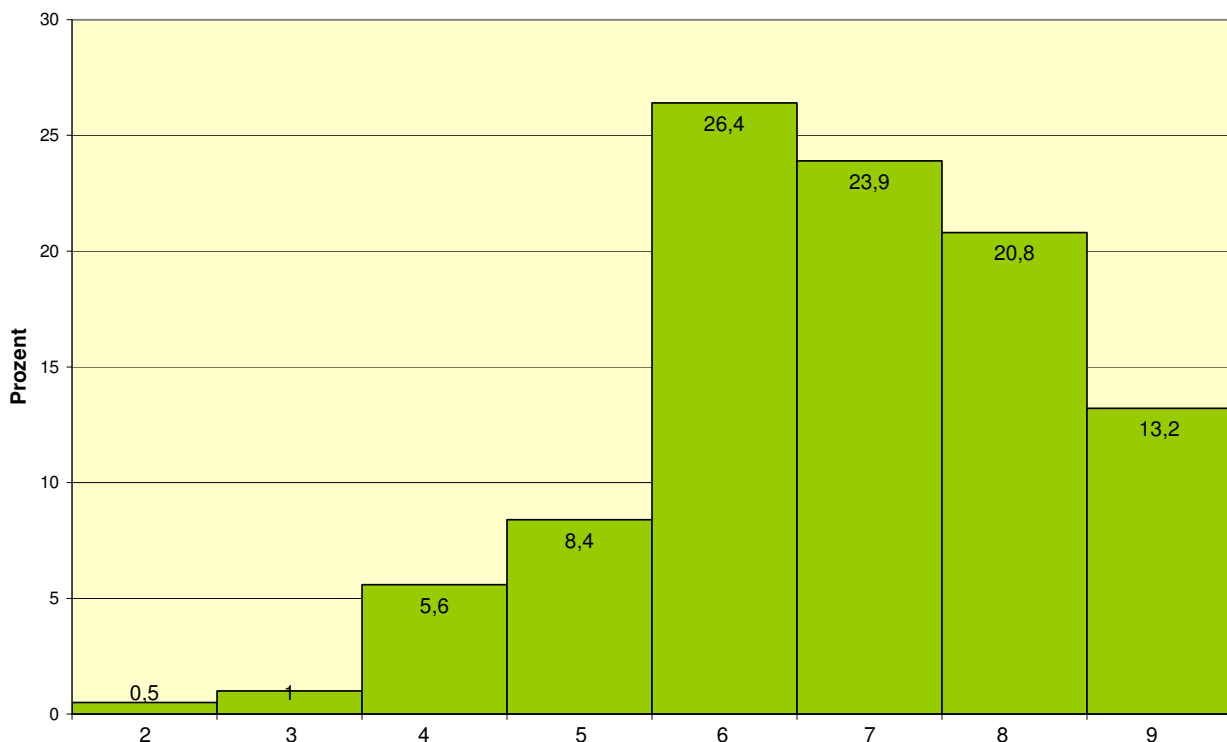


Abbildung 16: Schweregrad der Behinderung der Klienten

Betreuungsverhältnis

Das Betreuungsverhältnis setzt sich zusammen aus dem Verhältnis der Anzahl der Klienten, die in einer Gruppe betreut werden und der Anzahl der Betreuungspersonen, die diese Gruppe normalerweise tagsüber betreut. Das Betreuungsverhältnis gibt also Aufschluss darüber, wie viele Klienten normalerweise in der täglichen Betreuungsarbeit in den Verantwortungs- und Betreuungsbereich eines Betreuers fallen.

Tabelle 17: *Einschätzungen des Betreuungsverhältnisses*

	Keine Angaben	Spannweite	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Betreuungsverhältnis	11 (5,6%) Personen	0,8 - 11	3,6	4,5	7,0

10.1.4 Organisationsspezifische Aspekte

Es folgt die deskriptive Darstellung der erhobenen organisationsspezifischen Aspekte in der Stichprobe.

Art der Einrichtung

Abbildung 17 zeigt die prozentuellen Häufigkeiten zur Art der Einrichtung in der die Betreuungspersonen tätig sind.

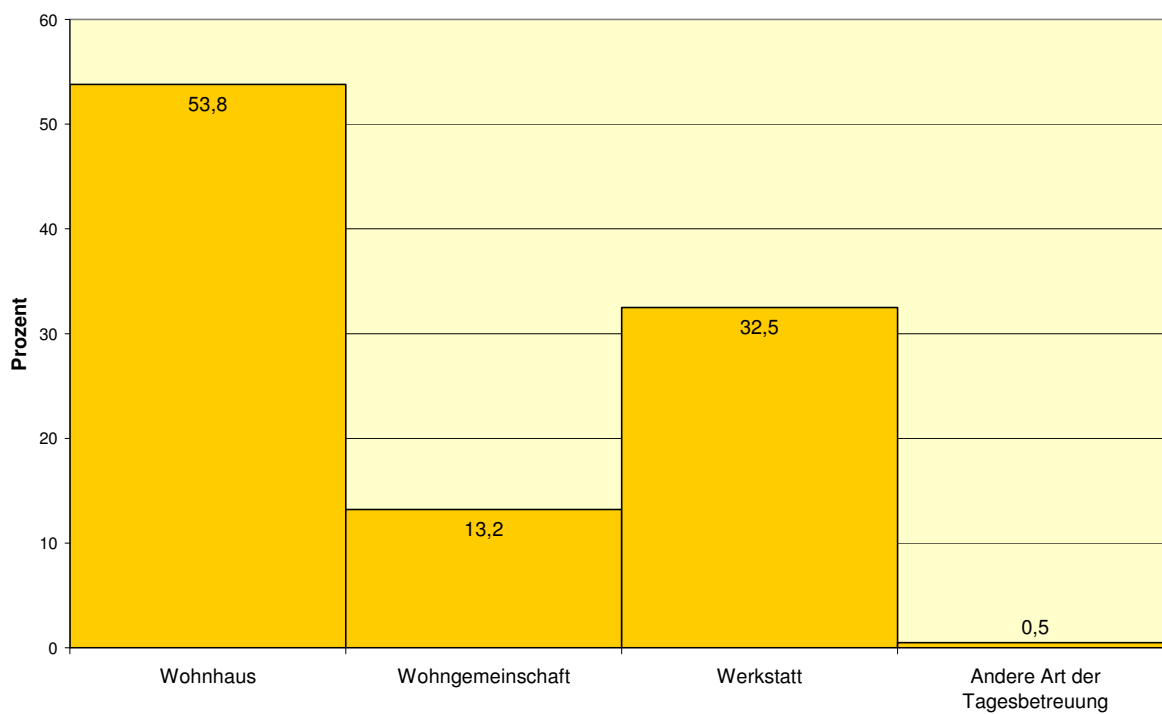


Abbildung 17: *Art der Einrichtungen*

Die eine Person, die angibt in einer anderen Art der Tagesbetreuung tätig zu sein, macht keine genaueren Angaben über ihren Tätigkeitsbereich.

Insgesamt sind also 132 Personen der Stichprobe im Bereich Wohnen (67%) und 65 im Bereich Arbeit, also in der Tagesbetreuung tätig (33%).

Anzahl der Klienten

Bezüglich der Anzahl der Klienten gibt es zwei verschiedene Kennwerte, einerseits die Anzahl der Klienten in der gesamten Einrichtung, andererseits die Anzahl der Klienten in der Gruppe, in der die Betreuungspersonen tätig sind. Anzumerken ist, dass die Angaben zur Anzahl der Klienten grundsätzlich sehr unterschiedlich sind, und auch in den einzelnen Einrichtungen sehr stark voneinander abweichen. Vor allem die Gruppengröße wird sehr uneinheitlich beschrieben, was darauf schließen lässt, dass es sehr unterschiedliche Definition geben könnte, was nun als zu betreuende Gruppe betrachtet wird. Diese Feststellung wird in der Diskussion der Ergebnisse Beachtung finden. Tabelle 18 zeigt die Kennwerte zur Anzahl der Klienten.

Tabelle 18: *Statistische Kennwerte zur Anzahl der Klienten*

Klientenanzahl	Keine Angaben	Spannweite	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Einrichtung gesamt	3	7 - 90	18	26	45
Gruppe	7	2 - 30	7	9	12

Supervision

177 Betreuungspersonen der Stichprobe nehmen regelmäßig Supervision in Anspruch (89,8%), nur 20 Personen tun das nicht (10,2%). Drei der Betreuer, die Supervision erhalten, haben zur Zufriedenheit mit der Supervision keine Angaben gemacht. Von den restlichen 174 Personen sind 47 (27%) mit der Art der Supervision nicht zufrieden, die anderen 127 (73%) sind es.

Teambesprechungen

Nur 12 der Untersuchungsteilnehmer geben an, nicht an Teambesprechungen teilzunehmen (6,1%). 185 Personen hingegen nehmen regelmäßig an Teambesprechungen teil (93,9%). Die meisten Betreuungspersonen nehmen an einer Teambesprechung im Monat teil (42,6%). Die Spannweite der Anzahl der Teambesprechungen im Monat reicht von 0,5 bis 4,0.

Leisten wacher Nachtdienste

Die prozentuellen Häufigkeiten zum Leisten wacher Nachtdienste sind der Abbildung 18 zu entnehmen. Alle Personen, die wache Nachtdienste leisten sind naturgemäß im Bereich Wohnen tätig, da im Bereich Arbeit nur Tagesbetreuung stattfindet und somit auch keine Nachtdienste zu leisten sind.

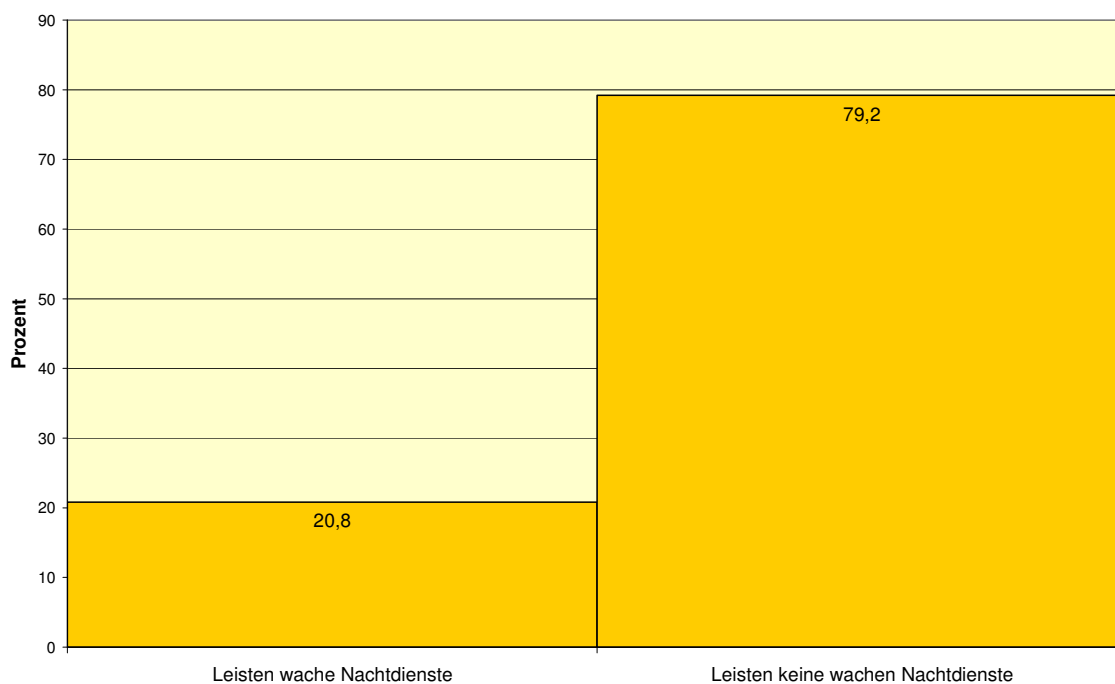


Abbildung 18: *Das Leisten wacher Nachtdienste*

Soziale Unterstützung der Kollegen

Die Auswertung der Skala des Betriebsklimafragenbogens umfasst 3 Kennwerte, den Mittelwert aller Itemscores der Skala Kollegen (Gesamtscore), den Wert der Gesamtzufriedenheit mit den Beziehungen unter den Kollegen (Zufriedenheit) und die

Einschätzung, wie wichtig die Beziehung unter den Kollegen ist (Wichtigkeit). In Tabelle 19 finden sich die Charakteristika der Kennwerte.

Tabelle 19: *Statistische Kennwerte der Skala Kollegen*

Kollegen	Spannweite	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Gesamtscore	1,83 – 5,0	3,63	4,25	4,67
Zufriedenheit	2,0 – 5,0	4	4	5
Wichtigkeit	2,0 – 5,0	5	5	5

Die Beziehung zwischen den Kollegen wird also durchschnittlich als gut eingeschätzt (4,0).

Vorgesetzte

Auch in dieser Skala des Betriebsklimafragenbogens werden die 3 Kennwerte Gesamtscore, Zufriedenheit und Wichtigkeit berechnet. In Tabelle 20 finden sich die Charakteristika der drei Kennwerte.

Tabelle 20: *Statistische Kennwerte der Skala Vorgesetzte*

Vorgesetzte	Spannweite	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Gesamtscore	1,79 – 5,0	3,39	4,21	4,64
Zufriedenheit	1,0 – 5,0	3	4	5
Wichtigkeit	3,0 – 5,0	5	5	5

Die Führung durch die Vorgesetzten wird also durchschnittlich als gut eingeschätzt (4,0).

Organisation des Dienstplans

In Abbildung 19 sind die prozentuellen Antworthäufigkeiten des Items zur Organisation des Dienstplans zu finden.

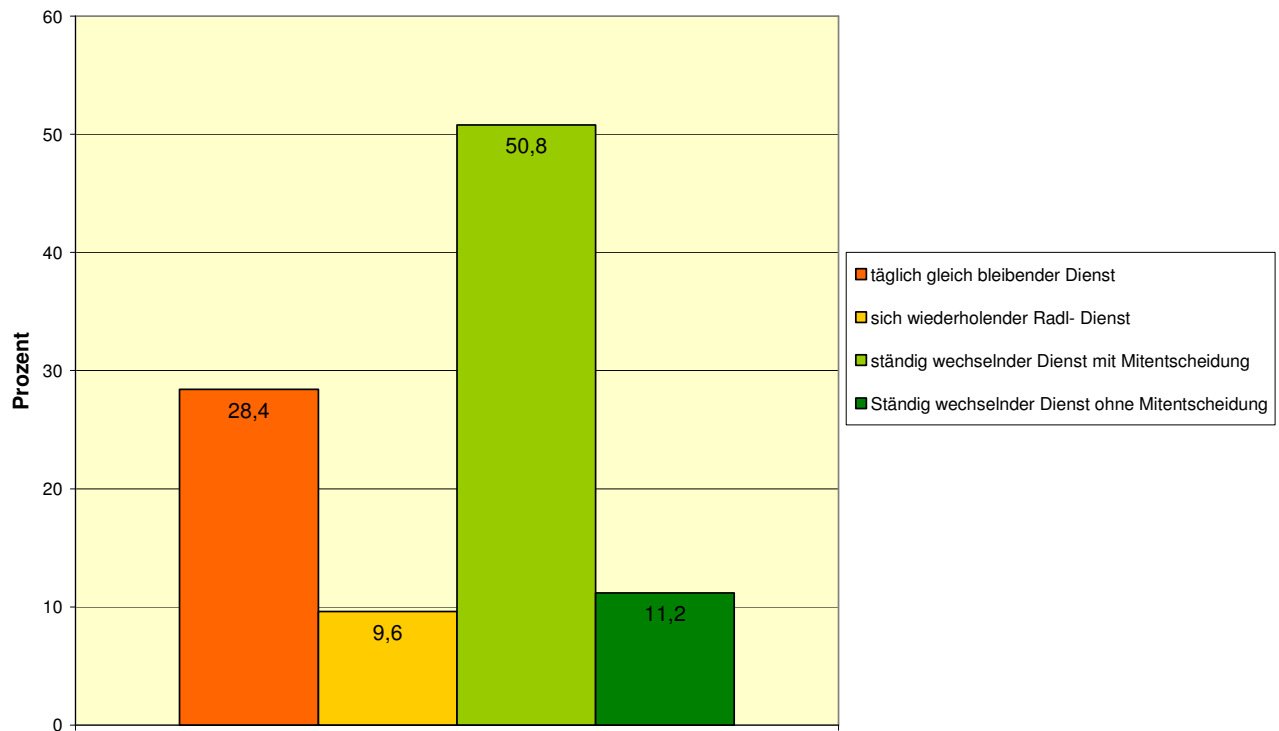


Abbildung 19: Die Organisation de Dienstplans

Organisation der Arbeitsabläufe

Die prozentuellen Häufigkeiten der Bewertung der Organisation finden sich in Abbildung 20. Der Median liegt in der Kategorie „gut“ (3,0).

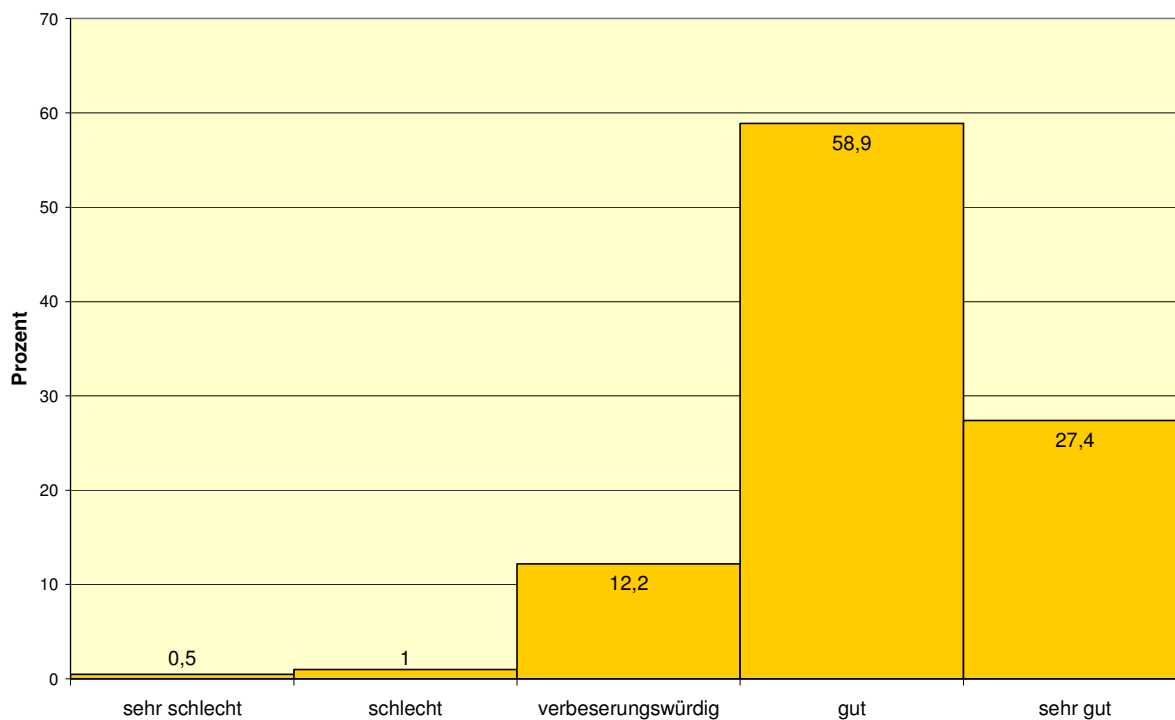


Abbildung 20: Die Bewertung der Organisation der Abläufe

Definition der Aufgabenverteilung

Auch bei diesem Item liegt der Median in der Kategorie „gut“ (3,0). Die prozentuellen Häufigkeiten sind in Abbildung 21 zu finden.

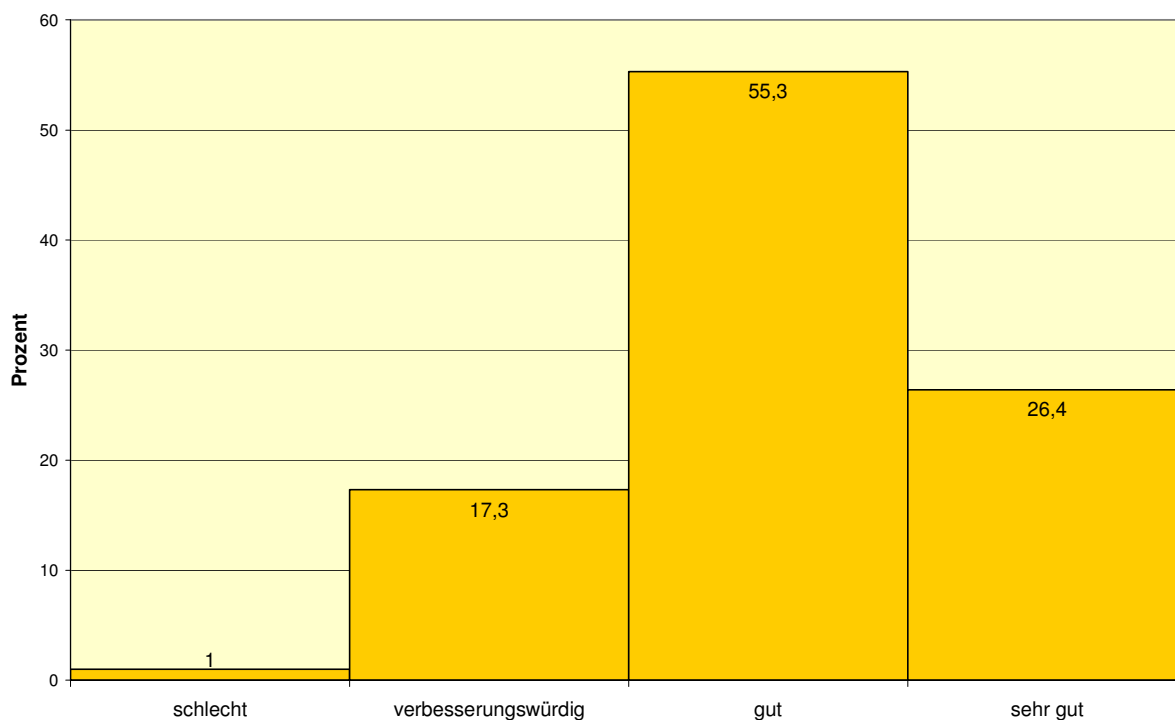


Abbildung 21: Die Bewertung der Definition der Aufgabenverteilung

Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung

Die prozentuellen Antworthäufigkeiten finden sich in Abbildung 22. Der Median liegt in der Kategorie „einigermaßen gerecht“ (3,0).

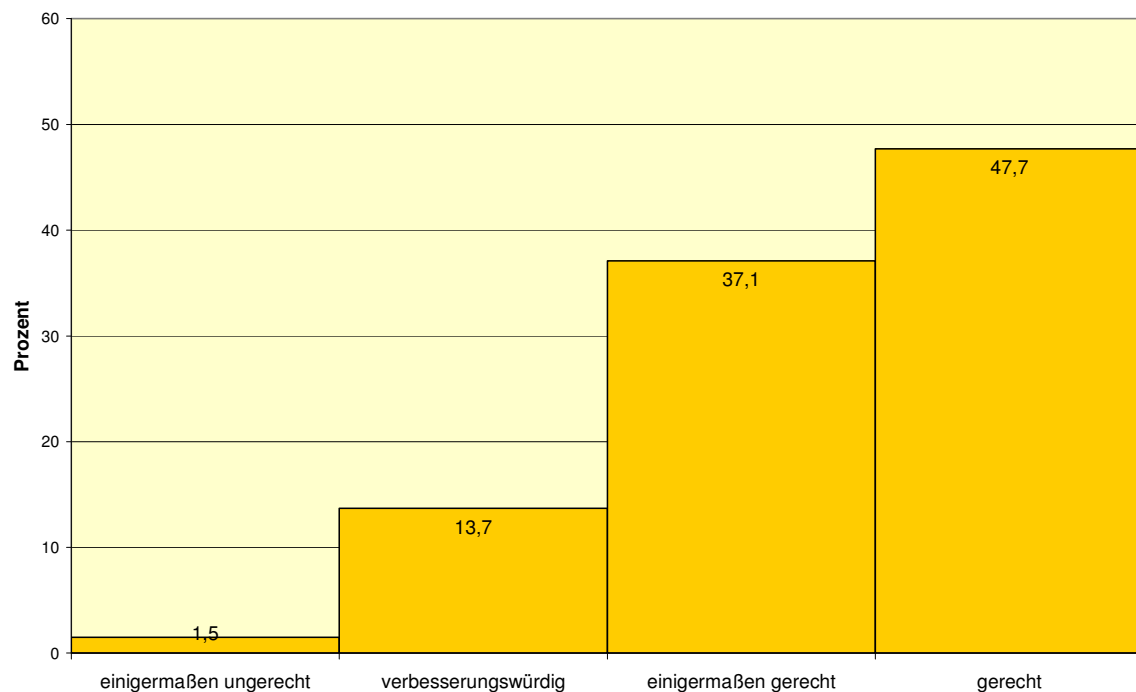


Abbildung 22: Die Bewertung der Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung

Aufgaben von Praktikanten, Zivildienern und FSJ's (freiwilliges soziales Jahr)

73,1% der Betreuungspersonen geben an, dass Praktikanten, Zivildienern und Personen, die das freiwillig soziale Jahr absolvieren nicht die gleichen Aufgaben haben, wie die anderen Mitarbeiter. 23,9% finden, dass diese Personen dieselben Aufgaben haben, wie die anderen Betreuungspersonen. 6 Betreuer machen hierzu keine Angaben.

Die Frage nach den Unterschieden mit offenem Antwortformat wird von 135 Personen beantwortet, viele Teilnehmer geben dabei Mehrfachantworten. Insgesamt wurden 239 Nennungen von Aufgabenunterschieden gemacht. In Tabelle 21 sind die gegebenen Antworten und die dazugehörigen Antworthäufigkeiten angegeben.

Tabelle 21: *Aufgabenunterschiede bei Praktikanten, Zivildienern und FSJ's und ihre Nennungshäufigkeiten*

Aufgabenunterschiede bei Praktikanten	Prozentuelle Nennungshäufigkeiten	Absoluten Nennungshäufigkeiten
Keine medizinischen Tätigkeiten, wie Medikamenten-Ausgabe	16,5%	39
Keine bzw. weniger pflegerische Tätigkeiten	13,5%	32
Keine bzw. weniger Verantwortung	13%	31
Keine Dokumentation	11,8%	28
Keine Nachtbereitschaften und Nachtdienste	8%	19
Keine Kliententransporte, keine Dienstfahrten	5%	13
Keine Unternehmung alleine mit Klienten	4,2%	10
Keine Kassa-Tätigkeiten, keine Geld-Ausgabe	4,2%	10
Unbeliebt Aufgaben und Hilfsdienste bzw. Produktionshilfe	3,8%	9
Unterstützung der Betreuer in ihren Tätigkeiten und sind Zuseher	3,4%	8
Keine Wahrnehmung von Arztterminen mit Klienten	2,9%	7
Keine Bezugsbetreuung	2,5%	6
Keine organisatorischen Aufgaben	2,5%	6
Keine Angehörigenarbeit	2,1%	5
Keine Aufgaben, die einem Praktikanten rechtlich nicht erlaubt sind	1,7%	4
Keine bzw. weniger pädagogische Aufgaben	1,3%	3
Keine Anwesenheit bei dienstlichen Besprechungen	0,8%	2
Keine Krisenintervention	0,4%	1
Keine Therapeutengespräche	0,4%	1
Keine Teilnahme an Supervision	0,4%	1
Keine Teilnahme an Urlaubsaktionen	0,4%	1
Keine Einzelbetreuung	0,4%	1
Keine Haushaltstätigkeiten	0,4%	1
Kein Kontakt mit Sachwaltern	0,4%	1

Die rot markierte Zeile in der Tabelle zeigt die Antworten, nach denen mit dieser Frage gesucht wurde, nämlich nach möglichen Verschiebungen von unbeliebten Aufgaben an andere – möglicherweise um sich selbst zu entlasten. Insgesamt machen 6 Personen in Form von 9 Antworten (3,8%) Angaben zu einer solchen Aufgabenverschiebung. Genannt werden dabei „unbeliebte Aufgaben“ und „Hilfsdienste“, „Wäsche waschen“, „Einkäufe“,

„Klientenbeaufsichtigung in Betreuerpausen“, „Essen holen“, „Putzdienste“, sowie „Produktionshilfe“. Aufgrund dieser geringen Anzahl solcher Antworten kann davon ausgegangen werden, dass im Großteil der Stichprobe ein Störfaktor der Art, dass unbeliebte Aufgaben an Praktikanten und Zivildienstler abgegeben werden keine Rolle spielt und demnach auch die Beantwortung der anderen Items zu Arbeitsabläufen und Aufgabenverteilung nicht beeinflussen. Deshalb wird auch entschieden, diese Variable nicht in die folgenden Hypothesenauswertungen einzubeziehen.

