

DVSG-Mitgliederbefragung 2015

Teil II: Ressourcen und Belastungen in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

- A. Nitsche
- H. Adolph
- C. Kowalski

Im FORUM sozialarbeit + gesundheit 1/2016 wurde bereits über Ergebnisse der DVSG-Mitgliederbefragung 2015 berichtet. Dort wurde neben der Stichprobe hauptsächlich das Verhältnis von direkter Beratungstätigkeit und mittelbar patientenbezogenen Aufgaben beleuchtet. Dieser zweite Teil knüpft an die Ergebnisse des letzten Beitrages an und beschäftigt sich mit den Ressourcen und Belastungen bei der Arbeit unter Berücksichtigung der verschiedenen Arbeitsfelder der Befragten.

An der DVSG-Mitgliederbefragung 2015 beteiligten sich insgesamt 324 Befragte, die aus den Arbeitsfeldern „Akutklinik“ (n=183), „Psychiatrische Klinik“ (n=26), „Rehabilitationsklinik“ (n=64) und aus „anderen Arbeitsfeldern“ (n=42) stammen (9 Personen machten hierzu keine Angabe). Weitere Merkmale der Stichprobe sind dem erwähnten vorigen Beitrag zu entnehmen. Um die Werte der Befragung besser einschätzen zu können, wurden ergänzend Ergebnisse aus einer Vergleichsstudie aus dem Jahr 2003 dargestellt. In dieser Studie wurden Beschäftigte aus insgesamt drei Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen und Sachsen befragt. Es beteiligten sich insgesamt 1010 Beschäftigte (davon 161 Ärzte,

595 Pflegekräfte, 81 aus dem Medizinisch Technischen Dienst, 14 aus dem Technischen Dienst, 12 aus dem Wirtschaftsdienst und 147 aus der Verwaltung/sonstiges).

Ressourcen und Arbeitsumfeld

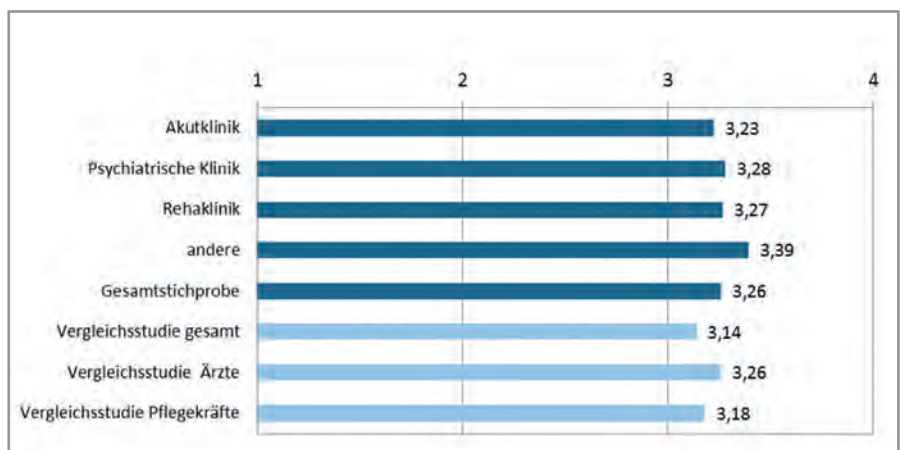
Tätigkeitsspielraum gilt als wichtige Ressource und umfasst die Möglichkeit, die eigene Arbeit zu gestalten, Lösungen zu erarbeiten und an Entscheidungen mitzuwirken. Ein hoher Tätigkeitsspielraum kann dabei unter anderem helfen, Belastungen abzumildern, die beispielsweise aus einer hohen Arbeitsintensität resultieren. Der Tätigkeitsspielraum wurde mit einer etablierten Skala mittels 7 Items (Aussagen zu den Freiheitsgraden in der Arbeit) erhoben (Richter et al., 2000). Zur Skalenbildung wurden die Punktwerte der einzelnen Fragen aufsummiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert. Mittelwerte wurden über die einzelnen Arbeitsfelder gebildet und können Werte zwischen 1 (sehr geringer Tätigkeitsspielraum)

und 4 (sehr hoher Tätigkeitsspielraum) annehmen. Die gleiche Vorgehensweise wurde auch bei den nachfolgenden Skalen verwendet.

