

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Burnout-Syndrom im Berufsfeld der Sozialen Arbeit

Über die Merkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit, welche die Entstehung eines Burnout-Syndroms begünstigen können.

Eingereicht von: Rikli Marlen
Eingereicht bei: Wüthrich Bernadette, lic. phil. I

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Januar 2018 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Diese Bachelor Thesis befasst sich mit dem Thema «Burnout-Syndrom im Berufsfeld der Sozialen Arbeit». Dabei wurde die folgende Fragestellung verfolgt: *Welche Merkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit begünstigen die Entstehung eines Burnouts bei Professionellen?*

Bis heute ist nicht bekannt, ob das Burnout-Syndrom im Berufsfeld der Sozialen Arbeit häufiger vorkommt als in anderen Berufsfeldern (vgl. Burisch 2014: 83). Klar ist aber, dass im Berufsfeld der Sozialen Arbeit Gefahren lauern, die ein Burnout-Syndrom bei Professionellen der Sozialen Arbeit begünstigen können (vgl. Poulen 2009: 15). Mithilfe der Risikofaktoren des Burnout-Syndroms wurde das Gefahrenpotenzial des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit analysiert. Nach dieser Analyse konnten Merkmale des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit herausgearbeitet werden, die ein Burnout-Syndrom bei Professionellen der Sozialen Arbeit begünstigen können. Zu diesen Merkmalen gehören unter anderem die Komplexität der Arbeit, die Arbeitsbelastung, die mangelhafte Belohnung und Anerkennung, der Rollenkonflikt sowie die unterschiedlichen Wertvorstellungen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Das Burnout-Syndrom.....	4
2.1	Begriffsbestimmung	4
2.1.1	Begriffsentstehung	4
2.1.2	Definitionsproblematik	4
2.1.3	Definition	5
2.2	Klassifizierungssysteme von Krankheiten	6
2.3	Die Symptome des Burnout-Syndroms	7
2.3.1	Kategorie 1: Warnsymptome in der Anfangsphase.....	10
2.3.2	Kategorie 2: Reduziertes Engagement.....	10
2.3.3	Kategorie 3: Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen.....	11
2.3.4	Kategorie 4: Abbau	11
2.3.5	Kategorie 5: Verflachung.....	11
2.3.6	Kategorie 6: Psychosomatische Reaktionen	11
2.3.7	Kategorie 7: Verzweiflung	12
2.4	Phasen des Burnout-Syndroms	12
2.4.1	Phase 1: Idealistische Begeisterung.....	13
2.4.2	Phase 2: Stillstand	14
2.4.3	Phase 3: Frustration	14
2.4.4	Phase 4: Apathie.....	15
2.4.5	Phase 5: Intervention	15
2.5	Ursachen des Burnout-Syndroms	15
2.5.1	Sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansätze	16
2.5.2	Persönlichkeitszentrierter Ansatz	16
2.5.3	Zusammenwirken der beiden Ansätze	16
2.6	Personale und organisationale Risiko- und Schutzfaktoren.....	17

2.6.1	Personale Risikofaktoren	17
2.6.2	Personale Schutzfaktoren	18
2.6.3	Organisationale Risikofaktoren.....	19
2.6.4	Organisationale Schutzfaktoren	21
3.	Berufsfeld der Sozialen Arbeit	23
3.1	Auftrag, Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit.....	23
3.2	Menschenbild und Ethik in der Sozialen Arbeit.....	25
3.3	Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit	26
3.4	Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit	28
3.4.1	Diffuse Allzuständigkeit	28
3.4.2	Doppelte Loyalitätsverpflichtung.....	29
3.4.3	Nichtstandardisierbarkeit des Handelns	29
3.4.4	Koproduktion	30
3.4.5	Involviertheit der Professionellen als ganze Personen.....	31
3.5	Belastungen im Berufsfeld der Sozialen Arbeit.....	31
3.5.1	Belastungen durch die Institutionen.....	31
3.5.2	Belastungen in der Zusammenarbeit mit der Klientel	33
4.	Gefahren im Berufsfeld der Sozialen Arbeit, die zu einem Burnout-Syndrom führen können	37
5.	Schlussfolgerungen.....	42
5.1	Beantwortung der Fragestellung	42
5.2	Weiterführende Fragestellungen	45
6.	Quellenverzeichnis	46
6.1	Literaturverzeichnis.....	46
6.2	Internetverzeichnis	47
6.3	Abbildungsverzeichnis	47

Vorwort

Diese Bachelor Thesis ist im Rahmen meines Studiums in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz entstanden.

