

Jobzufriedenheit und Burn-out bei Professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Österreich

Hemma Swoboda¹
Ingrid Sibitz¹
Stefan Frühwald²
Günther Klug³
Belinda Bauer¹
Stefan Priebe⁴

Job Satisfaction and Burnout in Professionals in Austrian Mental Health Services

Zusammenfassung

Anliegen: Das Ziel dieser Studie war es, in der österreichischen gemeindepsychiatrischen Versorgung tätige Professionelle in Bezug auf ihre Jobzufriedenheit, ihre Rollenidentifikation und das Vorliegen von Stress und Burn-out-Symptomen zu untersuchen. **Methode:** 195 Mitarbeiter der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen zweier österreichischer Bundesländer wurden mit dem Minnesota Job Satisfaction Questionnaire, dem GHQ-12, dem Maslach Burnout Inventory und einem Fragebogen zur Identifikation mit der beruflichen Rolle befragt. Aspekte der Bewertung der Tätigkeit wurden in offenen Fragen erfasst. In multivariaten Analysen wurde untersucht, welche Faktoren höhere Burn-out-Werte präzidieren. **Ergebnisse:** Die Professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung waren generell relativ zufrieden mit ihrer beruflichen Tätigkeit. Sie wiesen zwar erhöhte Werte im GHQ-12 auf, zeigten jedoch niedrige Werte auf den drei Burn-out-Subskalen. Sozialarbeiter konnten sich am schlechtesten mit ihrer beruflichen Rolle identifizieren und zeigten auch, gemeinsam mit Psychologen, die geringste Jobzufriedenheit. Als Prädiktoren für mehr Jobzufriedenheit wurden eine kürzere Tätigkeit an der derzeitigen Stelle und das Verfügen über psychosoziale Basiskompetenzen identifiziert, während ein Mangel an berufsübergreifendem Wissen ein Risikofaktor für

Abstract

Objective: The aim of this study was to explore job satisfaction, professional role and burnout among community mental health staff in Austria. **Methods:** The Minnesota Job Satisfaction Questionnaire, the GHQ-12, the Maslach Burnout Inventory and a questionnaire exploring staff's professional role and team identity were administered to 195 community-based mental health professionals in two Austrian regions. Staff's job perception was assessed in open questions. Predictors of burnout scores were identified in multivariate analyses. **Results:** While the mental health professionals had elevated scores on the GHQ-12, their levels on the three burnout subscales were low. Social workers and psychologists showed the lowest job satisfaction, social workers also had low role identity scores. Being in the current job for a short time and disposing of psychosocial skills were predictors of high job satisfaction. High burnout scores were predicted by the lack of basic psychosocial competence and a lack of general knowledge in mental health care. The effect of caseload on psychological well-being was positive as well as negative. **Conclusions:** Even if the mental health professionals in our study show high levels of general stress, they seem to have less emotional problems resulting from extensively dealing with troubled individuals. Improving basic psychosocial competence and general

Institutsangaben

¹ Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung, Universitätsklinik für Psychiatrie, Universität Wien

² Psychosozialer Dienst, Caritas der Diözese St. Pölten

³ Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine Steiermarks

⁴ Unit for Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine

Danksagung

Die Autoren möchten sich bei all jenen Mitarbeitern der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, herzlich bedanken

Korrespondenzadresse

Dr. Hemma Swoboda · Universitätsklinik für Psychiatrie · Währinger Gürtel 18–20 · 1090 Wien · Österreich · E-mail: hemma.swoboda@meduniwien.ac.at

Bibliografie

Psychiat Prax 2005; 32: 386–392 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-834672
ISSN 0303-4259

die Entwicklung eines Burn-out-Syndroms zu sein scheint. Die Zahl der betreuten Patienten hatte sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden. **Schlussfolgerungen:** Die von uns untersuchten Professionellen weisen zwar generell ein etwas erhöhtes Stressniveau auf, leiden aber offensichtlich kaum unter den typischerweise aus dem engen Kontakt mit kranken Menschen resultierenden psychischen Problemen. Die Förderung von psychosozialen Basiskompetenzen und berufsübergreifendem Wissen könnte einen protektiven Effekt gegen das Burn-out-Syndrom haben.

Einleitung

Menschen, die im psychiatrischen Versorgungssystem tätig sind, können starkem Stress ausgesetzt sein und haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychiatrische Störung zu entwickeln, wobei die mannigfaltigen Auswirkungen von Stress auf die psychische Gesundheit in dem Begriff des Burn-out-Syndroms ihren Niederschlag gefunden haben. Pines et al. [1] definierten Burnout als Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung durch andauernde und wiederholte Belastungen bei Angehörigen helfender Berufe. Maslach u. Jackson [2] identifizierten empirisch drei Dimensionen von Burn-out: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation (womit ein Verlust der Fähigkeit gemeint ist, die Klienten als Individuen und nicht als Objekte zu sehen) und subjektiv reduzierte Leistungsfähigkeit. In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass das Burn-out-Syndrom bei in der psychiatrischen Versorgung tätigen Personen häufig vorkommt [3–9]. Diese Ergebnisse sind von hoher praktischer Relevanz, da sie auf den Umstand hinweisen, dass die psychische Gesundheit von im psychiatrischen Versorgungssystem tätigen Personen negativ von ihrer Arbeit beeinflusst wird, wodurch nicht nur die Effizienz ihrer Arbeit für und mit Patienten verringert ist, sondern auch die Zufriedenheit der Professionellen mit ihrer beruflichen Tätigkeit [10].

