

Ergebnisbericht

MitarbeiterInnenbefragung zu den Arbeitsbedingungen in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie 2012

Teil 2: Subgruppenauswertung

Verfasser: Ilja Ruhl

Herausgeber:



Einleitung

Die RGSP führte im Sommer 2012 eine Befragung bei MitarbeiterInnen der Sozial- und Gemeindepsychiatrie durch. Insgesamt nahmen 1762 Personen teil. In die Auswertung kamen 1219 Fragebögen. Aus methodischen Gründen sind nur solche Fragebögen in die Auswertung eingegangen, bei denen Antworten bis zur letzten Seite ausgefüllt wurden. Dabei duften selbstverständlich einzelne Fragen, die die Befragten nicht beantworten wollten, ausgelassen werden.

Eine erste Ergebnisübersicht findet sich im Auswertungsbericht Teil 1. Dort finden sich auch Ausführungen zu den methodischen Aspekten der Erhebung.

Bei der Auswertung der einzelnen Fragen überwiegen die positiven Antworten. In Teilbereichen sind aber auch viele Antworten eher zurückhaltend.

Für diesen Teilbericht wurden die Antworten unter Berücksichtigung einzelner Subgruppen ausgewertet. Hierbei ging es in erster Linie darum, herauszuarbeiten, in welchen Subgruppen sich welche Problembereiche aufzeigen.

Inhalt

	Seite
1. Ergebnisse	4
1.1 Tätigkeitsbereiche	4
1.2 Wohnbereich	9
1.3 Dauer der Tätigkeit in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie	12
1.4 Berufliche Qualifikation	14
1.5 Klinischer Bereich	16
1.6 Hohe Arbeitsbelastung	20
1.6.1 Hohe Arbeitsbelastung und neue Konzepte in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie	20
1.6.2 Hohe Arbeitsbelastung und Identifikation mit der Arbeitsstelle	22
1.6.3 Hohe Arbeitsbelastung und weitere Zusammenhänge	23
1.7 Wahl des Arbeitsbereichs	24
2. Zusammenfassung	26
3. Fazit	27

1. Ergebnisse

Bei der Ergebnisdarstellung wird zunächst zu Beginn jedes Kapitels jeweils die prozentuale Verteilung der untersuchten Subgruppen in der Stichprobe gezeigt. Im Anschluss finden sich dann die Subgruppenanalysen, wobei sich die Wiedergabe überwiegend auf solche Ergebnisse beschränkt, in der signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen zu beobachten waren.

1.1. Tätigkeitsbereiche

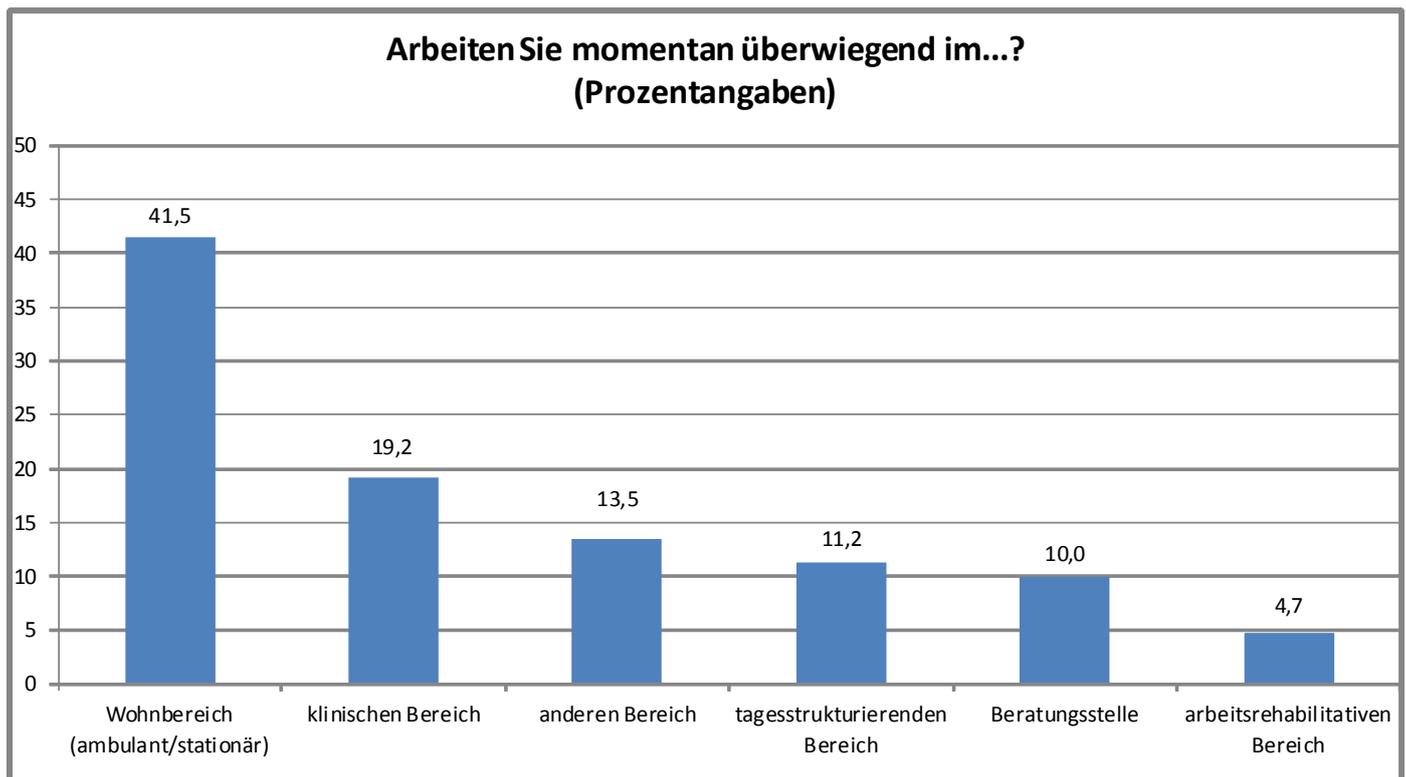
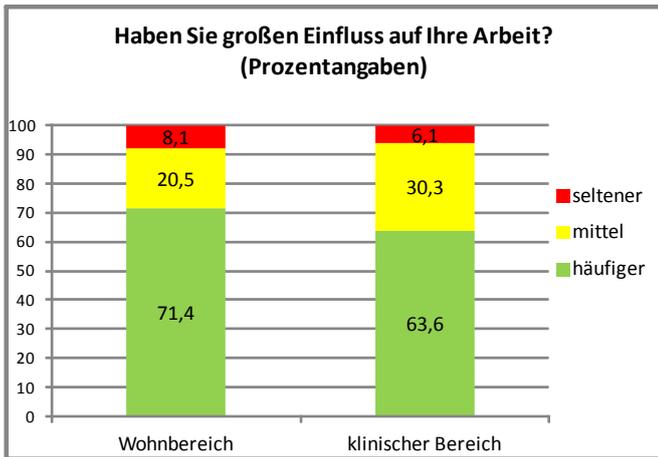


Abb. 1

Abb. 1

- Die MitarbeiterInnen aus der wohnbezogenen Eingliederungshilfe sind mit 41,5 Prozent die größte Gruppe in der Stichprobe.
- Ein Fünftel (19,2 %) der Befragten arbeiten im klinischen Bereich.
- An dritter Stelle stehen MitarbeiterInnen, die in anderen Bereichen als die im Fragebogen genannten arbeiten. Hier wurde bei der Möglichkeit, eine offene Frage zu beantworten, am häufigsten die ambulante psychiatrische Pflege angegeben.
- Der tagesstrukturierende und arbeitsrehabilitative Bereich sowie die Beratungsstelle spielen in der Stichprobe eine eher untergeordnete Rolle und kommen zusammen auf einen Anteil von einem Viertel an der Gesamtstichprobe.

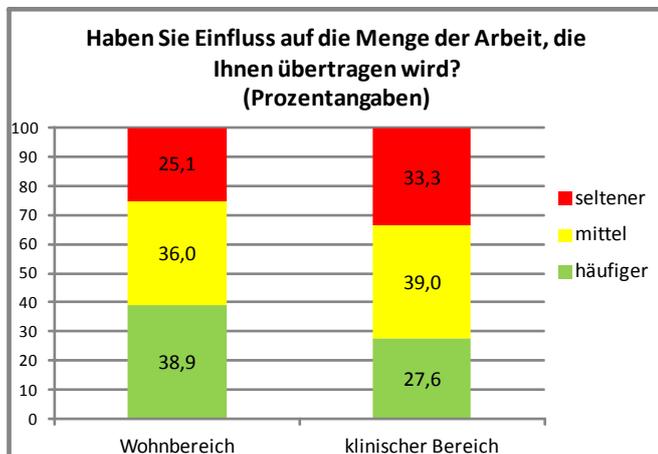


p=0,014 n=721

Abb. 2

Abb. 2

- Die positiven Antworten in Bezug auf den Einfluss auf die Arbeit haben einen hohen Anteil sowohl im klinischen als auch Wohnbereich.

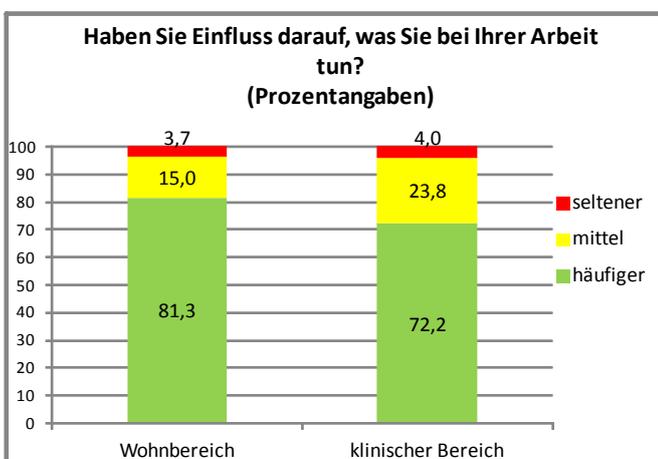


p=0,008 n=722

Abb. 3

Abb. 3

- Der Einfluss auf die Menge der Arbeit wird insgesamt eher niedrig eingeschätzt. Ein Drittel der befragten klinischen MitarbeiterInnen ist der Meinung, seltener Einfluss auf die Arbeitsmenge zu haben.
- Die Einflussnahme auf die Arbeitsmenge ist im Wohnbereich häufiger möglich als im Klinikbereich.



p=0,015 n=719

Abb. 4

Abb. 4

- Im Vergleich zur Arbeitsmenge bestehen bei den Arbeitsinhalten sehr viel mehr Spielräume für die MitarbeiterInnen. Im Wohnbereich sind mehr Befragte der Ansicht, dass sie häufiger Einfluss auf die Arbeitsmenge haben. Diese Einschätzung teilen aber auch annähernd $\frac{3}{4}$ der befragten KlinikmitarbeiterInnen.
- Die kritischeren Stimmen spielen mit 3,5 und 4 Prozent in beiden Gruppen eine eher untergeordnete Rolle.

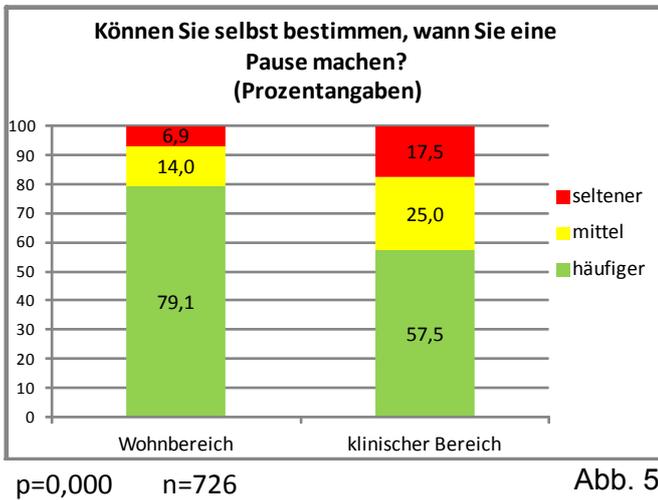


Abb. 5

- Eine hohe Diskrepanz lässt sich beim Vergleich zwischen Wohnbereich und Klinik beim Einfluss auf die Pausenzeiten ausmachen. Hier hat die Klinik bei den positiven Antworten einen um 21,6 geringeren Anteil als der Wohnbereich. Der Anteil der negativen Antworten ist bei den KlinikmitarbeiterInnen zweieinhalbmal höher als bei den MitarbeiterInnen der wohnbezogenen Hilfen.