Ich möchte mich bei allen herzlich bedanken, die mich während der Erarbeitung dieser Arbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an Frau Bernadette Wüthrich, die mich während der Bachelor Thesis begleitet hat. Ihre engagierte Art und die fachlichen Beratungen haben mich während der Erarbeitung der Bachelor Thesis immer weitergebracht. Ein weiterer Dank geht an meine Familie, Nicolas Dostal und Simone Amini für die mentale und fachliche Unterstützung. Sie motivierten mich sehr und gaben mir die nötige Kraft dazu, die Bachelor Thesis zu erarbeiten. Ich möchte mich herzlich bei Fritz Bieri für das Korrekturlesen bedanken.

Anmerkung:

Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird der Begriff «die Professionellen der Sozialen Arbeit» zum Teil nur als «die Professionellen» wiedergegeben.

1. Einleitung

Anfangs der 70er-Jahre entstand der Begriff Burnout (vgl. Burisch 2014: 2). Wurde der Begriff Burnout damals verwendet, war es notwendig, ihn zu beschreiben (vgl. ebd.: 2). Ansonsten konnte man sich nichts unter dem Begriff vorstellen (vgl. ebd.: 2). Ganz anders ist die Situation heute (vgl. ebd.: 2). Der Begriff Burnout ist aus unserem Leben kaum noch wegzudenken (vgl. ebd.: 2). Ob in Zeitungen, in Fachzeitschriften oder auch im Fernsehen – immer wieder wird das Thema Burnout aufgegriffen und darüber diskutiert.

Die Verfasserin interessiert sich sehr für die Thematik des Burnouts – sie verfolgt die Diskussionen in den Medien deshalb mit. Auch in ihrem Berufsleben ist sie dem Burnout-Syndrom bereits begegnet – jedoch zum Glück nicht als Betroffene. Eine Arbeitskollegin der Verfasserin litt an einem Burnout-Syndrom und war für sechs Monate krankgeschrieben. Dann stieg die Arbeitskollegin wieder in das Arbeitsleben ein. Zuerst arbeitete sie nur 50 %. Nach und nach erhöhte sie ihr Pensum, bis sie wieder 100 % arbeitete. Die Verfasserin erlebte also ein Burnout-Syndrom hautnah mit. Dies hat ihre Neugierde geweckt. Sie stellte sich Fragen wie: Was ist ein Burnout-Syndrom überhaupt? Welches sind die Ursachen und die Symptome?

Weiter arbeitete die Verfasserin im Rahmen einer Mutterschaftsvertretung während des Studiums in einem Sozialen Dienst. In dieser Zeit erfuhr sie, dass die Tätigkeit als Professionelle der Sozialen Arbeit viele Herausforderungen mit sich bringt. Vor allem die Arbeitsbelastung ist ihr aufgefallen – denn diese war viel grösser als in den Tätigkeiten, die sie vorher ausgeübt hatte.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen der Verfasserin sowie deren Neugierde für diese Thematik, hat sie sich dafür entschieden, ihre Bachelor Thesis dem Thema Burnout zu widmen.

Laut der Stressstudie des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO sind insgesamt 25 % der Schweizer Erwerbstätigen von emotionaler Erschöpfung betroffen (vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO 2010: 72). 4 % der Schweizer Erwerbstätigen leiden an einem hohen Mass an emotionaler Erschöpfung (vgl. ebd.: 72).

Doch was ist ein Burnout-Syndrom eigentlich? Anhand eines Beispiels soll das Syndrom kurz aufgezeigt werden:

Frau Müller ist 50 Jahre alt und arbeitet seit 20 Jahren beim Sozialdienst einer grösseren Stadt. In den letzten Jahren ist die Fallzahl von Frau Müller deutlich gestiegen. So schafft es Frau Müller kaum noch, pünktlich Feierabend zu machen. Frau Müller ist es sehr wichtig, ihre Arbeit gut zu machen, und deshalb macht sie über Monate hinweg Überstunden. Wenn Frau Müller dann endlich Feierabend hat, beginnt das Grübeln über die Arbeit. Hat sie alles erledigt? Zunehmend leidet Frau Müller an Magenbeschwerden und Herzklopfen. Ausserdem fühlt sie sich völlig erschöpft und ausgebrannt. Sie sucht deshalb einen Arzt auf. Es stellt sich heraus, dass Frau Müller ein Burnout-Syndrom hat.