10.1.5 Deskriptivstatistik und Verteilung der abhängigen Variablen

Im Folgenden sollen die deskriptiven Daten der abhängigen Variablen „Berücksichtigung der Autonomie der Klienten“ und „Burnout“ beschrieben werden. Außerdem werden die Variablen auf Normalverteilung geprüft.

Die Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

In der Gesamtstichprobe sind sowohl die Skala Einstellung als auch die Skala Umsetzbarkeit nicht normal verteilt (K-S: $p < .001$; signifikant). Die Summenscores der beiden Skalen können zwischen 4 und 16 liegen, wobei der Wert 4 eine geringe Wichtigkeit beziehungsweise Umsetzbarkeit bedeutet und der Wert 16 eine sehr hohe Wichtigkeit und Umsetzbarkeit. Die statistischen Kennwerte der beiden Skalen sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Kennwerte der Skalen Einstellung und Umsetzbarkeit der Autonomie

Autonomie-Skalen	Spannweite	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Einstellung	6	14	15	16
Umsetzbarkeit	11	11	13	14

Durchschnittlich wird die Wichtigkeit der Autonomie der Klienten also als sehr hoch (15,0) erachtet. Auch die Umsetzbarkeit der Autonomie wird im Durchschnitt recht gut bewertet (13,0), wenn auch nicht so hoch wie die Wichtigkeit. Die prozentuellen Häufigkeiten der Skalenscores finden sich in den Abbildungen 23 und 24.

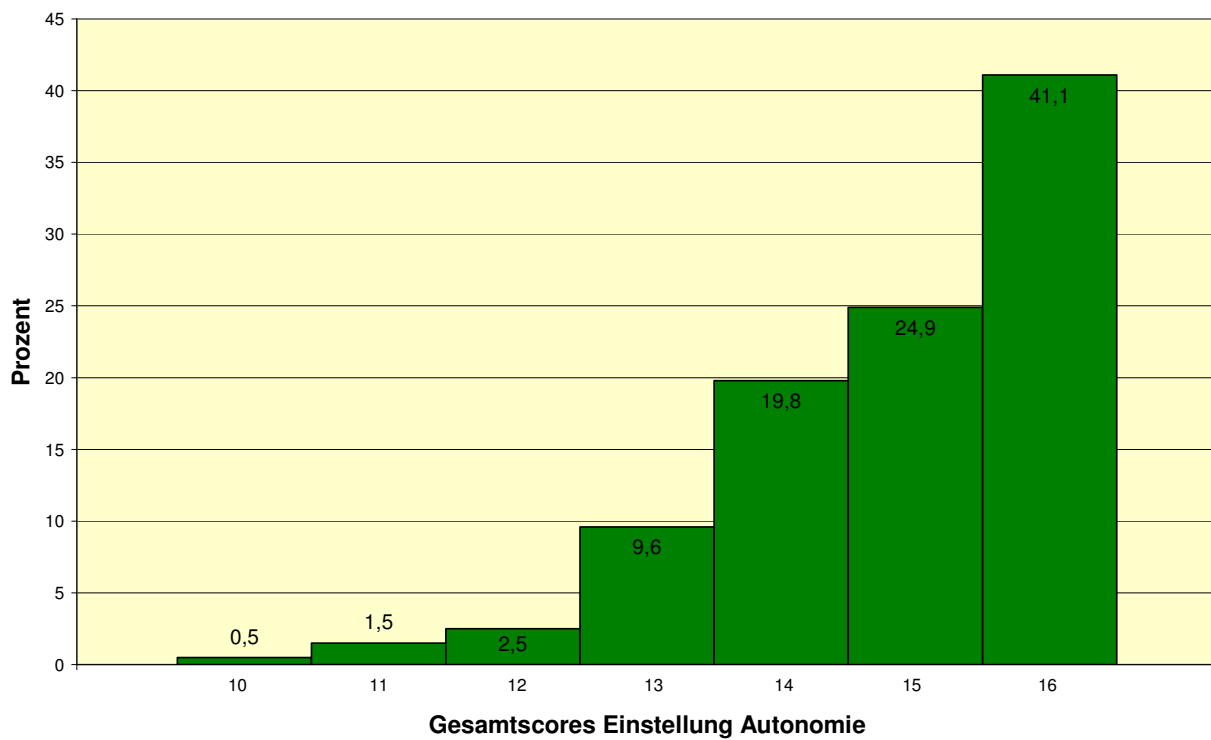


Abbildung 23: Gesamtscores der Skala Einstellung zur Autonomie der Klienten

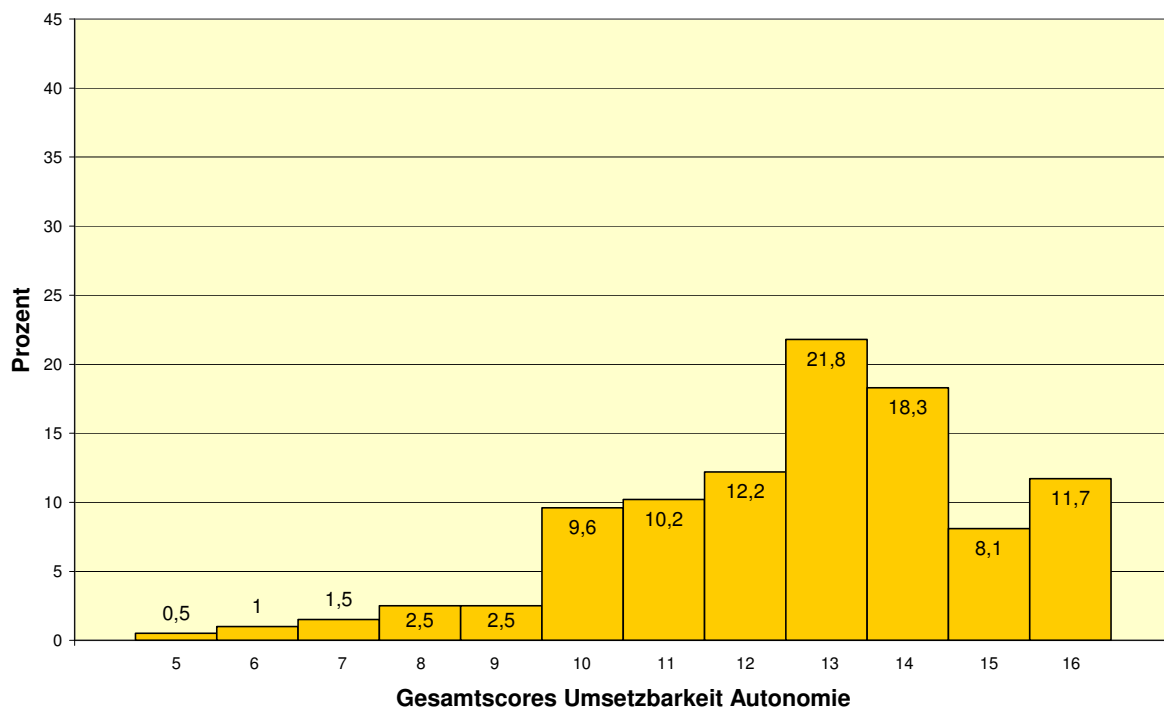


Abbildung 24: Gesamtscores der Skala Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten

Betrachtet man die beiden Bereiche Wohnen und Arbeit getrennt voneinander, fällt auf, dass auch in beiden Teilstichproben der Median der Einstellung bei 15 und der Median der Umsetzbarkeit bei 13 liegt.

Burnout

Bei der Verrechnung des MBI erhält man die 3 Skalenwerte Emotionale Erschöpfung (EE), Depersonalisation (D) und Persönliche Erfüllung (PE). In der Skala EE können die Summenscores im Bereich von 9 bis 54 liegen, wobei der Wert 9 kein Vorhandensein einer emotionalen Erschöpfung bedeutet, der Wert 54 bezeichnet hingegen eine sehr hohe emotionale Erschöpfung. Die Scores der Skala D können von 5 bis 30 reichen, wobei 5 wiederum keine Depersonalisation bedeutet, der Wert 30 lässt auf eine hohe Depersonalisation schließen. In der letzten Skala PE reichen die Summenscores von 7 bis 42, wobei der Wert 7 eine sehr geringe persönliche Erfüllung kennzeichnet und der Wert 42 eine sehr hohe.

In der Gesamtstichprobe ist keine der 3 Skalen normal verteilt (K-S: EE: $p = .02$; D: $p < .001$; PE: $p = .03$). Die Kennwerte der Skalen finden sich in Tabelle 23.

Tabelle 23: *Statistische Kennwerte der 3 MBI- Skalen*

MBI- Skalen	Spannweite	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
EE	39	16	20	26
D	13	6	7	10
PE	25	33	35	37

Der Median der Skala emotionale Erschöpfung (20,0) liegt in einem niedrigen bis mittleren Bereich, der Median der Depersonalisation (7,0) liegt in einem sehr niedrigen Bereich. Die durchschnittliche persönliche Erfüllung der Untersuchungsteilnehmer (35) ist als recht hoch einzuschätzen. Die Abbildungen 25, 26 und 27 zeigen die prozentuellen Häufigkeiten der Gesamtscores der 3 Skalen.

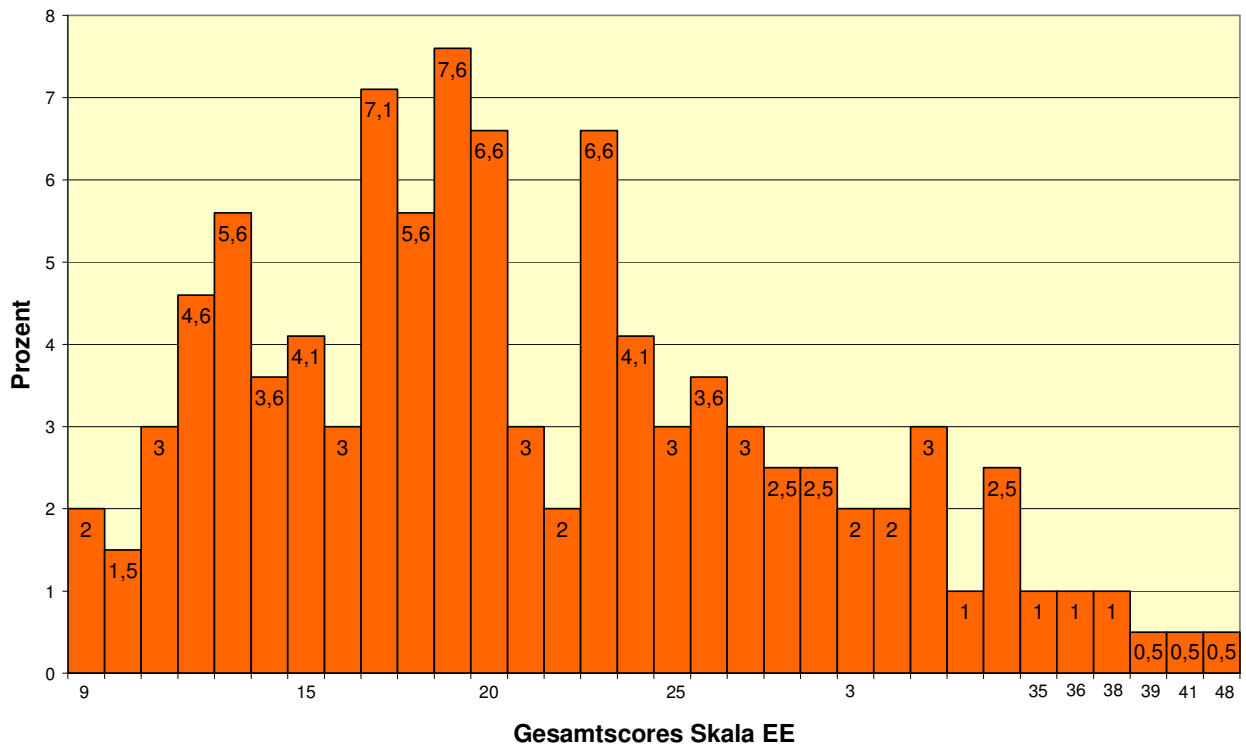


Abbildung 25: Gesamtscores der MBI-Skala Emotionale Erschöpfung

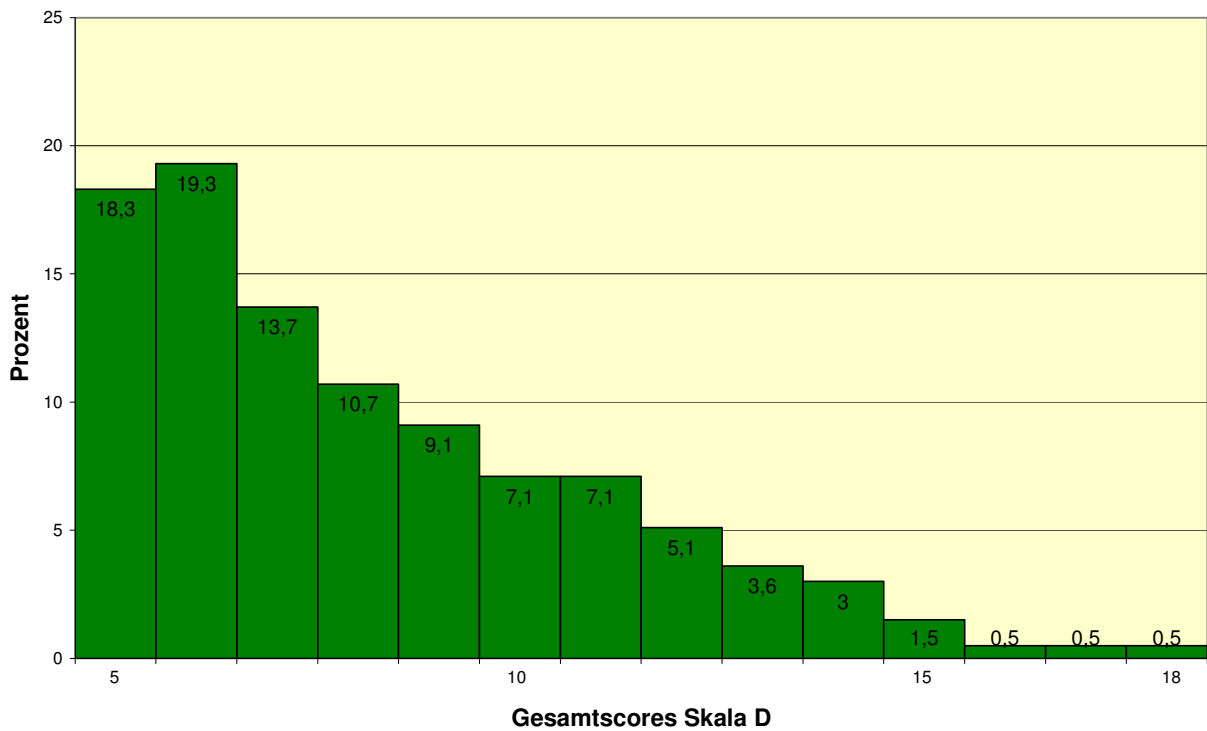


Abbildung 26: Gesamtscores der MBI-Skala Depersonalisation

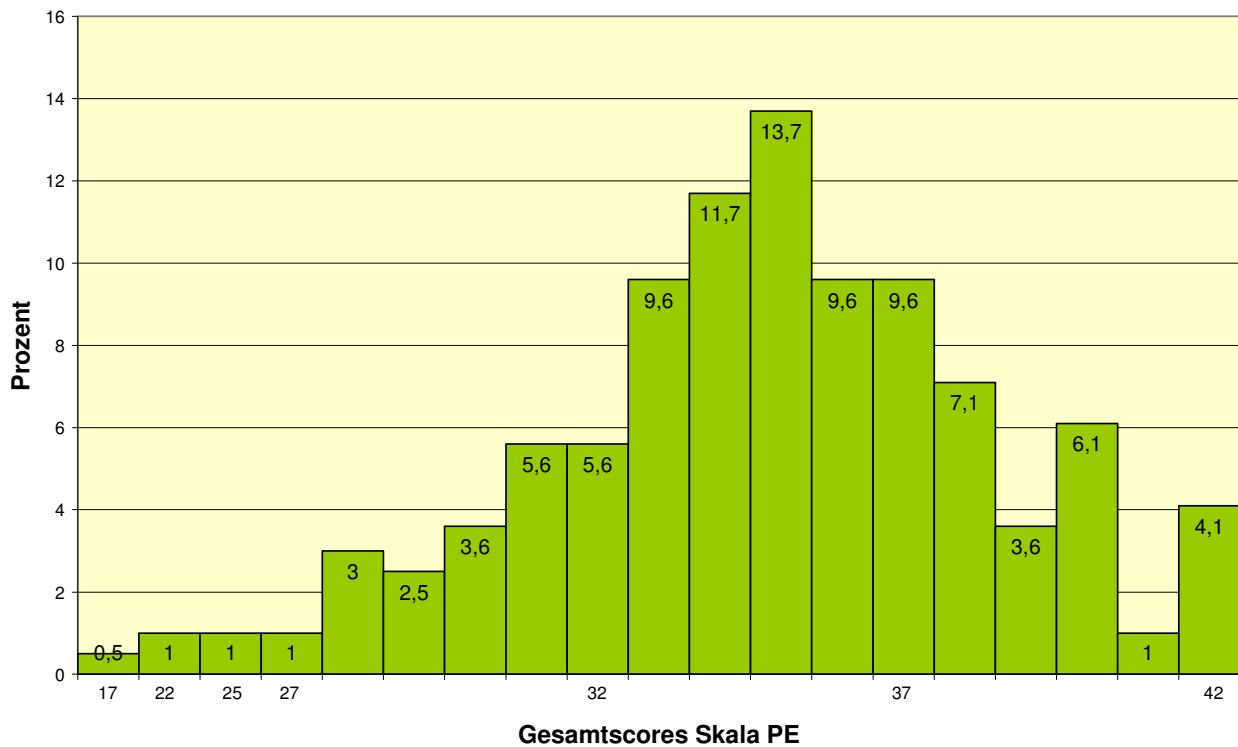


Abbildung 27: Gesamtscores der MBI-Skala Persönliche Erfüllung

Betrachtet man die Lagemaße der drei MBI-Skalen in den beiden Bereichen Wohnen und Arbeit, erkennt man beinahe dieselben Mittelwerte/Mediane in den beiden Skalen D und PE. Nur in der Skala emotionale Erschöpfungen ergeben sich minimale Unterschiede, wie Tabelle 24 zeigt.

Tabelle 24: Mittelwerte und Standardabweichungen der MBI-Skalenwerte in den Bereichen Arbeit/ Wohnen

MBI- Skalen	Bereich Wohnen		Bereich Arbeit	
	M	SD	M	SD
EE	20,2	6,66	23,65	8,28
D	8,2 (Median=7,00)	(2,87)	8,15	2,95
PE	34,5	4,13	35,18	3,59

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; die Verteilung von D im Bereich Wohnen entspricht keiner Normalverteilung, weshalb die Lagemaße in Klammern gesetzt wurden und auch der Median angegeben wird

10.2 Die statistische Überprüfung des Fragebogens

Bereits bei der Konstruktion und bei der Vorgabe des Erhebungsinstrumentes wurde auf möglichst große Objektivität Wert gelegt. Die Antwortformate fast aller Items stellen Likertskalen dar, wodurch die Verrechnungssicherheit weitgehend gewährleistet sein soll. Auch die Vorgabe der Fragebögen ist ohne die Anwesenheit des Untersuchungsleiters durchgeführt worden. Es wurde versucht, die Untersuchungsteilnehmer durch das Einleitungsschreiben und die Erklärungen zu den einzelnen Fragebogenteilen ausreichend zu informieren und anzuleiten. So sollte auch die Testleiterunabhängigkeit gegeben sein. Da sowohl die Items zur Erfassung der Berücksichtigung der Autonomie als auch das MBI-D relativ neue und wenig überprüfte Erhebungsinstrumente darstellen, werden in Folge für diese Teile Faktorenanalysen mit Hauptkomponentenrotation (Varimax) errechnet, um die Konstruktvalidität und die Dimensionalität der Instrumente zu überprüfen. Weiters werden Reliabilitätsanalysen durchgeführt, um die inneren Konsistenzen und die Itemtrennschärfen der Fragebogenteile festzustellen. Kline (1999) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass ein Cronbach's Alpha $\alpha = .7$ eine ausreichende Reliabilität darstellt, darunter sollte der Wert allerdings nicht liegen.

10.2.1 Die Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

Die Items dieses Fragebogenteils wurden von O'Sheedy (2009) und Hrnecir (2009) entwickelt, verwendet und mittels Faktorenanalyse überprüft. Dabei wurden zwei Faktoren gefunden, die die Autorinnen „Einstellung“ und „Umsetzbarkeit“ nennen. Die Studie erfolgte in verschiedenen Einrichtungen zur Betreuung an Demenz erkrankter Patienten. Die Faktorenanalyse soll nun in der vorliegenden Stichprobe von Behindertenbetreuern noch einmal durchgeführt werden. In die Analyse können 197 Fragebögen einbezogen werden, da alle Untersuchungsteilnehmer die Items zu Berücksichtigung der Autonomie bearbeitet haben. Die Einbeziehung aller acht Items ergibt eine Interkorrelationsmatrix, die bei Item 4 der Einstellungsskala (Einstellung zur Verrichtung der Ausscheidung und Erneuerung der Inkontinenzunterlagen ohne das Beisein anderer Klienten) Auffälligkeiten zeigt. Es zeigt sich nämlich, dass dieses Item sehr geringe Korrelationen mit allen anderen Items aufweist (größte Korrelation: .194), was darauf hindeutet, dass dieses Item eventuell ausgeschlossen werden sollte (Field, 2006). Einen weiteren Hinweis auf einen solchen Ausschluss bietet die Anti-

Image-Korrelationsmatrix. Die Werte in der Diagonale dieser Matrix sind KMO-Maße (Kaiser-Meyer-Olkin-Maß), welche Maße der Stichprobeneignung darstellen (Field, 2006). Auch in dieser Matrix zeigt sich für Item 4 der Einstellungsskala eine Auffälligkeit. Der KMO-Wert jedes Items sollte laut Kaiser (1970) nicht unter .5 liegen, wenn doch sollte das Item eventuell ausgeschlossen werden. Der KMO-Wert in der Matrix liegt für Item 4 der Skala Einstellung bei .399. Das Item wird also aus der Analyse ausgeschlossen.

In einer Faktorenanalyse ohne Item 4 der Skala Einstellung zeigen sich nun keine Auffälligkeiten mehr, weder in der Interkorrelationsmatrix, noch in der Anti-Image-Korrelationsmatrix. Die Faktorenanalyse ergibt in weiterer Folge zwei Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1 (Faktor 1: 2,449; Faktor 2: 1,331). Faktor 1 erklärt 34,98% der Varianz, Faktor 2 19%, zusammen erklären die beiden Faktoren also 53,98% der Varianz.

Durch die Varimax-Rotation ergeben sich die in Tabelle 25 angeführten Faktorladungen der einzelnen Items.

Tabelle 25: *Ladungen der Items zur Autonomie in den Faktoren*

Autonomie- Items	Faktor 1	Faktor 2
Item 1_Einstellung	.205	.757
Item 2_Einstellung	.087	.458
Item 3_Einstellung	.031	.782
Item 1_Umsetzbarkeit	.722	.238
Item 2_Umsetzbarkeit	.660	.237
Item 3_Umsetzbarkeit	.793	.234
Item 4_Umsetzbarkeit	.691	-.321

Man erkennt deutlich, dass die 3 Items zur Einstellung hoch im Faktor 2 laden, die Items zur Umsetzbarkeit hingegen im Faktor 1, was die Konstruktion des Fragebogens mit den beiden Skalen „Einstellung“ und „Umsetzbarkeit“ stützt. Aus diesem Grund wird der Faktor 1 auch „Umsetzbarkeit“ und Faktor 2 „Einstellung“ genannt.

Für alle weiteren Berechnungen wird nun aufgrund der hier dargestellten Ergebnisse das Item 4 der Skala „Einstellung“ ausgeschlossen. Die Spannweite der Scores in der Skala „Einstellung“ reicht somit nur mehr von 3 bis 12.

In weiterer Folge wurde eine Reliabilitätsanalyse für die beiden Skalen „Einstellung“ und „Umsetzbarkeit“ berechnet. Dabei zeigt sich, dass die innere Konsistenz der Skala „Einstellung“ mit Cronbachs $\alpha = .501$ sehr klein ist ($N = 197$). Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass die Reliabilität auf $.595$ erhöht werden kann, wenn das Item 2 der Skala ausgeschlossen wird. Allerdings würde die Skala dann nur noch aus 2 Items bestehen und die Reliabilität wäre immer noch zu klein. Die innere Konsistenz der Skala Umsetzbarkeit liegt mit $\alpha = .702$ im akzeptablen Bereich ($N = 197$). Die Itemtrennschärfen der 4 Items der Skala sind der Tabelle 26 zu entnehmen.

Tabelle 26: *Korrigierte Itemtrennschärfen der Items der Skala „Umsetzbarkeit“*

Items „Umsetzbarkeit“	Itemtrennschärfen
Item 1	.532
Item 2	.471
Item 3	.627
Item 4	.348

Auf die Skala „Einstellung zur Autonomie der Klienten“ wird in weiterer Folge aus Gründen der mangelnden Reliabilität zur Gänze verzichtet. Es wird also nur noch die Skala Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten für die weiteren Berechnungen und Hypothesen-Prüfungen verwendet.

10.2.2 Burnout

Bei der Faktorenanalyse des MBI-D sind alle Interkorrelationen, sowie die KMO-Werte der einzelnen Items unauffällig. Nach Kaisers Kriterium, das besagt, dass alle Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1 bedeutsam sind (Field, 2006) werden 5 Faktoren mit einem solchen Eigenwert gefunden. Allerdings sind die Eigenwerte des 4. und 5. Faktors mit 1,107 und 1,021 als sehr klein einzuordnen. Laut Field (2006) ist Kaisers Eigenwert-Kriterium eventuell

nicht das günstigste Kriterium zur Faktoren-Auswahl, wenn weniger als 30 Variablen in die Analyse miteinbezogen werden und die Kommunalitäten der einzelnen Items kleiner als .7 sind. Der MBI enthält 21 Items und die Kommunalitäten, wie sie in Tabelle 27 dargestellt werden, sind außer denen der Items 10 und 19 alle kleiner als .7.

Tabelle 27: *Kommunalitäten der Items des MBI in der Faktorenanalyse mit 5 extrahierten Faktoren*

MBI- Items	Kommunalitäten
Item 1	.507
Item 2	.695
Item 3	.697
Item4	.538
Item 5	.598
Item 6	.411
Item 7	.640
Item 8	.621
Item 9	.420
Item 10	.756
Item 11	.687
Item 12	.617
Item 13	.543
Item 14	.550
Item 15	.589
Item 16	.422
Item 17	.638
Item 18	.380
Item 19	.764
Item 20	.674
Item 21	.555

Aus diesem Grund wird der in Abbildung 28 dargestellte Screeplot zur Auswahl der Faktoren hinzugezogen.