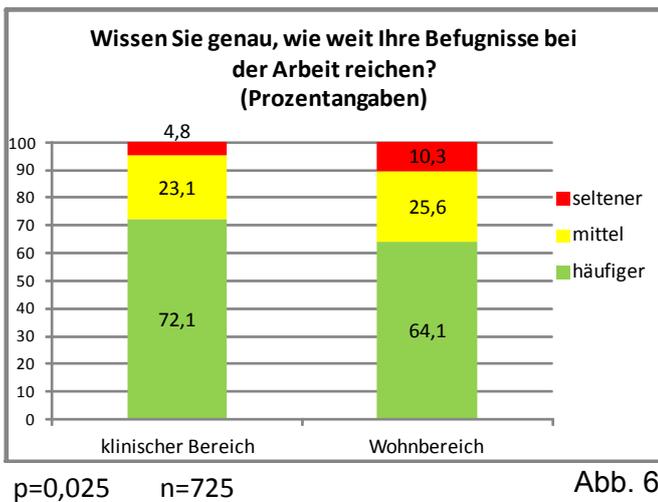


Abb. 6

- Bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass der Anteil jener MitarbeiterInnen, die im ambulant betreuten Wohnen tätig sind, in der Gruppe der WohnbereichsmitarbeiterInnen über die Hälfte ausmacht (53,7 %). Hier ist die Flexibilität in Bezug auf die Pausenzeiten in der Regel ausgeprägter als im stationären Wohnen.

Abb. 6

- Das Wissen um die Befugnisse in Bezug auf die eigene Arbeit ist bei KlinikmitarbeiterInnen häufiger vorhanden.

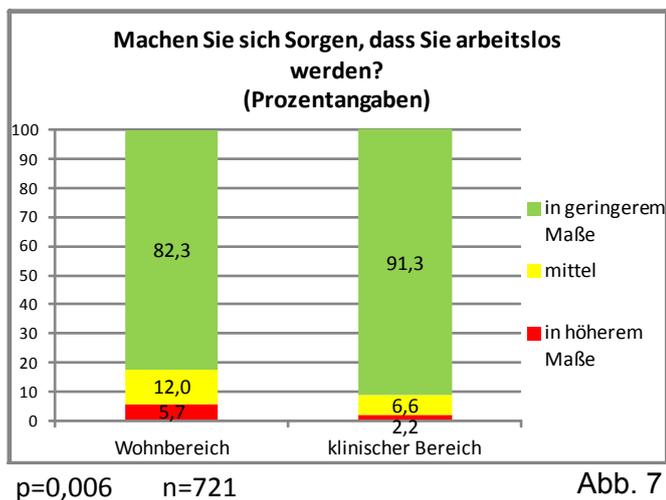


Abb. 7

Abb. 7

- Die Angst vor Arbeitslosigkeit ist insgesamt sehr gering. MitarbeiterInnen der wohnbezogenen Hilfen sind zwar signifikant besorgter in Bezug auf drohende Arbeitslosigkeit. Der Wert liegt mit 5,7 % bei den negativen Antworten insgesamt aber in einem niedrigen Bereich. Gründe für diese Gruppenunterschiede lassen sich nur schlecht ausmachen. Möglicherweise befinden sich viele der befragten MitarbeiterInnen des Wohnbereichs noch in einem befristeten Arbeitsverhältnis. Die Antworten auf die nächste Frage deuten aber auch darauf hin, dass MitarbeiterInnen des Wohnbereichs mit Furcht vor dem Arbeitsplatzverlust hiermit die Sorge verbinden, nicht leicht einen neuen Arbeitsplatz zu bekommen. Diese Sorge treibt immerhin ein Fünftel der WohnbereichsmitarbeiterInnen (20,9 %) gegenüber einem Zehntel (10,2 %) bei den klinisch Tätigen um.

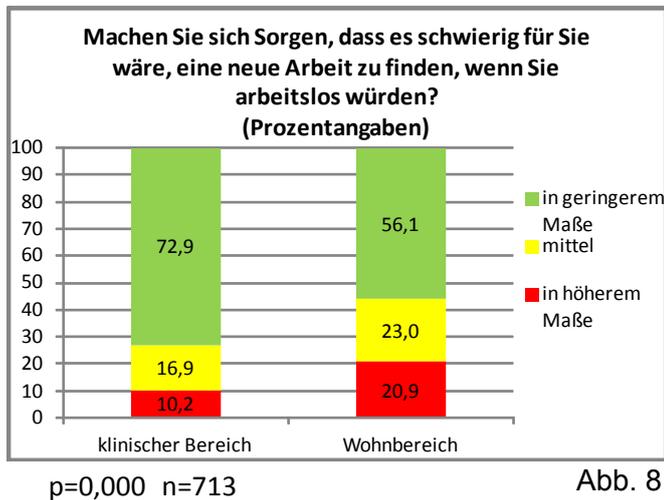


Abb. 8

Abb. 8

- Skeptisch zeigen sich die befragten MitarbeiterInnen beider Bereiche bei der Einschätzung neuer Konzepte (z.B. Recovery, Home-Treatment) für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Über $\frac{2}{3}$ der klinischen MitarbeiterInnen und über die Hälfte derjenigen, die im Wohnbereich tätig sind, meinen, dass neue Konzepte einen Teil der KollegInnen überfordern würden. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass diese Sorge von einem signifikant geringeren Anteil der WohnbereichsmitarbeiterInnen geteilt wird. Insgesamt dürfen die Antworten nicht als grundsätzliche Ablehnung von neuen Konzepten gesehen werden, vielmehr zeigen sie den kritischen Blick der Befragten auf die KollegInnen (oder möglicherweise deren Arbeitsbedingungen) auf.

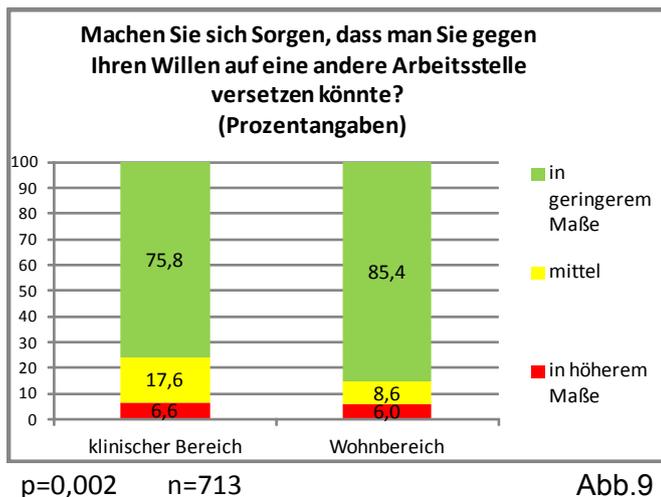


Abb.9

Abb. 9

- Der Anteil derjenigen Befragten, die in geringerem Maße Sorge vor einer Versetzung gegen den eigenen Willen haben ist im klinischen Bereich um über 10 % höher als im Wohnbereich. Ein eindeutige Erklärung gibt es hierfür nicht. Unter Umständen sind die Möglichkeiten einer Versetzung im klinischen Bereich einfach seltener gegeben als im Wohnbereich. So ist eine Versetzung von Personal von einer psychiatrischen Station eines Allgemeinkrankenhauses in die Somatik sicherlich unwahrscheinlicher als die Versetzung von MitarbeiterInnen des Wohnbereichs z.B. in ein anderes Wohnheim oder in den ambulanten Bereich.

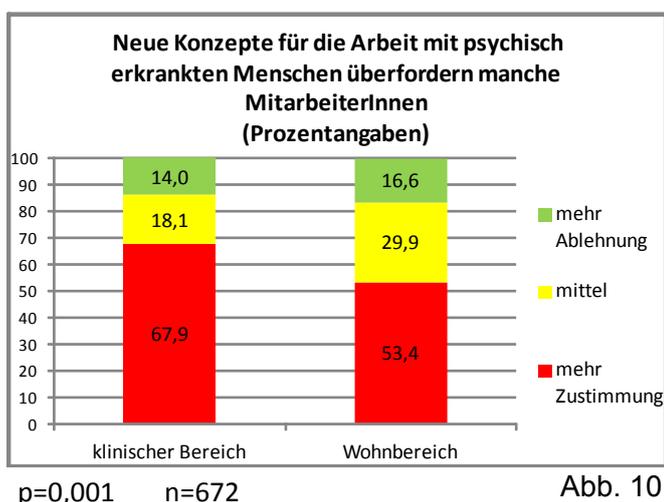


Abb. 10

Abb. 10

- Etwas mehr als zwei Drittel der klinischen MitarbeiterInnen sehen in neuen Konzepten die Gefahr einer Überforderung von Mitarbeitern. Bei den Wohnbereichen liegt dieser Anteil bei etwas über die Hälfte. Insgesamt ist bei beiden Gruppen der Anteil skeptischer Stimmen recht hoch. Unklar bleibt, ob diese Werte Ausdruck einer kritischen Haltung gegenüber den KollegInnen oder gegenüber neuen Ansätzen ist.

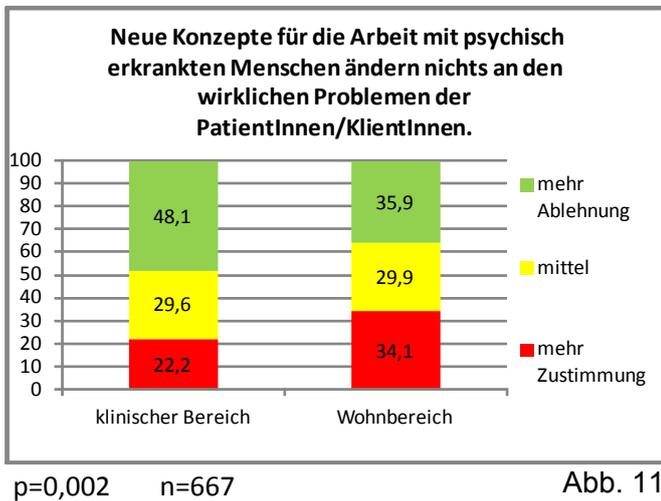


Abb. 11

Abb. 11

- In Bezug auf die die Frage, ob neue Konzepte nichts an den wirklichen Problemen der PatientInnen bzw. KlientInnen ändern, zeigen ein Drittel der WohnbereichsmitarbeiterInnen mehr Zustimmung gegenüber 22,2 Prozent der KlinikmitarbeiterInnen. Grund hierfür könnte sein, dass im Klinikbereich, insbesondere im Akutbereich, in relativ kurzer Zeit von einigen Wochen Fortschritte für die Betroffenen aufgrund der dortigen Interventionen zu beobachten sind. Im Wohnbereich könnten sich Fortschritte erst über sehr viel längere Zeiträume zeigen und somit zu einer größeren Skepsis gegenüber der Wirksamkeit von Konzepten führen (vgl. hierzu auch Abb. 9).

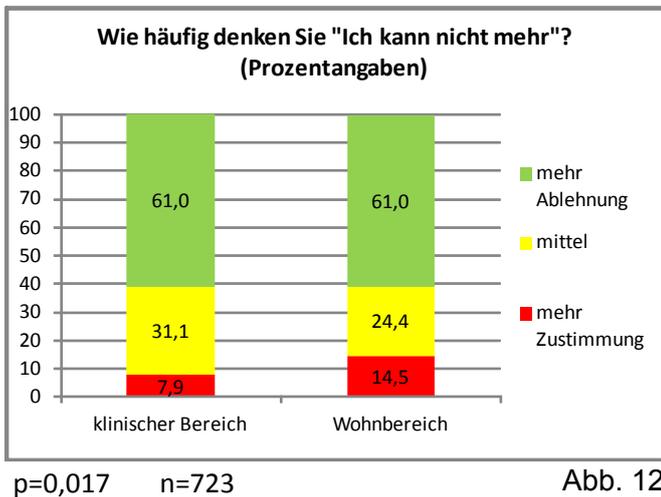


Abb. 12

Abb. 12

- Der größte Anteil (61 %) bei den MitarbeiterInnen beider Tätigkeitsbereiche denken nicht häufig „Ich kann nicht mehr“.
- Nur jeweils ein kleiner Anteil der Befragten denkt häufiger in Bezug auf die Arbeit „Ich kann nicht mehr“. Die Unterschiede zwischen den Wohnbereichen sind signifikant.