In der englischen Umgangssprache bedeutet Burnout, ausgebrannt zu sein (to burn out = ausbrennen) (vgl. Litzcke/Schuh 2007: 155). Burnout wird als Zustand von Frustration und Erschöpfung bezeichnet, welcher zur Folge hat, dass die Betroffenen weder die Kraft noch die Motivation dazu haben, ihre Arbeit in derselben Effizienz und Intensität auszuführen wie bisher (vgl. ebd.: 159). Symptome des Burnout-Syndroms können unter anderem Energiemangel, Schwächegefühl, beschleunigter Puls, verringerte Produktivität und Desinteresse sein (vgl. Burisch 2014: 28). Entstehen kann ein Burnout-Syndrom durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder aber auch durch bestimmte Jobmerkmale (vgl. Albrecht 2006: 16).

Besonders häufig taucht das Thema Burnout-Syndrom in den sozialen Berufen auf (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 1). In dieser Bachelor Thesis wird das Burnout-Syndrom auf das Berufsfeld der Sozialen Arbeit fokussiert. Somit ist die Relevanz zur Sozialen Arbeit gegeben. Das Ziel des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit ist es, soziale Probleme zu lindern oder im besten Fall zu lösen (vgl. AvenirSocial 2010: 6), denn durch das Vorhandensein von sozialen Problemen können die Bedürfnisse der betroffenen Personen, Gruppen, Gemeinwesen oder auch Systemen nicht mehr befriedigt werden (vgl. AvenirSocial 2014: 2). Gelingt es, die sozialen Probleme zu lindern oder zu lösen, kann die Handlungsfähigkeit der betroffenen Personen, Gruppen, Gemeinwesen oder auch Systemen wiedererlangt werden, was dazu führt, dass diese ihre Bedürfnisse wieder selbst befriedigen können (vgl. ebd.: 2). Die Professionellen der Sozialen Arbeit, welche im Berufsfeld der Sozialen Arbeit tätig sind, sind tagtäglich mit Belastungen und Widersprüchen konfrontiert. Zu den Belastungen der Professionellen gehören unter anderem die grosse Verantwortung, die tiefen Einblicke in schwierige Lebensumstände von Menschen sowie die steigenden Fallzahlen (vgl. Poulsen 2009: 14f.). Doch welche der Belastungen und Widersprüche des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit können ein Burnout-Syndrom begünstigen?

Gestützt auf das bisher Gesagte, möchte ich den Schwerpunkt dieser Bachelor Thesis auf die folgende Fragestellung legen:

Welche Merkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit begünstigen die Entstehung eines Burnouts bei Professionellen?

Aus dieser Fragestellung ergeben sich folgende Unterfragen:

- Was ist ein Burnout? (Definition, Geschichte, Symptome, Verlauf etc.)
- Wie lauten die personalen und organisationalen Risiko- und Schutzfaktoren, um an (k)einem Burnout-Syndrom zu erleiden?
- Wie sieht das Berufsfeld der Sozialen Arbeit aus?
- Was sind Belastungen im Berufsfeld der Sozialen Arbeit?
- Welche Merkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit begünstigen die Entstehung eines Burnout-Syndroms?

Zuerst werden das Burnout-Syndrom sowie das Berufsfeld der Sozialen Arbeit erläutert. Anschliessend wird mithilfe der bereits dargestellten Risiko- und Schutzfaktoren des Burnout-Syndroms das Gefahrenpotenzial des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit analysiert. Zum Schluss folgen die Beantwortung der Fragestellung sowie die nachführenden Gedanken.

Mithilfe dieser Fragestellung soll geklärt werden, welche Merkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit die Entstehung eines Burnouts bei Professionellen der Sozialen Arbeit begünstigen. Die Ergebnisse sollen Institutionen sowie Organisationen, aber auch Professionelle der Sozialen Arbeit für die Thematik des Burnout-Syndroms sensibilisieren. Eine Sensibilisierung kann dazu führen, dass ein mögliches Burnout-Syndrom vermieden wird.