In Studien an unterschiedlichen Professionellen der psychiatrischen Versorgung wurden das Ausmaß der Belastung durch den Beruf und der Einfluss unterschiedlicher Variablen auf die drei Komponenten des Burn-out-Syndroms untersucht, wobei vor allem im psychiatrischen Bereich tätiges Pflegepersonal [11], ärztliches Personal [12–14] und Sozialarbeiter [15,16] untersucht wurden. Studien, die die Bedeutung des Arbeitssettings für die Entwicklung eines Burn-out-Syndroms untersucht haben, sind zu dem Schluss gekommen, dass in der gemeindepsychiatrischen Versorgung tätige Personen besonders gefährdet zu sein scheinen, ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln [3,18,19]. Allerdings wurde auch über eine größere Jobzufriedenheit bei professionellen Helfern im gemeindepsychiatrischen Bereich berichtet [3,19].

Im deutschsprachigen Raum wurden bisher kaum Studien zum Thema Burn-out bei psychiatrisch tätigen Professionellen veröffentlicht. Amstutz u. Mitarb. [14] untersuchten in der Schweiz 307 in Institutionen oder in freier Praxis tätige Psychiater in Bezug auf das Vorliegen eines Burn-out-Syndroms und fanden bei 23% der Befragten Werte im Bereich des mittleren Burn-out, bei 18% Werte im Bereich des hohen und bei 4% Werte im Bereich

expertise in mental health care might have a protective effect against developing a burnout syndrome.

des sehr hohen Burn-out. In der gemeindepsychiatrischen Versorgung tätige Professionelle wurden bisher im deutschsprachigen Raum noch nicht bezüglich ihrer Jobzufriedenheit und Stressbelastung untersucht. Die Ergebnisse von Studien im englischsprachigen Raum, die eine hohe Burn-out-Rate bei in der Gemeindepsychiatrie tätigen Personen gefunden haben, sind aus verschiedenen Gründen nur begrenzt auf die Verhältnisse im deutschsprachigen Raum übertragbar. Es besteht also Bedarf, das Erleben von Professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung im deutschsprachigen Raum in Bezug auf ihre Jobzufriedenheit und ihre subjektive Belastung durch die Arbeit zu erfassen.

Das Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie die in der gemeindepsychiatrischen Versorgung tätigen Professionellen ihre Tätigkeit erleben, wobei deren Jobzufriedenheit, deren Identifikation mit der beruflichen Rolle und dem Team, und das Vorliegen von Stress und Burn-out-Symptomen erfasst wurden.

Material und Methode

Stichprobe und Vorgangsweise

Die Untersuchung wurde in den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen zweier österreichischer Bundesländer, und zwar in Niederösterreich und der Steiermark durchgeführt. Die extramurale sozialpsychiatrische Versorgung von Niederösterreich erfolgt durch zwei Trägereinrichtungen, die Beratungsstellen in den Bezirksstädten betreiben; teilweise an die Beratungsstellen angeschlossen finden sich zusätzlich Wohnheime, Tagesstätten sowie Einrichtungen der Arbeitsrehabilitation. Die gemeindepsychiatrische Versorgung in der Steiermark erfolgt durch sechs Trägervereine, die in einem Dachverband zusammengefasst sind, wobei neben Beratungsstellen in allen Bezirksstädten Wohnheime, Tagesstätten und arbeitsrehabilitative Einrichtungen betrieben werden. Der Fragebogen wurde anonymisiert an alle Mitarbeiter der Einrichtungen ausgegeben, wobei die Ausgabe über die für die jeweiligen Berufsgruppen verantwortlichen Personen erfolgte. Die Mitarbeiter wurden gebeten, den Fragebogen ausgefüllt an die Erstautorin zurückzusenden. Jene Mitarbeiter, die nicht in Vollzeitbeschäftigung in den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen angestellt waren, wurden ausdrücklich gebeten, sich beim Ausfüllen des Fragebogens nur auf den sozialpsychiatrischen Anteil ihrer Arbeit zu beziehen.