Die Befragten verfügen über einen insgesamt hohen Tätigkeitsspielraum. Schaut man sich die Skala auf Ebene der Einzelaussagen an, waren beispielsweise 90 Prozent der Befragten (eher) der Auffassung, dass sie ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen können. Im Mittelwertvergleich zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern. Im Vergleich mit den Mittelwerten der Vergleichsstudie verfügen die in der Sozialen Arbeit Beschäftigten über einen ähnlich hohen Tätigkeitsspielraum wie die dort befragten Ärzte (vgl. Abb. 1).

Sozialkapital ist ein Maß für gegenseitige Unterstützung, Vertrauen, geteilte Werte und insgesamt für ein gutes Betriebsklima und wurde mit 6 Items erfasst (Pfaff et al., 2004). Ein

Abbildung 1: Tätigkeitsspielraum Mittelwertvergleich



gut ausgeprägtes Sozialkapital am Arbeitsplatz kann dabei helfen, Belastungen abzumildern. Studien konnten bereits belegen, dass höheres Sozialkapital innerhalb einer Organisation beispielsweise mit einer besseren Gesundheit und größerer Zufriedenheit der Beschäftigten einhergeht (vgl. z. B. Oksanen et al., 2008; Requena, 2003).

In den Befragungsergebnissen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern, wobei das Sozialkapital in der Akutklinik am geringsten eingeschätzt wurde. So stimmten beispielsweise nur etwa 55 Prozent der Befragten aus den Akutkliniken der Aussage zu, dass bei ihnen ein „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten ihres Hauses herrscht, während dies in allen anderen Arbeitsfeldern von über 80 Prozent so gesehen wurde (vgl. Abb. 2). Die Unterschiede werden auch im Skalenmittelwertvergleich deutlich (vgl. Abb. 3). Im Rehabereich sowie in den sonstigen Arbeitsfeldern herrscht ein stärker ausgeprägtes Sozialkapital als im Akutbereich. Die Psychiatrischen Kliniken liegen in etwa dazwischen. Vergleicht man die Mittelwerte mit den Werten aus der Vergleichsstudie wird deutlich, dass in der Sozialen Arbeit (trotz der aufgezeigten Unterschiede in den Arbeitsfeldern) insgesamt das Sozialkapital als ein Indikator für das Betriebsklima höher eingeschätzt wird.

Belastungen am Arbeitsplatz

Neben den Ressourcen, die dabei helfen können Belastungen „abzudeckeln“, wurden in der Befragung verschiedene Belastungsfaktoren abgefragt. Ganz zentral ist dabei die wahrgenommene *Intensität der Arbeit*, die durch ein hohes Arbeitstempo und Zeitdruck charakterisiert wird. Erfasst wurde dieses Konstrukt mittels 6 Items (Richter et al., 2000). Die in einer Akutklinik Beschäftigten berichteten von einer signifikant stärkeren Arbeitsintensität als die Beschäftigten in den Psychiatrischen- und Rehabkliniken (vgl. Abb. 4). Im Mittel scheinen die in der Sozialen Arbeit Beschäftigten des Weiteren von einer etwas ge-