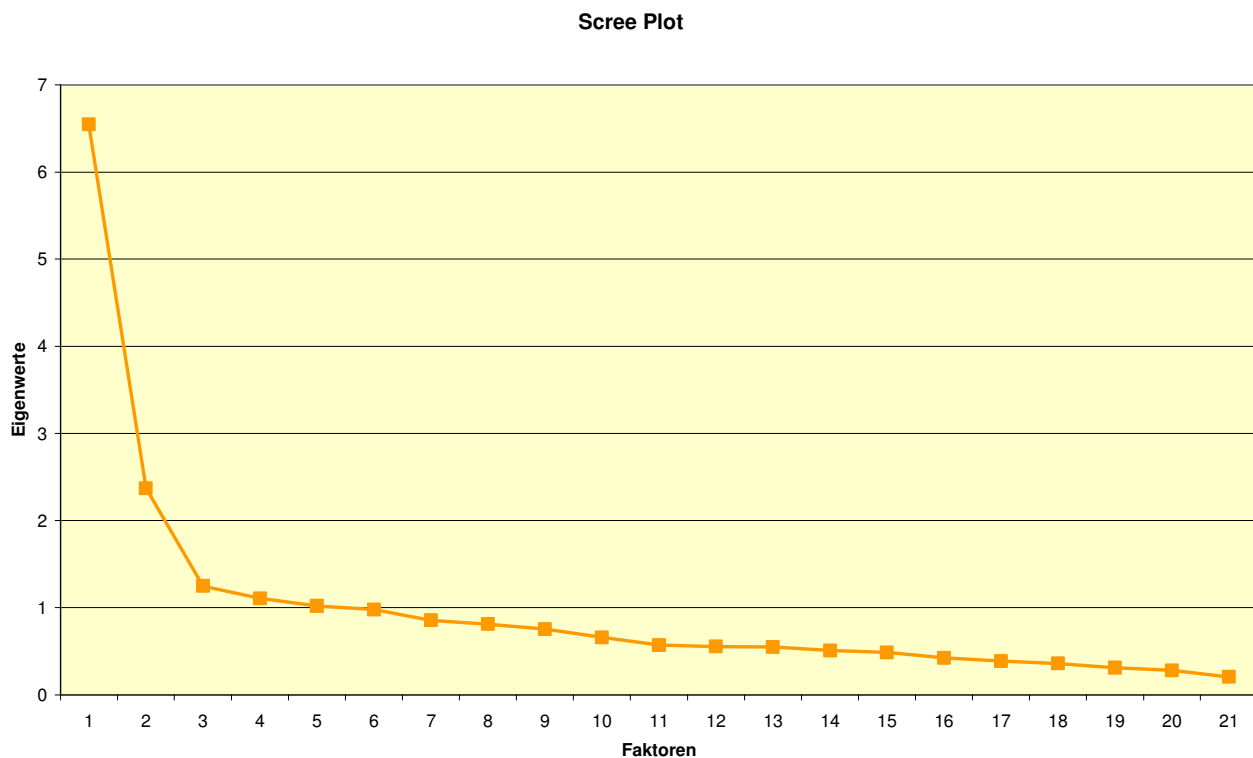


Abbildung 28: *Screeplot der Faktorenanalyse des MBI-D*

Im Screeplot kann man nach dem 3. Faktor eine deutliche Diskontinuität erkennen, die Kurve flacht nach dem 3. Faktor also merklich ab und zeigt nach diesem Knick keine nennenswerten Auffälligkeiten mehr. Aufgrund dieses Eigenwertdiagramms wird also eine drei-faktorielle Lösung angestrebt. Faktor 1 hat dabei einen Eigenwert von 6,549, der Eigenwert von Faktor 2 beträgt 2,37 und der von Faktor 3 1,25. Nach der Varimax-Rotation erklärt der erste Faktor 23,122% der Varianz, Faktor 2 erklärt 14,695% und der 3. Faktor erklärt 10,605% der Varianz. Insgesamt werden also 48,422% der Gesamtvarianz durch die 3 extrahierten Faktoren erklärt. Die Ladungen der einzelnen Variablen in den 3 Faktoren sind in Tabelle 28 dargestellt.

Tabelle 28: *Ladungen der MBI-Items in den extrahierten Faktoren*

MBI- Items	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Item 10_EE	.824	-.195	-.079
Item 11_EE	.799	-.161	.070
Item 7_EE	.728	-.071	.213
Item 21_EE	.699	-.145	.098
Item 20_EE	.668	-.139	.322
Item 5_EE	.637	-.174	.285
Item 14_EE	.631	-.234	-.043
Item 19_EE	.588	-.122	.335
Item 18_EE	.545	-.094	.246
Item 1_D	.516	.096	.332
Item 2_PE	.009	.722	-.210
Item 8_PE	-.148	.690	.061
Item 13_PE	-.167	.681	-.162
Item 3_PE	-.105	.667	-.269
Item 4_PE	-.280	.538	-.088
Item 16_PE	-.207	.533	-.110
Item 12_PE	.126	.526	-.519
Item 17_D	.112	-.198	.658
Item 9_D	.290	-.098	.530
Item 15_D	.219	-.226	.525
Item 6_D	.137	-.078	.517

Anmerkungen. EE = Emotionale Erschöpfung; PE = Persönliche Erfüllung; D = Depersonalisation

Man erkennt, dass alle Items der Skala EE am höchsten in Faktor 1 laden. Item 1 („Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet“) sollte eigentlich laut Glaser (in Druck) der Skala Depersonalisation angehören. Allerdings ist in Tabelle 24 zu erkennen, dass dieses Item am höchsten in Faktor 1 lädt und somit also eher der Skala EE zuzuordnen ist. Alle Items der Skala PE laden im Faktor 2 am höchsten. Die restlichen 4 Items der Skala D laden im 3. Faktor am höchsten. Es ist also nahe liegend den Faktor 1 mit „Emotionale Erschöpfung“ zu bezeichnen, Faktor 2 als „Persönliche Erfüllung“ und Faktor 3 mit „Depersonalisation“. Für alle weiteren Berechnungen in dieser Arbeit wird allerdings das Item 1 des MBI zur Skala EE hinzugezogen und nicht mehr zur Skala D. Die neue Spannweite der Scores in der Skala EE reicht also nun von 10 bis 60, die korrigierte Spannweite der Skala D reicht nun von 4 bis 24.

In weiterer Folge wird auch für die Skalen des MBI's eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Die Skala EE besitzt mit einer inneren Konsistenz von $\alpha = .883$ (Itemanzahl: 10; N = 197) eine sehr zufrieden stellende Reliabilität. Die Itemtrennschärfen sind der Tabelle 29 zu entnehmen.

Tabelle 29: Korrigierte Itemtrennschärfen der MBI-Skala Emotionale Erschöpfung

Items EE	Itemtrennschärfen
Item 10	.726
Item 11	.723
Item 7	.689
Item 21	.626
Item 20	.675
Item 5	.639
Item 14	.531
Item 19	.588
Item 18	.524
Item 1	.461

Die innere Konsistenz der Skala PE liegt bei $\alpha = .787$ (Itemanzahl: 7; N = 197) und ist damit ebenfalls als gut einzuordnen. Die Itemtrennschärfen dieser Skala finden sich in Tabelle 30.

Tabelle 30: *Korrigierte Itemtrennschärfen der MBI-Skala Persönliche Erfüllung*

Items PE	Itemtrennschärfen
Item 2	.588
Item 8	.476
Item 13	.574
Item 3	.596
Item 4	.442
Item 16	.424
Item 12	.489

Die Reliabilität der Skala Depersonalisation liegt bei $\alpha = .559$ (Itemanzahl: 4; N = 197), was als nicht genügend zu bezeichnen ist. Das liegt unter anderem wahrscheinlich an der kleinen Itemanzahl. Aber auch eine der Itemtrennschärfen, die des Items 6 (.268) ist als ungenügend zu bezeichnen. Aufgrund der mangelnden Reliabilität wird die Skala Depersonalisation also von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen.

10.3 Die Ergebnisse der Prüfung der Hypothesen

Bevor die einzelnen Hypothesen überprüft werden, soll ein Überblick über das statistische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellungen gegeben werden.

10.3.1 Ein Überblick über das Vorgehen

Zur Auswertung aller Hypothesen werden multiple lineare Regressionen berechnet. Zuerst wird eine solche Regression für die Scores der MBI-Skala „Emotionale Erschöpfung“ als abhängige Variable berechnet, danach werden die Scores der MBI-Skala „Persönliche

Erfüllung“ als abhängige Variable herangezogen und in einem letzten Schritt die Skala der „Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten“. Die MBI-Skala „Depersonalisation“ beziehungsweise die Skala „Einstellung zur Autonomie der Klienten“ werden in die Auswertung aufgrund der bereits genannten sehr geringen Reliabilitäten nicht miteinbezogen. Es wird für alle drei multiplen linearen Regressionen ein hierarchisches Vorgehen zum Einzug der Variablen gewählt. Dabei werden jeweils in einem ersten Block all jene Variablen einbezogen, für die aufgrund des bereits vorhandenen theoretischen Hintergrundes gerichtete Hypothesen formuliert werden konnten, für die also ein gerichteter Einfluss auf die abhängige Variable angenommen werden kann. In einem zweiten Block werden all jene Variablen einbezogen, für die keine solchen gerichteten Zusammenhänge erwartet werden können, da aufgrund der bereits vorhandenen Literatur zu wenig Vorinformation vorhanden ist. Die zusammengefassten Ergebnisse dieser ersten Regressions-Berechnungen für die MBI-Skalen finden sich jeweils unter 10.3.2, also bei der Beantwortung der Hauptfragestellungen. Außerdem werden die ersten Regressionsberechnungen auch zur Beantwortung der einzelnen anderen Fragestellungen unter 10.3.3 herangezogen, da alle interessierenden Prädiktor-Variablen einbezogen wurden. Zur Beantwortung der Hauptfragestellungen zu den Burnout-Symptomen als abhängige Variablen wird allerdings jeweils, wie von Field (2006) empfohlen noch eine zusätzliche multiple lineare Regression berechnet, in die nur mehr jene Prädiktoren in einem einzigen Block miteinbezogen werden, die sich in der ersten Regressions-Berechnung als signifikante Prädiktoren zur Vorhersage der abhängigen Variable erwiesen haben.

10.3.2 Ergebnisse der Prüfung der Haupthypothesen

Die Ausprägungen des Burnout-Symptoms „Emotionale Erschöpfung“ lassen sich auf der Basis der mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Faktoren diskriminieren.

Aufgrund der Möglichkeit der gerichteten Hypothesen-Formulierung über Zusammenhänge zur Skala EE werden folgenden Variablen in einem ersten Block in die multiple lineare Regression miteinbezogen: Position innerhalb der Einrichtung, abgeschlossene Berufsausbildung, selbst eingeschätzte Eignung, Balance zwischen Beruf und Privatleben,

Belastung im Berufsleben, Belastung im Privatleben, Schweregrad der Behinderung der Klienten, Anzahl der Klienten in der Einrichtung, Inanspruchnahme von Supervision, Unterstützung durch die Kollegen, Führung durch die Vorgesetzten, Organisation der Arbeitsabläufe und die Definition der Aufgabenverteilung. In einem zweiten Block werden alle anderen Prädiktoren einbezogen.

Tabelle 31 zeigt die statistischen Kennwerte der multiplen linearen Regression unter Einbezug aller interessierenden Variablen.

Tabelle 31: *Statistische Kennwerte der Regression mit der abhängigen Variable EE*

	R	R²	Korr. R²
Modell 1	.722	.521	.477
Modell 2	.798	.637	.548

Anmerkungen. R = multiple Korrelation zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable. R² = Maß für die erklärte Varianz der abhängigen Variable durch die Prädiktoren. Korrigiertes R² = Maß für die Güte der Generalisation des Modells für die Population.

In die Regressionsberechnung konnten 168 Fälle eingeschlossen werden. Bei den übrigen 31 Fällen fehlt mindestens ein Wert in einer einbezogenen Variable, was als Ausschlussgrund aus der Berechnung gewertet wird.

Das 1. Modell, bei dem nur die oben genannten 13 Prädiktor-Variablen einbezogen wurden erklärt also 52,1 % der Varianz der Scores der Skala „Emotionale Erschöpfung“, das 2. Modell unter Einbezug aller interessierender Variablen erklärt hingegen 63,7 % der Varianz der abhängigen Variable. Die Veränderung der erklärten Varianz ist für beide Modelle auf der Basis des Signifikanzniveaus $p < .001$ signifikant. Die Durbin-Watson-Statistik zeigt mit einem Wert von 1,85, dass die Residuen unabhängig voneinander sind. Laut Field (2006) sollte dieser Wert nicht kleiner als 1 und nicht größer als 3 sein und möglichst nahe beim Wert 2 angesiedelt sein. Die Varianzanalyse zeigt außerdem, dass beide Modelle mit einem Signifikanzwert $p < .001$ besser zur Vorhersage der abhängigen Variable geeignet sind als die Vorhersage durch den Mittelwert.

Die Voraussetzung der nicht vorhandenen Multikollinearität ist in beiden Modellen erfüllt. In der Korrelationsmatrix finden sich keine Korrelationen zwischen den Prädiktoren die größer als .9 ist, was nach Field (2006) ein Anzeichen für Multikollinearität wäre. Keiner der

Varianz-Inflation-Faktoren (VIF) ist größer als 10. Der VIF zeigt an, ob 2 der Prädiktoren eine enge lineare Korrelation verbindet. Außerdem findet sich kein minimaler Toleranz-Wert kleiner als .1. Es kann also davon ausgegangen werden, dass keine Multikollinearität zwischen den Prädiktoren besteht.

Es findet sich ein Fall, dessen Residuum größer als 2 ist. Allerdings zeigt eine fallweise Diagnose keine weiteren Auffälligkeiten und somit muss der Fall nicht aus der Modellberechnung ausgeschlossen werden.

Außerdem zeigt sich, dass die Voraussetzungen für die Generalisation des Modells über die Stichprobe hinaus gegeben sind. Die standardisierten Residuen sind also normal verteilt, Homoskedastizität und ein linearer Zusammenhang können angenommen werden.

In Tabelle 32 finden sich nun im Überblick die Kennwerte aller Prädiktoren, die einen signifikanten Einfluss auf die Vorhersage der abhängigen Variable haben. Diese Variablen sollen in einem nächsten Schritt noch einmal in eine multiple lineare Regression eingebracht werden, um ein Modell zur Auswertung der Hypothese und Beantwortung der Fragestellung erstellen zu können.

Tabelle 32: Kennwerte aller signifikanten Prädiktoren der Regression für EE

Prädiktoren	B	Standard- Error	β
Modell 1			
Balance Beruf/ Privat	-3,19	.58	-.35***
Belastung Beruf	3,02	.52	.39***
Vorgesetzte	-2,25	.68	-.23**
Modell 2			
Kollegen	-1,72	.78	-.16*
Definition Aufgabenverteilung	-1,91	.90	-.16*
Veränderung Motivation	-1,51	.63	-.18*
Gerechtigkeit Aufgabenverteilung	2,12	.72	.20**

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizienten; Standard-Error = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; β = standardisierter Regressionskoeffizient bzw. Effektgröße; *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Nachfolgend wurde eine weitere multiple lineare Regression modelliert, allerdings nur noch unter Einschluss dieser 7 Prädiktoren in einen einzigen Block, die das Modell signifikant beeinflussen. In die Berechnung dieses Modells können alle 197 Fälle eingeschlossen werden. Bei der Erstellung dieses Modells finden sich 9 Fälle, deren standardisierte Residuen kleiner als -2 bzw. größer als 2 sind. Diese Zahl liegt im Rahmen der erwarteten 5 Prozent (Field, 2006). Bei der fallweisen Diagnose findet sich ein Fall, der aus der Berechnung ausgeschlossen werden muss, da sein „centered leverage value“ größer als der Vergleichswert ist.

Tabelle 33 zeigt die Kennwerte des Regressions-Modells unter Ausschluss des auffälligen Falls.

Tabelle 33: Statistische Kennwerte der 2.Regression mit der abhängigen Variable EE

	R	R²	Korr. R²
Modell	.766	.587	.572

Anmerkungen. R = multiple Korrelation zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable. R² = Maß für die erklärte Varianz der abhängigen Variable durch die Prädiktoren. Korrigiertes R² = Maß für die Güte der Generalisation des Modells für die Population.

Das Modell, das mittels multipler linearer Regression unter Einbezug von nur noch 7 Prädiktor-Variablen erstellt wurde erklärt 58% der Varianz der Scores der Skala „Emotionale Erschöpfung“. Die Veränderung der erklärten Varianz ist für das Modell auf der Basis des Signifikanzniveaus $p < .001$ signifikant. Die anschließende mittels SPSS berechnete Varianzanalyse zeigt, dass das erstellte Modell mit einem Signifikanzwert $p < .001$ besser zur Vorhersage der Scores der Skala „Emotionale Erschöpfung“ geeignet ist als die Vorhersage durch den Mittelwert. Die Voraussetzung der nicht vorhandenen Multikollinearität ist wiederum gegeben. Auch die Voraussetzungen zur Generalisation des Modells sind erfüllt. In Tabelle 34 finden sich die Kennwerte der Prädiktoren des Modells.

Tabelle 34: Kennwerte des 2. Regressions-Modells der Scores der Skala EE

Prädiktoren	B	Standard- Error	β
Konstante	35,26	3,26	
Balance Beruf/ Privat	-1,9	.48	-.20***
Belastung Beruf	2,79	.40	.37***
Vorgesetzte	-1,35	.56	-.14*
Kollegen	-1,72	.68	-.16*
Definition Aufgabenverteilung	-2,19	.68	-.19**
Gerechtigkeit Aufgabenverteilung	2,18	.63	.21**
Veränderung Motivation	-2,4	.45	-.27***

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient; Standard-Error = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; β = standardisierter Regressionskoeffizient bzw. Effektgröße; *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Es zeigt sich, dass auch unter Einbezug dieser 7 Prädiktoren alle diese Variablen einen signifikanten Einfluss auf das Modell zur Vorhersage der Emotionalen Erschöpfung haben. 59% der Varianz der Ausprägungen der Emotionalen Erschöpfungen können also auf der Basis der Variablen Balance zwischen Beruf und Privatleben, Belastung im Arbeitsleben, Führung durch die Vorgesetzten, Beziehungen unter den Kollegen, Definition der Aufgabenverteilung, Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung und Veränderung der Motivation vom Berufsbeginn bis zum derzeitigen Zeitpunkt vorausgesagt werden. Auf die Art und Richtungen der Zusammenhänge wird unter 10.3.3 näher eingegangen.

Die Ausprägungen des Burnout-Symptoms „geringe persönliche Erfüllung“ lassen sich auf der Basis der mitarbeiter-, kunden- und organisationsspezifischen Faktoren diskriminieren.

Aufgrund gerichtet formulierter Hypothesen und somit fundierter Vorinformationen aus der Literatur werden folgende Prädiktoren in einen ersten Block einer multiplen linearen Regression zur Vorhersage der abhängigen Variable „Persönliche Erfüllung“ einbezogen: Berufsalter, Jobalter, Position innerhalb der Einrichtung, abgeschlossene bereichsspezifische Berufsausbildung, Eignung, Balance zwischen Beruf und Privatleben, Belastung im Berufsleben, Belastung im Privatleben, Schweregrad der Behinderung der Klienten, Unterstützung der Kollegen, Führung durch die Vorgesetzten, Organisation der Arbeitsabläufe und Definition der Aufgabenverteilung. Alle anderen Variablen, zu denen es zu wenige Vorinformationen gibt werden innerhalb eines zweiten Blocks in die Regression miteinbezogen.

In die erste Regressionsberechnung können nach der Ausschließung von vier auffälligen Fällen noch 164 Fälle einbezogen werden. Die Kennwerte finden sich in Tabelle 35.

Tabelle 35: *Statistische Kennwerte der Regression mit der abhängigen Variable PE*

	R	R²	Korr. R²
Modell 1	.511	.261	.197
Modell 2	.633	.401	.249

Anmerkungen. R = multiple Korrelation zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable. R² = Maß für die erklärte Varianz der abhängigen Variable durch die Prädiktoren. Korrigiertes R² = Maß für die Güte der Generalisation des Modells für die Population.

Das 1. Modell, bei dem nur die oben genannten 13 Prädiktor-Variablen einbezogen wurden erklärt 26,1% der Varianz der Scores der Skala „Persönliche Erfüllung“, das 2. Modell unter Einbezug aller interessierender Variablen erklärt 40,1% der Varianz der abhängigen Variable. Die Veränderung der erklärten Varianz ist für das erste Modell auf der Basis des Signifikanzniveaus $p < .001$ signifikant. Für das 2. Modell unter Einbezug aller Variablen ist die Veränderung der erklärten Varianz allerdings nicht signifikant ($p = .085$), was also

bedeutet, dass das 2. Modell nicht signifikant mehr Varianz erklärt als das 1. Modell. Die Durbin-Watson-Statistik zeigt mit einem Wert von 1,964, dass die Residuen unabhängig voneinander sind. Die anschließend mittels SPSS gerechnete Varianzanalyse zeigt, dass sowohl das erste, als auch das zweite Modell mit einem Signifikanzwert $p < .001$ besser zur Vorhersage der Gesamtscores der Skala „Persönliche Erfüllung“ geeignet sind als die Vorhersage durch den Mittelwert. Weiters scheinen die Voraussetzungen für die Generalisation des Modells erfüllt.

Alle statistischen Kennwerte der signifikanten Prädiktoren des Modells, die danach wiederum noch einmal in einer eigenen Regressionsberechnung geprüft werden sollen, sind in Tabelle 36 dargestellt.

Tabelle 36: *Statistische Kennwerte aller signifikanten Prädiktoren des 1. Regressionsmodells für PE*

Prädiktoren	B	Standard- Error	β
Modell 1			
Jobalter	-.19	.09	-.26*
Berufsspezifische Ausbildung	2,18	.70	.23**
Modell 2			
Leisten wacher Nachtdienste	-2,15	.79	-.24**

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient; Standard- Error = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; β = standardisierter Regressionskoeffizient bzw. Effektgröße; * $p < .05$, ** $p < .01$

Nachfolgend wurde eine weitere multiple lineare Regression modelliert, allerdings nur noch unter Einschluss dieser 3 Prädiktoren, die das Modell signifikant beeinflussen. Nach Ausschluss eines Falls aufgrund der fallweisen Diagnosen können 192 Fälle in die Berechnung des Modells einbezogen werden. In Tabelle 37 finden sich die statistischen Kennwerte dieses 2. Regressionsmodell, in das in einem einzigen Block die 3 signifikanten Prädiktoren einbezogen wurden.

Tabelle 37: Statistische Kennwerte der 2. Regression mit der abhängigen Variable PE

	R	R²	Korr. R²
Modell	.319	.102	.087

Anmerkungen. R = multiple Korrelation zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable. R² = Maß für die erklärte Varianz der abhängigen Variable durch die Prädiktoren. Korrigiertes R² = Maß für die Güte der Generalisation des Modells für die Population.

Das Modell, das mittels multipler linearer Regression unter Einbezug von nur noch 3 Prädiktor-Variablen erstellt wurde erklärt 10,2% der Varianz der Scores der Skala „Persönliche Erfüllung“. Die Veränderung der erklärten Varianz ist für das Modell auf der Basis des Signifikanzniveaus $p < .001$ signifikant. Die Varianzanalyse zeigt, dass das erstellte Modell mit einem Signifikanzwert $p < .001$ besser zur Vorhersage der abhängigen Variable geeignet ist als die Vorhersage durch den Mittelwert. Die statistischen Kennwerte des Regressionsmodells finden sich in Tabelle 38.

Tabelle 38: Kennwerte des 2. Regressions-Modells mit der abhängigen Variable PE

Prädiktoren	B	Standard- Error	β
Konstante	33,94	.64	
Jobalter	-.10	.05	-.15*
Bereichsspezifische Ausbildung	2,19	.66	.24**
Leisten wacher Nachtdienste	-1,53	.62	-.17*

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient; Standard- Error = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; β = standardisierter Regressionskoeffizient bzw. Effektgröße; * $p < .05$; ** $p < .01$

Es kann also festgestellt werden, dass 10,2% der Varianz der Summenscores der MBI-Skala „Persönliche Erfüllung“ durch folgende signifikante Prädiktoren erklärt werden können: Jobalter, bereichsspezifische Ausbildung und Leisten wacher Nachtdienste. Richtungen und

genauere Ergebnispräsentationen finden sich unter 10.3.3, bei der Beantwortung der Einzelhypothesen.

Höhere Ausprägungen in den Burnout-Symptomen korrelieren mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

Zur Auswertung dieser Haupthypothese, sowie der unter 10.3.3 angeführten weiteren Hypothesen zur Autonomie der Klienten wurde eine weitere multiple lineare Regression berechnet, bei der in einem ersten Block die Summenscores der beiden MBI-Skalen einbezogen wurden, in einem 2. Block die berufsspezifischen Faktoren, zu denen es gerichtete Hypothesen aufgrund theoretisch fundiertem Hintergrund gibt, in einem letzten Block wurden auch diejenigen berufsspezifischen Faktoren einbezogen, zu denen keine gerichteten Hypothesen formuliert werden konnten.

Drei Fälle müssen aufgrund auffälliger Falldiagnosen aus der Modell-Berechnung ausgeschlossen werden. Ins Modell werden somit 165 Fälle integriert.

Tabelle 39 zeigt die Modellparameter des ersten Blocks unter ausschließlichen Einbezug der beiden MBI-Skalen.

Tabelle 39: *Statistische Kennwerte der Regression (1. Block) mit der abhängigen Variable Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten*

	R	R²	Korr. R²
Modell 1	.323	.104	.093

Anmerkungen. R = multiple Korrelation zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable. R² = Maß für die erklärte Varianz der abhängigen Variable durch die Prädiktoren. Korrigiertes R² = Maß für die Güte der Generalisation des Modells für die Population.

Die Ausprägungen der Gesamtscores der beiden MBI-Skalen erklären also 10,4% der Varianz der Ausprägungen der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten. Die Veränderung der erklärten Varianz ist für das Modell auf der Basis des Signifikanzniveaus $p < .001$ signifikant. Die Varianzanalyse zeigt, dass das erstellte Modell mit einem Signifikanzwert $p < .001$ besser zur Vorhersage der abhängigen Variable geeignet ist als die Vorhersage durch den Mittelwert.

Tabelle 40 zeigt die statistischen Kennwerte der beiden Skalen in der multiplen linearen Regression.

Tabelle 40: *Kennwerte der Prädiktoren des Regressions-Modells (1. Block) der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten*

Prädiktoren	B	Standard- Error	β
Konstante	9,49	1,96	
Emotionale Erschöpfung	-.05	.02	-.18*
Persönliche Erfüllung	.13	.05	.21*

Anmerkungen. B = Regressionskoeffizient; Standard- Error = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; β = standardisierter Regressionskoeffizient bzw. Effektgröße; * $p < .05$

Sowohl die Gesamtscores der Skala „Emotionale Erschöpfung“, als auch der Skala „Persönliche Erfüllung“ haben also einen signifikanten Einfluss auf das Modell zur Vorhersage der Scores der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten. Betreuungspersonen, die mehr emotionale Erschöpfung verspüren, können die Autonomie der Klienten schlechter umsetzen. Steigt der Gesamtscore der Skala EE um eine Standardabweichung ($SD = 7,98$; $M = 23,1$), sinkt der Score der Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,4 Punkte. Mitarbeiter die weniger persönliche Erfüllung durch ihre Arbeit verspüren, können die Autonomie der Klienten ebenfalls weniger gut umsetzen. Sinkt der Gesamtscore der Skala PE um eine Standardabweichung ($SD = 3,8$; $M = 34,7$), sinkt auch der Score der Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,5 Punkte.

10.3.3 Ergebnisse der Prüfung der weiteren Hypothesen

Für die genaue Darstellung der Ergebnisse ist es von Nöten, die deskriptivstatistischen Ergebnisse der 3 abhängigen Variablen zu berichten. In Tabelle 41 sind Mittelwerte und Standardabweichungen aufgelistet.

Tabelle 41: *Deskriptivstatistik der abhängigen Variablen*

Abhängige Variablen	M	SD
Emotionale Erschöpfung	23,1	7,98
Persönliche Erfüllung	34,7	3,8
Umsetzbarkeit Autonomie	12,65	2,3

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Zuerst werden die Ergebnisse der Hypothesen zu mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Aspekten und Burnout berichtet. Danach wird auf die Ergebnisse zu den Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten eingegangen.

10.3.3.1 Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und Burnout

Die Hypothesen werden alle auf Basis der bereits unter 10.3.2 beschriebenen multiplen linearen Regressionen beantwortet.

Hypothesen zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und Burnout

Zuerst sollen die Zusammenhänge der Variablen, die sich als signifikante Prädiktoren erwiesen haben genauer betrachtet werden.

Signifikante Zusammenhänge von mitarbeiterspezifischen Faktoren und Emotionaler Erschöpfung

- Balance zwischen Arbeit und Privatleben

Zu dieser Variable wurde eine gerichtete Hypothese formuliert. Es lässt sich ein Zusammenhang in die beobachtete Richtung feststellen. Je schlechter die Betreuungsperson die Balance einschätzt, desto mehr emotionale Erschöpfung

berichtet sie. Sinkt die Bewertung der Balance und eine Standardabweichung ($SD = .88$; $M = 3,0$), steigt der Gesamtscore der Emotionalen Erschöpfung um 1,5 Punkte.

- Belastung im Beruf

Auch zu dieser Variable gibt es eine gerichtete Hypothese und auch dieser gefundene Zusammenhang zeigt in die erwartete Richtung. Je mehr sich die Person im Beruf belastet fühlt, desto mehr emotionale Erschöpfung weist sie auf. Wächst die Belastung durch den Beruf um eine Standardabweichung ($SD = 1,05$; $M = 1,55$), steigt auch der Gesamtscore der Emotionalen Erschöpfung um 2,9 Punkte.