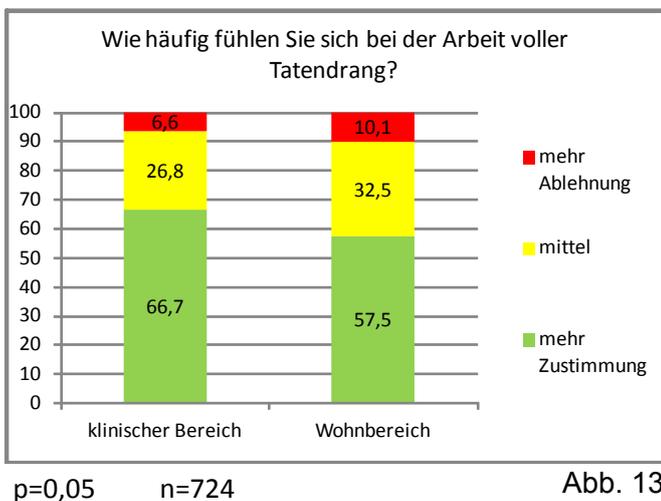
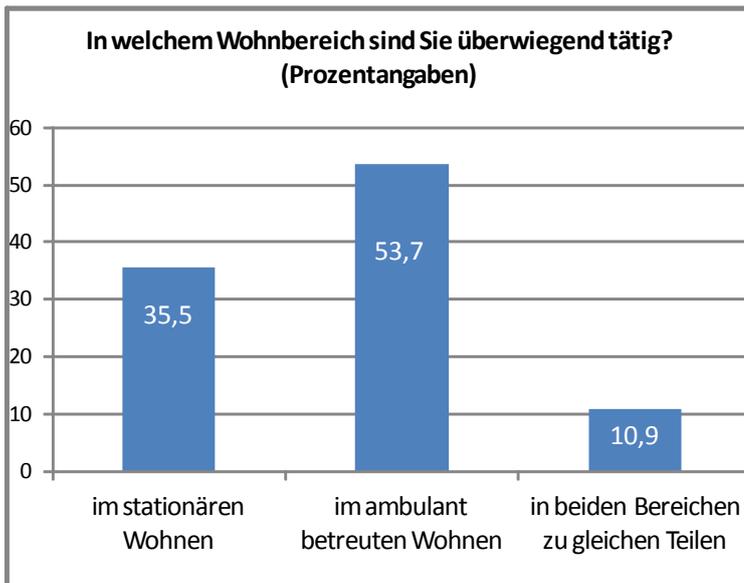


Abb. 13

Abb. 13

- Der positiv formulierten Frage nach dem erlebten Tatendrang stimmen die MitarbeiterInnen beider Tätigkeitsbereiche mit über der Hälfte zu, MitarbeiterInnen des klinischen Bereichs mit einem Anteil von zwei Dritteln. Die befragten MitarbeiterInnen im Wohnbereich geben signifikant seltener an, dass sie häufig mit vollem Tatendrang zur Arbeit gehen.

1.2 Wohnbereich

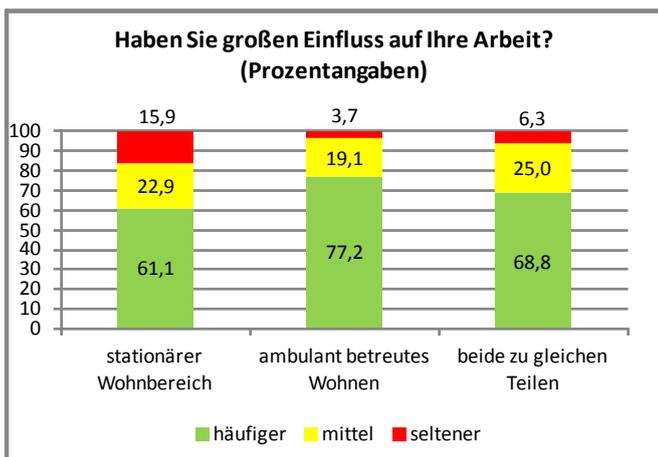


n=451

Abb. 14

Abb. 14

- Mehr als die Hälfte derjenigen Befragten, die im Wohnbereich arbeiten, sind überwiegend im ambulant betreuten Wohnen tätig.
- Ein Drittel ist überwiegend im stationären Wohnen beschäftigt.
- Immerhin sind fast 11 Prozent in beiden Bereichen zu gleichen Teilen beschäftigt.

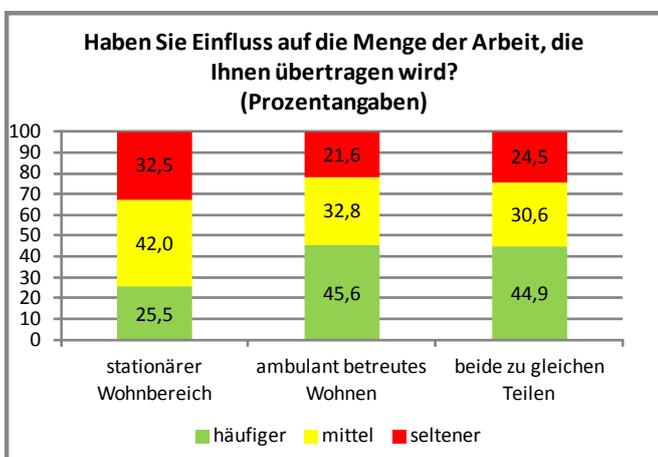


p=0,000 n=446

Abb. 15

Abb. 15

- Aus Sicht der befragten MitarbeiterInnen steigt der Grad des Einflusses auf die Arbeit allgemein mit der Tätigkeit im ambulanten Bereich. Der Einfluss auf die Arbeit ist im stationären Bereich mit 61,1 Prozent („häufiger“) hoch, aber signifikant geringer als im ambulant betreuten Wohnen.

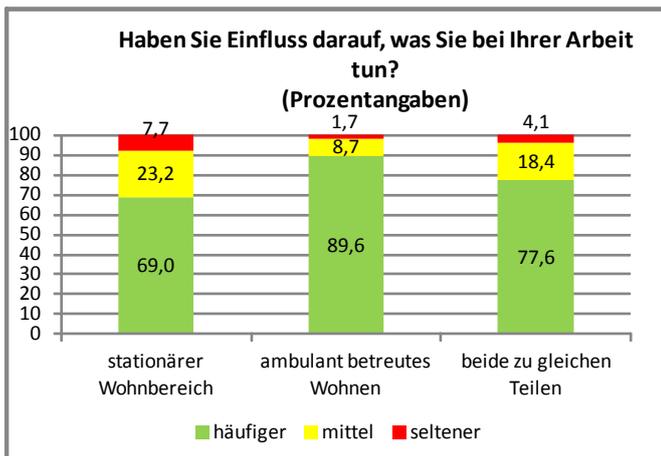


P=0,001 n=447

Abb. 16

Abb. 16

- Auch der Einfluss auf die Arbeitsmenge ist im stationären Bereich geringer, als dies im ambulanten Bereich der Fall ist. Lediglich ein Viertel aus dem stationären Wohnen geben an, dass sie häufiger Einfluss auf die Arbeitsmenge haben. Wer in beiden Wohnbereichen zu gleichen Teilen tätig ist, nimmt bei dieser Frage die Zwischenstellung ein.

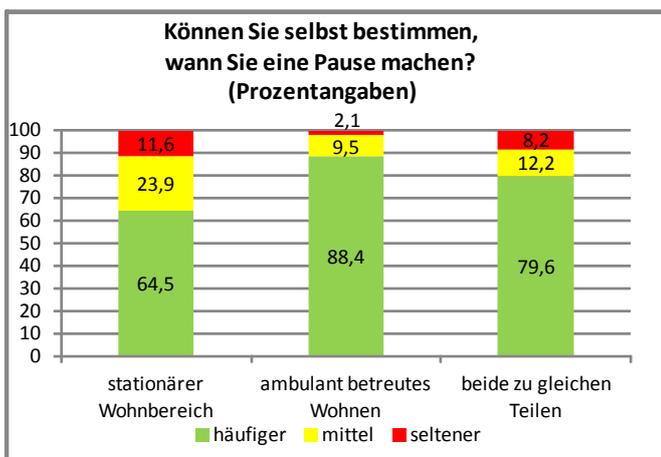


p=0,000 n=445

Abb. 17

Abb. 17

- Der Einfluss auf die Arbeitsinhalte ist sehr viel höher, als der auf die Arbeitsmenge (vgl. Abb. 16). Auch hier sind die Einflussmöglichkeiten im ambulanten Bereich besser als im Wohnheim.
- Während im Wohnheim viele Arbeitsabläufe standardisiert sind und einem festen gefügten Tagesablauf folgen, ermöglichen die einzelnen KlientInnenkontakte im ambulant betreuten Wohnen den MitarbeiterInnen anscheinend mehr Gestaltungsspielraum. Eine weitere Einflussgröße könnte im stationären Wohnen auch darin begründet sein, dass der pädagogische Stil sehr viel häufiger mit dem Team abgestimmt werden muss, um eine einheitliche Linie bei der Betreuung zu bewerkstelligen.

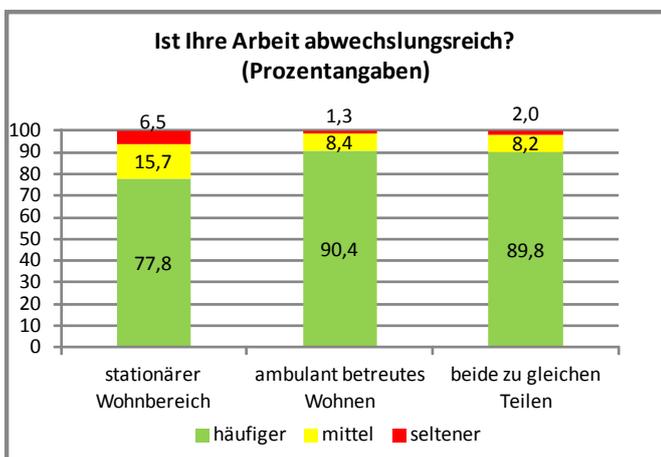


p=0,000 n=446

Abb. 18

Abb. 18

- Im ambulant betreuten Wohnen können die MitarbeiterInnen häufiger selbst bestimmen, wann sie eine Pause machen. Der Anteil der Befragten im stationären Wohnen, die ihre Pausenzeiten selbst bestimmen können, ist mit annähernd 65 Prozent aber ebenfalls recht hoch.

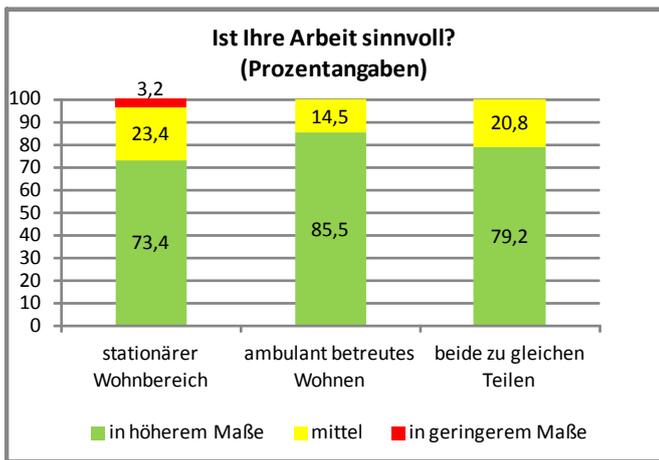


p=0,004 n=441

Abb. 19

Abb. 19

- Die Arbeit im betreuten Wohnen wird als abwechslungsreicher erlebt als im Wohnheim. Möglicherweise überdecken die tagesstrukturierenden Regeln für die KlientInnen auch für die MitarbeiterInnen die eigentlich abwechslungsreiche Arbeit mit den KlientInnen. Insgesamt erleben MitarbeiterInnen des Wohnbereichs ihre Arbeit in einem sehr hohen Maße als abwechslungsreich.

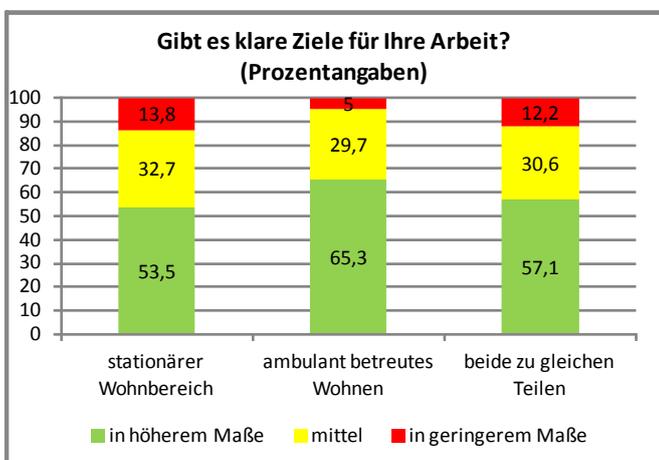


p=0,004 n=448

Abb. 20

Abb. 20

- Die Tätigkeit wird von den meisten MitarbeiterInnen im Wohnbereich als sinnvoll erlebt, die höchste Zustimmung mit 85,5 Prozent erhält diese Frage seitens der im ambulant betreuten Wohnen Tätigen.