Abbildung 2: „Wir-Gefühl“ unter den Beschäftigten

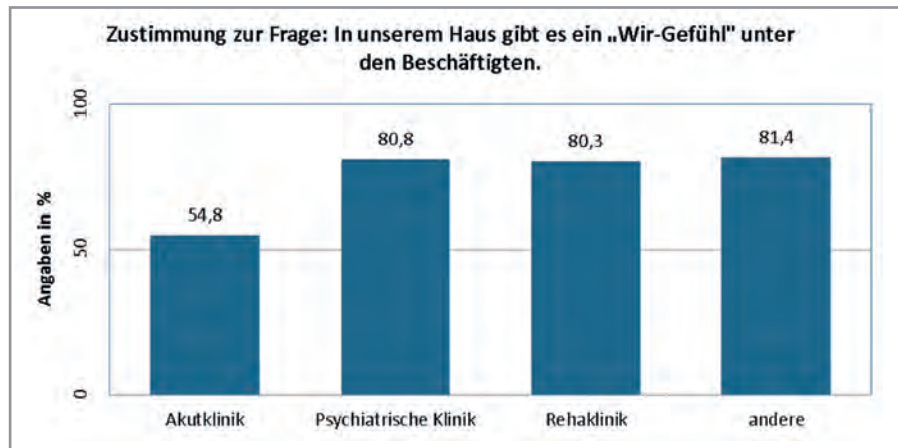


Abbildung 3: Sozialkapital Mittelwertvergleich

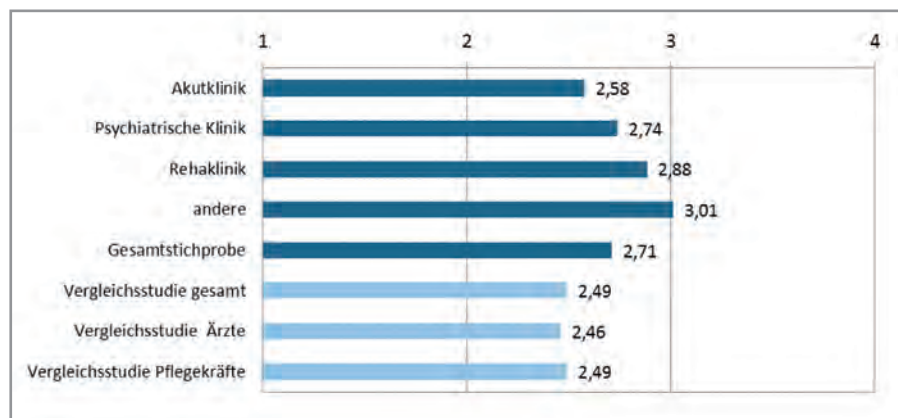
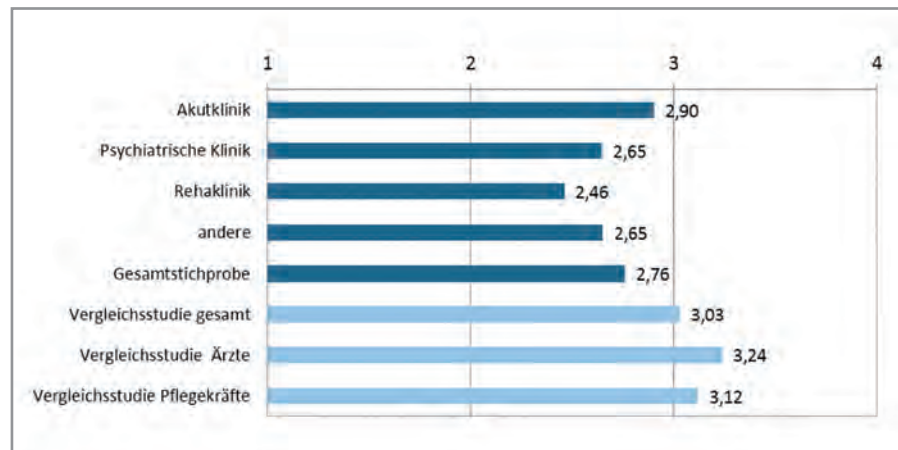


Abbildung 4: Arbeitsintensität Mittelwertvergleich



ringeren Arbeitsintensität belastet zu sein, als die Beschäftigten der Vergleichsstudie, wo sich vor allem die Ärzte als stark belastet zeigten.

Der *Work-Home-Conflict* ist ein weiterer, zunehmend bedeutender wer-

dender Belastungsfaktor und steht für ein nicht gelingendes Zusammenspiel von Erwerbsarbeit und Privatleben der Beschäftigten. Es wurde mittels 8 Items abgefragt (Geurts et al., 2005). Dabei geht es um Konflikte, die ihren Ursprung in der Arbeit ha-