Erhebungsinstrumente

1. Eine deutsche Übersetzung des Minnesota Job Satisfaction Questionnaire [20]. Das Instrument besteht aus 20 Items, die auf einer 5-teiligen Likert-Skala die Zufriedenheit der Befragten mit ihrer beruflichen Tätigkeit erfassen. Der Gesamtscore ergibt die generelle Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, wobei Scores zwischen 20 und 80 erreicht werden können.
2. Ein Fragebogen zur Identifikation mit der beruflichen Rolle und dem Team [21]. Der Fragebogen umfasst 16 Items. Die Bewertung erfolgt auf einer 5-teiligen Likert-Skala, wobei Scores zwischen 16 und 80 erreicht werden können. Der Fragebogen wurde in ähnlicher Weise in Studien in Deutschland, England und Italien verwendet [22,23].
3. Eine deutsche Version des General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) [24,25] (12 Items, 4-teilige Likert-Skala). Es handelt sich hierbei um ein Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Beschwerden, wobei ein höherer Score für das Vorliegen von mehr Beschwerden spricht. In der Literatur wird ein Grenzwert von 5 für das Vorliegen von relevanten psychologischen Beschwerden genannt [26].
4. Eine deutsche Übersetzung des Maslach Burnout Inventory [27]. Drei Komponenten des Burn-out-Syndroms werden mit diesem Instrument erfasst: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Leistungsfähigkeit. Ein Burn-out-Syndrom wird dann diagnostiziert, wenn für emotionale Erschöpfung ein Wert von mindestens 21, für Depersonalisation ein Wert von mindestens 8 und für persönliche Leistungsfähigkeit ein Wert von 28 oder weniger vorliegt.
5. Weiter wurden den Professionellen im Rahmen dieser Studie sieben offene Fragen dazu gestellt, wie sie ihre berufliche Tätigkeit erleben. Folgende Bereiche wurden erfasst: die Hauptaufgaben der Professionellen, Hindernisse, um diese Aufgaben zu erfüllen, erforderliche Fertigkeiten, in denen sich die Professionellen kompetent bzw. nicht kompetent fühlen, Aufgaben, die Spaß machen und die keinen Spaß machen, sowie Dinge, die zur Belastung bei der Arbeit führen. Die Antworten wurden nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [28] ausgewertet und dann deskriptiv-statistisch analysiert. Die Antworten auf die offenen Fragen werden in einem weiteren Artikel präsentiert, einige häufig genannte qualitative Kategorien wurden unter anderem als potenzielle Prädiktorvariablen für die in dieser Studie erhobenen Outcomevariablen verwendet.

Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte mittels parametrischer statistischer Verfahren. Die Daten wurden zuerst deskriptiv-statistisch analysiert und mit Häufigkeiten und Prozentsätzen bzw. Mittelwerten und Standardabweichung dargestellt. Für den Vergleich in Bezug auf die Outcomevariablen wurden die unterschiedlichen Berufsgruppen zu vier Gruppen zusammengefasst, nämlich Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und sonstige psychosoziale Berufe. Die Vergleiche zwischen den Gruppen in Bezug auf die soziodemografischen Variablen und die Outcomevariablen erfolgte mittels One-way analysis of variance (ANOVA) und Tukey's Post-hoc-Test. Potenziell relevante Prädiktorvariablen wurden mittels schrittweiser multipler Regression analysiert. Folgende Variablen wurden getestet: die Einrichtung, der Beruf, das Ausmaß der Beschäftigung (Wochenstunden), die Länge der Berufserfahrung, die Länge der Tätigkeit auf dem derzeitigen Posten, demo-

grafische Charakteristika (Alter, Geschlecht, Familienstand) und die durchschnittliche Zahl der Patienten, für die die Mitarbeiter verantwortlich sind. Von den qualitativen Antwortkategorien wurden in der Regression nur jene berücksichtigt, deren Häufigkeit eine hinreichende Diskrimination ermöglichte. Die Auswahl der Variablen erfolgte dadurch, dass die am häufigsten genannten Kategorien mittels Gruppenvergleichen in Bezug auf die Outcomevariablen untersucht wurden (t-Tests). Jene Kategorien, bei denen der Gruppenvergleich signifikante Werte ergab, wurden in die Regressionsanalyse miteinbezogen. Dieses Kriterium traf für die folgenden qualitativen Variablen zu: Spaß am Kontakt mit Klienten, Spaß an der Eigenständigkeit in Bezug auf die Behandlungsgestaltung, Belastung durch Zeitmangel, Belastung durch Teamkonflikte, Belastung durch organisatorisch-strukturelle Probleme (z.B. starre Strukturen, wenig Gestaltungsmöglichkeiten, unklare Zuständigkeiten, Aufgaben, die über den erlernten Beruf hinausgehen), das Verfügen über psychosoziale Basiskompetenzen (z.B. betreffend Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung, Empathie...) und über berufsübergreifendes Fachwissen. Sechs Regressionsmodelle wurden gerechnet, mit GHQ-12, Jobzufriedenheit, Rollenidentifikation und den Subskalen des Maslach Burnout Inventory als abhängigen Variablen. Es werden in der Tabelle nur jene Variablen dargestellt, die sich im jeweiligen Regressionsmodell als signifikant erwiesen. Als Signifikanzkriterium für alle statistischen Analysen wurde ein Wert von kleiner als 0,05 angenommen. Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS 11.0 [29].