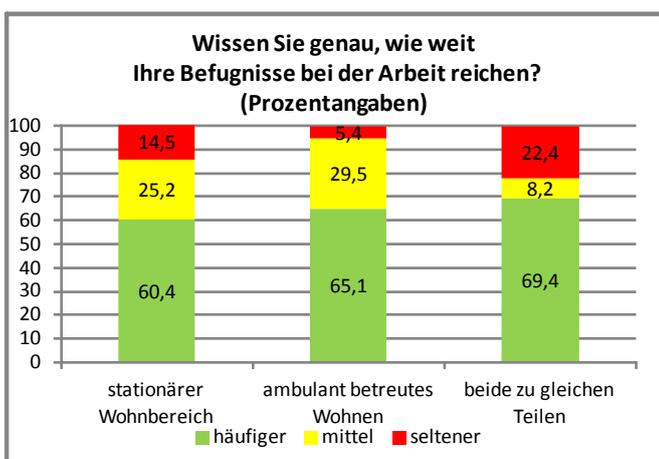


p=0,021 n=447

Abb. 21

Abb. 21

- Gefragt nach klaren Zielen für die Arbeit ist der Anteil der bejahenden Antworten bei den MitarbeiterInnen im ambulant betreuten Wohnen mit $\frac{2}{3}$ höher als bei den anderen Befragten. Aus den Antworten lässt sich leider nicht ableiten, ob sie sich bei den ABW-MitarbeiterInnen auf die im Hilfeplan festgelegten Ziele beziehen, oder ob unter Ziele z.B. die Erreichung bestimmter Sollwerte bei der Erbringung von Fachleistungsstunden gemeint ist. Im Falle einer Wiederholungsbefragung sollte die Frage differenzierter gestellt werden.

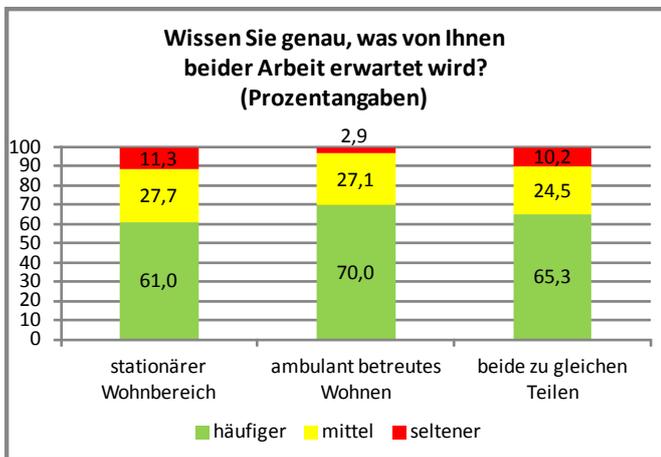


p=0,000 n=449

Abb. 22

Abb. 22

- In Bezug auf die Reichweite von Befugnissen bei der Arbeit zeigt sich eine Teilgruppe derjenigen, die sowohl im ambulant betreuten Wohnen als auch im Wohnheim zu gleichen Teilen beschäftigt sind, am stärksten verunsichert: 22,4 Prozent geben an, dass sie seltener über die Reichweite ihrer Befugnisse Klarheit haben. Womöglich handelt es sich bei diesen Tätigkeiten um Schnittstellenarbeit, bei denen die Mitarbeiter sich über die Zugehörigkeit oder die genauen Aufgaben nicht immer im Klaren sind.



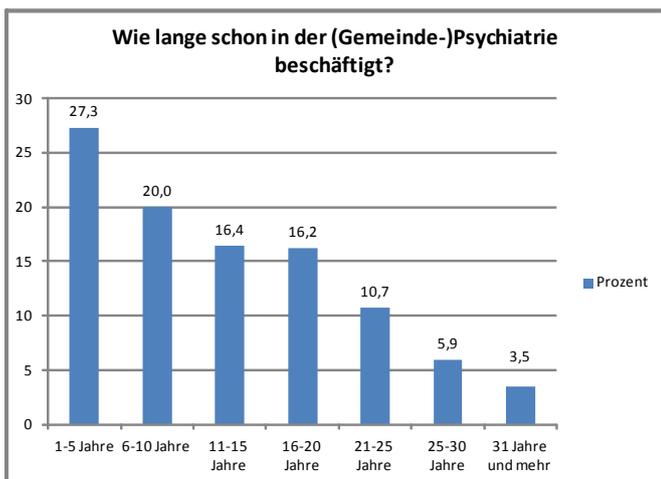
$p=0,015$ $n=448$

Abb. 23

Abb. 23

- Den MitarbeiterInnen im ambulanten Wohnen ist signifikanter häufiger klar, was von ihnen bei der Arbeit erwartet wird. Berücksichtigt man, dass die Arbeit mit den KlientInnen in der Regel sehr viel isolierter von einem Team stattfindet und eine fachlich-inhaltliche Rückkoppelung häufig nicht sofort möglich ist, so erstaunt dieses Ergebnis. Das Resultat ließe sich aber ähnlich wie bei Abb. 21 darauf zurückführen, dass hier als Erwartungen die Zielvorgaben in Form zu erbringender Fachleistungsstunden verstanden wurden. Auch hier sollte bei einer Folgebefragung zwischen fachlichen Anforderungen und ökonomischen Erwartungen gegenüber den MitarbeiterInnen differenziert werden.

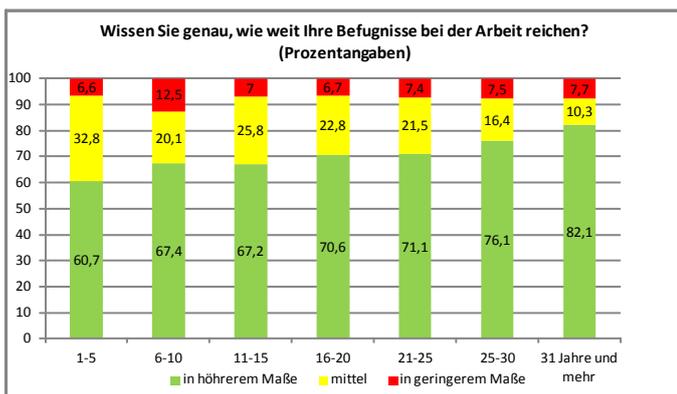
1.3 Dauer der Tätigkeit in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie



$n=1132$

Abb. 24

- Die meisten Befragten sind 1-5 Jahre beschäftigt. Die Beschäftigungsdauer nimmt linear ab. Die Altersgruppe der 41-60-jährigen macht mit 60,3 Prozent den größten Anteil in der Stichprobe aus. Dies steht auf den ersten Blick im Widerspruch zu den Ergebnissen bzgl. der Beschäftigungsdauer, weil hier der Anteil jener, die zwischen einem und fünf Jahren in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie beschäftigt sind, den größten Anteil ausmacht. Viele Befragte bezogen ihre Antwort aber nicht auf die Tätigkeitsdauer im psychiatrischen Bereich allgemein, sondern insbesondere in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie. Eine Vielzahl war in der Vergangenheit z.B. in der Jugendhilfe tätig oder arbeitete auf einer psychiatrischen Station und zählten diesen Bereich nicht zur Sozial- oder Gemeindepsychiatrie.

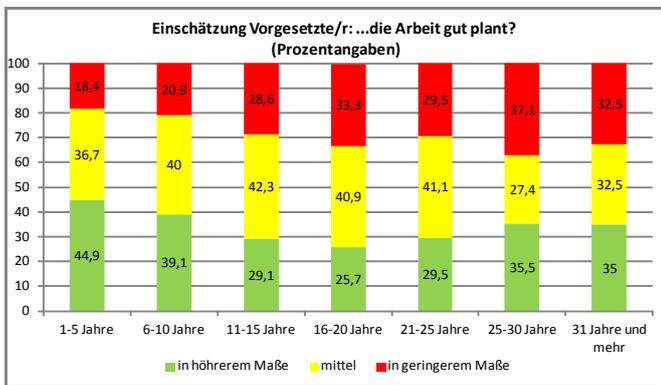


$p=0,006$ $n=1122$

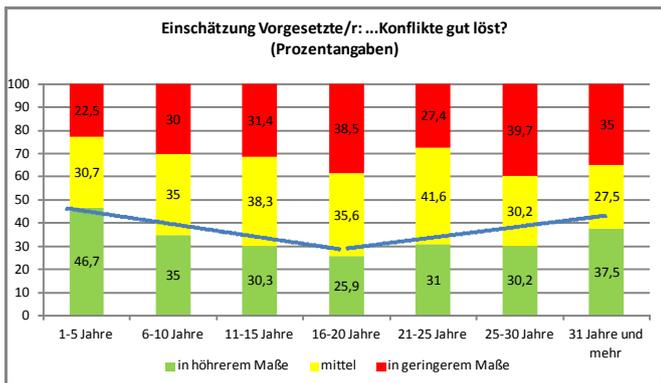
Abb. 25

Abb. 25

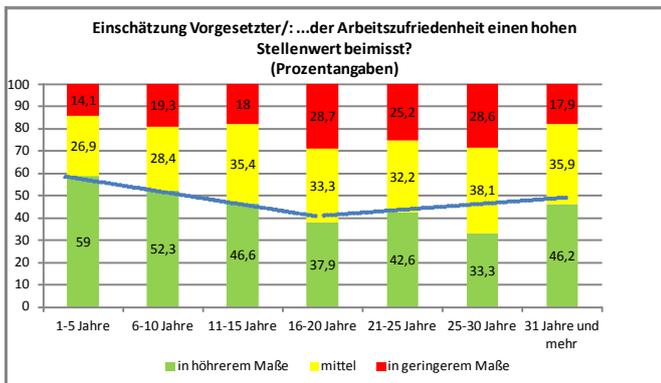
Das Wissen um die eigenen Befugnisse bei der Arbeit steigt linear mit der Tätigkeitsdauer in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie.



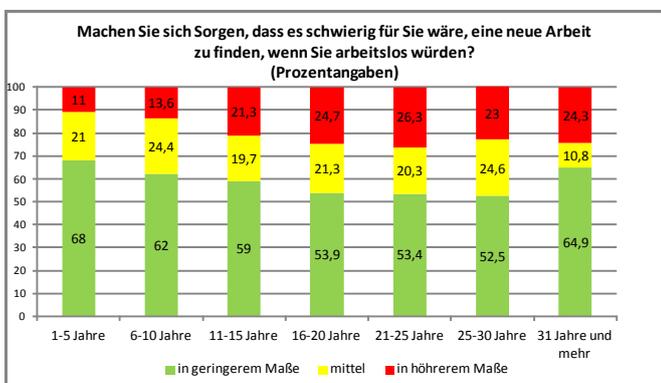
p=0,000 n=1085 Abb. 26



p=0,000 n=1091 Abb. 27



p=0,000 n=1092 Abb. 28



p=0,002 n=1098 Abb. 29

Abb. 26 - Abb. 29

- Die Fähigkeit des Vorgesetzten, die Arbeit gut zu planen, schätzen die Befragten eher zurückhaltend ein. Zu Beginn der Tätigkeit in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie wird diese Fähigkeit am höchsten eingeschätzt und lässt dann immer mehr nach. Erst bei jenen, die mehr als 21 Jahre Erfahrung in diesem Bereich haben, steigt der positive Wert wieder. Dieses Muster wiederholt sich bei der Einschätzung weiterer Kompetenzen des Vorgesetzten auffällig. Möglicherweise nimmt mit der Dauer der Tätigkeit in der Gemeindepsychiatrie die Gelassenheit gegenüber Vorgesetzten ab einem bestimmten Zeitpunkt zu. Das beobachtete Muster kann aber z.B. auch darin begründet sein, dass jene Befragten, die schon über einen sehr langen Zeitraum in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie tätig sind, selbst überwiegend eine Vorgesetztenrolle einnehmen und nur noch der Geschäftsführung unterstellt ist, die häufig nicht mehr im operativen Geschäft tätig ist und deshalb keine typische Vorgesetztenrolle mehr einnimmt.