- Veränderung der Motivation

Die Hypothese zu dieser Variable wurde ungerichtet formuliert. Es zeigt sich, dass die emotionale Erschöpfung steigt, wenn sich die Motivation für den Beruf vom Berufseinstieg zum derzeitigen Zeitpunkt verringert hat. Verringert sich die Veränderung der Motivation um eine Standardabweichung ($SD = .91$; $M = -.5$) steigt der Summenscore der Skala Emotionale Erschöpfung um 2,1 Punkte.

Signifikante Zusammenhänge von mitarbeiterspezifischen Faktoren und Persönlicher Erfüllung

- Jobalter

Die Hypothese zu dieser Variable wurde gerichtet formuliert. Es zeigt sich ein Zusammenhang in die erwartete Richtung. Ein höheres Jobalter korreliert mit einer niedrigeren persönlichen Erfüllung. Steigt das Jobalter um eine Standardabweichung ($SD = 5,45$; $M = 5,52$), sinkt der Score der Skala Persönliche Erfüllung um 0,6 Punkte.

- Bereichsspezifische Ausbildung

Auch diese Hypothese wurde gerichtet formuliert. Es zeigt sich wie erwartet ein positiver Zusammenhang. Eine berufsspezifische Ausbildung geht mit höherer persönlicher Erfüllung einher.

Für folgende, in Tabelle 42 aufgeführte mitarbeiterspezifische Faktoren konnten keine signifikanten Einflüsse auf die berechneten Regressions-Modelle gefunden werden.

Tabelle 42: *Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Faktoren in der Vorhersage von Burnout*

Abhängige Variable	ß	Signifikanzwert
Berufsalter		
Emotionale Erschöpfung	-.04	.687
Persönliche Erfüllung	.22	.076
Jobalter		
Emotionale Erschöpfung	.18	.071
Ausgeübte Funktion		
Emotionale Erschöpfung	.09	.118
Persönliche Erfüllung	.06	.397
Wochenstunden		
Emotionale Erschöpfung	-.03	.639
Persönliche Erfüllung	-.03	.692
Berufsspezifische Ausbildung		
Emotionale Erschöpfung	.01	.908
Fortbildungen		
Emotionale Erschöpfung	.03	.688
Persönliche Erfüllung	-.14	.080
Fortbildung Burnout		
Emotionale Erschöpfung	-.03	.603
Persönliche Erfüllung	-.03	.417
Veränderung der Motivation		
Persönliche Erfüllung	.17	.085
Veränderung der Freude		
Emotionale Erschöpfung	-.07	.380
Persönliche Erfüllung	-.03	.776
Berufliche Eignung		
Emotionale Erschöpfung	.01	.820
Persönliche Erfüllung	.12	.114
Balance Beruf/ Privatleben		
Persönliche Erfüllung	.09	.253
Belastung im Privatleben		
Emotionale Erschöpfung	-.11	.104
Persönliche Erfüllung	-.04	.643
Belastung im Beruf		

Persönliche Erfüllung	-.16	.058
Untypische letzte Arbeitswoche		
Emotionale Erschöpfung	-.02	.755
Persönliche Erfüllung	-.11	.236

Man erkennt in dieser Tabelle, dass einige Variablen zwar in nicht signifikanten Zusammenhängen mit Burnout-Symptomen stehen, aber einige Trends erkennbar sind ($p < .10$). In weiterer Folge sollen die Effektgrößen beziehungsweise die Richtungen dieser Trends kurz erläutert werden.

Steigt das Berufsalter um eine Standardabweichung ($SD = 6,6$; $M = 7,5$), steigt auch der Score der Persönlichen Erfüllung um 0,8 Punkte. Steigt das Jobalter um eine Standardabweichung ($SD = 5,5$; $M = 5,5$), steigt auch die Emotionale Erschöpfung um 1,4 Punkte. Die Teilnahme an Fortbildungen geht hingegen mit einer geringeren persönlichen Erfüllung einher ($\beta = -.14$). Sinkt die Motivation für den Beruf in der Zeit vom Berufseinstieg bis zum derzeitigen Zeitpunkt um eine Standardabweichung ($SD = 0,9$; $M = -0,5$) sinkt auch die persönliche Erfüllung der Mitarbeiter um 0,6 Punkte. Steigt die eingeschätzte Belastung im Beruf um eine Standardabweichung ($SD = 1,05$; $M = 1,55$), sinkt der Score der Persönlichen Erfüllung um 0,6 Punkte.

Hypothesen zu klientenspezifischen Faktoren und Burnout

Keiner der klientenspezifischen Faktoren hat einen signifikanten Einfluss auf die Regressions-Modelle zur Vorhersage der Ausprägungen der beiden Burnout-Symptome.

In Tabelle 43 sind zur Übersicht alle klientenspezifischen Faktoren mit ihren statistischen Kennwerten aus den Regressions-Modellen angeführt.

Tabelle 43: *Nicht signifikante klientenspezifische Faktoren in der Vorhersage von Burnout*

Abhängige Variable	β	Signifikanzwert
Zusätzliche Körperbehinderungen		
Emotionale Erschöpfung	-.00	.964
Persönliche Erfüllung	.02	.795
Zusätzliche Sinnesbehinderungen		
Emotionale Erschöpfung	-.03	.621
Persönliche Erfüllung	.14	.109
Zusätzliche psychische Erkrankungen		
Emotionale Erschöpfung	.08	.202
Persönliche Erfüllung	-.05	.546
Schweregrad der Behinderung		
Emotionale Erschöpfung	.07	.225
Persönliche Erfüllung	-.01	.885
Betreuungsverhältnis		
Emotionale Erschöpfung	.00	.972
Persönliche Erfüllung	-.02	.857

Hypothesen zu organisationsspezifischen Faktoren und Burnout

Zuerst sollen die Variablen, deren Zusammenhänge sich als signifikant erwiesen haben genauer betrachtet werden.

Signifikante Zusammenhänge von organisationsspezifischen Faktoren und Emotionaler Erschöpfung

- Führung durch die Vorgesetzten

Zu dieser Variable wurde eine gerichtete Hypothese formuliert, deren Voraussage bestätigt werden kann. Es findet sich ein negativer Zusammenhang. Wird die Führung durch die Vorgesetzten um ein Standardabweichung schlechter eingeschätzt ($SD = .8$; $M = 4,0$), steigt der Score der Skala Emotionale Erschöpfung um einen Punkt.

- Unterstützung der Kollegen

Es zeigt sich ein signifikanter negativer Zusammenhang. Wird die Unterstützung der Kollegen um eine Standardabweichung schlechter eingeschätzt ($SD = .72$; $M = 4,1$), steigt der Score der Skala Emotionale Erschöpfung um 1,3 Punkte.

- Definition der Aufgabenverteilung

Je schlechter die Definition der Aufgabenverteilung eingeschätzt wird, desto höher ist die emotionale Erschöpfung der Betreuungspersonen. Sinkt die Bewertung der Definition der Aufgabenverteilung um eine Standardabweichung ($SD = .69$; $M = 3,07$), steigt der Score der Emotionalen Erschöpfung um 1,5 Punkte.

- Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung

Hier zeigt sich ein positiver Zusammenhang. Je gerechter die Aufgabenverteilung eingeschätzt wird, desto größer ist auch die emotionale Erschöpfung. Wird die Gerechtigkeit um eine Standardabweichung ($SD = .76$; $M = 3,3$) positiver eingeschätzt, wächst der Score auf der Skala Emotionale Erschöpfung um 1,7 Punkte.

Signifikante Zusammenhänge von organisationsspezifischen Faktoren und Persönlicher Erfüllung

- Leisten wacher Nachtdienste

Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang. Mitarbeiter, die wache Nachtdienste leisten, berichten geringere persönliche Erfüllung durch ihren Beruf als Personen, die keine wachen Nachtdienste leisten.

In nachfolgender Tabelle 44 sind alle organisationsspezifischen Aspekte aufgelistet, die keinen signifikanten Einfluss auf die Regressionsmodelle haben.

Tabelle 44: *Nicht signifikante organisationsspezifische Faktoren in der Vorhersage von Burnout*

Abhängige Variable	ß	Signifikanzwert
Art der Einrichtung		
Emotionale Erschöpfung	.06	.663
Persönliche Erfüllung	.25	.189
Anzahl der Klienten in der Einrichtung		
Emotionale Erschöpfung	.11	.104
Persönliche Erfüllung	.06	.656
Dummy-Variable: keine Supervision vs. Supervision unzufrieden		
Emotionale Erschöpfung	-.04	.496
Persönliche Erfüllung	.03	.791
Dummy-Variable: Supervision unzufrieden vs. Supervision zufrieden		
Emotionale Erschöpfung	.05	.444
Persönliche Erfüllung	-.11	.192
Teambesprechungen		
Emotionale Erschöpfung	.11	.118
Persönliche Erfüllung	-.02	.862
Leisten wacher Nachtdienste		
Emotionale Erschöpfung	.02	.832
Unterstützung der Kollegen		
Persönliche Erfüllung	-.05	.596
Führung durch die Vorgesetzten		
Persönliche Erfüllung	.14	.104
Dummy-Variable: Radl- Dienst vs. täglich gleich bleibender Dienst		
Emotionale Erschöpfung	.05	.543
Persönliche Erfüllung	-.10	.317
Dummy-Variable: wechselnder Dienst Mitentscheidung vs. täglich gleich bleibender Dienst		
Emotionale Erschöpfung	-.02	.899
Persönliche Erfüllung	.17	.334
Dummy-Variable: Wechselnder Dienst ohne Mitentscheidung vs. täglich gleicher Dienst		
Emotionale Erschöpfung	-.05	.581
Persönliche Erfüllung	.22	.063
Organisation der Arbeitsabläufe		
Emotionale Erschöpfung	.11	.150
Persönliche Erfüllung	.14	.119

Definition der Aufgabenverteilung		
Persönliche Erfüllung	.04	.648
Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung		
Persönliche Erfüllung	-.04	.689

Beim Prädiktor Organisation des Dienstplans zeigt sich ein Trend, nämlich dass die persönliche Erfüllung der Mitarbeiter mit wechselnden Diensten ohne Mitentscheidung größer ist als jene bei den Mitarbeitern mit täglich gleich bleibenden Diensten ($\beta = .22$).

10.3.3.2 Hypothesen zu berufsspezifischen Faktoren und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten

Die nachfolgenden Hypothesen werden alle auf Basis der bereits unter 10.3.2 beschriebenen multiplen linearen Regression zu Vorhersage der Ausprägungen der Werte zur Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten beantwortet. Zuvor sollen allerdings in der Tabelle 45 die Modellparameter für den zweiten, sowie den dritten Block der Regression dargestellt werden.

Tabelle 45: *Statistische Kennwerte der Regression (2. und 3. Block) mit der abhängigen Variable Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten*

	R	R²	Korr. R²
Modell 2	.486	.236	.165
Modell 3	.749	.562	.451

Anmerkungen. R = multiple Korrelation zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable. R² = Maß für die erklärte Varianz der abhängigen Variable durch die Prädiktoren. Korrigiertes R² = Maß für die Güte der Generalisation des Modells für die Population.

Das Modell 2, das mittels multipler linearer Regression unter Einbezug aller berufsspezifischen Faktoren, für die gerichtete Hypothesen formuliert werden konnten, erstellt wurde, erklärt 23,6% der Varianz der Scores der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten. Das Modell 3, in das dann auch die Faktoren einbezogen wurden, für die keine gerichteten Hypothesen formuliert werden konnten, erklärt 56,2% der Varianz der Scores der

Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten. Die Veränderung der erklärten Varianz ist für das Modell 2 auf Basis des Signifikanzniveaus $p < .05$ signifikant, für das Modell 3 auf der Basis des Signifikanzniveaus $p < .001$. Die Varianzanalyse zeigt, dass beide Modelle mit einem Signifikanzwert $p < .001$ besser zur Vorhersage der abhängigen Variable geeignet sind als die Vorhersage durch den Mittelwert.

Hypothesen zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten

Zunächst sollen alle mitarbeiterspezifischen Aspekte dargestellt werden, die einen signifikanten Einfluss auf die Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten aufweisen.

- **Wochenstundenverpflichtung**

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($\beta = .21$; $p < .01$). Je mehr Stunden pro Woche die Betreuungspersonen in ihrem Beruf tätig sind, desto höher schätzen sie die Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten ein.

- **Balance zwischen Beruf und Privatleben**

Wieder zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang ($\beta = .29$; $p < .01$). Wird die Einschätzung der Balance um eine Standardabweichung besser ($SD = .88$; $M = 3,0$), steigt der Score auf der Skala Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,7 Punkte.

- **Belastung im Privatleben**

Bei diesem Prädiktor zeigt sich ein negativer Zusammenhang ($\beta = -.16$; $p < .05$). Wächst die Einschätzung der Belastung im Privatleben um eine Standardabweichung ($SD = 1,16$; $M = 1,53$), sinkt der Score der Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,4 Punkte.

In Tabelle 46 finden sich alle mitarbeiterspezifischen Prädiktoren und ihre Kennzahlen, deren Einfluss auf das Modell nicht signifikant ist.

Tabelle 46: *Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Variablen in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten*

Prädiktoren	β	Signifikanzwert
Berufsalter	.21	.058
Jobalter	.09	.247
Ausgeübte Funktion	-.03	.731
Berufsspezifische Ausbildung	.04	.580
Fortbildung Autonomie	.02	.829
Veränderung der Motivation	-.07	.427
Veränderung der Freude	.04	.641
Berufliche Eignung	-.01	.931
Belastung im Beruf	.06	.532

Mit einem Signifikanzwert von $p = .058$ ist der Einfluss der Variable Berufsalter auf das Modell beinahe signifikant. Es zeigt sich also ein Trend zu einem positiven Zusammenhang in folgender Art und Stärke: Steigt das Berufsalter um eine Standardabweichung ($SD = 6,46$; $M = 7,48$), dann steigt auch der Score der Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,5 Punkte.

Hypothesen zu klientenspezifischen Faktoren und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten

Wiederum sollen zuerst all jene Variablen betrachtet werden, deren Einfluss auf das Modell signifikant ist.

- **Zusätzliche Sinnesbehinderungen**

Es zeigt sich ein Zusammenhang in der erwarteten Richtung ($\beta = -.18$; $p < .05$). Je mehr Klienten von zusätzlichen Sinnesbehinderungen betroffen sind, desto geringer schätzen die Betreuungspersonen die Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten ein. Steigt der Score der zusätzlichen Sinnesbehinderungen um eine Standardabweichung ($SD = .97$; $M = 1,37$), sinkt der Gesamtwert der Skala Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,4 Punkte.

- Schweregrad der Behinderung

Auch bei diesem Prädiktor zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang in die erwartete Richtung ($\beta = -.18$; $p < .05$). Je höher der Schweregrad der Behinderung der Klienten eingeschätzt wird, desto geringer wird die Umsetzbarkeit der Autonomie eingeschätzt. Wird der Schweregrad also um eine Standardabweichung höher eingeschätzt ($SD = 1,45$; $M = 6,8$), sinkt der Gesamtscore der Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,4 Punkte.

Alle weiteren klientenspezifischen Prädiktoren ohne signifikante Einflüsse finden sich in Tabelle 47.

Tabelle 47: *Nicht signifikante klientenspezifische Variablen in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten*

Prädiktoren	β	Signifikanzwert
Zusätzliche Körperbehinderungen	.14	.130
Zusätzliche psychischer Erkrankungen	-.03	.718
Betreuungsverhältnis	.09	.260

Hypothesen zu organisationsspezifischen Faktoren und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten

Zuerst werden all jene organisationsspezifischen Faktoren erläutert, die einen signifikanten Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten aufweisen.

- Anzahl der Klienten in der Einrichtung

Es findet sich ein Zusammenhang in die erwartete Richtung ($\beta = -.18$; $p < .05$) Je weniger Klienten in der Einrichtung betreut werden, desto besser wird die Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten eingeschätzt. Sinkt die Anzahl der Klienten um eine Standardabweichung ($SD = 17,4$; $M = 32,3$), steigt der Score der Umsetzbarkeit der Autonomie um 0,4 Punkte.

- Führung durch die Vorgesetzten

Auch hier kann die gerichtete Hypothese bestätigt werden ($\beta = .26$; $p < .01$). Je besser also die Führung durch die Vorgesetzten bewertet wird, desto höher wird die Umsetzbarkeit der Klienten eingeschätzt. Verbessert sich also die Bewertung der Führung durch die Vorgesetzten um eine Standardabweichung ($SD = .8$; $M = 4,0$), steigt auch der Score der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten um 0,6 Punkte.

- Leisten wacher Nachtdienste

Für diese Variable wurde eine ungerichtet Hypothese formuliert. Es zeigt sich ein negativer Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie ($\beta = -.29$; $p < .001$). Leisten Mitarbeiter wache Nachtdienste, schätzen sie die Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten geringer ein als Betreuungspersonen, die keine wachen Nachtdienste leisten.

In nachfolgender Tabelle 48 sind alle organisationsspezifischen Faktoren aufgelistet, die keinen signifikanten Einfluss auf das Regressions-Modell haben.

Tabelle 48: *Nicht signifikante organisationsspezifische Variablen in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten*

Prädiktoren	β	Signifikanzwert
Art der Einrichtung	.13	.446
Dummy-Variable: keine Supervision vs. Supervision unzufrieden	.02	.849
Dummy-Variable: Supervision zufrieden vs. Supervision unzufrieden	-.03	.675
Teambesprechungen	.04	.569
Unterstützung der Kollegen	-.11	.173
Dummy-Variable: Radl-Dienst vs. täglich gleichen Diensten	.02	.851
Dummy-Variable: wechselnde Dienste Mitentscheidung vs. täglich gleichen Diensten	.00	.998
Dummy-Variable: wechselnde Dienste ohne Mitentscheidung vs. täglich gleichen Diensten	.15	.144
Organisation der Arbeitsabläufe	.15	.111
Definition der Aufgabenverteilung	-.09	.289
Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung	.05	.565

10.3.4 Die graphische Darstellung der signifikanten Ergebnisse

In Abbildung 29 werden alle signifikanten Ergebnisse im Überblick graphisch dargestellt.

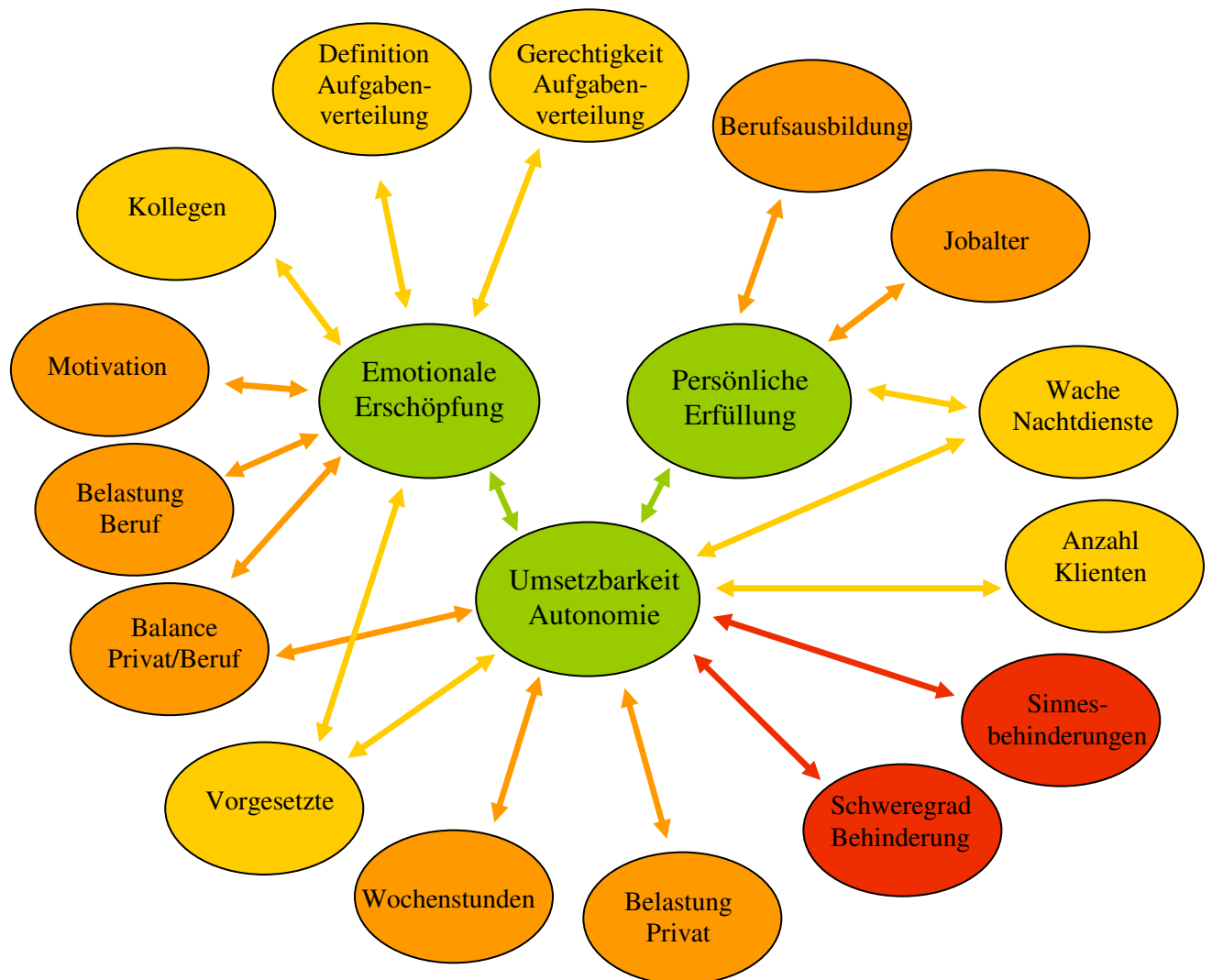


Abbildung 29: Die graphische Darstellung der signifikanten Ergebnisse

11 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst werden. Außerdem sollen sie einer ausführlichen Interpretation und Diskussion, auch mittels Vergleich mit anderen Studien und deren Ergebnissen, unterzogen werden.

11.1 *Zur Überprüfung der Fragebögen*

In weiterer Folge wird die Überprüfung der Fragebögen zur Erhebung der abhängigen Variablen diskutiert.

11.1.1 Items zur Autonomie der Klienten

Schon die Betrachtung der prozentuellen Verteilung der Antworten vor allem der Skala Einstellung zur Autonomie zeigt sich ein sehr homogenes Antwortverhalten der Stichprobe. Alle Befragten schätzen die Wichtigkeit der Autonomie der Klienten als hoch bis sehr hoch ein. Der notwendige Ausschluss der Skala „Einstellung“ aus der restlichen Auswertung bestätigt die Probleme mit diesem Teil des Erhebungsinstruments und lässt eine unzureichende Differenzierungsfähigkeit der Skala vermuten. Natürlich könnte die Homogenität in der Stichprobe zu den Problemen in der faktorenanalytischen Überprüfung beziehungsweise in der Reliabilitäts-Überprüfung zumindest beigetragen haben, da diese Verfahren stichprobenabhängig sind und die Überprüfung der Items bei O'Sheedy (2009) keine Unzulänglichkeiten erkennen ließ. Allerdings könnte es auch möglich sein, dass dieses Erhebungsinstrument zur Erfassung der Einstellung zu Autonomie in der Population der Betreuungspersonen in der Behindertenarbeit nicht geeignet ist. In Zukunft sollte auf jeden Fall versucht werden, weitere Items zur Erfassung dieses Themengebiets zu erstellen und das Erhebungsinstrument zur Erfassung der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten weiter zu differenzieren und auszubauen, außerdem sollte eine weitere Überprüfung in einer größeren Stichprobe angestrebt werden.

11.1.2 MBI-D

Die drei-faktorielle Lösung der Faktorenanalyse spricht für die „Passung“ des neu erstellten Fragbogens zur Erfassung von Burnout-Symptomen zum theoretischen Hintergrund und amerikanischen Vorbild von Maslach und Jackson (1981). Auch die Auswahl der Items zur Messung der 3 Skalen dürfte bis auf eine Ausnahme sehr gelungen sein, da die Items, die den jeweiligen Skalen zugeordnet sind, auch hoch auf den entsprechenden Faktoren laden. Das Item 1 („Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet“) war vom Autor (Glaser, in Druck) eigentlich der Skala Depersonalisation zugeordnet, lädt aber in der aktuellen Stichprobe auf dem Faktor „Emotionale Erschöpfung“. Inhaltlich betrachtet enthält das Item Komponenten aus beiden Burnout-Symptomen. Depersonalisation zeichnet sich nach Maslach (1982) durch einen emotionalen Rückzug vom Klienten aus, beziehungsweise dadurch, dass Klienten nicht mehr als Mensch, sondern als „Sache“ betrachtet werden. Insofern kann der Ausdruck „verhärtet“, wie er im Item verwendet wird als zu diesem Symptom passend bezeichnet werden. Andererseits enthält das Item auch emotionale Komponenten („gefühlsmäßig“). Es ist daher auch inhaltlich vertretbar, dieses Item der Dimension „Emotionale Erschöpfung“ zuzuordnen.

Die unzureichend große Reliabilität der Skala Depersonalisation verwundert in Anbetracht der angekündigten Neu-Überarbeitung des Messinstruments (Glaser, in Druck). Bereits die erste deutsche Fassung von Büssing und Perrar (1992) verzeichnete nicht zufrieden stellende Reliabilitäten der Skala Depersonalisation. Nicht zufrieden stellend ist daher, dass der Autor der neuen Version (Glaser, in Druck) kein besonderes Augenmerk auf die Aufwertung und Verbesserung dieser Skala gelegt hat, beispielsweise durch die Vergrößerung der Anzahl der Items, die mit den bestehenden fünf im Gegensatz zu den anderen Skalen als niedrig zu bezeichnen ist.

Depersonalisation scheint grundsätzlich ein wichtiges und relevantes Symptom von Burnout zu sein, allerdings wird es mit den Items des MBI-D scheinbar nicht zufrieden stellend erfasst. Demnach stellt sich die Frage nach den Ursachen der Unzulänglichkeiten dieser Skala. Möglicherweise ist die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten bei den Depersonalisations-Items besonders hoch. Der Beruf des Behindertenbetreuers definiert sich hauptsächlich über den Kontakt zum und den Dienst für den Klienten. Selbst im Fall des Auftretens von Depersonalisations-Symptomen könnten deshalb Hemmungen bestehen, zuzugeben, dass diese Hauptaufgabe des Berufs nicht mehr hinreichend erfüllt werden kann. Wahrscheinlich bestehen besonders große Skrupel Items wie „Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der

Art und Weise, wie ich meine Klienten behandelt habe“ oder „Ich glaube, dass ich manche Klienten so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte“ zu bejahen und damit einzugestehen, dass das Wohlergehen des Klienten in der Betreuungsarbeit möglicherweise nicht mehr gewährleistet ist.

Demnach wäre denkbar, dass die Probleme bei der Erhebung des Symptoms Depersonalisation in der Art der Erhebung begründet sind. Eventuell ist dieses Symptom durch eine Selbstbeurteilung nicht hinreichend zu erfassen und es sollten andere Erhebungsmethoden, wie eine systematische Verhaltensbeobachtung in Betracht gezogen werden. Gerade das Symptom der Depersonalisation drückt sich im Verhalten, im Umgang mit Klienten und Kollegen aus und wäre möglicherweise durch ein Fremd-Rating aufgrund von Beobachtung besser zu operationalisieren.

11.2 Ergebnisse der Hypothesenprüfungen

In diesem Abschnitt werden zuerst Überlegungen zur Stichproben- und Effektgröße in der vorliegenden Untersuchung angestellt, danach werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung noch einmal zusammengefasst, diskutiert und mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen.

11.2.1 Allgemeine Überlegungen zur Stichproben- und Effektgröße

Zu allererst ist die Stichprobengröße in dieser Studie zu diskutieren, um die Ergebnisse dieser Diplomarbeit einordnen zu können. Eine grundsätzliche Regel bei der Berechnung von multiplen linearen Regressionen lautet, je mehr interessierende Prädiktor-Variablen in die Berechnung miteinbezogen werden sollen, desto größer sollte die Stichprobe ausfallen. Vor allem, um neben großen auch mittlere und kleine Effekte erkennen zu können, sollte die Stichprobe möglichst groß sein (Field, 2006).