Ergebnisse

Responserate

387 Fragebögen wurden an die Mitarbeiter der psychosozialen Einrichtungen ausgegeben, 220 in der Steiermark, 167 in Niederösterreich. 209 Personen schickten den Fragebogen zurück. 201 Fragebögen waren vollständig ausgefüllt und enthielten verwertbare Daten, was einer Rücklaufquote von 51,9% entspricht. Sechs Fragebögen, die vom Sekretariatspersonal ausgefüllt worden waren, wurden von der Datenanalyse ausgeschlossen, da diese Personen keinen direkten Klientenkontakt hatten, sodass im Endeffekt 195 Fragebögen ausgewertet wurden.

Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe (Tab. 1 u. 2)

57 Männer und 136 Frauen nahmen an der Untersuchung teil. zwei Personen nannten ihr Geschlecht nicht. Folgende Berufsgruppen waren in unserer Stichprobe vertreten: 28 Ärzte, 71 Sozialarbeiter, neun Pflegepersonen, 38 Psychologen, zwölf Pädagogen, elf Psychotherapeuten und 26 Absolventen diverser psychosozialer Lehrgänge (zum größten Teil Wohn- und Behindertenbetreuer). In Bezug auf die von den Professionellen betreuten Diagnosegruppen machten schizophrene Patienten mit durchschnittlich 35,2% die größte Gruppe aus. An zweiter Stelle standen Patienten mit affektiven Erkrankungen (29,1%). Die drittgrößte Gruppe bildeten Patienten mit neurotischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen (22,3%).

Jobzufriedenheit und berufliche Rolle

Der Mittelwert für die generelle Jobzufriedenheit betrug 71,6; besonders unzufrieden waren die Mitarbeiter mit dem Gehalt

Tab. 1 Verteilung der Berufsgruppen auf die psychosozialen Einrichtungen (n = 195)

Berufsgruppe n (%)	Einrichtung		
	Beratungsstelle	betreutes Wohnen	Tagesstätte
Ärzte	28 (100,0)	0	0
Sozialarbeiter	53 (74,6)	8 (11,3)	10 (14,1)
Pflegepersonal	2 (22,2)	5 (55,6)	2 (22,2)
Psychologen	27 (71,0)	4 (10,5)	7 (18,4)
Pädagogen	3 (25,0)	1 (8,3)	8 (66,7)
Psychotherapeuten	10 (90,9)	1 (9,1)	0
sonstige	3 (11,5)	6 (23,1)	17 (65,4)

(40% sehr unzufrieden oder unzufrieden) und den Aufstiegschancen (36,4%). Besonders zufrieden waren sie mit der Möglichkeit, eigene Arbeitsmethoden auszuprobieren (88,2% sehr zufrieden oder zufrieden), der Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten bei der Arbeit zu nutzen (85,2%) und der Möglichkeit, unabhängig zu arbeiten (82,5%).

Der Fragebogen zur Identifikation mit der beruflichen Rolle ergab einen Wert von 62. Eine höhere Identifikation mit der beruflichen Rolle korrelierte mit einer höheren Jobzufriedenheit ($r=0,49$) und einer höheren subjektiven Leistungsfähigkeit ($r=0,31$) sowie mit geringerer emotionaler Erschöpfung ($r=-0,30$) und geringerer Depersonalisation ($r=-0,40$) (p jeweils $<0,01$). Bei der Analyse der Einzelitems zeigten sich bei den Sozialarbeitern im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen etwas häufiger Unsicherheiten in Bezug auf ihre Entscheidungskompetenz (20%), die Qualität ihrer Arbeit (17%) und die ihnen entgegengebrachten Erwartungen (18%). Die Sozialarbeiter meinten auch etwas häufiger, ihre Aufgaben seien nicht klar definiert (24%).

Psychologische Beschwerden und Burn-out-Syndrom

Der Gesamtscore im GHQ12 betrug für die Gesamtstichprobe 9,9. Im Maslach Burnout Inventory ergaben sich in der Gesamtstichprobe für die Subskalen folgende Scores: 14,8 für emotionale Erschöpfung, 4,1 für Depersonalisation und 36,5 für persönliche Leistungsfähigkeit. Wie die Personen der einzelnen Berufsgruppen in Bezug auf die Grenzwerte in den Dimensionen des Maslach Burnout Inventory abgeschnitten, haben ist in Tab. 3 dargestellt.