2. Das Burnout-Syndrom

2.1 Begriffsbestimmung

2.1.1 Begriffsentstehung

Im Jahr 1974 wurde der Begriff Burnout zum ersten Mal von Herbert J. Freudenberger verwendet (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 3). Herbert J. Freudenberger war deutsch-amerikanischer Psychoanalytiker und eröffnete im Jahr 1957 seine eigene Praxis in New York (vgl. ebd.: 3). Im Jahr 1974 verfasste Freudenberger den Artikel «Staff Burn-Out» im «Journal of Social Issues» (vgl. Wellmann 2008: 12). In diesem Artikel schrieb er darüber, wie engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nach kurzer Zeit im Berufsleben erschöpft und müde waren (vgl. ebd.: 12). Die ersten empirischen Untersuchungen zum Burnout-Syndrom erschienen im Jahr 1976 in den USA (vgl. ebd.: 12). In den USA war das Interesse an der Thematik des Burnout-Syndroms sehr gross – es erschienen viele Bücher sowie Artikel, und es wurden zahlreiche Workshops angeboten (vgl. ebd.: 12). In Deutschland stiess das Thema Burnout-Syndrom erst später auf Interesse (vgl. ebd.: 12). Erst Anfang der 80er-Jahre erschienen die ersten Übersetzungen von amerikanischen Publikationen über das Burnout-Syndrom in Deutschland (vgl. ebd.: 12). Anschliessend folgten dort erste theoretische und empirische Arbeiten von einer Forschergruppe um den Berliner Psychologieprofessor Dieter Kleiber (vgl. ebd.: 12).

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Burnout-Literatur, und das öffentliche Interesse zum Burnout-Syndrom ist sehr gross (vgl. ebd.: 12).

2.1.2 Definitionsproblematik

In der Burnout-Literatur herrscht bis heute eine Definitionsproblematik, denn bis anhin gibt es keine allgemein gültige Definition des Burnout-Begriffs (vgl. Schneider 2014: 11). Das Fehlen einer einheitlichen Definition stellt für die fundierte Forschung des Burnout-Syndroms eine grosse Herausforderung dar (vgl. Burisch 2014: 14). Alle bisherigen Definitions-Versuche waren entweder zu umfassend oder zu spezifisch (vgl. ebd.: 14). Es gibt verschiedene Ursachen für die Definitionsproblematik.

Zum einen kam es zu dieser Definitionsproblematik, weil in der frühen Forschung jede Person anhand von Fallbeschreibungen versuchte, eine eigene Definition zu finden und kein Interesse daran bestand, aus den verschiedenen Fallbeschreibungen allgemeine Lehrsätze abzuleiten (vgl. Schneider 2014: 11).

Zum anderen kann das Burnout-Syndrom aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden (vgl. Wellmann 2008: 13). Es kann als das Vorhandensein vielfältiger Symptome, als ein Prozess oder als ein Endzustand bezeichnet werden (vgl. ebd.: 13). Viele Definitionen orientieren sich an den Symptomen des Burnout-Syndroms (vgl. ebd.: 13). Die Problematik dabei ist, dass im Verlauf eines Burnout-Syndroms auch widersprüchliche Symptome auftreten können (vgl. ebd.: 14). Zudem können einzelne Symptome auch bei Menschen auftreten, welche nicht an einem Burnout-Syndrom leiden (vgl. ebd.: 14).

Zuletzt existiert eine Problematik bei der Betrachtung der Ursachen des Burnout-Syndroms (vgl. ebd.: 14). Die einen sehen die Ursache in der Persönlichkeit sowie der Psyche des Individuums, und die anderen sehen die Ursache in der Umgebungs- und vor allem in den Arbeitsbedingungen (vgl. ebd.: 14). Hierbei ist anzumerken, dass man sich in der jüngsten Burnout-Literatur darüber einig ist, dass es nur dann zu einem Burnout-Syndrom kommen kann, wenn die Persönlichkeit sowie die Psyche des Individuums auf die Umgebungs- sowie Arbeitsbedingungen treffen und es zu einer Überlastung kommt (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 22).

Es stellt sich die Frage, wie die Burnout-Forschung aufgrund der fehlenden allgemeingültigen Definition überhaupt möglich war (vgl. Wellmann 2008: 14). Es kann davon ausgegangen werden, dass jede Person, welche sich zum Burnout-Syndrom äusserte, eine eigene implizite Definition hatte oder sich auf Definitionsversuche von bekannteren Autoren und Autorinnen stützte (vgl. ebd.: 14).