Bei diesen Überlegungen wird deutlich, dass die Stichprobengröße von 197 in dieser Diplomarbeit bei durchschnittlich um die dreißig einbezogenen Prädiktoren als sehr klein zu bewerten ist, möglicherweise zu klein, um alle signifikanten Zusammenhänge aufdecken zu können. Dennoch zeigt sich bei der Betrachtung der in dieser Arbeit berechneten Effektstärken, im Gegensatz zu Fields Anmerkungen zu Effekt- und Stichprobengrößen

(2006), dass durchwegs nur signifikante Zusammenhänge mit kleinen bis maximal mittleren Effektgrößen gefunden wurden.

Aufgrund der berichteten Zusammenhänge zwischen Größe der Stichprobe und den zu erwartenden Ergebnissen ist es trotzdem möglich und auch wahrscheinlich, dass bei der Verwendung einer größeren Stichprobe auch weitere signifikante Ergebnisse aufgedeckt werden könnten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung müssen also in jedem Fall unter dem Gesichtspunkt der Einschränkungen durch die kleine Stichprobe betrachtet und interpretiert werden.

11.2.2 Die signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zur Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung

Die berechnete Regressionsgleichung für die Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung als abhängige Variable unter Einbezug aller interessierenden Prädiktor-Variablen erklärt 63,7% der Varianz der Ausprägungen der Emotionalen Erschöpfung. Es ist also anzunehmen, dass es neben den in dieser Studie untersuchten Prädiktoren noch andere wesentliche Variablen gibt, die die Vorhersage der Ausprägungen in der Burnout-Skala beeinflussen. Möglicherweise sind das weitere klientenspezifische Faktoren, da in diese Diplomarbeit nur 3 solche Variablen miteinbezogen werden. Einige Autoren stellen beispielsweise fest, dass herausforderndes Verhalten bei Klienten, sowie Fähigkeiten der Klienten einen entscheidenden Einfluss auf das Stresserleben der Betreuungspersonen haben (Bersani & Heifetz, 1985; Bukhalt et al., 1990; Hatton et al., 1995; Hatton et al., 1999a) beziehungsweise mit einem höheren Risiko an Burnout oder anderen psychischen Störungen zu erkranken in Zusammenhang stehen (Cottle et al., 1995; Freeman, 1994; Jenkins et al., 1997).

Zudem scheinen Variablen zur Organisation der Arbeit beziehungsweise deren Gerechtigkeit eine wesentliche Rolle in der Regressionsgleichung zu spielen, da zwei dieser erhobenen Prädiktoren (Definition und Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung) in signifikantem Zusammenhang mit Emotionaler Erschöpfung stehen. Diese Variablen wurden allerdings in dieser Erhebung nur durch einige eigens erstellte Items erhoben. Möglicherweise wäre es nötig, Variablen dieser Art differenzierter und mehr in die Tiefe gehend zu erheben. Eventuell würde beispielsweise durch eine genauere Erhebung von Rollen-Konflikten und Rollen-Klarheit mehr Varianz erklärt werden können. Studien einiger Autoren geben Hinweise auf solche Zusammenhänge (Blumenthal et al., 1998; Hatton et al., 1999a; Jackson et al., 1986).

Abgesehen von der Problematik fehlender wesentlicher Prädiktoren, erweisen sich einige der in diese Studie einbezogenen mitarbeiter- und organisationsspezifischen Prädiktoren als signifikant für die Vorhersage der emotionalen Erschöpfung der Mitarbeiter. Für die beiden mitarbeiterspezifischen Variablen Belastung im Beruf und Balance zwischen Arbeit und Privatleben konnten die gerichtet formulierten Hypothesen bestätigt werden. Es zeigt sich, je mehr sich die Betreuungspersonen im Beruf belastet fühlen, desto mehr fühlen sie sich auch im Sinne des Burnout-Symptoms Emotionale Erschöpfung belastet. Zudem kann in dieser Untersuchung die von Hatton et al. (1999a) betonte große Rolle des Wechselspiels zwischen Privat- und Berufsleben bestätigt werden. Es zeigt sich, dass Mitarbeiter umso mehr emotionale Erschöpfung berichten, je schlechter ihr Beruf mit dem Privatleben in Einklang steht. Hatton et al. (1999a) konnten in einer Studie zeigen, dass Konflikte zwischen Privatleben und Arbeit mit Arbeitsstress in Zusammenhang stehen. Den Grund dafür sehen sie in nicht oder nur schwer zu vereinbarenden Anforderungen, die Beruf und Freizeit an die Betroffenen stellen. Beispielsweise können unregelmäßige Dienstzeiten mit Nacht- und Wochenenddiensten schwer mit dem Familienleben und der Kinderbetreuung zu vereinbaren sein (Bartholomeyczik, 1990), was möglicherweise zu Burnout-Symptomatik führen könnte. Allerdings wäre auch denkbar, dass die erlebte emotionale Erschöpfung im Beruf zum Erleben einer schlechteren Balance zwischen Privat- und Berufsleben führt. In jedem Fall stützen die gefundenen Zusammenhänge die Annahme von Hatton et al. (1999a), dass Beruf und Privatleben nicht als unabhängig voneinander betrachtet werden können.

Ein weiterer mitarbeiterspezifischer Aspekt konnte als signifikanter Prädiktor für die Vorhersage von emotionaler Erschöpfung identifiziert werden, nämlich die Veränderung der Motivation von Berufseinstieg bis zum derzeitigen Zeitpunkt. Je mehr die Motivation in dieser Zeit sinkt, desto höher ist die emotionale Erschöpfung der Mitarbeiter. Hatton et al. (1999a) berichten ein ähnliche Ergebnis bezüglich des Engagements der Mitarbeiter, welches als Folge der Motivation der Mitarbeiter verstanden werden kann. Je mehr das Engagement vom Berufseinstieg bis zum jetzigen Zeitpunkt sinkt, desto mehr berufsbezogenen Stress und Arbeitsunzufriedenheit berichten die Mitarbeiter (Hatton et al., 1999a).

Bezüglich der organisationsspezifischen Prädiktoren zeigen sich signifikante Ergebnisse in erwarteter Richtung für die Führung durch die Vorgesetzten und die Unterstützung der Kollegen. Je schlechter nämlich diese beiden Bereiche eingeschätzt werden, desto höher sind auch die Scores in der Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung. Auch Hatton et al. (1999a) berichten einen Zusammenhang zwischen der berichteten Arbeitsbelastung der Mitarbeiter und dem Mangel an sozialer Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Dass dieser

Mangel an Unterstützung auch bei der Entwicklung einer Burnout-Symptomatik eine Rolle spielt, zeigen bereits Studien von Aronson et al. (1983), Maslach (1982), Maslach und Jackson (1984) und Russel et al. (1987).

Mascha (2007) berichtet, dass das Fehlen der Unterstützung der Kollegen als die größte Stressquelle in der Behindertenarbeit berichtet wird. Außerdem wird, wie in der vorliegenden Diplomarbeit, eine signifikante negative Korrelation zwischen der Unterstützung durch die Kollegen und der Skala Emotionale Erschöpfung berichtet. Eine Korrelation in dieselbe Richtung findet Mascha (2007) außerdem in Bezug auf Emotionale Erschöpfung und die erlebte Unterstützung durch die Vorgesetzten. Auch Blumenthal et al. (1998) und Chung et al. (1996) berichten solche Zusammenhänge in der Population der Betreuungspersonen von Menschen mit IB.

Kurz angesprochen wurden weiter oben bereits die signifikanten Einflüsse der Variablen Definition der Aufgabenverteilung und Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung auf das Regressionsmodell zur Vorhersage der Emotionalen Erschöpfung. Je schlechter die Definition der Aufgabenverteilung bewertet wird, desto höher ist der Score in der Skala Emotionale Erschöpfung. In der Literatur können bereits einige Ergebnisse gefunden werden, die Hinweise auf einen solchen Zusammenhang geben. Pisecker (2007) berichtet einerseits, je unzufriedener die Mitarbeiter mit den Abläufen von Prozessen in der Organisation sind, desto mehr leiden sie an einer Burnout-Symptomatik. Gürtler (1991) wiederum bringt unklare Erfolgskriterien für die Betreuungspersonen in Zusammenhang mit vermehrtem Auftreten von Burnout. Auch die bereits weiter oben erwähnten beobachteten Zusammenhänge zwischen Rollen-Unklarheit und Burnout (Aitken & Schloss, 1994; Corrigan, 1993;; Hatton & Emerson, 1993; Schulz et al., 1995) bieten Indizien für einen solchen Zusammenhang. Auch Blumenthal et al. (1998) berichten bei Behindertenbetreuern, dass Unsicherheiten bezüglich der Verantwortungsbereiche und Aufgaben zu Rollen-Stress führen können und dieser wiederum mit Burnout in Zusammenhang steht. Die Bestätigung solcher kausalen Schlüsse ist in dieser Studie aufgrund der angewandten Korrelations-Methoden nicht möglich. Allerdings fügt sich das hier gefundene Ergebnis in die angeführte Reihe der Studien, die solche Zusammenhänge zwischen organisationsspezifischen Variablen und Burnout-Symptomen zeigen.

Bezüglich der Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung zeigt sich, je gerechter die Aufgabenverteilung beurteilt wird, desto höher ist der Score in der Skala Emotionale Erschöpfung. Das könnte beispielsweise daran liegen, dass eine gerechte Aufgabenverteilung bedeutet, dass jeder Mitarbeiter die gleichen, oder zumindest gleich viele Aufgaben zu

erfüllen hat. Das könnte zur Folge haben, dass Betreuungspersonen schlechter Aufgaben an andere abgeben können, beispielsweise um sich selbst zu entlasten. Das wiederum könnte dazu führen, dass die Mitarbeiter emotional erschöpfter sind, weil Aufgaben in Notfällen oder schwierigen Phasen nicht einfach abgegeben werden können. Allerdings wäre auch denkbar, dass die emotionale Erschöpfung der Mitarbeiter die Bewertung der Gerechtigkeit beeinflusst, oder die beiden beschriebenen Faktoren durch einen dritten Faktor beeinflusst werden. Aufgrund der angewandten Korrelationsmethoden können solche kausalen Fragen nicht eindeutig beantwortet, sondern lediglich Vermutungen angestellt werden.

In der Literatur finden sich kaum Studien, die einen solchen Zusammenhang von Gerechtigkeit und Burnout untersuchen. Lediglich eine Studie von Van Dierendonck et al. (2001) berichtet, dass Mitarbeiter, die sich an ihrem Arbeitsplatz ungerecht behandelt fühlen mehr emotionale Erschöpfung berichten. Das Gerechtigkeitsempfinden der Mitarbeiter bezüglich verschiedener Aspekte scheint also in jedem Fall eine Rolle bei der emotionalen Erschöpfung der Mitarbeiter zu spielen.

Bei der genauen Betrachtung des Antwortverhaltens der Stichprobe in der vorliegenden Studie bezüglich des Gerechtigkeits-Items fällt auf, dass die Stichprobe diese Frage recht homogen beantwortet. Beinahe fünfundachtzig Prozent der Befragten wählen die Antwortkategorien „gerecht“ beziehungsweise „einigermaßen gerecht“. Nur eineinhalb Prozent bewerten die Aufgabenverteilung als „einigermaßen ungerecht“ und keiner der Befragten wählt die Kategorie „ungerecht“. Möglicherweise ist also auch das in dieser Studie verwendete Item nicht hinreichend dazu geeignet, das Empfinden bezüglich der Gerechtigkeit differenziert zu erfassen. Möglicherweise sollte die Gerechtigkeit verschiedener organisationsspezifischer Aspekte erfragt werden, um gezieltere Schlüsse aus den Ergebnissen ziehen zu können.

Außer den bereits diskutierten signifikanten Ergebnissen kann auch ein Trend beobachtet werden, nämlich dass ein höheres Jobalter möglicherweise mit einer höheren emotionalen Erschöpfung einhergeht. Zu den Zusammenhängen zwischen Berufs- beziehungsweise Jobalter und Burnout finden sich in der Literatur sehr unterschiedliche, sich teilweise widersprechende Ergebnisse (Chung et al., 1996; Heinemann, 1997). Auch das etwas später in diesem Teil der Diplomarbeit diskutierte Ergebnis zu Berufsalter und persönlicher Erfüllung widerspricht der aus der Literatur abgeleiteten Richtung des Zusammenhangs. All das könnte zum Beispiel darauf hindeuten, dass es möglicherweise andere Variablen gibt, die den Zusammenhang zwischen Job- und Berufsalter und den Burnout-Symptomen modulieren. Auf

jeden Fall sind hierzu weitere Untersuchungen von Nöten, um differenziertere und weiterführende Aussagen ableiten zu können.

11.2.3 Die signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zur Burnout-Skala

Persönliche Erfüllung

Mit den einbezogenen Prädiktor-Variablen in die Regressionsgleichung zur Vorhersage der persönlichen Erfüllung der Betreuungspersonen können 41,1 Prozent der Varianz des Burnout-Symptoms erklärt werden. Damit ergeben sich dieselben Schlussfolgerungen wie bereits bei der Regressionsgleichung zur emotionalen Erschöpfung. Es gibt also offensichtlich noch viele weitere Variablen, die in signifikantem Zusammenhang mit diesem Burnout-Symptom stehen und die nicht in die vorliegende Untersuchung einbezogen wurden.

Von den einbezogenen Prädiktoren zeigen bei der Vorhersage der Persönlichen Erfüllung nur drei Variablen einen signifikanten Einfluss auf das Modell, nämlich das Jobalter, die berufsspezifische Ausbildung und das Leisten wacher Nachtdienste.

Beim Jobalter zeigt sich ein Zusammenhang in der aus der Literatur abgeleiteten Richtung. Ein höheres Jobalter korreliert demnach mit niedrigerer persönlicher Erfüllung durch den Beruf. Pines und Maslach (1978) stellen dazu in einer Untersuchung auf einer psychiatrischen Station fest, dass mit einem höheren Jobalter bestimmte Einstellungen und Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen, die sich ungünstig auf die Arbeit auswirken. In einer anderen Studie kann ein Zusammenhang zwischen einem höheren Jobalter und höheren Burnout-Werten festgestellt werden (Fuqua & Couture, 1986). Allerdings wurde diese Untersuchung ebenfalls in einem Krankenhaus mit Personen aus unterschiedlichen medizinischen Berufen durchgeführt, in dem die Teilnehmer also gänzlich andere Voraussetzungen, wie beispielsweise eine andere Ausbildung haben als die Stichprobe in dieser Untersuchung. Diese Unterschiede erklären möglicherweise, warum in der vorliegenden Untersuchung im Gegensatz zu der von Fuqua und Couture (1986) lediglich ein Zusammenhang des Jobalters mit der Skala Persönliche Erfüllung und nicht auch mit der Emotionalen Erschöpfung gefunden wurde. Auch könnte allerdings die Stichprobe in der vorliegenden Untersuchung verantwortlich sein, die wie bereits diskutiert, für die große Anzahl an Prädiktoren möglicherweise zu klein ist, um alle Effekte aufzudecken.

Eine abgeschlossene berufsspezifische Ausbildung geht ebenfalls hypothesenkonform mit einer höheren Persönlichen Erfüllung einher. Dieses Ergebnis fügt sich in eine Vielzahl von

Studien, die ähnliche Zusammenhänge beobachten. Hatton et al. (1999b) beispielsweise berichten einen Zusammenhang zwischen keiner abgeschlossenen berufsspezifischen Ausbildung und mehr erlebtem Arbeitsstress. Alexander und Hegarty (2000) berichten bei Betreuungspersonen ohne Berufsausbildung höhere Werte in den Skalen Depersonalisation und Emotionaler Erschöpfung, nicht aber in der Skala Geringere persönliche Erfüllung. Allerdings ist die Stichprobe mit sechszwanzig Personen als zu klein für aussagekräftige Ergebnisse zu bewerten. Diese zu geringe Stichprobengröße könnte für die Unterschiede zwischen den Ergebnissen von Alexander und Hegarty (2000) und denen der vorliegenden Diplomarbeit verantwortlich sein.

Heifetz und Bersani (1983) sehen Ausbildungsdefizite als hauptverantwortlich für die Entstehung von Burnout. Auch Carroll und White (1982) sind der Ansicht, dass sich Personen mit Ausbildungsdefiziten immer wieder Anforderung in ihrem Beruf gegenüber sehen, denen sie nicht gewachsen sind. Dadurch entstehen Frustrations- und Misserfolgserlebnisse. Solche negativen Erfahrungen können den Nährboden für die Entstehung eines Burnouts bieten, meinen die Autoren. Kritisch muss angemerkt werden, dass in der vorliegenden Diplomarbeit lediglich ein Zusammenhang gefunden wurde, aus dem kausale Schlüsse wie die der vorliegenden Autoren nicht gezogen werden dürfen. Die Annahmen aus der Literatur bieten lediglich eine der Erklärungsmöglichkeiten für diesen Zusammenhang. Es wäre aber auch denkbar, dass ein dritter Faktor beide Variablen beeinflusst, dass also beispielsweise Personen, die an Burnout leiden ein Merkmal besitzen, dass auch dazu führt, dass sie keine berufsspezifische Ausbildung absolvieren wollen oder können.

Kritisch muss bei diesem beobachteten Ergebnis allerdings angemerkt werden, dass die Stichprobe gerade was das Merkmal der berufsspezifischen Ausbildung betrifft, nicht repräsentativ ist, da ein wesentlicher Teil der Stichprobe in einer Schule rekrutiert wurde, in der sie zum Zeitpunkt der Erhebung gerade eine berufsspezifische Ausbildung absolvierten. Diese Untersuchungsteilnehmer könnten die Ergebnisse verzerren. Beispielsweise wäre es denkbar, dass die Teilnehmer, die sich gerade in Ausbildung befinden eine Doppelbelastung durch Ausbildung und Beruf erleben und sie deshalb weniger persönliche Erfüllung durch ihre Arbeit erleben. Die Ergebnisse zur Ausbildung müssen also, noch mehr als die anderen Ergebnisse, unter dem Gesichtspunkt der nicht repräsentativen Stichprobe betrachtet werden. Bezüglich des Leistens der wachen Nachtdienste konnte aufgrund der fehlenden Literatur zu diese Thematik in Bezug auf Burnout keine gerichtete Hypothese formuliert werden. Es zeigt sich, dass jene Betreuungspersonen, die wache Nachtdienste leisten eine geringere persönliche Erfüllung erleben als Personen, die keine wachen Nachtdienste leisten.

Bartholomeyczik (1990) sieht die Notwendigkeit von Nachtdiensten als entscheidenden Belastungsfaktor in Pflegeberufen. Diese zusätzliche Belastung könnte möglicherweise bei dem in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Zusammenhang eine Rolle spielen.

Auch die in dieser Diplomarbeit gefundenen Trends bezüglich der persönlichen Erfüllung der Mitarbeiter sollen in weiterer Folge diskutiert werden. Ein höheres Berufsalter könnte demnach mit einer höheren persönlichen Erfüllung einhergehen. Allerdings wurde aufgrund entgegen gesetzter Ergebnisse aus bereits existierenden Studien (Heinemann, 1997; Pines & Maslach, 1978) die Einzel-Hypothese zum Berufsalter gegensätzlich gerichtet formuliert. Es wurde nämlich erwartet, dass ein hohes Berufsalter mit einer niedrigeren persönlichen Erfüllung einhergehen würde. Es zeigt sich nun also ein Trend in entgegen gesetzte Richtung, weshalb auch weiterhin die Nullhypothese, dass also das Berufsalter nicht mit der persönlichen Erfüllung korreliert, angenommen wird.

Ein weiterer Trend zeigt, dass die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen mit einer geringeren persönlichen Erfüllung korrelieren könnte. Dieses Ergebnis widerspricht in gewisser Weise einer Studie von Hatton et al. (1999), die den Mangel an Fortbildungen mit vermehrtem Stress einhergehen sehen. Sundin-Huard und Fahy (1999) berichten allerdings, dass moralischer Stress mit Burnout korreliert, was eine Erklärung für die in dieser Studie vorliegenden Ergebnisse sein könnte. In Weiterbildungen werden zumeist schwierige und ethische Themen behandelt, mit denen die Betreuungspersonen von Menschen mit IB umgehen müssen. Wird der Fokus der Mitarbeiter durch Weiterbildungen auf solche Themen gelegt, könnte moralischer Stress entstehen, der wiederum mit einer niedrigen Ausprägung in der Skala „Persönliche Erfüllung“ einhergehen könnte.

Bezüglich des beobachteten Trends zu Veränderung der Motivation und persönlicher Erfüllung, ist auf den gefundenen und bereits weiter oben diskutierten Zusammenhang dieses Prädiktors mit dem Burnout-Symptom Emotionale Erschöpfung, beziehungsweise dessen Einordnung in die Ergebnisse von Hatton et al. (1999a) zu verweisen.

Zuletzt zeigt sich der Trend, dass Mitarbeiter mit wechselnden Diensten mehr persönliche Erfüllung berichten als Betreuungspersonen mit täglich gleichen Dienstzeiten. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass Betreuungspersonen mit ständig wechselnden Diensten durch zum Beispiel Wochenend- und Nachtdienste vermehrt Abwechslung erleben, was möglicherweise mit einer höheren persönlichen Erfüllung in Zusammenhang stehen könnte. Allerdings ist anzumerken, dass ein solcher Trend nur bei einer der drei untersuchten Dummy-Variablen bezüglich des Dienstplans gezeigt werden kann. Außerdem gibt es noch keine anderen Studien hierzu, mit denen das Ergebnis verglichen werden könnte. Solche

weiteren Untersuchungen sind zur Einordnung des beobachteten Trends für die Zukunft wünschenswert.

11.2.4 Die nicht signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zu berufsspezifischen Aspekten und Burnout

Zahlreiche berufsspezifische Faktoren stellen sich in der vorliegenden Untersuchung als nicht signifikante Prädiktoren für die Ausprägungen der Burnout-Skalen heraus. In weiterer Folge sollen auch diese Ergebnisse diskutiert und eingeordnet werden.

11.2.4.1 Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Prädiktoren und Burnout

In der Stichprobe dieser Untersuchung gibt es keinen Zusammenhang zwischen der ausgeübten Funktion des Mitarbeiters und den Burnout-Symptomen. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den gefundenen Korrelationen in anderen Studien (Aitken & Schloss, 1994; Edwards & Miltenberger, 1991). Eventuell könnte die Ursache für die nicht signifikanten Ergebnisse an der sehr kleinen Teilstichprobe der Führungskräfte liegen. Nur 18,3% der untersuchten Betreuungspersonen geben an, Führungstätigkeiten zu verrichten. Um generalisierbare Ergebnisse zu erhalten, müsste diese Teilstichprobe größer ausfallen.

Die nicht signifikanten Zusammenhänge zwischen Burnout und Wochenstundenanzahl gehen weitgehend konform mit bereits existierenden anderen Untersuchungen. Mitchell und Hastings (2001), sowie Chung und Corbett (1998) stellen nur einen Zusammenhang zwischen dem Burnout-Symptom Depersonalisation und der Wochenstunden-Verpflichtung fest. Diese Ergebnisse konnten in der vorliegenden Studie nicht überprüft werden. Lawson und O'Brien (1994) finden, ähnlich wie in dieser Diplomarbeit keine signifikanten Korrelationen zwischen den Burnout-Symptomen und der Wochenstundenanzahl. Zusammenfassend hierzu kann also angenommen werden, dass es zwischen der Wochenstundenanzahl und den Symptomen Emotionale Erschöpfung und Persönliche Erfüllung keinen Zusammenhang gibt.

Die Faktoren berufsspezifische Ausbildung und Fortbildungen scheinen nur in Zusammenhang mit dem Symptom Persönliche Erfüllung in Verbindung zu stehen, nicht aber mit der emotionalen Erschöpfung der Mitarbeiter. Ob die Mitarbeiter bereits eine Fortbildung zum Thema Burnout in Anspruch genommen haben oder nicht, scheint allerdings mit keinem

der untersuchten Symptome in Zusammenhang zu stehen. Das Wissen beziehungsweise die Vermittlung von Informationen über diese psychische Erkrankung scheint also nicht mit der Entwicklung von Burnout-Symptomen in Verbindung zu stehen.

Die Veränderung der Freude am Beruf vom Berufseinstieg bis zum derzeitigen Zeitpunkt steht offenbar im Gegensatz zur Motivation und zum Engagement (Hatton et al., 1999a) nicht in Zusammenhang mit den zwei untersuchten Burnout-Symptomen. Ähnliches dürfte für die Selbsteinschätzung der beruflichen Eignung gelten. In Bezug auf Burnout macht es also keinen Unterschied, ob sich die Betreuungspersonen selbst als geeignet für den gewählten Beruf einschätzen oder nicht.

Die Balance zwischen Beruf und Privatleben dürfte nur für das Symptom der emotionalen Erschöpfung relevant sein, nicht aber für die persönliche Erfüllung der Mitarbeiter. Die vorliegende Diplomarbeit ist die bisher einzige Untersuchung, die solche Zusammenhänge prüft. Hatton et al. (1999a) finden lediglich einen Zusammenhang zwischen der Balance und dem generellen Stresserleben im Beruf. Bezüglich der privaten Belastung kann in dieser Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden, obwohl aufgrund der Annahmen von Hatton et al. (1999a) ein solcher vermutet wurde. Allerdings lassen Hatton et al. (1999a) lediglich einen Zusammenhang zwischen der Belastung im Privatleben und dem allgemeinen Arbeitsstress vermuten. Die vorliegende Untersuchung gibt Grund zu der Vermutung, dass es allerdings keinen solchen Zusammenhang mit den Burnout-Symptomen gibt.

11.2.4.2 Nicht signifikante klientenspezifische Prädiktoren und Burnout

Keiner der untersuchten mitarbeiterspezifischen Aspekte steht in signifikantem Zusammenhang mit den Burnout-Symptomen. Bezüglich des Schweregrades der Behinderung steht dieses Ergebnis damit im Widerspruch zu vielen anderen Studien, die einen solchen Zusammenhang durchaus vermuten lassen beziehungsweise auch bestätigen (Bersani & Heifetz, 1985; Buckhalt, Marchetti & Bearden, 1990; Cottle, Kulpers, Murphy & Oakes, 1995; Freeman, 1994; Hatton, Brown, Caine & Emerson, 1995; Hatton et al., 1999a; Jenkins, Rose & Lovell, 1997; Mitchell & Hastings, 2001). Bei der genaueren Betrachtung des Antwortverhaltens zu den diesbezüglichen Items ist eine Ursache hierfür nahe liegend, nämlich dass das gewählte Erhebungsinstrument nicht valide und reliabel genug ist. Es fällt nämlich auf, dass die Items zum Schweregrad der Behinderung auch von Mitarbeitern, die in

derselben Einrichtung tätig sind sehr unterschiedlich beantwortet werden. Um zu generalisierenden Ergebnissen gelangen zu können, wäre also anzuraten, die Erhebungsmethode zu ändern und möglicherweise über objektivere Kriterien den Schweregrad der Klienten zu erfassen.

Auch bezüglich der beiden anderen klientenspezifischen Aspekte Betroffenheit von zusätzlichen Behinderungen und Betreuungsverhältnis zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge. Da es keine Studien gibt, die solche Korrelationen bereits untersucht haben, muss aufgrund der vorliegenden Ergebnisse vorerst angenommen werden, dass es keine Verbindung zwischen diesen Faktoren und Burnout gibt. Allerdings muss auch hier die ungenügende Erfüllung der Gütekriterien der Items berücksichtigt werden. Es wäre sinnvoll, diese Zusammenhänge in einer weiteren Untersuchung unter der Verwendung anderer Instrumente zu klientenspezifischen Aspekten noch einmal zu überprüfen.

11.2.4.3 Nicht signifikante organisationsspezifische Prädiktoren und Burnout

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zu den organisationsspezifischen Aspekten fällt auf, dass diese, mit Ausnahme des einen Prädiktors Leisten wacher Nachtdienste eher für das Burnout-Symptom Emotionale Erschöpfung eine Rolle spielen dürften, nicht aber für die persönliche Erfüllung der Mitarbeiter.

Die Art der Einrichtung steht mit keinem der beiden Symptome in Zusammenhang. Es gibt auch keine diesbezüglichen Studien, mit denen die Ergebnisse verglichen werden könnten. Es wird also angenommen, dass die Art der Einrichtung in der die Betreuungspersonen tätig sind in keinem Zusammenhang zu den beiden untersuchten Burnout-Symptomen steht. Auch die Anzahl der Klienten, die in der Einrichtung betreut werden steht in keinem Zusammenhang mit den Symptomen. Dieses Ergebnis widerspricht den Ergebnissen aus anderen Studien, die solche Zusammenhänge feststellen können (Aitken & Schloss, 1994; Chung & Corbett, 1998). Allerdings ist auch hier anzumerken, dass die Validität der Angaben in der vorliegenden Studie eher nicht gegeben ist, da auch hierzu die Angaben der Mitarbeiter aus derselben Organisation teilweise sehr unterschiedlich ausfallen. Die Gültigkeit des Ergebnisses dieser Untersuchung ist daher also in Frage zu stellen.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie muss weiters angenommen werden, dass die Teilnahme an Supervision und die Zufriedenheit mit dieser, sowie die Teilnahme an Teambesprechungen nicht in Zusammenhang mit den beiden Burnout-Symptomen

Emotionale Erschöpfung und Persönliche Erfüllung stehen dürften. Das Leisten wacher Nachtdienste hingeben scheint nur in Verbindung mit der persönlichen Erschöpfung, nicht aber mit der emotionalen Erschöpfung der Mitarbeiter zu stehen.