Tab. 2 Soziodemografische Charakteristika der Stichprobe (n = 195)

Mittelwert (SD)	gesamt n = 195	Ärzte n = 28	Sozialarbeiter n = 71	Pflegepersonal n = 9	Psychologen n = 38	Pädagogen n = 12	Psychotherapeuten n = 11	sonstige n = 26
Alter	36,0 (7,9)	40,6 (7,2)	33,9 (7,3)	38,25 (10,0)	33,9 (6,5)	33,8 (8,6)	42,6 (7,3)	38,2 (8,0)*
Wochenstunden	30,0 (11,9)	20,2 (14,5)	32,4 (9,7)	30,7 (13,7)	32,4 (10,8)	36,4 (6,4)	24,9 (14,9)	27,7 (11,0)*
Berufserfahrung dzt. Tätigkeit seit	5,7 (6,2)	8,0 (7,0)	5,9 (7,1)	8,4 (8,1)	3,9 (4,3)	3,4 (2,7)	7,8 (4,1)	3,7 (2,9)*
	3,8 (4,0)	4,1 (5,3)	3,7 (3,4)	4,7 (7,3)	3,4 (4,0)	2,1 (1,5)	5,0 (3,6)	3,3 (2,7)

* signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen $p < 0,05$, ANOVA

Tab. 3 Anteil jener Personen, die in den einzelnen Dimensionen des Maslach Burnout Inventory die Kriterien für ein Burn-out-Syndrom erfüllten

	Ärzte (n = 28)	Sozialarbeiter (n = 71)	Psychologen (n = 38)	sonstige (n = 58)
emotionale Erschöpfung	9 (32,1%)	11 (15,5%)	8 (21,0%)	9 (15,5%)
Depersonalisation	6 (21,4%)	14 (19,7%)	5 (13,2%)	10 (17,2%)
persönliche Leistungsfähigkeit	1 (3,6%)	8 (11,3%)	4 (10,5%)	7 (12,1%)

Prädiktorvariablen

Signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in Bezug auf die Outcomevariablen ergaben sich für die Jobzufriedenheit, die Identifikation mit der beruflichen Rolle und die subjektive Leistungsfähigkeit (Tab. 4). In den multiplen Regressionsmodellen erwies sich der Beruf des Sozialarbeiters als Prädiktor für eine geringere Identifikation mit der beruflichen Rolle. Als wichtige Prädiktoren für mehr Jobzufriedenheit wurden eine kürzere Tätigkeit an der derzeitigen Stelle und das Verfügen über psychosoziale Basiskompetenzen identifiziert, während ein Mangel an psychosozialen Basiskompetenzen und berufsübergreifendem Wissen mit einem höheren Burn-out-Risiko assoziiert war. Weiter wurden folgende Prädiktorvariablen für höhere Scores in den Outcomevariablen identifiziert (Tab. 5).

Diskussion

Die in der österreichischen gemeindepsychiatrischen Versorgung tätigen Professionellen zeigten eine relativ hohe Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Tätigkeit. Es muss allerdings bedacht werden, dass vor allem viele Ärzte nur in Teilzeitbeschäftigung in den Einrichtungen tätig waren, wobei ihre Arbeit in der Klinik oder in eigener Praxis auch einen Einfluss auf ihre Jobzufriedenheit und ihr Burn-out-Risiko haben dürfte. Als ein Prädiktor für mehr Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit wurde das Angeben von psychosozialen Basiskompetenzen identifiziert. Sicherlich sind diese Kompetenzen hilfreich im Umgang mit Klienten, wodurch die Belastungen in der täglichen Arbeit reduziert und die subjektive Befriedigung durch die Arbeit erhöht wird. Interessant ist, dass jene Mitarbeiter, die kürzer an der jeweiligen

Tab. 4 Unterschiede in den Outcomevariablen nach Berufsgruppen (n = 195)

Outcomevariable Mittelwert (SD)	Berufsgruppe				ANOVA
	Ärzte (n = 28)	Sozialarbeiter (n = 71)	Psychologen (n = 38)	sonstige (n = 58)	
GHQ-12	10,0 (1,7)	9,3 (4,2)	9,14 (3,7)	10,7 (5,7)	F = 0,61 (df = 3) p = 0,61
Jobzufriedenheit	73,4 (6,7)	69,6 (10,6)	69,9 (11,7)	74,3 (9,1)	F = 2,82 (df = 3) p = 0,04
Rollenidentifikation	62,4 (6,8)	59,3 (8,9)	61,7 (8,0)	65,4 (7,9)	F = 5,68 (df = 3) p = 0,001
emotionale Erschöpfung	16,1 (6,5)	14,5 (7,8)	15,9 (8,7)	13,8 (8,5)	F = 0,77 (df = 3) p = 0,51
Depersonalisation	4,4 (3,9)	4,4 (3,8)	3,8 (3,5)	3,8 (3,6)	F = 0,44 (df = 3) p = 0,72
persönliche Leistungsfähigkeit	40,5 (5,4)	35,4 (5,9)	35,7 (6,1)	36,3 (6,1)	F = 4,89 (df = 3) p = 0,003
Post-hoc-Tests (Tukey)	signifikante Mittelwertsunterschiede				
Rollenidentifikation	Sozialarbeiter	sonstiger Sozialberuf		- 6,06	p = 0,0001
persönliche Leistungsfähigkeit	Ärzte	Sozialarbeiter		5,03	p = 0,002
		Psychologe		4,73	p = 0,015
		sonstiger Sozialberuf		4,15	p = 0,019