Abbildung 5: Work-Home-Conflict Mittelwertvergleich

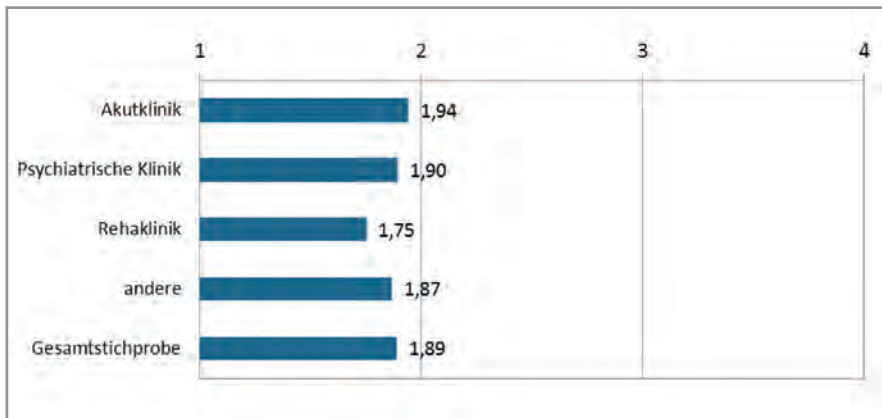


Abbildung 6: Einteilung der Skala „Emotionale Erschöpfung“ in drei Kategorien

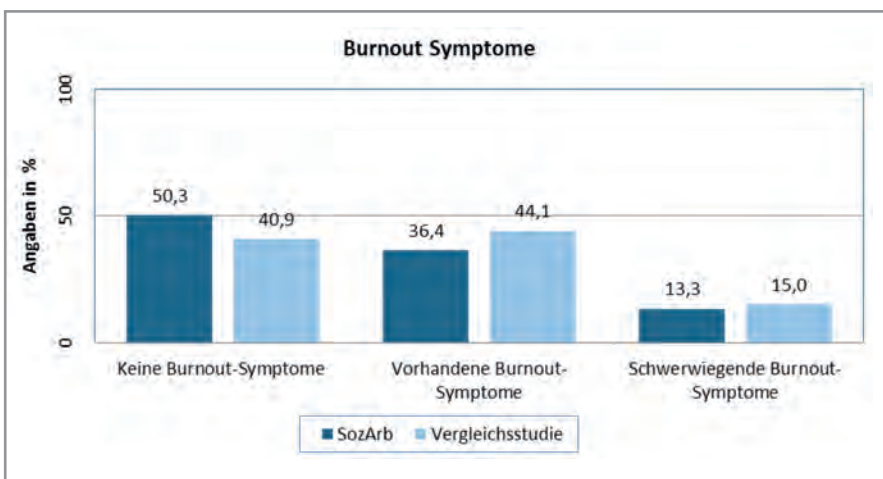
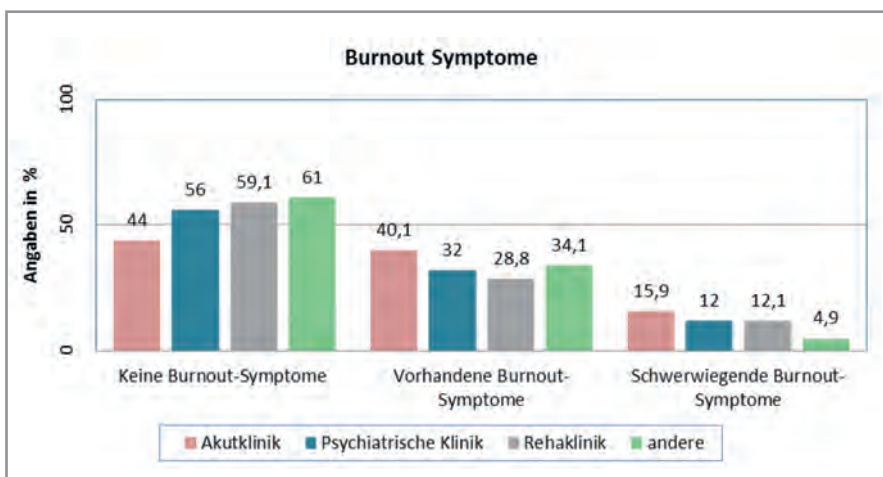


Abbildung 7: Einteilung der Skala „Emotionale Erschöpfung“ in drei Kategorien nach Arbeitsfeld



ben und sich ungünstig auf das Privatleben auswirken. Der Work-Home-Conflict ist einerseits Folge von hoher Belastung bei der Arbeit,

andererseits aber natürlich ein Belastungsfaktor, der weitere (beispielsweise gesundheitliche) Folgen nach sich ziehen kann.

Über ein Viertel der Befragten (26%) gaben an, dass sie aufgrund der Arbeit oft keine Energie mehr für Freizeitaktivitäten mit dem Partner/der Partnerin, Freunden oder der Familie haben. Etwa 17 Prozent gelingt es aufgrund der Arbeit nur schwer, sich zu Hause zu entspannen.

Im Mittelwertvergleich wird deutlich, dass der Work-Home-Conflict insgesamt auf einem niedrigen Niveau zu verorten ist. Es zeigen sich jedoch deutliche (signifikante) Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aus den Akutkliniken sind dabei am stärksten von einem Work-Home-Conflict betroffen, während die Rehaklinik-Beschäftigten den geringsten Wert aufwiesen und damit eine geringere negative Beeinflussung des Privatlebens durch ihre Arbeit erfahren (vgl. Abb. 5). Leider liegen zu dieser Skala keine Vergleichszahlen für andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitssektor vor.