1.4 Berufliche Qualifikation

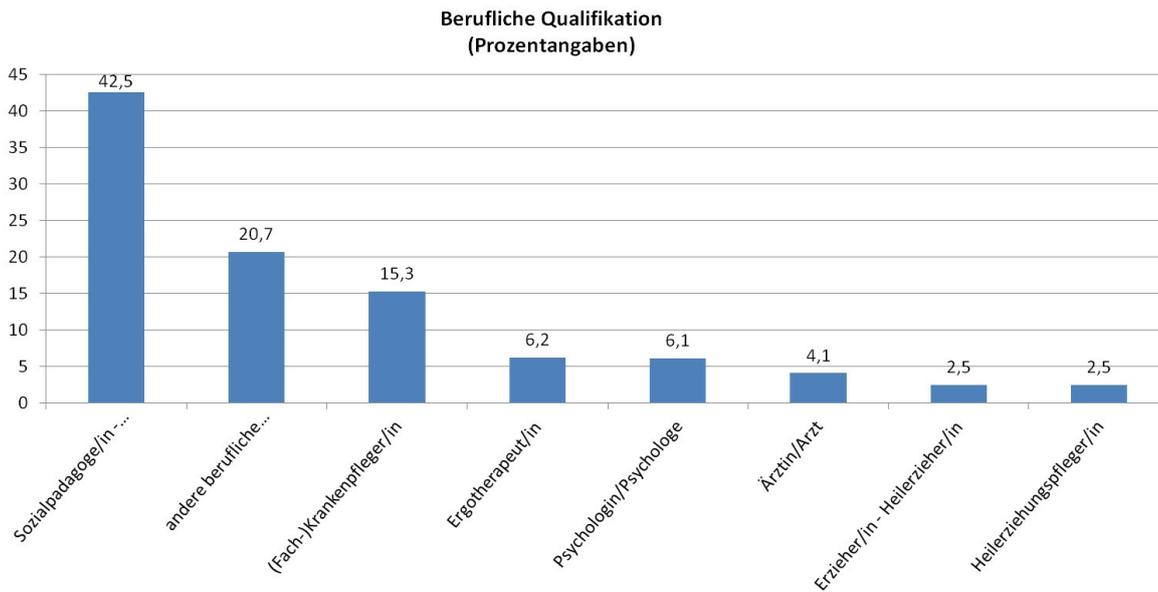
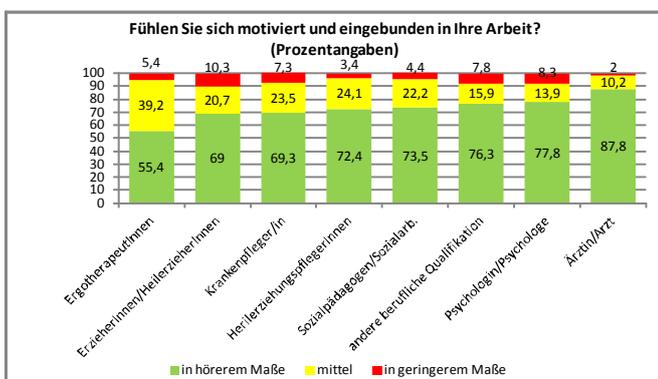


Abb. 30

Abb. 30

- In der Stichprobe sind MitarbeiterInnen mit einer sozialarbeiterischen bzw. sozialpädagogischen Qualifikation mit Abstand am häufigsten vertreten. An zweiter Stelle stehen hier andere berufliche Qualifikationen, wobei zu beachten ist, dass diese Kategorie viele Befragten wählten, um eine Weiterqualifizierung (z.B. Pflegedienstleitung, Master-Abschluss usw.) zu beschreiben. In dieser Kategorie finden sich also sowohl MitarbeiterInnen mit sozialarbeiterischem/sozialpädagogischem Abschluss also auch solche mit z.B. pflegerischer Ausbildung.



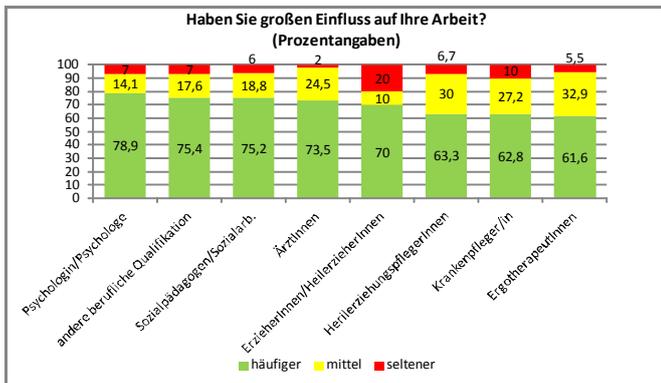
$p=0,003$

$n=1178$

Abb. 31

Abb. 31

- Bei der Frage nach Eingebundenheit in und Motivation für die Arbeit zeigt sich in der Tendenz, dass dies bei MitarbeiterInnen ohne einen Studienabschluss in geringerem Maße der Fall ist. Innerhalb derjenigen, die einen Studienabschluss besitzen, zeigt sich eine ähnliche Tendenz bzgl. der Höhe der formalen Qualifikation. So erreichen hier die Ärzte höhere Werte als die PsychologInnen, an dritter Stelle stehen die SozialarbeiterInnen.



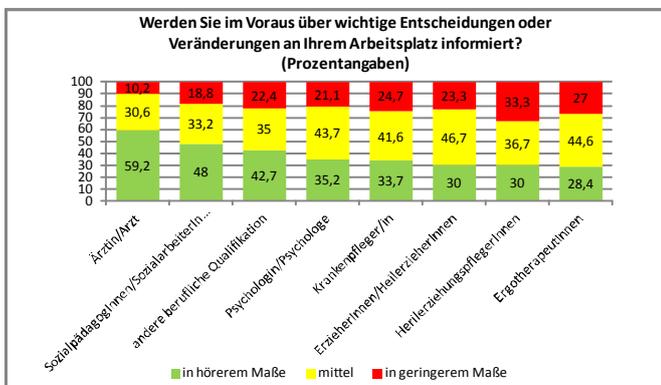
p=0,003

n=1178

Abb. 32

Abb. 32

- Die Ergebnisse in Bezug auf den Einfluss auf die Arbeit sind ähnlich wie bei der vorherigen Frage. Innerhalb der Befragten mit Studienabschluss zeigen sich im Vergleich zur Vorfrage (Abb. 31) Verschiebungen. Hier sind es die PsychologInnen, die einen häufigen Einfluss auf ihre Arbeit konstatieren, während die ÄrztInnen in der Gruppe derjenigen mit Studienabschluss den vierten Platz einnehmen.



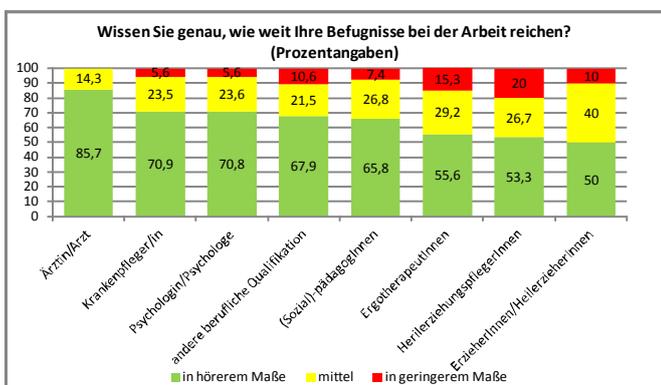
p=0,004

n=1178

Abb. 33

Abb. 33

- Die Informationspolitik wird insgesamt recht kritisch gesehen. Während sich von den Ärztinnen fast 60 % gut über wichtige Entscheidungen und Veränderungen am Arbeitsplatz informiert sehen, teilen diese Ansicht bei den SozialpädagogInnen bereits weniger als die Hälfte. Bei den HeilerziehungspflegerInnen fühlen sich ein Drittel nur in geringem Maße informiert.



p=0,004

n=1178

Abb. 34

Abb. 34

- Über die Reichweite der Befugnisse bei der Arbeit sehen sich vor allem die ÄrztInnen im Bilde. Auch bei den KrankenpflegerInnen und PsychologInnen gibt es bei der überwiegenden Zahl der Befragten keine Unsicherheiten. MitarbeiterInnen deren Ausbildung in der Regel schulischer Art ist (mit Ausnahme der Krankenpflege) sind sich nicht in so hohem Maße über ihre Befugnisse im Klaren.

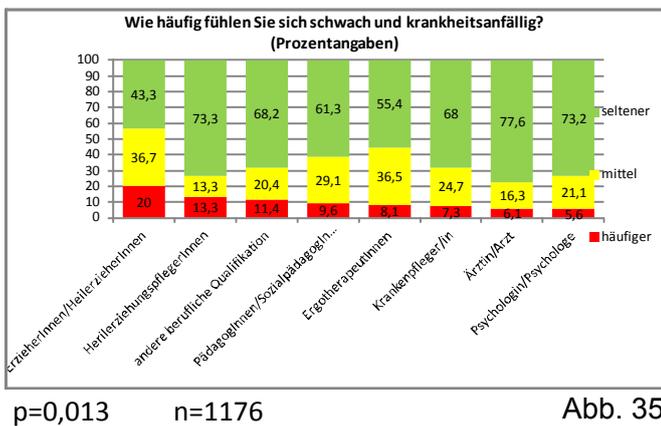


Abb. 35

- In der Stichprobe fühlen sich die (Heil-)ErzieherInnen besonders häufig schwach und krankheitsanfällig. Bei ihnen entspricht der Anteil positiver Antworten nur 43,3 Prozent. Mit 55,4 Prozent haben die Ergotherapeuten im Vergleich mit den anderen Qualifikationen einen ebenfalls kleinen Anteil positiver Antworten.

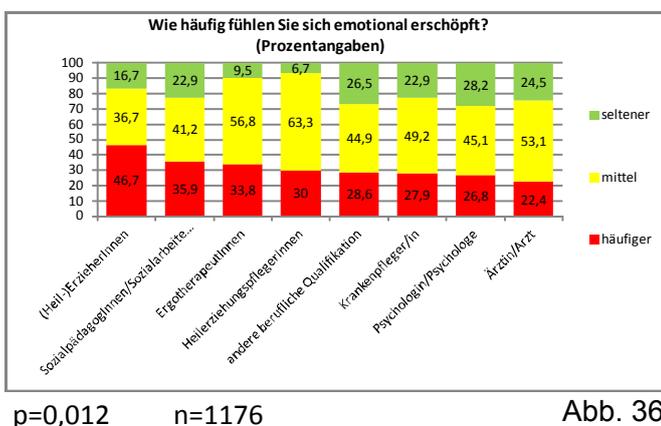


Abb. 36

- Tendenziell decken sich die Ergebnisse zur emotionalen Erschöpfung mit denen der vorherigen Frage (Abb. 35).
- Auffällig ist der hohe Anteil derjenigen, die die mittlere Kategorie angegeben haben. Über alle Qualifikationen hinweg erleben die Befragten also nicht selten emotionale Erschöpfung.

1.5 Klinischer Bereich

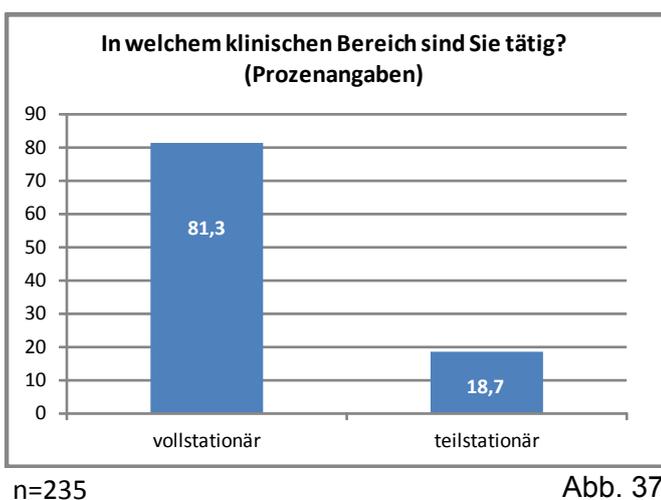
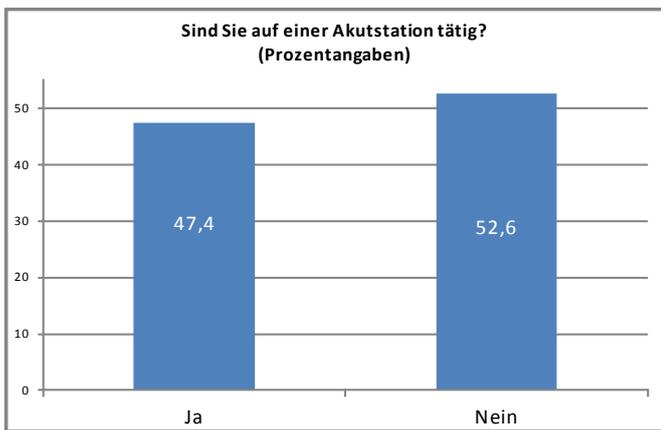


Abb. 37

- 235 der befragten Personen (die Angaben zu dieser Frage gemacht haben) arbeiten im klinischen Bereich, der überwiegende Anteil ist im vollstationären Bereich tätig.

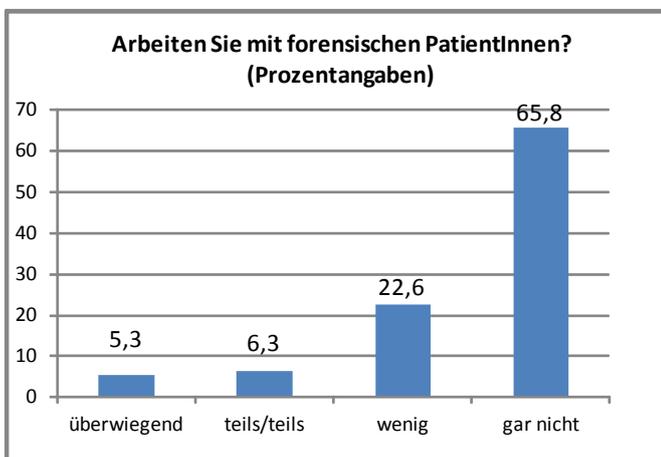


n=274

Abb. 38

Abb. 38

- Etwas weniger als die Hälfte der klinisch tätigen Befragten arbeitet auf einer Akutstation.