Tab. 5 Resultate der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse für die Outcomevariablen

Outcomevariable	Prädiktoren (p < 0,05)	β	p	R ²
GHQ-12	verantwortlich für weniger Klienten	- 0,290	0,015	16,8
	höheres Alter	0,300	0,011	
	mehr Wochenarbeitsstunden	0,252	0,033	
Jobzufriedenheit	kürzer an der jeweiligen Stelle tätig	- 0,251	0,005	21,2
	psychosoziale Basiskompetenzen	0,371	0,0001	
Rollenidentifikation	kein Sozialarbeiter	- 0,220	0,021	9,7
	weniger Belastung durch Teamkonflikte	- 0,239	0,012	
emotionale Erschöpfung	verantwortlich für mehr Patienten wenig psychosoziale Basiskompetenzen	0,223	0,018	8,2
Depersonalisation	männliches Geschlecht	- 0,252	0,001	5,8
persönliche Leistungsfähigkeit	verantwortlich für mehr Patienten	0,232	0,015	20,0
	mehr Belastung durch Zeitmangel	0,240	0,010	
	kein Mangel an berufsübergreifendem Wissen	- 0,192	0,037	

β: standardisierte Regressionskoeffizienten; R²: durch die Regressionsgleichung erklärte Gesamtvarianz (%)

Stelle tätig waren, zufriedener waren als jene die schon länger an derselben Stelle gearbeitet hatten. Möglicherweise stehen bei Mitarbeitern die erst kürzer an der jeweiligen Stelle tätig sind, der Lerneifer und der Optimismus in Bezug auf ihre berufliche Tätigkeit im Vordergrund, währenddessen sich bei jenen Personen, die schon länger an derselben Stelle arbeiten, angesichts der beruflichen Realität Ernüchterung und damit eine geringere Zufriedenheit eingestellt haben könnten [30]. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob häufige Stellenwechsel möglicherweise einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit haben könnten. Sozialarbeiter und Psychologen zeigten die geringste Jobzufriedenheit. Bei den Sozialarbeitern ist dieses Ergebnis wahrscheinlich zu einem Teil durch ihre im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen schlechtere Rollenidentifikation erklärbar. In der Literatur gibt es Hinweise dafür, dass die Jobzufriedenheit von in der Psychiatrie tätigen Sozialarbeitern wesentlich von der Zufriedenheit mit ihrer Rolle und Position im Team bestimmt wird [15]. Die geringe Zufriedenheit der Psychologen mit ihrer beruflichen Tätigkeit lässt sich durch eine schlechte Rollenidentifikation allein nicht erklären. Hier spielen offensichtlich andere Faktoren, von denen eini-

ge im qualitativen Teil dieser Studie untersucht wurden, eine Rolle.

Im Fragebogen zur Identifikation mit der beruflichen Rolle ergaben sich generell zufrieden stellende Werte, auffällig war jedoch, dass die Sozialarbeiter deutlich niedrigere Werte aufwiesen als die anderen Berufsgruppen. In der multiplen Regression erwies sich der Beruf des Sozialarbeiters tatsächlich als Prädiktor für eine schlechte Identifikation mit der beruflichen Rolle und dem Team. Wie könnte man nun die schlechtere Rollenidentifikation der Sozialarbeiter in unserer Stichprobe erklären? Mehrere Faktoren könnten hier eine Rolle spielen: Erstens ist das Berufsbild des Sozialarbeiters in Österreich von der Aufgabenstellung her nicht klar definiert. Es gibt zwar in den Organisationen, die Sozialarbeiter ausbilden oder beschäftigen, Bestrebungen in Bezug auf die Erstellung einer Leistungsbeschreibung, eine generelle und allgemein akzeptierte Definition der Aufgabenbereiche eines Sozialarbeiters gibt es bis jetzt jedoch nicht. Zweitens ist in Österreich im Gegensatz zu den Gesundheitsberufen der Beruf des Sozialarbeiters nicht durch ein Berufsgesetz geregelt, damit gibt es auch keine gesetzliche Festschreibung seiner Rechte und

Pflichten. Drittens verfügen Sozialarbeiter im Gegensatz zu Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten nicht über eine für ihren Beruf charakteristische Terminologie, was die Identitätsfindung und Abgrenzung zu den anderen Berufen ebenfalls erschweren könnte. Viertens hat sich mit der Möglichkeit, durch eine Psychotherapieausbildung zusätzliche Qualifikationen zu erlangen, das Berufsbild vieler Sozialarbeiter dahingehend erweitert, dass sie sich nicht mehr nur als Casemanager sehen, sondern eine über psychosoziale Belange hinausgehende Rolle in der Behandlung der Patienten übernehmen möchten. Dieser Anspruch wiederum birgt das Risiko von Rollenkonfusionen und Konflikten mit anderen in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen.