Zu den möglichen Folgen starker Beanspruchung bei der Arbeit zählen gesundheitliche Probleme. Ein wichtiger Indikator, der in den letzten Jahren erhebliche Aufmerksamkeit erfahren hat, ist das *Burnout-Syndrom*. Burnout wird dabei als psychologische Antwort auf arbeitsbedingten Stress aufgefasst und durch die drei Dimensionen „emotionale Erschöpfung“, „Zynismus“ und „reduzierte professionelle Effizienz“ charakterisiert (Maslach & Jackson, 1984; Schaufeli & Enzmann, 1998). Emotionale Erschöpfung gilt dabei als erste Stufe eines entstehenden Burnout-Syndroms und wird mit Gefühlen wie Entmutigung, Gleichgültigkeit, Müdigkeit und Leere beschrieben (Cherniss & Krantz, 1983). Weiter gilt emotionale Erschöpfung als Kerndimension des Burnouts, was bedeutet, dass die Erschöpfung auch im fortschreitenden Verlauf eines Burnouts bestehen bleibt.

Um das Burnout-Risiko der Befragten zu ermitteln, wurde mit Hilfe der Skala „Emotionale Erschöpfung“ des Maslach-Burnout-Inventory erfasst, inwie-

weit sich die Befragten durch ihre Arbeit ausgebrannt und erschöpft fühlen. Da dies (wie oben beschrieben) die erste Stufe eines Burnouts charakterisiert, wird es häufig auch ohne die beiden anderen Dimensionen in Befragungen eingesetzt. Dadurch lassen sich erste Hinweise auf das Vorliegen von Risiken für Burnout sehr gut identifizieren.

Zur Einschätzung eines möglichen Burnout-Risikos lassen sich die Werte der Skala „emotionale Erschöpfung“ in die folgenden drei Gruppen einteilen (Einteilung nach Kalimo, Pahkin, Mutanen, & Topipinen-Tanner, 2003):

- „keine emotionalen Erschöpfungssymptome“,
- „vorhandene emotionale Erschöpfungssymptome“ und
- „schwerwiegende emotionale Erschöpfungssymptome“

Während die erste Gruppe als nicht Burnout-gefährdet einzuschätzen ist, besteht ab der Gruppe 2 eine Burnout-Gefährdung und ab Gruppe 3 eine starke Burnout-Gefährdung. Schaut man sich die Befragungsergebnisse in dieser Einteilung an, ist etwa die Hälfte der Befragten nicht Burnout-gefährdet, während die andere Hälfte bereits erste Symptome aufweist. Etwa 13 Prozent weisen bereits schwerwiegende Symptome auf und können als stark Burnout-gefährdet eingeschätzt werden. Die Ergebnisse der Vergleichsstudie zeigen in der letztgenannten Kategorie ähnlich hohe Werte, jedoch ist hier die mittlere Kategorie stärker besetzt, so dass insgesamt die Erschöpfungssymptomatik bei der Vergleichsstichprobe stärker ausgeprägt ist (vgl. Abb. 6).

Die Arbeitsfelder unterscheiden sich hinsichtlich der Burnoutproblematik. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aus den Akutkliniken sind in einem stärkeren Maße betroffen als die Beschäftigten anderer Arbeitsfelder. Insbesondere der Rehaklinikbereich sowie die Kategorie „andere“ weisen ein sehr viel geringeres Burnout-Risiko auf (vgl. Abb. 7).