Die Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten scheinen hingegen nur relevant für das Symptom der Emotionalen Erschöpfung zu sein. Allerdings kann man bei einem Signifikanzwert von $p = .104$ des Prädiktors Führung durch die Vorgesetzten für die abhängige Variable Persönliche Erfüllung beinahe von einem Trend in die erwartete Richtung sprechen. Bei der Verwendung einer größeren Stichprobe könnte man auch hier eventuell einen signifikanten Zusammenhang finden. In jedem Fall zeigt sich auch in dieser Studie, wie in vielen anderen auch (Aronson et al., 1983; Chung et al., 1996; Gürtler, 1991; Harris & Thomson, 1993; Hatton et al., 1999a; Kaluza et al., 1998; Lavender & Hewson, 1998; Mascha, 2007; Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1984; Russell et al., 1987) die Relevanz der Beziehung zu den Kollegen und Vorgesetzten für Burnout.

Hingegen zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass Variablen wie die Organisation des Dienstplans beziehungsweise der Arbeitsabläufe in keinem Zusammenhang mit den Burnout-Symptomen Persönliche Erfüllung und Emotionale Erschöpfung stehen dürften.

11.2.5 Die signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zur Umsetzung der Autonomie der Klienten

Die beiden Burnout-Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Persönliche Erfüllung“ erklären gemeinsam 10,4% der Varianz der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten. Es ergeben sich außerdem Zusammenhänge in die erwartete Richtung, nämlich dass eine höhere emotionale Erschöpfung und eine niedrigere persönliche Erfüllung mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten einhergehen. Eine mögliche Erklärung dafür bietet die Annahme von Severinsson und Hummelvoll (2001). Demnach könnte Burnout mit einer hohen Wichtigkeit, aber einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie aufgrund von moralischem Stress einhergehen. Die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit gehen auch konform mit O'Sheedys Ergebnis, das zeigt, dass eine geringere Umsetzbarkeit der Autonomie mit höherer Belastung der Pflegepersonen einhergeht. Allerdings weisen O'Sheedys Ergebnisse, anders als die Annahmen von Severinsson und Hummelvoll (2001) eher in die Richtung, dass Burnout auch mit einer geringeren Wichtigkeit der Autonomie einhergehen könnte. Aufgrund des notwendigen Ausschlusses der Skala „Einstellung zur

Autonomie“ konnte diese Widersprüchlichkeit allerdings leider nicht geklärt werden. Trotzdem kann bestätigt werden, dass höhere Ausprägungen in den Burnout-Symptomen Emotionale Erschöpfung und Geringe persönliche Erfüllung mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten einhergehen.

Unter Einbezug aller anderen interessierenden Prädiktoren können 56,2% der Varianz der Ausprägungen der Umsetzbarkeit der Autonomie erklärt werden. Auch bei der Betrachtung dieses Modells muss also festgestellt werden, dass es weitere als die einbezogenen Faktoren gibt, die in signifikantem Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie stehen dürften. Wiederum ist anzunehmen, dass möglicherweise mehr als die drei in dieser Studie erhobenen klientspezifischen Merkmale eine Rolle spielen könnten. Es wäre beispielsweise denkbar, differenziert verschiedenen Fähigkeiten der Klienten zu erfassen, da es Hinweise gibt, dass solche Variablen für die Autonomie der Klienten eine Rolle spielen könnten (Hatton et al., 2004). Außerdem könnten auch andere organisationsspezifische Rahmenbedingungen mit der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten in Zusammenhang stehen, die in dieser Untersuchung nicht erhoben wurden.

Dennoch können auch einige der erhobenen mitarbeiter-, klienten- und organisationsspezifischen Prädiktoren als signifikant in ihrem Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie identifiziert werden.

Es stellt sich beispielsweise heraus, dass die Wochenstundenverpflichtung mit der Umsetzbarkeit korreliert. Je höher die Wochenstundenverpflichtung des Mitarbeiters ist, desto besser ist die Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten. Dieses Ergebnis kann möglicherweise damit in Verbindung gebracht werden, dass die Betreuungsperson mehr Zeit im Beruf und damit auch mit den Klienten verbringt und somit auch mehr Zeit dafür aufbringen kann, die Autonomie der Klienten zu fördern. Mehr Zeit, die die Betreuungsperson mit den Klienten verbringt, könnte also damit in Zusammenhang stehen, dass sie die Bedürfnisse der Klienten besser umsetzen kann.

Weiters stellt sich heraus, dass eine besser eingeschätzte Balance zwischen Privat- und Berufsleben mit einer höheren Umsetzbarkeit einhergeht, ebenso eine geringere Belastung im Privatleben. Hier kann eine ähnliche Erklärung wie bei der Burnout-Skala Emotionale Erschöpfung herangezogen werden. Hatton et al. (2004) betonen die Wichtigkeit des Wechselspiels zwischen Privatleben und Beruf beziehungsweise von Konflikten in diesem Wechselspiel für die Arbeitsleistung und den erlebten Stress. Sie postulieren, dass Arbeits- und Privatleben nicht als unabhängig voneinander betrachtet werden dürfen, sondern dass sich

diese beiden Bereiche gegenseitig beeinflussen. Die Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten als Merkmal der Betreuungsqualität und somit auch der Arbeitsleistung kann also mit der Balance zwischen Privatleben und Arbeit beziehungsweise auch mit den Belastungen im Privatleben in Verbindung stehen.

Einen weiteren signifikanten Einfluss auf das Regressions-Modell leistet der Prädiktor Leisten wacher Nachtdienste. Betreuungspersonen, die in ihrem Beruf wache Nachtdienste leisten, können die Autonomie der Klienten schlechter umsetzen, als solche Personen, die keine wachen Nachtdienste leisten müssen. Das Leisten wacher Nachtdienste stellt einen schweren Belastungsfaktor in der Arbeit mit Menschen mit IB dar, der die Betreuungspersonen sowohl psychisch als auch physisch belasten kann (Bartholomeyczik, 1990). Auch die Einflüsse der Burnout-Symptome, der Balance zwischen Privat- und Berufsleben und der Belastung im Privatleben auf die Regressions-Gleichung geben Anlass zur Vermutung, dass eine höhere Belastung der Mitarbeiter mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten einhergeht. Auch das Leisten wacher Nachtdienste kann den Mitarbeiter zusätzlich belasten.

Weiters zeigt sich ein Trend bezüglich des Zusammenhangs von Umsetzbarkeit der Autonomie und Berufsalter. Ein höheres Berufsalter scheint demnach mit einer höheren Umsetzbarkeit der Autonomie einherzugehen, was eventuell mit dem Zuwachs an beruflichen Fähigkeiten und beruflicher Routine mit zunehmendem Berufsalter in Verbindungen stehen könnte.

Auch zwei klientenspezifische Prädiktoren stehen in hypothesenkonformen signifikanten Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten, nämlich der eingeschätzte Schweregrad der Behinderung und die Betroffenheit der Klienten von zusätzlichen Sinnesbehinderungen. Dieses Ergebnis fügt sich in die Ergebnisse der Studien von Nota et al. (2007) beziehungsweise Stancliffe et al. (2000), die zeigen, dass ein niedriger IQ, beziehungsweise eine schwere Form der IB mit geringerer Selbstbestimmung einhergehen. Auch Hatton et al. (2004) berichten, dass geringere Fähigkeiten von Menschen mit IB in Zusammenhang mit geringer Selbstbestimmung stehen. Zusätzliche Sinnesbehinderungen beeinträchtigen bestimmte Fähigkeiten der Klienten, was eine Erklärung für den diesbezüglich in dieser Diplomarbeit gefundenen Zusammenhang bieten kann. Auch Wehmeyer und Garner (2003) berichten eine signifikante Korrelation zwischen dem Schweregrad der Behinderung und dem Grad der Selbstbestimmung.

Auch eine große Anzahl an zu betreuenden Klienten in der Einrichtung steht wie erwartet in Zusammenhang mit einer geringeren Umsetzbarkeit der Autonomie. Wehmeyer et al. (1995) berichten von geringerer Selbstbestimmung der Klienten in großen Wohnhäusern mit einer

großen Anzahl an Klienten. Auch Stancliffe (1997) beobachtet mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung in kleineren Einrichtungen mit weniger Klienten. Hatton et al. (2004) berichten von größerer Entscheidungsfreiheit der Klienten in kleineren Gruppen.

Der letzte signifikante Prädiktor zur Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten ist die Einschätzung der Führung durch die Vorgesetzten. Es zeigt sich ein hypothesenkonformer Zusammenhang von positiver Einschätzung der Führung mit einer besseren Umsetzbarkeit. Kyrrouz und Humphreys (1997) interpretieren die Ergebnisse ihrer Studie mit der Annahme, dass Betreuungspersonen mit ihren Patienten ähnlich umgehen, wie sie selbst von ihren Vorgesetzten behandelt werden. Die Autoren beobachten einen Zusammenhang zwischen einer geringeren Unterstützung durch die Vorgesetzten und einer geringeren Empathie der Betreuungspersonen gegenüber den Patienten. Die Führung und Unterstützung der Vorgesetzten dürfte also mit Merkmalen der Betreuungsqualität, wie der Autonomie der Klienten in Zusammenhang stehen.

Es zeigt sich also insgesamt eine Reihe von berufsspezifischen Aspekten, die in Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie steht, allerdings konnten viele andere erwartete Zusammenhänge nicht gezeigt werden. An dieser Stelle muss allerdings noch einmal angemerkt werden, dass die Stichprobengröße bei der Fülle an Prädiktor-Variablen definitiv zu klein ist, um alle Effekte aufdecken zu können.

11.2.6 Die nicht signifikanten Ergebnisse der Fragestellungen zu berufsspezifischen Aspekten und Autonomie

In weiterer Folge sollen auch die nicht signifikanten berufsspezifischen Prädiktoren in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten kurz diskutiert werden.

11.2.6.1 Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Prädiktoren und Autonomie

Die aufgrund der Ergebnisse von Suhonen et al. (2003) gerichtet formulierte Hypothese zur Funktion der Mitarbeiter kann in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Allerdings ist hier als Einschränkung wieder die sehr kleine Teilstichprobe der Führungskräfte anzuführen. Auch die Faktoren berufsspezifische Ausbildung, selbst eingeschätzte Eignung und Weiterbildungen zum Themenschwerpunkt Autonomie erweisen sich entgegen der Erwartung

als nicht signifikante Prädiktoren für die Umsetzbarkeit. Es wurde aufgrund von anderen Studien (Ballou, 1998; Elander & Hermeren, 1989; Suhonen et al., 2003) angenommen, dass eine berufsspezifische Ausbildung mit einer höheren Umsetzbarkeit einhergehen müsste. Dies kann in der untersuchten Stichprobe nicht beobachtet werden. Allerdings ist diesbezüglich die Verzerrung der Stichprobe aufgrund der Erhebung in der SOB zu beachten. Die beobachteten Ergebnisse sind also nicht auf die Population zu generalisieren, sondern gelten nur für die spezielle Stichprobe in der Diplomarbeit. Ähnlich wie bei Burnout findet sich auch hier kein Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema Autonomie der Klienten und der Umsetzbarkeit dieser Autonomie. Es spielt für die Umsetzbarkeit also keine Rolle, ob bereits Wissen zu diesem Themenschwerpunkt vermittelt wurde oder nicht. Auch die Motivation und Freude der Betreuungspersonen steht nicht in Zusammenhang mit der Autonomie der Klienten. Aus der Literatur gibt es hierzu auch keinerlei Anhaltspunkte, weshalb aufgrund dieser Studie davon ausgegangen werden kann, dass diese Prädiktoren für die Umsetzbarkeit keine Rolle spielen.

11.2.6.2 Nicht signifikante klientenspezifische Prädiktoren und Autonomie

Bezüglich der Komorbiditäten der Klienten scheint für die Autonomie der Klienten aufgrund der hier gefundenen Ergebnisse nur die Betroffenheit von Sinnesbehinderungen eine Rolle zu spielen. Allerdings muss an dieser Stelle noch einmal auf die Einschränkungen der Validität der diesbezüglichen Angaben der Betreuungspersonen hingewiesen werden. Auch beim Betreuungsverhältnis könnte dies der Grund für das nicht signifikante Ergebnis sein. Möglicherweise könnten auch hier, mittels validerer Erfassung der interessierenden Aspekte signifikante Ergebnisse aufgedeckt werden, da klientenspezifische Aspekte im Allgemeinen, wie diese Studie zeigt, offenbar in Zusammenhang mit der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten stehen dürften.

11.2.6.3 Nicht signifikante organisationsspezifische Prädiktoren und Autonomie

Bezüglich vieler organisationsspezifischer Aspekte, wie der Art der Einrichtung, Teambesprechungen, Beziehungen zu den Kollegen, Organisation des Dienstplans, der Arbeitsabläufe, die Aufgabenverteilung und deren Gerechtigkeit bietet die bereits bestehende

Literatur keinerlei Anhaltspunkte für eventuelle Zusammenhänge zur Autonomie der Klienten. Auch in der vorliegenden Studie werden keinerlei solche Korrelationen festgestellt, weshalb die Null-Hypothesen für diese Prädiktoren angenommen werden. Bezüglich des Prädiktors der Supervision wurde angenommen, dass eine solche Teilnahme aufgrund von moralischem Stress mit einer geringen Umsetzbarkeit der Autonomie einhergehen sollte. Johns (1995) und Severinsson und Hummelvoll (2001) gehen davon aus, dass die Konfrontation mit ethischen und moralischen Themen zu vermehrtem Stresserleben führt. Ein solcher Zusammenhang kann in der vorliegenden Studie bezüglich des Themenschwerpunktes Autonomie der Klienten nicht festgestellt werden. Es wäre allerdings auch denkbar, dass Supervision nicht zwangsläufig immer mit der Konfrontation mit solch ethischen Themen einhergeht und das erwartete Ergebnis deshalb nicht beobachtet werden kann. Hierzu sind in jedem Fall weitere Studien anzuraten, in denen möglicherweise der Prädiktor Supervision genauer und differenzierter zu untersuchen ist.

12 Zu den Grenzen der Untersuchung

Zu allererst ist anzuführen, dass die untersuchte Stichprobe keine Zufallsstichprobe darstellt. Ein Großteil der befragten Betreuungspersonen ist in ein und derselben Organisation tätig, wenn auch in unterschiedlichen Einrichtungen an unterschiedlichen Standpunkten. Die Ergebnisse der Studie sind daher nicht auf die Population der Betreuungspersonen in der Arbeit mit Menschen mit IB generalisierbar, sondern nur für die Stichprobe gültig, aus der lediglich Tendenzen für die Population abzuleiten sind, auch wenn beispielsweise bei den Berechnungen mittels multiplen Regressionen die Voraussetzungen, die für eine Generalisation der Ergebnisse erfüllt sein müssen, weitgehend erfüllt zu sein scheinen.

Weiters fällt auf, dass es in der Stichprobe kaum Personen gibt, die tatsächlich an einer massiven Burnout-Problematik leiden. Dies kann einerseits an der geringen Stichprobengröße im Allgemeinen liegen, oder aber Personen, die tatsächlich hohe Werte in den Burnout-Symptomen aufweisen, haben kein Interesse an einer solchen Befragung teilzunehmen (Burisch, 2006). Der interessanteste Teil der Stichprobe für den Untersuchungszweck ist somit unterrepräsentiert und es bleibt die Frage, ob die Ergebnisse anders ausfallen würden, würden sich mehr Personen mit Burnout-Problematik in der Stichprobe finden.

Weiters war die Testsituation, in der die Untersuchungsteilnehmer die Fragebogen ausfüllten eine weitgehend unkontrollierte. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Personen zum

Zeitpunkt des Ausfüllens abgelenkt, müde, unkonzentriert waren oder ob sie sich vielleicht durch Kollegen beobachtet fühlten beziehungsweise den Bogen nicht in Ruhe und alleine bearbeitet haben. Aus diesem Grund ist eine gewisse Verfälschung durch solche Einflüsse oder auch durch sozial erwünschte Antworten nicht ganz auszuschließen. Bereits erwähnt wurde die zu geringe Stichprobengröße bei der gleichzeitig großen Anzahl an Prädiktoren, die in die multiple lineare Regression einbezogen wurden, um alle tatsächlichen Zusammenhänge aufzudecken. Möglicherweise hätten auch die beschriebenen nicht signifikanten Tendenzen mancher Variablen in einer größeren Stichprobe zu signifikanten Ergebnissen geführt. Auch dieses Problem ist ein weiterer Grund, weshalb die Ergebnisse nicht generalisiert werden können. Aufgrund der Untersuchungsmethode und der Art der Auswertung der Ergebnisse können die Ergebnisse außerdem nicht als kausale Schlüsse interpretiert werden. Es können lediglich Aussagen über beobachtete Zusammenhänge getroffen werden.

Weiters ist das in dieser Studie verwendete Erhebungsinstrument zu kritisieren. Einerseits wurde davon ausgegangen, dass durch die eigens für diese Untersuchung erstellten Items intervallskalierte Daten gewonnen werden können, aufgrund der Erstellung von Likertskalen zur Beantwortung. Nicht alle Autoren würden dieser Annahme allerdings zustimmen. Weiters ist festzustellen, dass vor allem die Angaben zu den klientenspezifischen Aspekten wie Schweregrad der Behinderung und Betroffenheit von zusätzlichen Behinderungen überaus subjektiv gefärbt sind. Möglicherweise könnte das auch ein Grund dafür sein, weshalb zu diesen Aspekten kaum signifikanten Ergebnisse erzielt werden konnte. Möglicherweise hätten die Ergebnisse anders ausgesehen, wären solche Daten in einer objektiveren Art und Weise erhoben worden. Aber auch Items, bei denen die Möglichkeit zu einer objektiveren Antwort hoch eingeschätzt wurde, wurden sehr unterschiedlich beantwortet. Beispielsweise wurden die Items zu Anzahl der Klienten oder Anzahl der Betreuungspersonen, die diese Gruppe an Klienten normalerweise betreut auch innerhalb einer Einrichtung sehr uneinheitlich beantwortet. Die Validität dieser Angaben ist somit mehr als fraglich.

Auch die Untersuchungsinstrumente, mit denen die abhängigen Variablen erhoben wurden sind zu kritisieren. Das MBI-D ist eine völlig neue, noch nicht überprüfte Überarbeitung eines bereits existierenden Fragebogens. Die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführte Überprüfung dieses Instrumentes lässt einige gravierende Probleme des Erhebungsinstrumentes erkennen. Dennoch ist es nicht möglich, diese Ergebnisse mit bereits existierenden Studien zu vergleichen um möglicherweise Aussagen darüber zu treffen, ob die festgestellten Probleme tatsächlich das Erhebungsinstrument an sich betreffen oder ob die hier präsentierten Ergebnisse nicht doch eher auf die Mängel der Stichprobe zurückzuführen sind.

Ähnlich verhält es sich mit den Items zur Erfassung der Berücksichtigung der Autonomie. Auch hier musste eine Skala aufgrund mangelnder Reliabilität zur Gänze von der Hypothesenauswertung ausgeschlossen werden. Der Vergleich mit den Ergebnissen von O'Sheedy (2009) zur Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse lässt vermuten, dass die hier gefundenen Mängel des Erhebungsinstruments eher auf Probleme innerhalb der Stichprobe zurückzuführen sind. Allerdings ist es auch möglich, dass die Items zur Berücksichtigung der Autonomie der Klienten in der hier verwendeten Form keine passende Differenzierungsmethode in der Gruppe der Betreuungspersonen im Bereich der Betreuung von Menschen mit IB darstellt.

13 Ein Ausblick

Das Hauptziel der geplanten Untersuchung sollte sein, den Zusammenhang des Belastungserlebens der Betreuungspersonen von Menschen mit IB mit verschiedenen, möglichen Belastungsfaktoren beziehungsweise einem Aspekt der Betreuungsqualität, nämlich der Autonomie der Klienten zu untersuchen. Es konnte dazu einerseits gezeigt werden, dass ein großer Anteil der Varianz des Burnout-Symptoms „Emotionale Erschöpfung“ durch die Prädiktoren Balance zwischen Privatleben und Beruf, Belastung durch den Beruf, Unterstützung durch Kollegen, Führung durch Vorgesetzte, Definition der Aufgabenverteilung, Veränderung der Motivation über die Zeit und Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung erklärt werden. Ein Großteil der Varianz des Burnout-Symptoms „Geringe persönliche Erfüllung“ kann aufgrund der Prädiktoren Jobalter, abgeschlossene bereichsspezifische Ausbildung und das Leisten wacher Nachtdienste erklärt werden. Weiters konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Burnout-Symptomen und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen gibt und dass große Teile der Varianz dieser Umsetzbarkeit der Autonomie außerdem durch die Prädiktoren Balance zwischen Privatleben und Beruf, Wochenstundenverpflichtung, Belastung im Privatleben, Zusätzliche Sinnesbehinderungen der Klienten, Schweregrad der Behinderung der Klienten, das Leisten wacher Nachtdienste, die Anzahl der Klienten und die Führung durch die Vorgesetzten erklärt werden können.

In weiteren Studien zu dieser Thematik sollte versucht werden, größere Stichproben zu untersuchen, beziehungsweise die Anzahl der Prädiktoren zu reduzieren, um Ergebnisse zu

erhalten, die auch auf andere Stichproben übertragbar sind. Weiters ist anzuraten, eine größere Teilstichprobe an Betreuungspersonen, die im Bereich Arbeit tätig sind zu akquirieren, um möglicherweise doch vorhandene Unterschiede zwischen den beiden Bereichen Arbeit und Wohnen besser herausarbeiten zu können. Außerdem sollte intensiv an der Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente gearbeitet werden. Das MBI-D sollte auf der Basis einer größeren Stichprobe validiert werden und eventuell sollte das Symptom „Depersonalisation“ mittels anderer Methoden als der Selbst-Einschätzung erhoben werden. Auch die Skalen zur Erfassung der Autonomie der Klienten sollten einer größer angelegten Überprüfung unterzogen werden. Außerdem sollte daran gearbeitet werden, dieses Instrument durch zusätzliche relevante Items zu erweitern. Auf jeden Fall sollte die Untersuchung dieses Aspektes der Autonomie der Klienten fortgesetzt werden, da er offensichtlich im Zusammenhang mit dem Belastungserleben der Betreuungspersonen eine Rolle spielt. Vor allem in Bezug auf die hier untersuchten klientenspezifischen Aspekte wird angeregt, bei nachfolgenden Studie möglicherweise zusätzlich objektive Daten zu diesen Aspekten zu gewinnen, da sich die persönlichen Einschätzungen dieser Aspekte durch die Betreuungspersonen als nicht besonders valide herausgestellt haben. Möglicherweise sollten in weiteren Studien Aspekte der organisatorischen Abläufe in Einrichtungen genauer durch ausführlichere Erhebungsinstrumente untersucht werden, da sich in der vorliegenden Studie herausgestellt hat, dass diese Aspekte eine große Rolle für das Belastungserleben der Betreuungspersonen spielen dürften.

14 Zur praktischen Relevanz der Ergebnisse für die Betreuungsarbeit von Menschen mit IB

In weiterer Folge sollen gezielte Indikationen für die praktische Arbeit in den Einrichtungen vorgestellt werden, die sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung ergeben.

14.1 Maßnahmen im Zusammenhang mit der Entlastung der Betreuungspersonen

Aus den dargestellten und diskutierten Ergebnissen können gezielte Interventionen in bestimmten Bereichen der Arbeit mit Menschen mit IB abgeleitet werden, die in der Prävention der Entstehung einer Burnout-Symptomatik beziehungsweise für die Entlastung der Betreuungspersonen im Allgemeinen von Bedeutung sein können.

Führung durch die Vorgesetzten

Aufgrund der Ergebnisse zur Führung durch die Vorgesetzten scheint es von Bedeutung, fähiges und geschultes Führungspersonal in den Einrichtungen einzusetzen, da dies möglicherweise entscheidend zur Entlastung der Mitarbeiter betragen kann. Das Führungspersonal sollte für die Bedürfnisse der Mitarbeiter sensibilisiert werden und den Führungsstil situationsspezifisch anpassen können. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine adäquate Führung durch die Vorgesetzten in Zusammenhang mit weniger Burnout-Symptomen der Mitarbeiter steht.

Beziehungen zu den Kollegen

Wichtig in diesem Zusammenhang scheint außerdem die Förderung eines positiven Klimas unter den Kollegen und des Teamzusammenhalts. Tragfähige Beziehungen unter den Kollegen stehen ebenfalls in Zusammenhang mit weniger Burnout-Symptomatik. Dem Team muss in diesem Zusammenhang beispielsweise Raum gegeben werden, Konflikte in einer konstruktiven Art und Weise auszutragen sowie gemeinsame Wege für die Betreuungsarbeit finden und bestreiten zu können.

Belastungserleben im Beruf

Den Mitarbeitern sollte die Möglichkeit gegeben werden, persönlichen, individuell erlebten Belastungen im Beruf Ausdruck zu verleihen und gemeinsam mit ihm an ebenso individuell zugeschnittenen Lösungen zur Entlastung zu arbeiten. Diese Maßnahmen sollten laufend evaluiert und den Bedürfnissen angepasst werden. Ein geringeres Belastungserleben der Mitarbeiter in ihrem Beruf steht in Zusammenhang mit weniger Burnout-Symptomen.

Balance zwischen Beruf und Privatleben

Auch dieser Aspekt der individuellen Balance zwischen Arbeit und Privatleben sollte im Beruf Beachtung finden. Möglicherweise können kleinere Anpassungen im Berufsleben, wie Berücksichtigungen der privaten Situation im Dienstplan zu einer Entlastung im Sinne eines verbesserten Zusammenspiels von Beruf und Privatleben führen und damit zur Prävention einer Burnout-Symptomatik beitragen.

Motivation

Je mehr die Motivation der Betreuungspersonen vom Berufseinstieg bis zum derzeitigen Zeitpunkt sinkt, desto mehr sind die Mitarbeiter auch von Burnout betroffen. Es sollte also daran gearbeitet werden, die Motivation der Mitarbeiter möglichst zu erhalten beziehungsweise zu verbessern. Dazu können individuell je nach Bedürfnissen verschiedene Maßnahmen hilfreich sein, wie eventuell neue Aufgaben- und Verantwortungsbereiche oder vermehrt Lob und Anerkennung der Arbeitsleistung.

Definition der Aufgabenverteilung

Klar definierte und strukturierte Aufgaben, die an die Mitarbeiter gestellt werden, können die Betreuungspersonen entscheidend entlasten. Eventuell ist es dazu hilfreich, Aufgaben, die erledigt werden müssen von den Vorgesetzten gemeinsam mit den Mitarbeitern, zusammenzutragen, einen Überblick zu gewinnen und vermehrt Transparenz in Aufgaben und Anforderungen zu bringen.

Berufsspezifische Ausbildung

Mitarbeiter sollten im Sinne ihrer eigenen beruflichen Entlastung eine berufsspezifische Ausbildung abgeschlossen haben beziehungsweise die Möglichkeit erhalten, eine solche zu absolvieren, wenn sie ohne Berufsausbildung in der Arbeit mit Menschen mit IB tätig sind. Eine solche abgeschlossene berufsspezifische Ausbildung steht in Zusammenhang mit geringerer Burnout-Symptomatik.

Leisten wacher Nachtdienste

Da das Leisten wacher Nachtdienste in vielen Einrichtungen notwendig und an sich nicht veränderbar ist, ist es in diesem Zusammenhang eventuell von Bedeutung, auf eine gleichmäßige Verteilung solcher Dienste unter den Mitarbeitern zu achten beziehungsweise

eventuelle individuelle Belastungen durch die Nachtdienste zu bearbeiten und diese nach Möglichkeit zu verringern.

14.2 Maßnahmen im Zusammenhang mit einer besseren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten

Im Sinne einer Verbesserung der Betreuungsqualität, können aus der Untersuchung einige Indikationen abgeleitet werden, die möglicherweise zu einer besseren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten durch die Betreuungspersonen führen können.