Die von uns untersuchten Professionellen klagten generell über ein erhöhtes Stressniveau. Erstaunlich ist, dass die Mitarbeiter, die über mehr psychologische Beschwerden klagten, für weniger Patienten verantwortlich waren. Hier stellt sich die Frage nach der Richtung des Effekts: Bekommen Mitarbeiter, die mehr psychologische Beschwerden haben weniger Patienten zugeteilt? In diesem Fall scheint diese Strategie, mit den psychologischen Problemen der Mitarbeiter umzugehen, nicht effektiv zu sein. Oder wirkt sich die Tatsache, dass ein Mitarbeiter für weniger Patienten verantwortlich ist, negativ auf seine psychische Verfassung aus? Unsere Studie lieferte diesbezüglich das Ergebnis, dass Mitarbeiter, die für mehr Patienten verantwortlich waren, zwar einerseits höhere Werte im Bereich der Subskala „Persönliche Leistungsfähigkeit“ (Maslach Burnout Inventory) zeigten, aber andererseits auch höhere Scores auf der Subskala „Emotionale Erschöpfung“. Das heißt also, die Verantwortung für eine größere Anzahl von Patienten steigert offensichtlich das Selbstwertgefühl, allerdings auf Kosten der eigenen emotionalen Ressourcen. Ein die subjektive Leistungsfähigkeit verringernder Faktor scheint der Mangel an Kompetenzen zu sein, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erlernten Kompetenzen hinausgehen, aber im Rahmen der beruflichen Tätigkeit gebraucht werden. Hier zeigt sich, dass die Aufgaben der von uns untersuchten Professionellen offensichtlich nicht eindeutig den einzelnen Berufsgruppen zugeordnet sind, sondern dass Rollenkonfusionen stattfinden. Diese Problematik wurde von den Ärzten – die auch die höchste subjektive Leistungsfähigkeit aufwiesen – am seltensten genannt. Dies liegt wohl auch daran, dass die ärztlichen Aufgabengebiete traditionell sehr genau festgelegt sind und, vor allem was die psychopharmakologische Therapie betrifft, auch von keiner anderen Berufsgruppe abgedeckt werden können.

Verglichen mit den Ergebnissen einer ähnlichen Studie aus England [3] zeigten die Professionellen in unserer Stichprobe weniger psychologische Beschwerden und weniger Burn-out als ihre englischen Kollegen. Allerdings sind die Ergebnisse dieser beiden Studien nur schwer vergleichbar, da die Arbeitsbedingungen der Professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung sich in vielerlei Hinsicht von jenen der Professionellen in Österreich unterscheiden. Ein ganz wesentlicher Unterschied besteht sicher darin, dass die Wende von der „Anstaltspsychiatrie“ hin zu einer gemeindenahen Versorgung mit all den damit verbundenen Umstellungen und Problemen für die in der gemeindepsychiatrischen Versorgung tätigen Professionellen in Österreich im Gegensatz zu Großbritannien bis jetzt nur in eingeschränktem Ausmaß gelungen ist [31].

Unsere Studie hat einige Schwächen: Trotz der relativ hohen Responderate von 52% können die Befunde nicht unbedingt als repräsentativ für nicht untersuchte Personen im gleichen Berufsfeld betrachtet werden. Auch ist der Anteil der durch die Prädiktorvariablen erklärten Varianz in den Outcomevariablen nicht übermäßig groß. Dies trifft jedoch für die meisten Studien mit einem ähnlichen Design zu, und mag zum Teil in der hohen Fehlervarianz der verwendeten Instrumente begründet sein. Auch wurden für die Fragestellung potenziell relevante Persönlichkeitsfaktoren in dieser Studie nicht erfasst.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Professionellen der gemeindepsychiatrischen Versorgung generell mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden waren. Sie wiesen zwar ein erhöhtes Stressniveau auf, zeigten jedoch niedrige Werte auf den drei Burn-out-Subskalen. Sozialarbeiter konnten sich am schlechtesten mit ihrer beruflichen Rolle identifizieren und zeigten auch, ebenso wie die Psychologen, die geringste Jobzufriedenheit. Im Sinne der Qualitätssicherung der gemeindepsychiatrischen Versorgung sollten Untersuchungen zu Jobzufriedenheit und Burn-out in unterschiedlichen Einrichtungen und zu wiederholten Zeitpunkten gemacht werden, um Informationen für die Planung und Weiterentwicklung von Einrichtungen zu erhalten. Für diese Untersuchungen sollte eine einfache und standardisierte Methodik verwendet werden. Die von uns verwendeten Skalen haben sich als geeignet erwiesen, um Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu erfassen, es sind jedoch mehr Ergebnisse aus Untersuchungen in unterschiedlichen Einrichtungen notwendig, um eine generell akzeptierte, standardisierte Methodik zu entwickeln. Das Bestimmen von quantitativen Scores ist zwar für die Evaluation wichtig, liefert aber keine detaillierte Information darüber, welche Faktoren tatsächlich Jobzufriedenheit und Burn-out beeinflussen. Um das Erleben der Professionellen in Bezug auf ihre Tätigkeit genauer zu erfassen ist eine qualitative Methodik notwendig, wie wir sie im zweiten Teil unserer Studie verwendet haben.