In der Befragung wurde des Weiteren der subjektive Gesundheitszustand

Abbildung 8: Subjektiver Gesundheitszustand

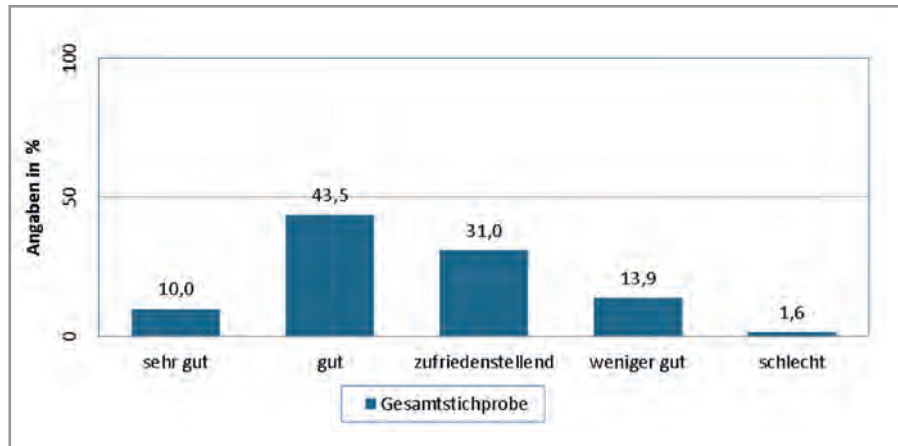
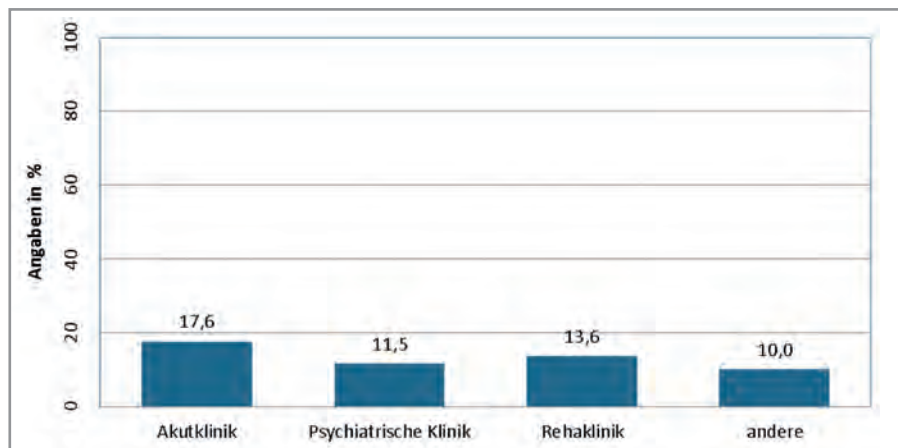


Abbildung 9: Gesundheitszustand „weniger gut“ oder „schlecht“



durch die Frage „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ abgefragt. Dabei konnte zwischen den Antwortkategorien „sehr gut“, „gut“, „zufriedenstellend“, „weniger gut“ und „schlecht“ gewählt werden. Über die Hälfte der Befragten verfügt über einen (sehr) guten und etwa weitere 30 Prozent über einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand. Dagegen bewerten etwa 16 Prozent ihre Gesundheit als nicht zufriedenstellend, wobei nur etwa 2 Prozent ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzten (vgl. Abb.8).

Die verschiedenen Arbeitsfelder unterscheiden sich im Gesundheitszustand im Mittel nicht voneinander, es fällt jedoch auf, dass in der Akutklinik die Befragten etwas häufiger über einen nicht zufriedenstellenden Gesundheitszustand berichten (Antwortkate-

gorien „weniger gut“ und „schlecht“ zusammengefasst, vgl. Abb. 9).

Diskussion und Fazit

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die wahrgenommenen Ressourcen und Belastungen der befragten DVSG-Mitglieder. Dabei wurde zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern der Befragten differenziert und, falls vorhanden, wurden den Ergebnissen Vergleichszahlen aus einer Studie aus dem Krankenhausbereich gegenübergestellt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aus dem Akutbereich von stärkeren Arbeitsbelastungen betroffen sind und zudem über weniger Ressourcen verfügen, die diese Belastungen abmildern könnten. Im Gegensatz dazu wies insbesondere der Rehabili-

tationsbereich stärker ausgeprägte Ressourcen und weniger Belastungen auf, während die Psychiatrischen Kliniken meist eine mittlere Position einnahmen. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei der Betrachtung möglicher negativer Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit der Beschäftigten. Im Akutbereich klagten die Beschäftigten häufiger über Symptome emotionaler Erschöpfung, so dass hier von einem höheren Burnout-Risiko auszugehen ist. Hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes zeigten sich im Mittel zwar keine Unterschiede, die Befragten aus dem Akutbereich berichteten jedoch etwas häufiger von einem (eher) schlechten Gesundheitszustand. Auch hinsichtlich des Zusammenspiels zwischen Erwerbsarbeit und Privatleben wiesen die Befragten des Akutbereiches die höchsten Konfliktwerte auf, die jedoch in den Psychiatrischen Kliniken ähnlich hoch ausfielen.