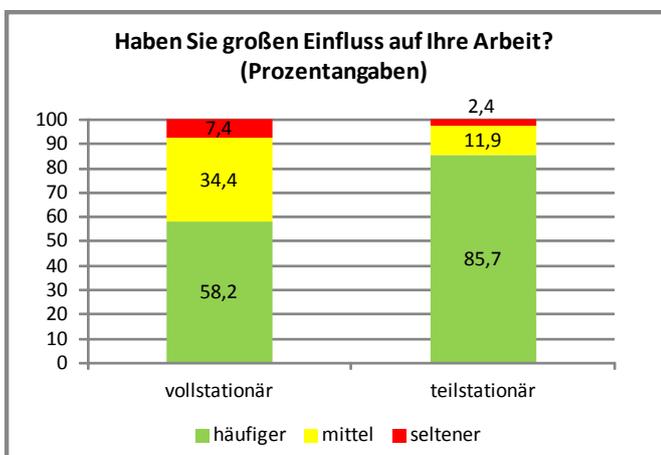


n=301

Abb. 39

Abb. 39

- Die Arbeit mit forensischen PatientInnen spielt eine eher untergeordnete Rolle. Lediglich 5,3 Prozent arbeiten überwiegend mit forensischen PatientInnen. Der Anteil derjenigen, die „teils/teils“ oder „wenig“ mit forensischen PatientInnen arbeiten (28,9 %) zeigt aber auch, dass dieser Personenkreis vermutlich auch außerhalb von spezialisierten forensischen Kliniken vertreten ist und sich die MitarbeiterInnen auf diese PatientInnen einstellen müssen.

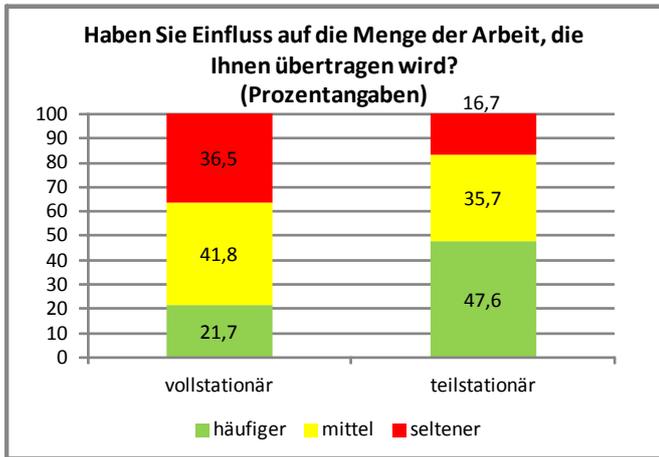


p=0,004 n=231

Abb. 40

Abb. 40

- Bei der Einschätzung des Einflusses auf die eigene Arbeit zeigt sich eine auffällige Diskrepanz zwischen MitarbeiterInnen des vollstationären und teilstationären Bereichs. Diese Diskrepanz erklärt sich nicht dadurch, dass in der Gruppe der vollstationär Beschäftigten auch viele MitarbeiterInnen des Akutbereichs vertreten sind. Es ist davon auszugehen, dass neben dem Akutbereich auch auf z.B. vollstationären psychotherapeutischen Stationen das Gefühl, viel Einfluss auf die eigene Arbeit zu haben gegenüber dem teilstationären Bereich weniger ausgeprägt ist.

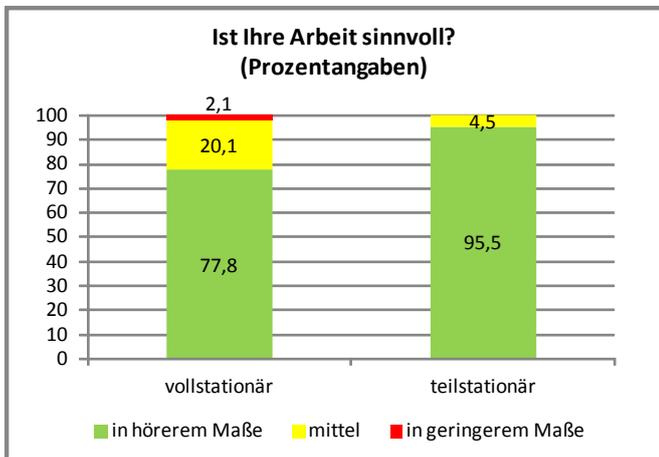


p=0,001 n=231

Abb. 41

Abb. 41

- Die Einflussmöglichkeiten auf die übertragene Arbeitsmenge sind im teilstationären Bereich sehr viel größer als im vollstationären.

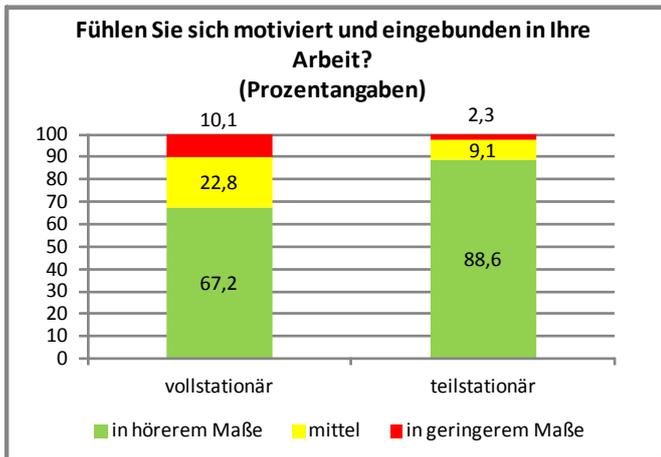


p=0,025 n=233

Abb. 42

Abb. 42

- Die eigene Arbeit wird von sehr vielen der klinisch Tätigen als sinnvoll erlebt. Der Anteil derjenigen, die die Arbeit im höherem Maß als sinnvoll erachtet ist bei den teilstationären MitarbeiterInnen 17,7 % höher als bei den vollstationären.

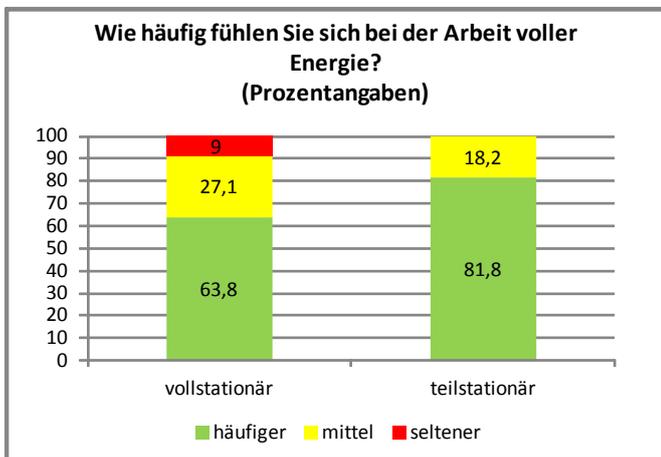


p=0,017 n=233

Abb. 43

Abb. 43

- Die Motivation und Eingebundenheit der teilstationären MitarbeiterInnen ist höher als die der vollstationären. Bei den positiven Antworten („in höherem Maße“) liegen beide Gruppen 21,4 Prozent auseinander.

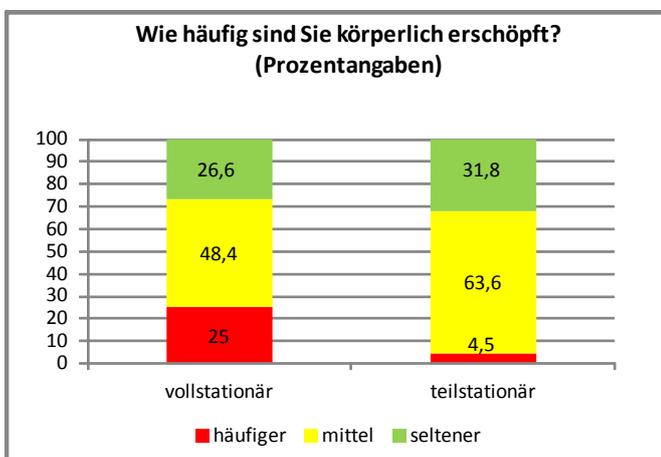


p=0,033 n=232

Abb. 44

Abb. 44

- 9 Prozent der vollstationären MitarbeiterInnen fühlen sich bei der Arbeit seltener voller Energie. Auch diejenigen, die hier die mittlere Kategorie gewählt haben sind bei den MitarbeiterInnen des vollstationären Bereichs zahlreicher vertreten als beim teilstationären Bereich.



p=0,011 n=232

Abb. 45

Abb. 45

- Von körperlicher Erschöpfung wird in beiden Bereichen berichtet. Ein Viertel der vollstationären Tätigen fühlt sich häufiger erschöpft, dieser Anteil liegt bei den teilstationär Beschäftigten bei nur 4,5 Prozent. Der Anteil jener, die sich seltener körperlich erschöpft fühlen, ist in beiden Gruppen ähnlich niedrig.

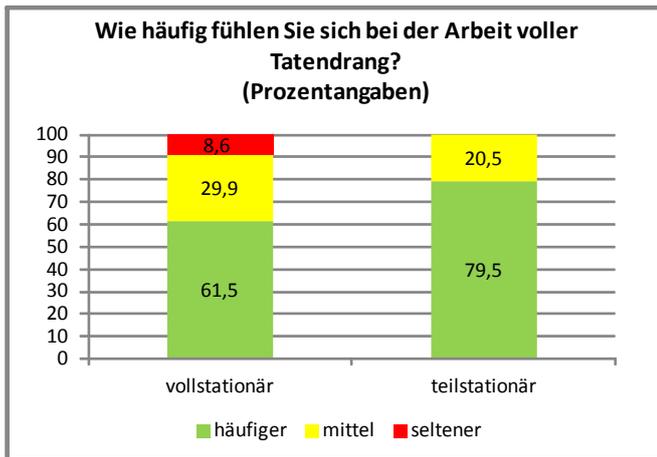


Abb. 46

- Die meisten Befragten fühlen sich bei der Arbeit häufiger voller Tatendrang. Lediglich 8,6 Prozent der MitarbeiterInnen, die im vollstationären Bereich arbeiten, erlebten dies seltener.

$p=0,035$ n=231

Abb. 46

1.6 Hohe Arbeitsbelastung

Mithilfe eines additiven Index wurden jene Befragten identifiziert, die aus ihrer Sicht eine besonders hohe Arbeitsbelastung erfahren. Hierzu wurden die Skalenwerte der Antworten zu den Fragen, die die Arbeitsbelastung thematisieren, addiert und in drei gleich große Gruppen („niedrige Belastung“, „mittel“ und „hohe Belastung“) unterteilt. Im nächsten Schritt wurde versucht, Gruppen ausfindig zu machen, die hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind. In Bezug auf demographische Merkmale und einzelne Arbeitsbereiche ließen sich keine Zusammenhänge zu einer besonderen Arbeitsbelastung feststellen. Die folgenden Ergebnisse deuten eher darauf hin, dass es erlebte Arbeitsbelastungen sind, die Auswirkungen auf Einstellungen gegenüber z.B. den Umgang mit neuen Konzepten in der Psychiatrie haben.

1.6.1 Hohe Arbeitsbelastung und neue Konzepte in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie

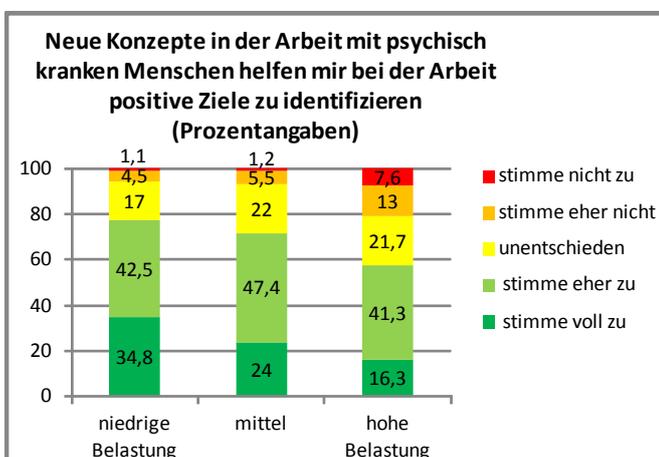
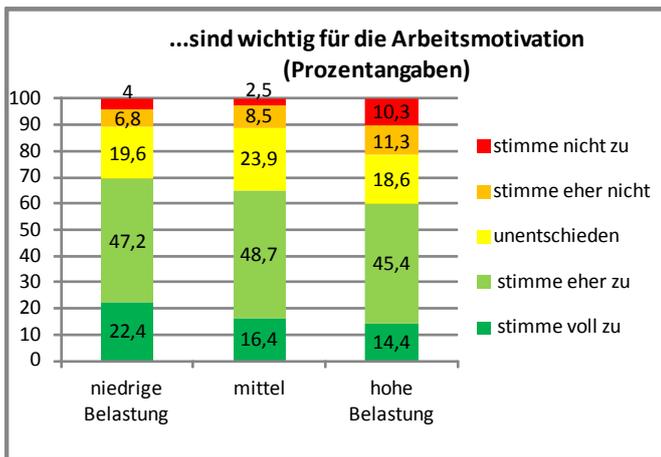


Abb. 47

- Befragte mit hohem Belastungserleben zeigen sich sehr viel kritischer gegenüber neuen Konzepten in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen als weniger belastete. Sie sehen in ihnen weniger eine Möglichkeit, positive Ziele bei der Arbeit zu identifizieren.