Balance zwischen Beruf und Privatleben

Nicht nur zur Verminderung einer Burnout-Symptomatik, sondern auch zur besseren Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten sollte die individuelle Balance zwischen Beruf und Privatleben reflektiert und wenn möglich durch Adaptationen im Beruf verbessert werden.

Führung durch die Vorgesetzten

Eine adäquate, mitarbeiterorientierte und professionelle Führung durch die Vorgesetzten kann möglicherweise nicht nur entlastend auf die Mitarbeiter wirken, sondern auch deren Umgang mit den Bedürfnissen der Klienten bezüglich ihrer Autonomie verbessern. Eine gute Führung ist also in jedem Fall von immenser Bedeutung in der Arbeit mit Menschen mit IB und sollte große Beachtung finden.

Zusätzliche Behinderungen, Schweregrad der Behinderung und Anzahl der Klienten

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass eines der Ziele in der Arbeit mit Menschen mit IB die Schaffung von möglichst kleinen Betreuungseinheiten, in Form von Wohngruppen, aber auch in den Werkstätten sein sollte, in denen möglichst verschiedenste Klienten, mit unterschiedlichen Behinderungen und Bedürfnissen betreut werden. Menschen mit leichteren Formen von IB sollten im Sinne der Ermöglichung einer besseren Betreuungsqualität gemeinsam mit Menschen mit schweren Behinderungen betreut werden. Die Beachtung und Umsetzung dieser Kriterien kann es möglich machen, dass die Betreuungspersonen der Autonomie jedes einzelnen Klienten besser gerecht werden und die Klienten damit besser fördern können.

15 Abstract

Hintergrund und Ziel: Hauptziel der vorliegenden Untersuchung war es, den Zusammenhang des Belastungserlebens der Betreuungspersonen von Menschen mit intellektueller Behinderung (IB) mit verschiedenen, möglicherweise entscheidenden Faktoren zu untersuchen. Im Detail sollten die Ausprägungen von Burnout-Symptomen erhoben werden, außerdem verschiedene mitarbeiter-, kunden- und organisationsspezifische Berufsaspekte, die als belastend erlebt werden können. Weiters sollte die Berücksichtigung der Autonomie der Klienten als Merkmal der Betreuungsqualität untersucht werden. Zu diesem Zweck wurden Betreuungspersonen von Menschen mit IB der Bereiche Arbeit und Wohnen im Raum Wien und Niederösterreich befragt. Die Hauptfragestellungen der Untersuchungen lauteten, ob sich die Ausprägungen der Burnout-Symptome aufgrund der berufsspezifischen Aspekte diskriminieren lassen und ob es einen Zusammenhang zwischen den Burnout-Symptomen und der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten gibt.

Methode: Insgesamt füllten 197 Personen den Fragebogen zur Erhebung der interessierenden Variablen aus. Dieser Fragebogen setzte sich aus folgenden Teilen zusammen: eigens erstellter Teil zur Erhebung der meisten berufsspezifischen Aspekte, 2 Skalen „Kollegen“ und „Vorgesetzte“ aus dem Betriebsklimafragebogen, Items zur Erfassung der Berücksichtigung der Autonomie der Klienten und Maslach Burnout Inventory (deutsche, revidierte Fassung).

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Teil der Varianz des Burnout-Symptoms „Emotionale Erschöpfung“ durch die Prädiktoren Balance zwischen Beruf und Privatleben, berufliche Belastung, Unterstützung durch Kollegen, Führung durch die Vorgesetzten, Definition der Aufgabenverteilung, Veränderung der Motivation und Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung erklärt werden kann. Ein großer Teil der Varianz des Burnout-Symptoms „Geringe persönliche Erfüllung“ lässt sich durch das Jobalter, berufsspezifische Ausbildung und das Leisten wacher Nachtdienste erklären. Außerdem zeigen sich signifikanten Korrelationen zwischen den Burnout-Symptomen und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.

Schlussfolgerung und Diskussion: Es ist erkennbar, dass einige der einbezogenen Prädiktoren in entscheidendem Zusammenhang mit den Burnout-Symptomen stehen, allerdings existieren offensichtlich viele andere wichtige Aspekte, die nicht einbezogen wurden. Der aus der Literatur abgeleitete negativ gerichtete Zusammenhang zwischen den Burnout-Symptomen und der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten konnte bestätigt werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Stichprobengröße aufgrund der vielen einzubeziehenden Prädiktor-Variablen zu klein war um die Ergebnisse generalisieren zu

können. Deshalb wäre es in zukünftigen Studien interessant, Zusammenhänge mit verschiedenen Prädiktoren mittels größeren Stichproben noch einmal zu überprüfen.

Background and purpose of the study: The main aim of this study was to investigate the connection between the strain of nursing staff in care facilities for clients with intellectual disabilities and some aspects in this work, which can possibly burden staff. In detail the study should investigate if nursing staff suffers from burnout and some potential predictors in nursing staff, clients and in the organization. Besides the consideration of clients autonomy should be examined. Therefore nursing staff in care facilities for clients with intellectual disabilities in lower Austria and Vienna was questioned. The main questions of this study were, if the different aspects in work could predict the developments from burnout and if burnout was connected with the consideration of clients' autonomy. **Methods:** The data set was comprised of 197 completed cases. The questionnaire consisted of the following sections: Items developed specifically for this study which dealt with predictors that possibly burden nursing staff, two scales "colleagues" and "superiors" from the Betriebsklimafragebogen, questions that deal with the issue of clients' autonomy, the Maslach Burnout Inventory in a new German version. **Results:** The results show, that work- private life- balance, strain in work, support of colleagues, leadership, definition of allocation of exercise, motivation and justness of allocation of exercise account for a big part of the variation in burnout- symptom emotional exhaustion. Number of years spent in the organisation, professional training, and work at night account for a big part of the variation in burnout- symptom low personal fulfilment. There is also a significant connection between the practicability of clients' autonomy and both symptoms of burnout. **Conclusion and discussion:** Many of investigated aspects in work with people with intellectual disabilities have a significant connection to staff- burnout but obviously there are also many other important aspects, which weren't investigated. The expected relationship between the practicability of clients' autonomy and symptoms of burnout could be confirmed. The number of investigated nursing staff although is too little to investigate all medium or little effects. So it would be interesting to investigate bigger samples in further studies.

16 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Ein ganzheitliches Modell von Arbeitsstressoren von Schaefer und Moos (1993)</i>	Seite 6
Abbildung 2: <i>Der Einfluss des Arbeitsumfeldes des Personals auf die Behandlung und Betreuung der Patienten nach Kyrouz und Humphreys (1997).....</i>	Seite 7
Abbildung 3: <i>Innere und äußere Faktoren der Burnout-Entstehung nach Burisch (2006)</i>	Seite 14
Abbildung 4: <i>Ein Modell des Untersuchungsansatzes in Anlehnung an das Modell von Schäfer & Moos.....</i>	Seite 57
Abbildung 5 : <i>Prozentuelle Häufigkeiten der bereichsspezifischen Berufsausbildungen</i>	Seite 83
Abbildung 6: <i>Absolute Häufigkeiten der derzeit absolvierten bereichsspezifischen Ausbildung.....</i>	Seite 84
Abbildung 7: <i>Die Selbsteinschätzung der beruflichen Eignung.....</i>	Seite 85
Abbildung 8: <i>Die Nennungshäufigkeiten der ausgeübten Funktionen.....</i>	Seite 86
Abbildung 9: <i>Die Veränderung der beruflichen Motivation</i>	Seite 87
Abbildung 10: <i>Die Veränderung der Freude am Beruf.....</i>	Seite 88
Abbildung 11: <i>Die prozentuellen Häufigkeiten der geleisteten Wochenstunden...</i>	Seite 88
Abbildung 12: <i>Die prozentuellen Häufigkeiten zur Balance zwischen Arbeit und Privatleben</i>	Seite 90
Abbildung 13: <i>Die prozentuellen Häufigkeiten zur Belastung im Privatleben.....</i>	Seite 91
Abbildung 14: <i>Die prozentuellen Häufigkeiten zur Belastung im Arbeitsleben...</i>	Seite 91
Abbildung 15: <i>Die prozentuellen Häufigkeiten der Komorbiditäten.....</i>	Seite 92
Abbildung 16: <i>Schweregrad der Behinderung der Klienten.....</i>	Seite 93
Abbildung 17: <i>Art der Einrichtungen.....</i>	Seite 94
Abbildung 18: <i>Das Leisten wacher Nachtdienste.....</i>	Seite 96
Abbildung 19: <i>Die Organisation de Dienstplans.....</i>	Seite 98
Abbildung 20: <i>Die Bewertung der Organisation der Abläufe.....</i>	Seite 99
Abbildung 21: <i>Die Bewertung der Definition der Aufgabenverteilung.....</i>	Seite 99
Abbildung 22: <i>Die Bewertung der Gerechtigkeit der Aufgabenverteilung.....</i>	Seite 100
Abbildung 23: <i>Gesamtscores der Skala Einstellung zur Autonomie der Klienten</i>	Seite 103

Abbildung 24: <i>Gesamtscores der Skala Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten</i>	Seite 103
Abbildung 25: <i>Gesamtscores der MBI-Skala Emotionale Erschöpfung</i>	Seite 105
Abbildung 26: <i>Gesamtscores der MBI-Skala Depersonalisation</i>	Seite 105
Abbildung 27: <i>Gesamtscores der MBI-Skala Persönliche Erfüllung</i>	Seite 106
Abbildung 28: <i>Screeplot der Faktorenanalyse des MBI-D</i>	Seite 111
Abbildung 29: <i>Die graphische Darstellung der signifikanten Ergebnisse</i>	Seite 138

17 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Burnout-Prävalenz nach Heinemann (1997).....</i>	Seite 18
Tabelle 2: <i>Burnout-Prävalenz nach Mascha (2007).....</i>	Seite18
Tabelle 3: <i>Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und Burnout und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit</i>	Seite 26
Tabelle 4: <i>Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu klientenspezifischen Faktoren und Burnout und deren Einfluss auf Hypothesenformulierung auf die vorliegende Diplomarbeit.....</i>	Seite 29
Tabelle 5: <i>Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu organisationsspezifischen Faktoren und Burnout und deren Einfluss auf Hypothesenformulierung auf die vorliegende Diplomarbeit.....</i>	Seite 36
Tabelle 6: <i>Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu mitarbeiterspezifischen Faktoren und Autonomie und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit</i>	Seite 49
Tabelle 7: <i>Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu klientenspezifischen Faktoren und Autonomie und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit</i>	Seite 51
Tabelle 8: <i>Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zu organisationsspezifischen Faktoren und Autonomie und deren Einfluss auf die Hypothesenformulierung der vorliegende Diplomarbeit</i>	Seite 54
Tabelle 9: <i>Eine Übersicht über die weiteren zu prüfenden Hypothesen.....</i>	Seite 59
Tabelle 10: <i>Mitarbeiterspezifische Aspekte im Erhebungsinstrument und deren theoretische Grundlagen.....</i>	Seite 69
Tabelle 11: <i>Klientenspezifische Aspekte im Erhebungsinstrument und deren theoretische Grundlagen.....</i>	Seite 70
Tabelle 12: <i>Organisationsspezifische Aspekte im Erhebungsinstrument und deren theoretische Grundlagen.....</i>	Seite 71
Tabelle 13: <i>Beispielitems aus dem Betriebsklimafragebogen von Rosenstiel.....</i>	Seite 74
Tabelle 14: <i>Übersicht des Fragebogens.....</i>	Seite 77
Tabelle 15: <i>Statistische Kennwerte zu Berufs- und Jobalter.....</i>	Seite 86
Tabelle 16: <i>Die Häufigkeiten zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen.....</i>	Seite 89

Tabelle 17: <i>Einschätzungen des Betreuungsverhältnisses</i>	Seite 94
Tabelle 18: <i>Statistische Kennwerte zur Anzahl der Klienten</i>	Seite 95
Tabelle 19: <i>Statistische Kennwerte der Skala Kollegen</i>	Seite 97
Tabelle 20: <i>Statistische Kennwerte der Skala Vorgesetzte</i>	Seite 97
Tabelle 21: <i>Aufgabenunterschiede bei Praktikanten, Zivildienern und FSJ's und ihre Nennungs- Häufigkeiten</i>	Seite 101
Tabelle 22: <i>Kennwerte der Skalen Einstellung und Umsetzbarkeit der Autonomie</i>	Seite 102
Tabelle 23: <i>Statistische Kennwerte der 3 MBI-Skalen</i>	Seite 104
Tabelle 24: <i>Mittelwerte und Standardabweichungen der MBI-Skalenwerte in den Bereichen Arbeit/ Wohnen</i>	Seite 106
Tabelle 25: <i>Ladungen der Items zur Autonomie in den Faktoren</i>	Seite 108
Tabelle 26: <i>Korrigierte Itemtrennschärfen der Items der Skala „Umsetzbarkeit“</i>	Seite 109
Tabelle 27: <i>Kommunalitäten der Items des MBI in der Faktorenanalyse mit 5 extrahierten Faktoren</i>	Seite 110
Tabelle 28: <i>Ladungen der MBI-Items in den extrahierten Faktoren</i>	Seite 112
Tabelle 29: <i>Korrigierte Itemtrennschärfen der MBI- Skala Emotionale Erschöpfung</i>	Seite 113
Tabelle 30: <i>Korrigierte Itemtrennschärfen der MBI- Skala Persönliche Erfüllung</i>	Seite 114
Tabelle 31: <i>Statistische Kennwerte der Regression mit der abhängigen Variable EE</i>	Seite 116
Tabelle 32: <i>Kennwerte aller signifikanten Prädiktoren der Regression für EE</i>	Seite 118
Tabelle 33: <i>Statistische Kennwerte der 2.Regression mit der abhängigen Variable EE</i>	Seite 119
Tabelle 34: <i>Kennwerte des 2. Regressions-Modells der Scores der Skala EE ...</i>	Seite 120
Tabelle 35: <i>Statistische Kennwerte der Regression mit der abhängigen Variable PE</i>	Seite 121
Tabelle 36: <i>Statistische Kennwerte aller signifikanten Prädiktoren des 1. Regressionsmodells für PE</i>	Seite 122
Tabelle 37: <i>Statistische Kennwerte der 2.Regression mit der abhängigen Variable PE</i>	Seite 123

Tabelle 38: Kennwerte des 2. Regressions- Modells mit der abhängigen Variable PE	Seite 123
Tabelle 39: Statistische Kennwerte der Regression (1. Block) mit der abhängigen Variable Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.....	Seite 124
Tabelle 40: Kennwerte der Prädiktoren des Regressions- Modells (1. Block) der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.....	Seite 125
Tabelle 41: Deskriptivstatistik der abhängigen Variablen.....	Seite 126
Tabelle 42: Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Faktoren in der Vorhersage von Burnout	Seite 128
Tabelle 43: Nicht signifikante klientspezifische Faktoren in der Vorhersage von Burnout	Seite 130
Tabelle 44: Nicht signifikante organisationsspezifische Faktoren in der Vorhersage von Burnout	Seite 132
Tabelle 45: Statistische Kennwerte der Regression (2. und 3. Block) mit der abhängigen Variable Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten	Seite 133
Tabelle 46: Nicht signifikante mitarbeiterspezifische Variablen in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten	Seite 135
Tabelle 47: Nicht signifikante klientspezifische Variablen in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.....	Seite 136
Tabelle 48: Nicht signifikante organisationsspezifische Variablen in der Vorhersage der Umsetzbarkeit der Autonomie der Klienten.....	Seite 137

18 Literaturverzeichnis

- Agich, G. (1993). *Autonomy and long-term care*. Oxford: Oxford University Press.
- Agich, G. J. (1994). Key concepts: Autonomy. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 1 (4), 267-269.
- Aitken, C. J. & Schloss, J. A. (1994). Occupational stress and burnout amongst staff working with people with an intellectual disability. *Behavioral Interventions*, 9 (4), 225-234.
- Alexander, M. & Hegarty, J.R. (2000). Measuring staff burnout in a community home. *British Journal of Developmental Disabilities*, 46, 51-62.
- Arndt, M., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Scott, A., Dassen, T., Gasull, M. & Lemonidou, C. (2002). Autonomie, Privatsphäre und informierte Zustimmung: Ein BIOMED II Forschungsprojekt mit Patienten und Pflegepersonen in fünf europäischen Ländern. *Pflegezeitschrift*, 1, 1-12.
- Aronson, E., Pines, A. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Ballou, K.A. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 14, 102-110.
- Bartholomeyczik, S. (1990). Lebensqualität – Arbeitsqualität. *Österreichische Krankenpflegezeitschrift*, 2, 38-44.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Bersani, H.A. & Heifetz, L.J. (1985). Perceived stress and satisfaction of direct-care staff members in community residences for mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 289-295.
- Biley, F.C. (1992). Some determinants that effect patient participation in decision making about nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 414-421.
- Blumenthal, S., Lavender, T. & Hewson, S. (1998). Role clarity, perception of the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: a comparison between a National Health Service trust and a charitable company. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (5), 409-417.
- Bobbert, M. (2002). *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt am Main: Campus.

- Boggs, E. (1986). Ethics in the middle of life. In P.R. Dokecki & R.M. Zaner (Eds.), *Ethics of Dealing with persons with severe handicaps. Towards a research agenda.* (pp. 1-16). Baltimore/ London: Paul Brookes.
- British Medical Association (1995). *Medical Ethics today: Its Practice and Philosophy.* Plymouth: BMJ Publishing Co.
- Buckhalt, J.A., Merchetti, A. & Bearde, L.J. (1990). Sources of job stress and job satisfaction reported by direct care staff of large residential mental retardation facilities. *Education and Training in Mental Retardation*, 25, 244-351.
- Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38 (4), 328-353.
- Burisch, M. (2006). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung* (3., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- Cameron, M. (1997). Ethical distress in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 13, 280-291.
- Carroll, J. F. X. & White, W. L. (1982). Theory building: Integrating individual and environmental factors within an ecological framework. In W. S. Paine (Eds.), *Job stress and burnout.* (pp. 31-57). Beverly Hills: Sage.
- Caton, D. J., Grossnickle, W. F., Cope, T. E., Long, C. C. & Mitchell, P. (1988). Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. *American Journal on Mental Retardation*, 3, 300-304.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations.* New York: Praeger.
- Chung, M.C. & Corbett, J. (1998). The burnout of nursing staff working with challenging behaviour clients in hospital-based bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 56-64.
- Chung, M.C., Corbett, J. & Cumella, S. (1996). Relating staff burnout to clients with challenging behaviour in people with a learning difficulty: Pilot study 2. *European Journal of Psychiatry*, 10, 155-165.
- Corrigan, P. W. (1993). Staff stressors at a developmental centre and state hospital. *Mental Retardation*, 31, 234-238.
- Cottle, M, Kulpers, L., Murphy, G. & Oakes, P. (1995). Expressed emotion, attributions and coping in staff who have been victims of violent incidents. *Mental Handicap Research*, 8, 168-183.

- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt – Das Burn-Out-Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM- Verlag.
- Edwards, P. & Miltenberger, R. (1991). Burnout among staff members at community residential facilities for persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 29, 125-128.
- Elander, G. & Hermeren, G. (1989). Autonomy and paternalistic behaviour in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3, 153-159.
- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician- patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221-2226.
- Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Fischer, HJ. (1983). A psychoanalytic view of Burnout. In B. A. Farber (Eds.), *Stress and burnout in the human service professions*. (pp. 156-183). New York: Pergamon.
- Freeman, M. (1994). The differential impact on carers dealing with clients with challenging behaviours. *Journals of Community and Applied Social Psychology*, 4, 181-187.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, HJ. & Richelson, G. (1980). *Burn- Out. The high cost of high achievement*. Garden City, N.Y: Anchor Press.
- Fuqua, R. & Couture, K. (1986). Burnout and locus of control in child day care staff. *Child Care Quaterly*, 15 (2), 98-109.
- Gastmans, C., Dierkx de Casterle, B. & Schotsmans, P. (1998). Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8, 43-69.
- Gill-Monte, P.R. & Peiro, J.M. (1998). A study on significant sources of the 'burnout syndrome' in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 1, 55-62.
- Glaser (in Druck). *MBI-D. MBI-GS-D. Deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory – revidierte Version. Maslach Burnout Inventory – General Survey*. München: Technische Universität München.
- Gürtler, E. M. (1991). *Beziehungen zwischen Burnout und Persönlichkeit bei Pflegepersonal unter Berücksichtigung der berufsspezifischen Arbeitssituation und lebensverändernder Ereignisse*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Harris, P. & Thomson, G. (1993). The staff support questionnaire. *Mental Handicap*, 21, 122-127.

- Hastings, R. P., Horne, S. & Mitchell, G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 268-273.
- Hatton, C., Brown, R., Caine, A. & Emerson, E. (1995). Stressors, coping strategies and stress-related outcomes among direct care staff in staffed houses for people with learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 8, 252-271.
- Hatton, C. & Emerson, E. (1993). Organisational predictors of staff stress, satisfaction, and intended turnover in a service for people with multiple disabilities. *Mental Retardation*, 31, 388-395.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, L., Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves, D. & Alborz, A. (1999a). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (4), 253-267.
- Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Kessissoglou, S. & Walsh, P.N. (2004). The resident choice scale: a measure to assess opportunities for self-determination in residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(2), 103-113.
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, L., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D. & Alborz, A. (1999b). Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (3), 206-218.
- Heifetz, L. J. & Bersani, H. A. (1983). Disrupting the cybernetics of personal growth: Toward a unified theory of burnout in the human services. In B. A. Farber (Eds.), *Stress and burnout in the human service professions*. (pp. 146-188). New York: Pergamon Press.
- Heinemann, U. (1997). *Betreuer von Menschen mit Behinderungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Hrncir, M. (2009). *Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit demenzkranken Patienten im Akutspital im Vergleich zur Situation auf einer Demenzstation. Betrachtung des Belastungserlebens, des konzeptuellen Hintergrundes der Pflege und der Berücksichtigung der Autonomie des Patienten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Innstrand, S. T., Espnes, G. A. & Mykletun, R. (2004). Job stress, burnout and job satisfaction: An intervention study for staff working with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 119-126.
- Jackson, S.E., Schwab, R.C. & Schuler, R.S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.

- Jenkins, R., Rose, J. & Lovell, C. (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 502-511.
- Jenkinson, J.C. (1993). Who shall decide? The relevance of theory and research to decision-making by people with an intellectual disability. *Disability, Handicap & Society*, 8 (4), 361-375.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carpers' fundamental ways of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 26-234.
- Kaiser, H.F. (1970). A second-generation little jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- Kaluza, G., Conrad, H.J., Köpf, I., Zimmermann, H. & Basler, H.D. (1998). Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Bedarf und Nachfrage – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung. *Zeitschrift der Medizinischen Psychologie*, 7, 60-67.
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing* (2nd edition). London: Routledge.
- Kyrouz, E.M. & Humphreys, K. (1997). Do health care workplaces affect treatment environments? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7, 105-118.
- Lawson, D. A. & O'Brien, R. M. (1994). Behavioural and self-report measures of staff burnout in developmental disabilities. *Journal of Organizational Behavior Management*, 14, 37-54.
- Marchette, L., Box, N., Hennessy, M. & Wasserlauf, M. (1993). Nurses perceptions of the support of patient autonomy in do- not- resuscitate (DNR) decisions. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 37-49.
- Mascha, K. (2007). Staff morale in day care centres for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 191-199.
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. New York: Prentice Hall Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout*. Berlin: Springer.
- Meininger, H.P. (2001). Autonomy and professional responsibility in care for persons with intellectual disabilities. *Nursing Philosophy*, 2, 240-250.
- Meininger, H.P. (2005). Narrative ethics in nursing for persons with intellectual disabilities, *Nursing Philosophy*, 6, 106-118.
- Mitchell, G. & Hastings, R. P. (2001). Coping, burnout, and emotion in staff working in community services for people with challenging behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 448-459.

- Moser, A., Houtepen, R. & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 357-365.
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S. & Wehmeyer, M. (2007). Self- determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (11), 850-865.
- Obkircher, S. (1999). *Burnout, Helfer- Syndrom und Berufsunzufriedenheit. Eine Studie zur Theorie des Helfer- Syndroms als Beitrag zu einer verbesserten Psychohygiene in den helfenden Berufen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- O'Neill, O. (2003). Autonomy: the emperor's new clothes. *Aristotelian Society*, 77, 1-21.
- O'Sheedy, B. (2009). *Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit Demenzpatienten auf Demenzstationen im Vergleich zur traditionellen Langzeitpflege – Betrachtung des Belastungserleben, der Pflegekonzepte und der Berücksichtigung der Autonomie des Patienten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Pelletier, D., Coutu, S. & Lamonde, A. (1995). A comparison of work-life quality among direct care staff in institutional and community agencies for persons with mental retardation and staff in juvenile delinquency agencies. *Developmental Disabilities Bulletin*, 23, 16-31.
- Pfeifer, W. (Hrsg.) (1995). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. München: DTV.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout*. New York: The Free Press.
- Pines, A. & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Pisecker, A. (2007). *Spezifische Arbeitsbelastungen von BetreuerInnen intellektuell beeinträchtigter Menschen und deren Einfluss auf das Burnout- Risiko. Eine Fragebogenstudie in Wohngemeinschaften*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Razza, N.J. (1993). Determinations of direct- care staff turnover in group homes for individuals with mental retardation. *Mental Retardation*, 31, 284-291.
- Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Gregory, N., Kessissoglou, S., Hallam, A. & Walsh, P.N. (2001). Environmental opportunities and supports for exercising self-determination in community- based residential settings. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 487-502.

- Robertson, A., Gilloran, A., McKee, K., McKinley, A. & Wight, D. (1995). Nurses' job satisfaction and the quality of care received by the patients in psychogeriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 575-584.
- Rosenstiel, L. von (1992). *Betriebsklima geht jeden an* (4. verbesserte Auflage). München: Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit).
- Rosenstiel, L. von, Falkenberg, T., Hehn, W., Henschel, E. & Warns, I. (1983). *Betriebsklima heute. Studie im Auftrag des Bayrischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung* (2. unveränderte Auflage). Ludwigshafen (Rhein): Friedrich Kiehl Verlag.
- Russell, D. W., Altmaier, E. & van Velzen, D. (1987). Job- related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72, 269-274.
- Schaefer, J.A. & Moos, R.H. (1993). Work stressors in health care: context and outcomes. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3, 235-242.
- Schalock, R.L., Keith, K.D., Hoffman, K. & Karan, O.C. (1989). Quality of life: ist measurement and use. *Mental Retardation*, 27, 25-32.
- Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice*. London: Taylor & Francis.
- Schönpflug, W. (1987). Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit – Konzepte und Theorien. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. Arbeitspsychologie*. (S. 246-278). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, R., Greenley, J. R. & Brown, R. (1995). Organization, management, and client effects on staff burnout. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 333-345.
- Severinsson, E. & Hummelvoll, J.K. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences*, 3, 81-90.
- Severinsson, E. & Kamaker, D. (1999). Clinical supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 7, 81-90.
- Skirrow, P. & Hatton, C. (2007). `Burnout` amongst direct care workers in services for adult with Intellectual Disabilities: A systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 131-144.
- Stancliffe, R.J. (1997). Community living-unit size, staff presence, and residents choice making. *Mental Retardation*, 35, 1-9.

- Stancliffe, R.J., Abery, B.H. & Smith, J. (2000). Personal control and the ecology of community living settings: beyond living-unit size and type. *Mental Retardation*, 105, 431-454.
- Suhonen, R., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A., Kaljonen, A., Arndt, M. & Leino-Kilpi, H. (2003). Patients' autonomy in surgical care: A comparison of nurses' perceptions in five European countries. *International Nursing Review*, 50, 85-94.
- Sundin-Huard, D. & Fahy, K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 8-13.
- Tossebro, J. (1995). Impact of size revisited: Relation of number of residents to self-determination and deprivatization. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 59-67.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2001). Inequality among human service professionals: measurement and relation to burnout. *Basic and Applied Social Psychology*, 18, 429-451.
- Van Hooren, R. H., Widdershoven, G.A.M., van den Borne, H.W. & Curfs, L.M.G. (2002). Autonomy and Intellectual disability: the case of prevention of obesity in Prader-Willi syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(7), 560-568.
- Van Yperen, N. W. (1995). Communal orientation and the burnout syndrome among nurses: a replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 338-354.
- Wehmeyer, M.L. (1996). Self-determination as an educational outcome: Why is it important to children, youth and adults with disabilities? In D.J. Sands & M.L. Wehmeyer (Eds.), *Self-determination across the lifespan: Independence and choice for people with disabilities*. (pp. 17-36). Baltimore: Brookes.
- Wehmeyer, M.L. & Garner N.W. (2003). The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 255-265.
- Wehmeyer, M.L., Kelchner, K. & Richards, S. (1995). Individual and environmental factors related to the self-determination of adults with mental retardation. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 291-305.
- West, M.D. & Parent, W.S. (1992). Consumer choices and employment in supported employment services: issues and strategies. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 17, 47-52.