Ähnliche Ergebnisse zum unterschiedlichen Belastungserleben und zu Ressourcen der Sozialen Arbeit zwischen Akutkrankenhaus, Rehabilitati-

onskliniken und Psychiatrien lieferte schon die DVSG Befragung 2013 (Adolph, Haupt, & Kramer, 2014). Es liegt nahe, die unterschiedlichen Verweildauern und Fallzahlen in Akutkrankenhäusern gegenüber Rehabilitationskliniken und Psychiatrien für die Erklärung der höheren Belastungswerte im Akutkrankenhaus heranzuziehen. Dies erklärt aber nicht, warum die protektiven Faktoren und Ressourcen in Akutkrankenhäusern gegenüber Psychiatrien und Rehabilitationskliniken ebenfalls deutlich negativer eingeschätzt werden. Die vergleichsweise niedrigen Durchschnittswerte könnten auf Defizite der Wertschätzung und Einbindung der Sozialen Arbeit in die Teams und die Arbeitsprozesse hindeuten, während dies in den Rehabilitationskliniken vergleichsweise gut zu gelingen scheint.

Einschränkend muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass die Fallzahlen der Arbeitsfelder „Psychiatrie“ und „andere“ relativ klein waren, wodurch Ausreißer stärker ins Gewicht fallen. Die Kategorie „andere Arbeitsfelder“ musste gebil-

det werden, weil nicht genügend Fälle in den weiteren Arbeitsfeldern (beispielsweise Beratungsstellen, Hospiz, öffentlicher Gesundheitsdienst) vorhanden waren. Es handelt sich dabei folglich um eine heterogene Gruppe, deren Werte vergleichsweise schlecht zu interpretieren sind.

■ *Dr. Anika Nitzsche ist Soziologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.*
© anika.nitzsche@uk-koeln.de

■ *Holger Adolph ist Dipl.- Sozialwissenschaftler und Referent in der Bundesgeschäftsstelle der DVSG*

■ *Dr. Christoph Kowalski studierte Soziologie, Geschichte und Theater-, Film- und Fernsehwissenschaft und wurde an der Universität zu Köln promoviert. Seit 2014 ist er Forschungskordinator im Bereich Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft.*

Literatur

Adolph, H./Haupt, J./Kramer, U. (2014): **Einschätzung zur Situation und Perspektive der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. DVSG Sozialarbeiter- und Mitgliederbefragung 2013.** FORUM sozialarbeit + gesundheit, (1), S. 36–38.

Cherniss, C./Krantz, D. L. (1983): **The ideological community as an antidote to burnout in the human services.** In B. A. Farber (Ed.): Pergamon general psychology series: Vol. 117. Stress and burnout in the human service professions. New York: Pergamon Press, pp. 198–212.

Geurts, S. A. E./Taris, T. W./Kompier, M. A. J./Dijkers, J. S. E./van Hooff, M. L./Kinnunen, U. (2005): **Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING.** Work & Stress, 19(4), S. 319–339.

Kalimo, R./Pahkin, K./Mutanen, P./Topipinen-Tanner, S. (2003): **Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors.** Work & Stress, 17(2), S. 109–122.

Maslach, C./Jackson, S. E. (1984): **Burnout in organizational settings.** Applied Social Psychology Annual, 5, S. 133–153.

Oksanen, T./Kouvonen, A./Kivimäki, M./Pentti, J./Virtanen, M./Linna, A./Vahtera, J. (2008): **Social capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland.** Social Science & Medicine, 66(3), S. 637–649.

Pfaff, H./Pühlhofer, F./Brinkmann, A./Lüticke, J./Nitzsche, A./Steffen, P./Richter, P. (2004): **Der Mitarbeiter-Kennzahlenbogen (MIKE). Kompendium valider Kennzahlen.** Kennzahlenhandbuch. Köln.

Requena, F. (2003): **Social capital, satisfaction and quality of life in the workplace.** Social Indicators Research, 61, S. 331–360.

Richter, P./Hemmann, E./Merboth, H./Fritz, S./Hansgen, C./Rudolf, M. (2000): **Das Erleben von Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur orientierenden Analyse (FIT).** Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44(3), S. 129–139.

Schaufeli, W. B./Enzmann, D. (1998): **The burnout companion to study and practice: A critical analysis.** London: Taylor & Francis.