$p=0,000$ n=1087

Abb. 47



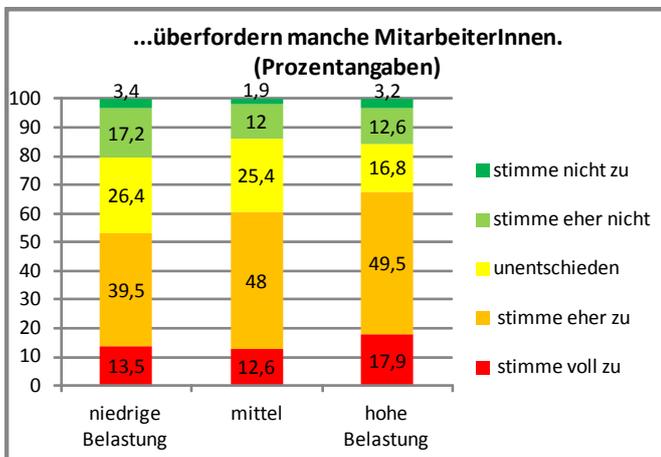
p=0,002

n=1094

Abb. 48

Abb. 48

- Auch die Einschätzung, ob neue Konzepte wichtig für die Arbeitsmotivation sind, hängt signifikant von der erlebten Arbeitsbelastung ab. MitarbeiterInnen mit einer niedrigeren Belastung sehen in neuen Konzepten eher einen Faktor für die Arbeitsmotivation.



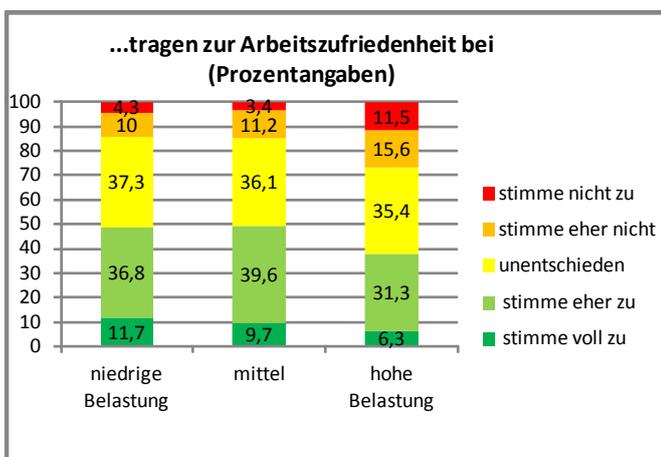
p=0,051

n=1085

Abb. 49

Abb. 49

- Insgesamt sehen die Befragten häufig die Gefahr, dass neue Konzepte manche MitarbeiterInnen überfordern. Befragte mit hoher berichteter Arbeitsbelastung sehen diese Gefahr in höherem Maße als niedrig belastete.



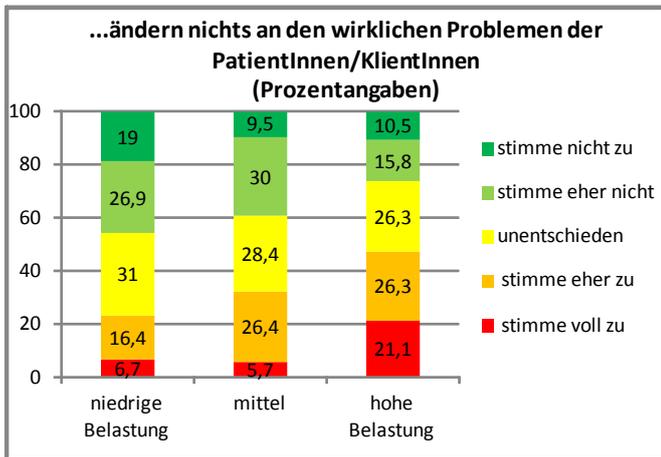
p=0,017

n=1089

Abb. 50

Abb. 50

- Die Einschätzung, ob neue Konzepte zur Arbeitszufriedenheit beitragen, deckt sich in etwa bei den niedrig und mittel belasteten MitarbeiterInnen. Etwas niedriger ist hier die Zustimmung bei den höher Belasteten.



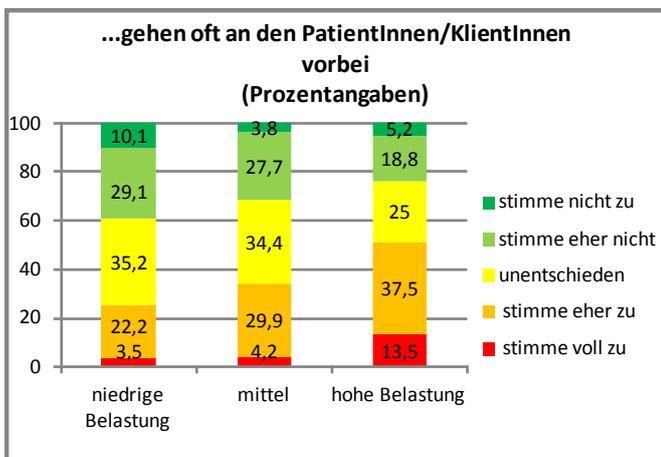
p=0,000

n=1081

Abb. 51

Abb. 51

- Die skeptischen Stimmen in Bezug auf die Wirkung neuer Konzepte auf die wirklichen Probleme der KlientInnen bzw. PatientInnen finden sich bei den höher belasteten Befragten häufiger als bei den niedrig und mittel belasteten MitarbeiterInnen. Insgesamt ist der Anteil derjenigen, die sich skeptisch gegenüber der Wirkung von neuen Konzepten auf die wirklichen Problemen zeigen, recht hoch.



p=0,000

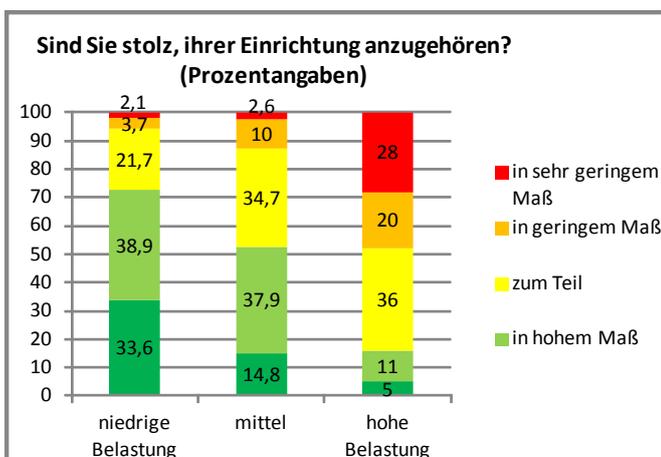
n=1079

Abb. 52

Abb. 52

- Eine hohe Belastung korreliert auch mit der Befürchtung, neue Konzepte gingen oft an den PatientInnen/KlientInnen vorbei.

1.6.2 Hohe Arbeitsbelastung und Identifikation mit der Arbeitsstelle



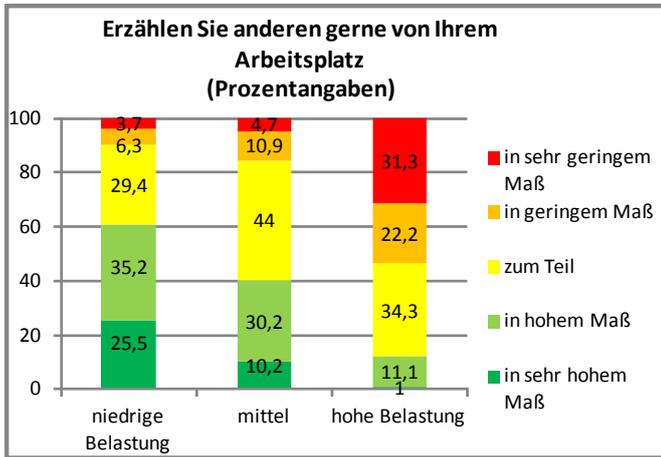
p=0,000

n=1161

Abb. 53

Abb. 53

- Erlebte Arbeitsbelastungen wirken sich massiv negativ auf die Identifikation mit der Einrichtung, für die man tätig ist, aus. Dies deutet darauf hin, dass die Ursachen der Arbeitsbelastung von den Betroffenen eher mit den durch die Einrichtung geschaffenen Rahmenbedingungen erklärt werden, als z.B. mit einer besonders schwierigen Klientel.



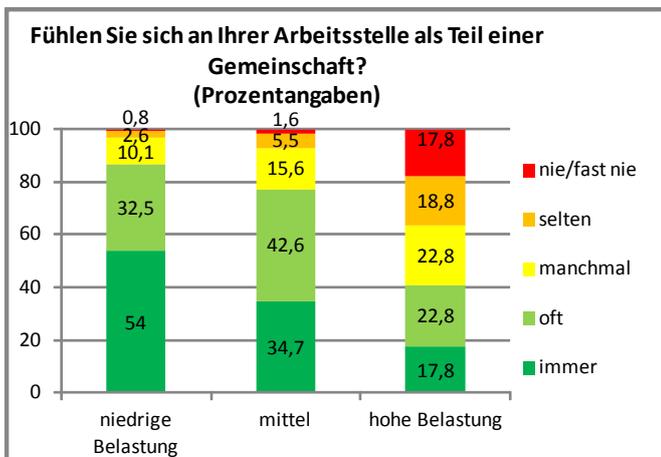
p=0,000

n=1168

Abb. 54

Abb. 54

- Fast ein Drittel (31,3 %) derjenigen, die eine hohe Belastung berichten, erzählen nur in sehr geringem Maße von ihrem Arbeitsplatz. Das Ergebnis darf womöglich nicht so verstanden werden, dass diese Gruppe weniger von der Arbeit erzählt, sie tut dies aber nicht gerne. Möglicherweise, weil das Erzählen von der Arbeit aufgrund der Belastungen negative Assoziationen weckt.



p=0,000

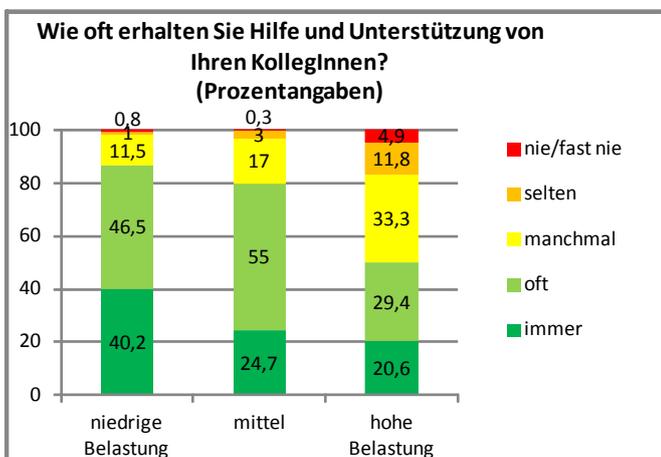
n=1171

Abb. 55

Abb. 55

- Das Ausmaß der Arbeitsbelastung steht in engem Zusammenhang mit dem Gefühl, inwieweit sich die Befragten an ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft fühlen. Dieses Gefühl ist bei jenen MitarbeiterInnen mit hoher Belastung geringer ausgeprägt als bei denen mit mittlerer oder geringer Belastung. Fraglich bleibt, welcher Faktor den anderen beeinflusst, also ob die hohe Belastung das Gefühl von Gemeinschaft reduziert, oder ob ein geringes Gemeinschaftsgefühl mitursächlich für eine hohe Belastung ist.

1.6.3 Hohe Arbeitsbelastung und weitere Zusammenhänge



p=0,000

n=1176

Abb. 56

Abb. 56

- Wie auch schon bei der Frage nach dem Gemeinschaftsgefühl (siehe Abb. 55) steht auch die Einschätzung, wie oft die Befragten Hilfe und Unterstützung von KollegInnen erhalten, im Zusammenhang mit einer erlebten hohen Belastung. Das Gefühl geringer Unterstützung zeigt sich um so häufiger, je höher die berichtete Belastung ist.