Literatur

- 1 Pines AM, Aronson E, Kafry D. Burnout – From Tedium to Personal Growth. New York: Free Press, 1981. (dtsch.: Aronson E, Pines AM, Kafry (eds). Ausgebrannt: Vom Überdruß zur Selbstentfaltung.) Stuttgart: Klett-Cotta, 1983
- 2 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occupat Behav* 1981; 2: 99 – 113
- 3 Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Smukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Mental Health, „burnout“ and job satisfaction among hospital and community based mental health staff. *Brit J Psychiatry* 1996; 170: 134 – 138
- 4 Wykes T, Stevens W, Everitt B. Stress in community care teams: Will it affect the sustainability of community care? *Soc Psychiatry and Psychiat Epidemiology* 1997; 32 (7): 398 – 407
- 5 Onyett S, Pillenger T, Muiyjen M. Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *J Ment Health* 1997; 6: 55 – 66
- 6 Moore KA, Cooper CL. Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42 (2): 82 – 89
- 7 Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *J Psychosom Res* 1997; 43 (1): 51 – 59
- 8 Rabin S, Feldman D, Kaplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Brit J Med Psychol* 1999; 72: 159 – 169

- ⁹ Reid Y, Johnson S, Morant N, Kuipers E, Szmukler G, Thornicroft G, Bebbington P, Prosser D. Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 1999; 34 (6): 301–308
- ¹⁰ Carson J, Fagin L. Stress in mental health professionals: a cause for concern or an inevitable part of the job? Editorial. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42 (2): 79–81
- ¹¹ Fagin F, Carson J, Leary J, Villiers N de, Bartlett H, O'Malley P, West M, Mcelfpatrick S, Brown P. Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses: Findings from Three Research Studies. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42 (2): 102–111
- ¹² Naisberg-Fennig S, Fennig S, Keinin G, Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout. A study among psychiatrists. *Stress Medicine* 1991; 7: 201–205
- ¹³ Deary IJ, Augis RM, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42: 112–123
- ¹⁴ Amstutz MC, Neuenschwander M, Modestin J. Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Resultate einer empirischen Untersuchung. *Psychiat Prax* 2001; 28: 163–167
- ¹⁵ Siefert K, Jayaratne S, Chess WA. Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers. *Health and Social Work* 1991; 16 (3): 193–202
- ¹⁶ Marriott A, Sexton L, Staley D. Components of job satisfaction in psychiatric social workers. *Health and Social work* 1994; 19 (3): 199–205
- ¹⁷ Thornton PI. The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *J Psychol* 1992; 126 (3): 261–271
- ¹⁸ Fagin L, Brown D, Bartlett H, Leary J, Carson J. The Claybury CPN Stress Study. Is it more stressful to work in hospital or the community? *J Adv Nurs* 1995; 22: 1–12
- ¹⁹ Waite A, Oliver N, Carson J, Fagin L. Job satisfaction in mental health nursing: Is community or ward based work more satisfying. *Psychiatric Care* 1995; 2 (5): 167–170
- ²⁰ Weiss D, Dawis R, England G, Logquist I. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center, 1967
- ²¹ Rizzo J, House R, Lirtzman S. Role conflict and ambiguity in complex organisations. *Administrative Science Quarterly* 1970; 15: 150–163
- ²² Galeazzi GM, Delmonte S, Fakhoury WK, Priebe S. Morale of mental health professionals in Community Mental Health Services of a Northern Italian Province. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2004; 13 (3): 191–197
- ²³ Priebe S, Fakhoury WK, Hoffmann K, Powell T. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 2005, in press
- ²⁴ Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Ergebnisse einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt* 1996; 67: 205–215
- ²⁵ Schmitz N, Krause J, Tress W. Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in a German primary sample. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 462–468
- ²⁶ Goldberg D, Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson, 1988
- ²⁷ Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd edition. Oxford: Oxford Psychologists Press, 1986
- ²⁸ Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Keupp H: *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union, 1991: 209–213
- ²⁹ Statistical Package for the Social Sciences. Chicago: SPSS Inc, 1999
- ³⁰ Moore KA, Cooper CL. Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42 (2): 82–89
- ³¹ Forster R. Modernisierung statt Reform. Zur Psychiatriepolitik in Österreich. In: Meise, Hafner, Hinterhuber (Hrsg): *Gemeindepsychiatrie in Österreich*. Innsbruck, Wien: Verlag Integrative Psychiatrie, 1998