- Widdershoven, G.A.M. (1999). Care, cure and interpersonal understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1163-1169.
- Wilson, N., Clegg, J. & Hardy, G. (2008). What informs and shapes ethical practice in intellectual disability services? *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (7), 608-617.

19 Anhang

Im Anhang findet sich das Fragebogeninstrument, wie es in dieser Untersuchung zur Anwendung gekommen ist, außerdem eine Liste der kontaktierten Organisationen mit Kontaktdaten und das versendete E-Mail zur Kontaktaufnahme und Vorstellung des Diplomarbeits-Projekts.

Liebe Teilnehmerinnen! Liebe Teilnehmer!

Ich möchte mich herzlich dafür bedanken, dass Sie sich entschieden haben, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien setze ich mich mit der Situation des Betreuungspersonals in Einrichtungen für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung (intellektueller Behinderung) auseinander. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die möglichen Arbeitsbelastungen gelegt. Jede einzelne persönliche Teilnahme an dieser Befragung ist für diese Untersuchung von großer Bedeutung!

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen **alleine und in Ruhe** aus. Bitte beantworten Sie jede einzelne Frage, lassen Sie also keine Frage aus. Nur **vollständig ausgefüllte Fragebögen** können in die Auswertung miteinbezogen werden (beachten Sie dabei bitte, dass die Seiten im Fragebogen beidseitig bedruckt sind). Es gibt **keine „richtigen“ und keine „falschen“ Antworten**. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie persönlich gilt. Die Bearbeitung des gesamten Fragebogens nimmt maximal 20 Minuten in Anspruch.

Selbstverständlich bleiben Sie und alle Ihre Angaben bei dieser Untersuchung völlig **anonym**. Ihre Antworten dienen rein wissenschaftlichen Zwecken.

Gemeinsam mit diesem Fragebogen erhalten Sie ein Kuvert. Der vollständig ausgefüllte Fragebogen kann darin verschlossen und danach in der dafür vorgesehenen Box hinterlegt werden. Bitte hinterlegen Sie den ausgefüllten Bogen **bis spätestens** _____.

Erst wenn ich die Fragebögen aus Ihrer Institution abgeholt habe, werden die Kuverts von mir geöffnet.

Sie haben auch die Möglichkeit, eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Studie zu erhalten. Dazu können Sie auf der letzten Seite des Fragebogens Ihre Kontaktdaten angeben. Ich versichere aber selbstverständlich, dass Ihre persönlichen Ergebnisse auch in diesem Fall nicht an dritte Personen weitergegeben werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Elsa Zink

Beantworten Sie zunächst bitte einige Fragen zu Ihrer Person, der Einrichtung in der Sie tätig sind und zu den dort betreuten Klienten/innen.

1. Ihr Geschlecht: männlich ☐
weiblich ☐

2. Ihr Alter: unter 20 Jahre ☐
20 – 30 Jahre ☐
31 – 40 Jahre ☐
41 – 50 Jahre ☐
Über 50 Jahre ☐

3. Welche der folgenden bereichsspezifischen Berufsausbildungen haben Sie abgeschlossen?

Ausbildung zum/ zur:

Fach-Sozialbetreuer/in ☐
Diplom- Sozialbetreuer/in ☐
Basismodul der Schule für
Sozialbetreuungsberufe (SOB) ☐
Behindertenfachbetreuer/in ☐
Behindertenbetreuer/in ☐
Behindertenpädagogen/in ☐
Sozialpädagogen/in ☐
Sozialarbeiter/in ☐
Altenfachbetreuer/in ☐
Pflegehelfer/in ☐
Pädagogen/in ☐
Psychologen/in ☐

Andere: _____

Keine ☐

4. Wenn Sie keine der oben genannten Ausbildungen abgeschlossen haben, welche der folgenden ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

Hauptschule ☐
Mittelschule ☐
Matura ☐
Höhere Fachausbildung ☐ Welche Fachausbildung? _____
Lehre ☐ Welche Lehre? _____
Hochschulabschluss ☐ Welcher Hochschulabschluss? _____

5. Welche der folgenden berufsspezifischen Ausbildungen absolvieren Sie derzeit?

Ausbildung zum/ zur:

- | | |
|---|--------------------------|
| Fach-Sozialbetreuer/in | ☐ |
| Diplom- Sozialbetreuer/in | ☐ |
| Basismodul der Schule für
Sozialbetreuungsberufe (SOB) | ☐ |
| Behindertenfachbetreuer/in | ☐ |
| Behindertenbetreuer/in | ☐ |
| Behindertenpädagogen/in | ☐ |
| Sozialpädagogen/in | ☐ |
| Sozialarbeiter/in | ☐ |
| Altenfachbetreuer/in | ☐ |
| Pflegehelfer/in | ☐ |
| Pädagogen/in | ☐ |
| Psychologen/in | ☐ |
| Andere: _____ | |
| Keine | ☐ |

Im wievielten Semester absolvieren Sie diese Ausbildung? _____

6. Wie schätzen Sie Ihre Eignung für Ihre berufliche Tätigkeit ein?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Sehr gut | ☐ |
| Gut | ☐ |
| Mittel | ☐ |
| Schlecht | ☐ |
| Sehr schlecht | ☐ |

7. In welchem Bereich der Arbeit mit behinderten Menschen sind Sie derzeit tätig?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Wohnhaus | ☐ |
| Wohngemeinschaft | ☐ |
| Begleitetes Wohnen | ☐ |
| Werkstatt | ☐ |
| Andere Art der Tagesbetreuung | ☐ |
| Freizeitgestaltung | ☐ |
| Andere: _____ | |

8. Welche Funktion üben Sie in der Einrichtung aus?

- Behindertenbetreuer/in ☐
Gruppenleitung (Werkstatt und ☐
Tagesbetreuung)
Einrichtungsleitung ☐

9. Seit wie vielen Jahren/ Monaten sind Sie in der Einrichtung tätig?

_____ Jahre _____ Monate

10. Seit wie vielen Jahren/ Monaten sind Sie insgesamt in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung tätig?

_____ Jahre _____ Monate

11. Wie hoch war Ihre Motivation bei Ihrem beruflichen Einstieg in die Behindertenarbeit?

- Sehr hoch ☐
Hoch ☐
Mittel ☐
Gering ☐
Gar keine ☐

12. Wie hoch ist Ihre derzeitige Motivation Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?

- Sehr hoch ☐
Hoch ☐
Mittel ☐
Gering ☐
Gar keine ☐

13. Wie viel Freude bereitete Ihnen Ihre berufliche Tätigkeit unmittelbar nach dem Einstieg in die Behindertenarbeit?

- Sehr Viel ☐
Viel ☐
Mittel ☐
Wenig ☐
Gar keine ☐

14. Wie viel Freude bereitet Ihnen Ihre berufliche Tätigkeit derzeit?

- Sehr viel ☐
Viel ☐
Mittel ☐
Wenig ☐
Gar keine ☐

15. Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie derzeit?

Geringfügige Beschäftigung ☐

20 Wochenstunden ☐

21 – 30 Wochenstunden ☐

31 – 40 Wochenstunden ☐

Andere: _____

16. Nehmen Sie Supervision in Anspruch?

Ja ☐

Nein ☐

17. Sind Sie mit der Art der Supervision zufrieden?

Ja ☐

Nein ☐

18. Nehmen Sie regelmäßig an Teambesprechungen teil?

Ja ☐ _____ mal monatlich

Nein ☐

19. Nehmen Sie an Fort- und Weiterbildungen teil?

Ja ☐

Nein ☐

20. Haben Sie bereits an einer Fortbildung zum Thema „Burnout“ teilgenommen?

Ja ☐

Nein ☐

21. Haben Sie bereits an einer Fortbildung zum Thema „Autonomie der Klienten“ teilgenommen?

Ja ☐

Nein ☐

22. Leisten Sie wache Nachtdienste?

Ja ☐

Nein ☐

23. Wie viele Klienten/innen werden insgesamt in der Einrichtung betreut?

_____ Klienten/innen

24. Wie viele Klienten/innen werden in Ihrer Gruppe betreut?

_____ Klienten/innen

25. Von wie vielen Betreuern/innen wird diese Gruppe normalerweise tagsüber betreut?

_____ Betreuer/innen

26. Wie ist der Dienstplan in Ihrer Einrichtung organisiert?

Täglich gleich bleibender Dienst ☐

Sich wiederholender Radl- Dienst ☐

Ständig wechselnder Dienst, bei dem Sie mitentscheiden können ☐

Ständig wechselnder Dienst, bei dem Sie nicht mitentscheiden können ☐

27. Wie finden Sie die Arbeitsabläufe in Ihrer Einrichtung organisiert?

Sehr gut ☐

Gut ☐

Verbesserungswürdig ☐

Schlecht ☐

Sehr Schlecht ☐

28. Wie gut ist die Aufgabenverteilung in Ihrer Einrichtung definiert?

Sehr gut ☐

Gut ☐

Verbesserungswürdig ☐

Schlecht ☐

Sehr schlecht ☐

29. Wie gerecht finden Sie die Aufgabenverteilung unter den Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen in Ihrer Einrichtung?

Gerecht ☐

Einigermaßen gerecht ☐

Verbesserungswürdig ☐

Einigermaßen ungerecht ☐

Ungerecht ☐

30. Haben Zivildienstler bzw. FSJ (freiwilliges soziales Jahr) und Praktikanten/ Praktikantinnen dieselben Aufgaben wie MitarbeiterInnen?

Ja ☐

Nein ☐

31. Wenn nein, welche Unterschiede gibt es?

32. Welche Behinderungen weisen die Klienten/innen in Ihrer Gruppe außer ihrer geistigen Behinderung zusätzlich auf?

	alle	die meisten	die Hälfte	wenige	niemand
Körperbehinderung	☐	☐	☐	☐	☐
Sinnesbehinderung (z.B. Blindheit, Gehörlosigkeit, Störung des Schmerzempfindens..)	☐	☐	☐	☐	☐
Psychische Erkrankung (z.B. Depression, Schizophrenie..)	☐	☐	☐	☐	☐

33. Wie hoch ist der durchschnittliche körperliche Pflegeaufwand der Klienten/innen?

- Keiner ☐
- Gering ☐
- Mittel ☐
- Groß ☐

34. Wie hoch ist der durchschnittliche pädagogische Betreuungsaufwand der Klienten/innen?

- Keiner ☐
- Gering ☐
- Mittel ☐
- Groß ☐

35. Wie sehr weisen die Klienten/innen durchschnittlich Verhaltensschwierigkeiten auf?

- Keine ☐
- Gering ☐
- Mittel ☐
- Groß ☐

Um zum nächsten Teil des Fragebogens zu gelangen bitte umblättern.

Es folgen nun einige Fragen, die Ihre Kollegen/innen und Vorgesetzten betreffen.

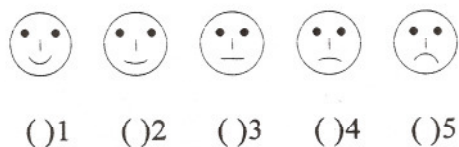
Zuerst eine Anleitung zur Beantwortung dieser Fragen:

Kreuzen Sie bitte jeweils das Antwortfeld an, das Ihrer eigenen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel: „**Wenn einer von uns Schwierigkeiten in der Arbeit hat, dann wird ihm sicher von den Kollegen geholfen**“:

	stimmt			stimmt nicht	
Stimmen Sie dieser Aussage voll zu, dann					
Kreuzen Sie bitte Feld 1 an	☐	☐	☐	☐	☐
Stimmen Sie dieser Aussage weitgehend zu,					
dann kreuzen Sie bitte Feld 2 an	☐	☐	☐	☐	☐
Stimmen Sie dieser Aussage überhaupt nicht zu,					
dann kreuzen Sie bitte Feld 5 an	☐	☐	☐	☐	☐
Stimmen Sie dieser Aussage weitgehend nicht zu,					
dann kreuzen Sie bitte Feld 4 an	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn diese Aussage teils/ teils zutrifft, d. h.					
Sie weder zustimmen noch verneinen können,					
dann kreuzen Sie das mittlere Feld an	☐	☐	☐	☐	☐

Am Ende eines jeden Fragenbogenteils haben Sie dann Gelegenheit zu einer persönlichen Bewertung mit einer sogenannten Kunin-Skala, d. h. lachenden bis traurigen Gesichtern, die Ihre Gestimmtheit und Zufriedenheit in Ihrer Organisation zum Ausdruck bringen:



Bitte beurteilen Sie Ihre Organisation, so wie Sie diese kennen. Kreuzen Sie an, was Sie für realitätsgerecht halten, antworten Sie spontan und ohne lange nachzudenken.

Bitte beantworten Sie jetzt die Fragen zum Bereich Kollegen/innen:

	stimmt			stimmt nicht	
1. Das Betriebsklima ist unpersönlich	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wenn einer Schwierigkeiten bei der Arbeit hat,					
wird ihm ganz sicher von den Kollegen geholfen	☐	☐	☐	☐	☐
3. So etwas wie Gemeinschaftssinn fehlt bei uns,					
hier denkt nur jeder an sich selbst	☐	☐	☐	☐	☐

	stimmt			stimmt nicht	
4. Wenn bei uns jemand persönliche Schwierigkeiten hat, kann er mit Verständnis und Hilfe der Kollegen rechnen	☐	☐	☐	☐	☐
5. Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, dass wir offen über alles, auch ganz persönliche Sachen reden können	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bei uns behält man seine persönliche Meinung über innerbetriebliche Vorgänge besser für sich: man kann ja nie wissen, wie einem ein offenes Wort einmal ausgelegt wird	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wer sich bei uns vor Intrigen schützen will, hält am besten ständig den Mund	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hinter Höflichkeitsfloskeln und Komplimenten wird all das versteckt, was bei uns schief läuft	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bei uns gibt es häufig Spannungen zwischen älteren und jüngeren Kollegen	☐	☐	☐	☐	☐
10. Bei uns kann jeder seine Meinung und seine Gefühle frei ausdrücken	☐	☐	☐	☐	☐
11. Unter uns Kollegen gibt es zwar größere Konflikte, sie werden aber beschönigt und vertuscht: Nach außen und oben ist alles in schönster Ordnung	☐	☐	☐	☐	☐
12. Persönliche, den anderen verletzende Kritik gibt es bei uns Kollegen nicht	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte bewerten Sie nun den Bereich **Kollegen/innen** insgesamt:

13. Die Beziehungen zwischen uns Kollegen sind

				
()1	()2	()3	()4	()5

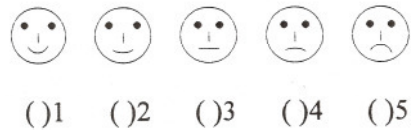
	sehr wichtig			nicht wichtig	
14. Dass die Beziehungen zwischen den Kollegen gut sind, halte ich für	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie jetzt die Fragen zum Bereich Vorgesetzte:

	stimmt			stimmt nicht	
1. Gute Arbeit wird von unseren Vorgesetzten entsprechend anerkannt	☐	☐	☐	☐	☐
2. Die meisten Problemlösungen werden im Gespräch mit den Vorgesetzten in Übereinstimmung mit den Auffassungen der Mitarbeiter erzielt	☐	☐	☐	☐	☐
3. Unsere Vorgesetzten sorgen dafür, dass unter uns Kollegen die Zusammenarbeit reibungslos funktioniert	☐	☐	☐	☐	☐
4. Unsere Vorgesetzten wollen gerne so wirken, als wüssten sie alles	☐	☐	☐	☐	☐
5. Die Stimmung bei uns ist abhängig von den Launen der Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
6. Unsere Vorgesetzten versuchen, von ihnen selbst gemachte Fehler auf uns abzuwälzen	☐	☐	☐	☐	☐
7. Entscheidungen werden zwar mit den Mitarbeitern besprochen, hinterher sieht die Verwirklichung aber immer ganz anders aus, als wir uns das vorgestellt haben	☐	☐	☐	☐	☐
8. Die Vorgesetzten verstehen es, die Situation so zu gestalten, dass jeder seine tatsächliche Leistungsfähigkeit entfalten kann	☐	☐	☐	☐	☐
9. Die Vorgesetzten gehen auf unsere Sorgen und Beschwerden ein	☐	☐	☐	☐	☐
10. Die Vorgesetzten behandeln uns oft unfair	☐	☐	☐	☐	☐
11. Wenn man mit etwas unzufrieden ist, kann man mit den Vorgesetzten ganz offen darüber sprechen	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hier wird man ständig zur Arbeit angetrieben	☐	☐	☐	☐	☐
13. Die Vorgesetzten setzen sich für unsere Anliegen ein, soweit das im Rahmen ihrer Möglichkeiten liegt	☐	☐	☐	☐	☐
14. Selbst bei Entscheidungen, die direkt die Interessen der Mitarbeiter betreffen, werden diese vorher nicht nach ihrer Meinung gefragt	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte bewerten Sie nun den Bereich **Führung** insgesamt:

15. Die Führung durch die Vorgesetzten ist



16. Dass die Führung durch die

Vorgesetzten gut ist, halte ich für

**sehr
wichtig**

**nicht
wichtig**

☐☐☐☐☐

Es folgen nun 8 Fragen zu Ihrer Arbeit mit den Klienten.

Die „Autonomie des Klienten“ ist gerade auch im Bereich der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ein viel diskutiertes Thema.

Im folgenden Abschnitt sind vier mögliche Teilaspekte von Autonomie anhand praktischer Beispiele aufgelistet. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie die Berücksichtigung des jeweiligen Aspektes als wichtig erachten und inwieweit Sie diese Aspekte in ihrer täglichen Arbeit mit den Klienten berücksichtigen können.

1. Autonomie bedeutet, dass die Klienten selbst entscheiden können, was sie essen und wann sie die Mahlzeiten einnehmen.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

☐

stimme zu

☐

stimme eher zu

☐

stimme eher nicht zu

☐

stimme nicht zu

Diesen Aspekt kann ich im Arbeitsalltag in meiner Einrichtung

☐

sehr gut

☐

eher gut

☐

eher schlecht

☐

sehr schlecht

... berücksichtigen.

2. Autonomie bedeutet, dass die Klienten im Bereich ihrer erhaltenen Fähigkeiten möglichst viel selber machen können (zum Beispiel sich selbst das Gesicht und die Hände waschen).

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

☐

stimme zu

☐

stimme eher zu

☐

stimme eher nicht zu

☐

stimme nicht zu

Diesen Aspekt kann ich im Arbeitsalltag in meiner Einrichtung

☐

sehr gut

☐

eher gut

☐

eher schlecht

☐

sehr schlecht

... berücksichtigen.

3. Autonomie bedeutet, dass die Klienten Einfluss auf ihren Tagesablauf haben und mitbestimmen können, wann sie die Körperpflege durchführen oder spazieren gehen möchten.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

☐ stimme zu
 ☐ stimme eher zu
 ☐ stimme eher nicht zu
 ☐ stimme nicht zu

Diesen Aspekt kann ich im Arbeitsalltag in meiner Einrichtung

☐ sehr gut
 ☐ eher gut
 ☐ eher schlecht
 ☐ sehr schlecht

... berücksichtigen.

4. Autonomie bedeutet, dass die Klienten ohne das Beisein anderer Klienten ihre Ausscheidungen verrichten können bzw. ihre Inkontinenzeinlagen erneuert bekommen.

Die Berücksichtigung dieses Aspektes finde ich wichtig.

☐ stimme zu
 ☐ stimme eher zu
 ☐ stimme eher nicht zu
 ☐ stimme nicht zu

Diesen Aspekt kann ich im Arbeitsalltag in meiner Einrichtung

☐ sehr gut
 ☐ eher gut
 ☐ eher schlecht
 ☐ sehr schlecht

... berücksichtigen.

Im letzten Teil dieses Fragebogens finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „Dieses Gefühl tritt nie auf“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt. Die Einschätzung dieser Aussagen wird ungefähr 5 Minuten dauern.

Wie oft haben Sie das Gefühl?

	nie	sehr selten	eher selten	manchmal	eher oft	sehr oft
1. Ich fürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig verhärtet.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben der Klienten positiv beeinflusse.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich fühle mich sehr tatkräftig.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Klienten herzustellen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Wie <u>oft</u> haben Sie das Gefühl?					
	nie	sehr selten	eher selten	manch- mal	eher oft	sehr oft
5. Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Es ist mir eigentlich egal, was aus manchen Klienten wird.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Es fällt mir leicht, mich in meine Klienten hineinzusetzen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit Klienten geworden.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ich gehe ziemlich gut mit den Problemen meiner Klienten um.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Den ganzen Tag mit meinen Klienten zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Klienten behandelt habe.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ich bin sehr guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Klienten gearbeitet habe.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich glaube, dass ich manche Klienten so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächste Arbeitstag vor mir habe.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Wie <u>oft</u> haben Sie das Gefühl?					
	nie	sehr selten	eher selten	manch- mal	eher oft	sehr oft
19. Der direkte Kontakt mit Klienten bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich habe das Gefühl, dass ich nicht mehr kann.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Beantworten Sie bitte nun noch die 4 abschließenden Fragen:

War die vergangene Woche eine eher untypische Arbeitswoche (zum Beispiel durch besonders belastende berufliche Ereignisse wie Krankenstandsvertretung oder Erkrankung eines Klienten/ einer Klientin)?

Ja ☐

Nein ☐

Wie gut stehen für Sie Ihre berufliche Tätigkeit und Ihr Privatleben im Gleichgewicht?

Sehr gut ☐

Gut ☐

Mittel ☐

Schlecht ☐

Sehr schlecht ☐

Wie belastet fühlen Sie sich derzeit in Ihrem Privatleben?

Sehr stark ☐

Stark ☐

Mittel ☐

Wenig ☐

Gar nicht ☐

Wie belastet fühlen Sie sich derzeit in Ihrem Arbeitsleben?

Sehr stark ☐

Stark ☐

Mittel ☐

Wenig ☐

Gar nicht ☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!!!

Wenn Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten, können Sie hier Ihre E-Mail- Adresse angeben: _____

Dieses Feld muss nicht ausgefüllt werden!!!!

Die kontaktierten Organisationen

Caritas der Diözese St. Pölten (Bereich Menschen mit Behinderung)

Hasnerstraße 4

3100 St. Pölten

emmerich.hahn@stpoelten.caritas.at

Caritas der Erzdiözese Wien (Bereich Menschen mit Behinderung)

Albrechtkreithgasse 19-21

1160 Wien

behinderteneinrichtungen@caritas-wien.at

Balance (Verein für Integration und Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung)

Hochheimgasse 1

1130 Wien

info@balance.at

GIN (Verein für Gemeinwesenintegration & Normalisierung)

Dresdner Straße 68

1200 Wien

zentrale-geschaeftsstelle@gin.at

Haus der Barmherzigkeit Integrations Team (HABIT)

Seeböckgasse 30a

1160 Wien

info@hausderbarmherzigkeit.at

UNIK – Humanisierte Arbeitsstätte

Albertgasse 33

1080 Wien

office@unik.at

SOB (Schule für Sozialbetreuungsberufe – Behindertenarbeit)

Mechelgasse 7

1030 Wien

sob@caritas-wien.at

E-Mail zur Kontaktaufnahme mit den Organisationen

Mein Name ist Elsa Zink, ich bin Studentin der Psychologie an der Universität Wien und schreibe derzeit an meiner Diplomarbeit unter der Betreuung von Herrn Prof. Weber im Fachbereich Klinische und Gesundheitspsychologie.

In meiner Diplomarbeit wird das **Belastungserleben von Betreuungspersonen in der Arbeit mit intellektuell behinderten Erwachsenen** untersucht. Konkret geht es um das subjektive Belastungserleben der BetreuerInnen in Zusammenhang mit berufsspezifischen Belastungsbedingungen, vor allem **in Zusammenhang mit der Autonomie der Klienten/ Klientinnen**.

Die Untersuchung zu meiner Diplomarbeit soll in Form einer **Fragebogenerhebung** stattfinden. Die Fragebögen, deren **Bearbeitung** ungefähr **15 Minuten** in Anspruch nimmt, sollen von Betreuungspersonen und Einrichtungsleitern/ -leiterinnen ausgefüllt werden. Selbstverständlich ist die **Teilnahme freiwillig und völlig anonym**. Außerdem besteht für alle TeilnehmerInnen und teilnehmenden Einrichtungen die Möglichkeit, Informationen über die Ergebnisse der Studie zu erhalten.

Mein Ziel ist es, möglichst aussagekräftige Ergebnisse in meiner Untersuchung zu erhalten und damit einen **Beitrag zum besseren Verständnis der Belastungen in unserem Berufsfeld** zu leisten. Dabei bin ich auf **möglichst große Teilnahmebereitschaft** in den verschiedenen Einrichtungen angewiesen und bitte Sie deshalb, mir die Durchführung der Befragungen in Ihren Einrichtungen zu ermöglichen. Ich bin auch gerne bereit, das Projekt persönlich bei Ihnen vorzustellen.

Mich selbst verbindet auch ein großes persönliches Interesse und Engagement mit diesem Thema, da ich als Sozialpädagogin selbst in der Behindertenarbeit tätig bin. Nun hoffe ich, dass das Thema auch auf Ihr Interesse stößt und **ersuche um baldige Kontaktaufnahme** um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen,

Elsa Zink

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Elsa Zink
e-mail	elli_zink@hotmail.com
Geboren am	17. August 1984 (Wien)
Staatsbürgerschaft	Österreich

Meine Berufsausbildung

Seit 10. 2003 **Studium der Psychologie**
Fakultät für Psychologie/ Universität Wien
Schwerpunkte
Klinische Psychologie & Angewandte Kinder- und Jugendpsychologie

09. 1998 - 06. 2003 **Bundes- Bildungsanstalt für Sozialpädagogik St. Pölten (BBASOP)**
Abschluss
Reife- und Diplomprüfung zur diplomierten Sozialpädagogin

Meine Berufserfahrung

07. - 08. 2009
07. / 09. 2008
02. - 03. / 07. 2008 **Caritas der Diözese St. Pölten**
Intensivgruppe des Wohnhauses Krems für geistig und mehrfach behinderte Menschen
Behindertenbetreuung

11. 2006 – 02. 2007 **Auftakt GmbH – Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen**
Wohngemeinschaft Senefeldergasse
Behindertenbetreuung/ Einzelbetreuung

08. 2006 **Caritas der Diözese St. Pölten**
Intensivgruppe des Wohnhauses Krems für geistig und mehrfach behinderte Menschen
Behindertenbetreuung

09. 2005 – 06. 2006 **Auftakt GmbH – Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen**
Wohngemeinschaft Senefeldergasse
Behindertenbetreuung/ Einzelbetreuung

08. 2005
07. 2004 **Caritas der Diözese St. Pölten**
Intensivgruppe des Wohnhauses Krems für geistig und mehrfach behinderte Menschen
Behindertenbetreuung

Meine Praktikumserfahrungen

02. / 03. 2008 **Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien**
Ambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
Praktikum im Ausmaß von 240 Stunden im Zuge des Studiums der Psychologie
02. 2003 **Caritas der Diözese St. Pölten**
Intensivgruppe des Wohnhauses Krems für geistig und mehrfach behinderte Menschen
3-wöchiges Praktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
07. 2002 **Verein Eltern-Kind-Zentrum**
Villa Kunterbunt in Krems
3-wöchiges Praktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
03. 2002 **Tagesheimstätte für behinderte Menschen in St- Pölten**
3-wöchiges Praktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
12. 2001 **Allgemeine Sonderschule in Herzogenburg**
1-wöchiges Praktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
08. 2001 **Kinderabteilung des Landes Schwerpunkt Krankenhauses Krems**
3-wöchiges Praktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
05. 2001 **Anton Afritsch Kinderdorf am Steinberg bei Graz**
3-wöchiges Praktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
10. 2000 – 01. 2001 **Halbinternat Mautern**
Tagespraktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP
02. – 06. 2000 **Kinderhort Lerchenfeld**
Tagespraktikum und 1-wöchiges Blockpraktikum im Zuge der Ausbildung an der BBASOP

Sonstiges

Ehrenamtliche Tätigkeiten

10. 2005 – 07. 2006 **Caritas der Diözese St. Pölten**
Intensivgruppe des Wohnhauses Krems für geistig und mehrfach behinderte Menschen

Besuchsdienst