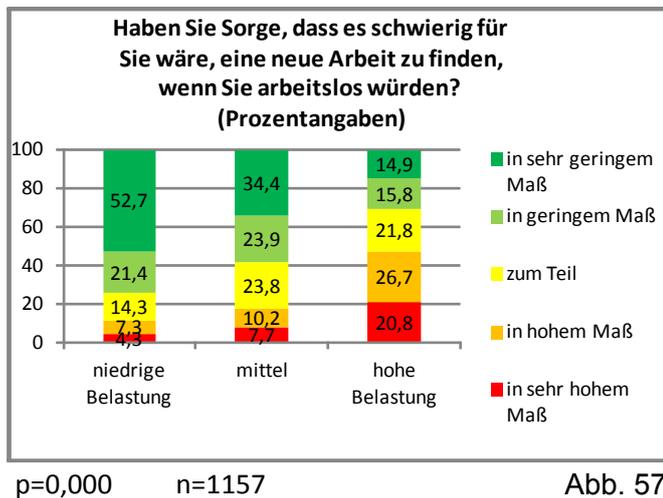


Abb. 57

- Die Sorge, nach Arbeitsplatzverlust keine neue Stelle zu bekommen ist bei den höher belasteten Befragten stärker ausgeprägt als bei den niedriger belasteten. Hierzu gibt es verschiedene Erklärungsmodelle. Möglicherweise erleben die hochbelasteten MitarbeiterInnen eine gewisse Machtlosigkeit, weil ein Arbeitsplatzwechsel in weniger belastende Bereiche schwierig erscheint. Dies könnte das Gefühl erzeugen, dass es keine Alternativen zum aktuellen Arbeitsfeld gibt und somit das Gefühl der Belastung, der nicht zu „entkommen“ ist, verstärken. Eine hohe erlebte Arbeitsbelastung könnte aber auch dazu führen, dass die eigenen Fähigkeiten soweit in Frage gestellt werden, dass der erfolgreiche Wechsel des Arbeitsplatzes als nicht umsetzbar erscheint.

1.7 Wahl des Arbeitsbereichs

Abb. 58 (siehe folgende Seite)

Die BefragungsteilnehmerInnen hatten beim Ausfüllen des Fragebogens an einer Stelle auch die Möglichkeit, anzugeben, aus welchen Gründen sie sich für das Arbeitsfeld Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie entschieden haben. Von dieser Möglichkeit wurde sehr häufig Gebrauch gemacht. Insgesamt waren 565 Personen bereit, diese Frage zu beantworten, wobei der Umfang der Antworten sehr unterschiedlich ausfiel. Im Rahmen einer qualitativen Analyse wurden die offenen Antworten verschiedenen Kategorien zugeordnet. Antworten, die sich nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen ließen, wurden unter „sonstiges“ subsumiert.

Über die Hälfte der angegebenen offenen Antworten wurden der Kategorie „sonstiges“ zugeordnet. An zweiter Stelle stehen diejenigen, die ihr Arbeitsfeld als abwechslungsreiche und interessante Arbeit sehen und sich deshalb für sie entschieden haben. An dritter Stelle der meisten Antworten stehen mit 13,6 % diejenigen, die durch Zufall in den Bereich der Sozial- und Gemeindepsychiatrie gelangt sind. Auffällig ist, dass hier Viele angaben, dass sie, nachdem sie z. B. durch Angebote der Agentur für Arbeit oder weil gerade dort eine Stelle frei gewesen sei, in diesem Tätigkeitsbereich angefangen hätten und über viele Jahre dort sehr zufrieden arbeiteten. Ein direkter rechnerischer Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und zufälliger Wahl des Tätigkeitsbereichs besteht aber nicht.

Gründe für das Arbeitsfeld Sozial- und Gemeindepyschatrie (Prozentangaben)

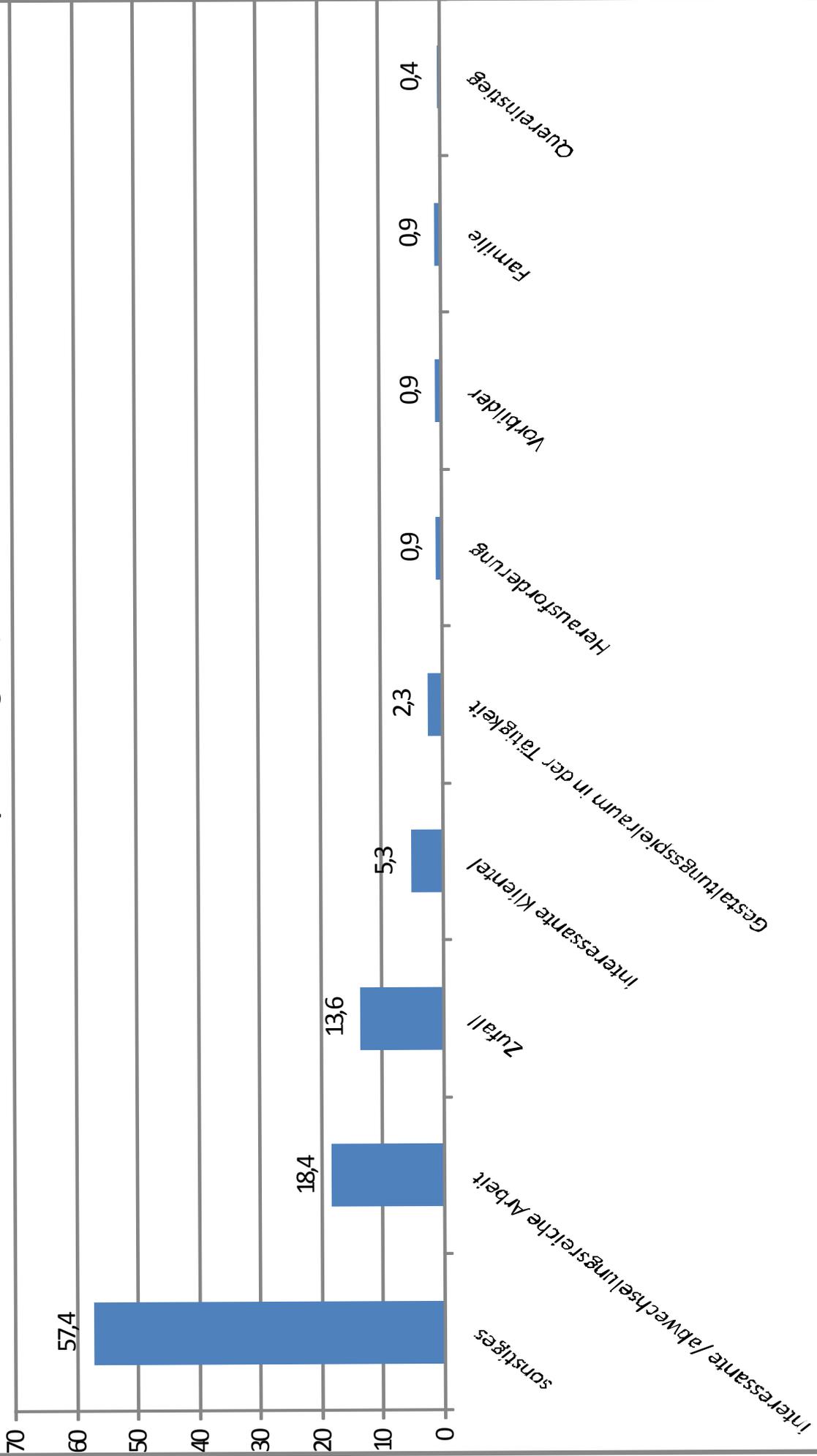


Abb. 58

2. Zusammenfassung

Der Einfluss der befragten MitarbeiterInnen im klinischen Bereich ist geringer als im Wohnbereich. Dies umfasst sowohl den allgemeinen Einfluss auf die Arbeit als auch auf die Arbeitsmenge, die Pausenzeiten und die Arbeitsinhalte. Die klinischen MitarbeiterInnen fühlen sich (trotz berichteter geringerer Einflussmöglichkeiten), aber nicht stärker belastet als die im Wohnbereich Tätigen. Vielmehr findet sich eine kleine Gruppe bei den MitarbeiterInnen der wohnbezogenen Hilfen, die signifikant häufiger angaben, das Gefühl oft zu erleben, „nicht mehr zu können“ (S. 8).

Die Sorge vor Arbeitslosigkeit oder bei Arbeitsplatzverlust eine neue Stelle zu bekommen ist in der Gruppe jener, die im klinischen Bereich arbeiten, etwas geringer ausgeprägt als bei denen, die im Wohnbereich tätig sind.

Gegenüber neuen Konzepten sind die klinischen MitarbeiterInnen skeptischer.

Betrachtet man die verschiedenen Fragen zum Einfluss auf die Arbeit, so zeigen die MitarbeiterInnen im Wohnheim gegenüber dem ambulant betreuten Wohnen signifikant weniger Einflussmöglichkeiten. Auch ist bei den im stationären Bereich Tätigen der Anteil geringer, die ihre Arbeit häufiger als sinnvoll erachten.

Erstaunlicherweise zeigen die Ergebnisse für den ambulanten Wohnbereich im Vergleich zum stationären mehr Sicherheit über die Klarheit von Zielen, die Reichweite von Befugnissen und in Bezug auf das, was von den MitarbeiterInnen bei der Arbeit erwartet wird.

Die Ergebnisse in den Dimensionen Motivation und Eingebundenheit in die Arbeit, Einflussmöglichkeiten, Informiertheit über wichtige Entscheidungen und Veränderungen hängen von der formalen Qualifikation ab. Je höher diese ist, umso höher ist auch die positive Zustimmung. Befragte mit einer formal niedrigeren Qualifikation (schulisch-praktische Ausbildung vs. Studium) zeigen häufiger emotionale Erschöpfung und haben öfter das Gefühl, schwach und krankheitsanfällig zu sein.

Ähnlich wie im Wohnbereich, sind im klinischen Bereich – vergleicht man MitarbeiterInnen des stationären und teilstationären Bereichs – die positiven Antworten bei den Fragen um den Einfluss auf Arbeit und Arbeitsmenge im teilstationären Bereich zahlreicher. Auch wird in diesem Tätigkeitsbereich die Arbeit bei höherer Motivation und geringerer körperlicher Erschöpfung als sinnvoller erachtet.

Befragte, die ein sehr hohes Maß an Arbeitsbelastung erleben, zeigen sich gegenüber neuen Konzepten in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen skeptischer. Sie schätzen deren Wirksamkeit im Sinne der KlientInnen geringer ein und sehen in Ihnen auch seltener positive Wirkungen für die MitarbeiterInnen (Motivation, Arbeitszufriedenheit).

Hohe Arbeitsbelastung wirkt sich auch negativ auf die Identifikation mit der Arbeitsstelle (oder umgekehrt) aus. Die Unterstützung durch die KollegInnen wird von hoch belasteten MitarbeiterInnen als geringer eingeschätzt. Die Richtung der Wechselwirkung kann auch hier nicht klar bestimmt werden.

3. Fazit

Bei der Mitarbeiterbefragung 2012 sind TeilnehmerInnen mit einer hohen Arbeitszufriedenheit eindeutig in der Mehrheit. In fast allen Themenbereichen der Erhebung überwiegen die positiven Antworten. Gegenüber neuen Konzepten gibt es bei einem Teil der Befragten Zurückhaltung bis Skepsis, insbesondere in Bezug auf deren tatsächliche Wirkung auf die Situation der Betroffenen.

Die Subgruppenanalyse hat gezeigt, dass es in einzelnen Fragen Unterschiede zwischen den MitarbeiterInnen des klinischen Bereichs und denen der wohnbezogenen Hilfen gibt. Auch innerhalb der wohnbezogenen Hilfen unterscheidet sich das Antwortverhalten in Abhängigkeit davon ob Befragte im stationären oder ambulant betreuten Wohnen arbeiten. Ähnliche Tendenzen lassen sich zwischen voll- und teilstationärem klinischen Arbeitsbereich beobachten. Mit dem Ambulantisierungsgrad des Tätigkeitsbereichs nimmt die erlebte Autonomie der Befragten zu. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass mit einem geringerem Ambulantisierungsgrad – sowohl im klinischen als auch im wohnbezogenen Bereich – Arbeitsbelastungen zunehmen. Insofern könnten neue Ansätze in Deutschland, wie z.B. Home-Treatment, möglicherweise nicht ausschließlich für die PatientInnen positive Auswirkungen haben, sondern auch für die MitarbeiterInnen.

Große Vorbehalte gegenüber neuen Konzepten in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen können ein Hinweis auf hohes Belastungserleben der MitarbeiterInnen sein und sollten ernst genommen werden.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um eine Beschränkung bzw. ein Erschweren von Zwangsbehandlungen und den daraus resultierenden Wirkungen auf die klinische Arbeit und den sogenannten komplementären Bereich wäre es wünschenswert, eine Folgebefragung in zwei Jahren durchzuführen. In einem zukünftigen Fragebogen sollten nicht ausschließlich Items zur Arbeitszufriedenheit enthalten sein, sondern auch mehr Rahmenbedingungen erhoben werden, um mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen zu identifizieren und den Veränderungen der psychiatrischen Landschaft Rechnung zu tragen.