2.1.3 Definition

Trotz der im Kapitel 2.1.2 genannten Definitionsproblematik wird in diesem Kapitel eine Definition des Burnout-Begriffs vorgenommen.

Eine von zahlreichen Definitionen ist die von Schaufeli und Enzmann (Schaufeli/Enzmann 1998: 36). Diese definieren das Burnout-Syndrom wie folgt:

«Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand «normaler» Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger

Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht.»
(Schaufeli/Enzmann 1998, zit. nach Burisch 2014: 22)

Bemerkenswert an dieser Definition ist, dass sie spezifische Aussagen zu möglichen Symptomen sowie Ursachen macht. Weiter wird das Burnout-Syndrom als ein Prozess und nicht als ein plötzlich auftretendes Phänomen beschrieben. Warum aber wird bei der Ursache ausschliesslich auf die Berufsrealität eingegangen und wird die Persönlichkeit und die Psyche des Individuums als Ursache ausser Acht gelassen? Einen weiteren Kritikpunkt sieht die Verfasserin bei der Formulierung «normaler» Individuen. Die Autoren präzisieren den Begriff «normal» nicht. Es brauchte klare Kriterien, um zu verstehen, was die Autoren unter «normal» verstehen. Zudem scheint der Verfasserin, dass «normal» und «nicht normal» Zuschreibungsprozesse seitens der Gesellschaft sind, um die Komplexität zu reduzieren. Diese Zuschreibungsprozesse sind eher kritisch zu sehen, da sie zu Randgruppen führen können, weil die sogenannten «nicht Normalen» von der Gesellschaft abgespaltet werden. Somit wird das Ziel verfehlt, dass alle Menschen integriert werden. Gleichzeitig wird dabei nicht jeder Mensch als Individuum gesehen, sondern die Menschen werden in Klassen eingeteilt, was nicht dem Gerechtigkeits Sinn der Verfasserin entspricht.

2.2 Klassifizierungssysteme von Krankheiten

Es gibt zwei Klassifizierungssysteme, in welche Krankheiten eingeteilt werden können (vgl. Albrecht 2006: 6). Das eine Klassifizierungssystem ist das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA), und das andere System ist das «International Classification of Disorders» (ICD-10) der World Health Organization (WHO) (vgl. ebd.: 6). Im Klassifizierungssystem «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV) ist der Begriff Burnout nicht enthalten (vgl. ebd.: 6). Im «International Classification of Disorders» (ICD-10) ist er dagegen aufgeführt, jedoch nur in einer Zusatzkategorie (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 9). In dieser Zusatzkategorie wird ein Überblick darüber gegeben, welche Faktoren den Gesundheitszustand beeinflussen können (vgl. ebd.: 9). Bei der Ziffer Z73 wird der Begriff Burnout umschrieben mit «Zustand der körperlichen Erschöpfung» (vgl. Albrecht 2006: 6). Es gibt jedoch keine diagnostischen Leitlinien, welche trennscharfe Kriterien zur Symptomatik vorgeben (vgl. ebd.: 6). Infolgedessen gilt das Burnout-Syndrom nicht als Diagnose und ist somit auch keine Krankheit (vgl. ebd.: 6).

2.3 Die Symptome des Burnout-Syndroms

Je nach Studie sind die Symptome des Burnout-Syndroms sehr unterschiedlich, und doch sind diese überraschend ähnlich (vgl. Burisch 2014: 25). Burisch ist einer der Autoren, der eine Übersicht aller möglichen Symptome, deren Summierung zu einem Burnout-Syndrom führen kann, erstellt hat (vgl. ebd.: 25). Es ist wichtig anzumerken, dass bei einem möglichen Burnout-Syndrom nicht alle Symptome vorhanden sein müssen (vgl. ebd.: 25). Vielmehr geht es darum, dass beim Vorhandensein eines Symptoms die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass auch andere Symptome auftreten werden (vgl. ebd.: 29). Fast von keinem Autor oder keiner Autorin wird festgelegt, wie viele und welche Symptome vorhanden sein müssen, damit von einem Burnout-Syndrom gesprochen werden kann, dies deshalb, weil sich einige Symptome gegenseitig ausschließen und weil nicht jede Person das terminale Stadium erreicht (vgl. ebd.: 29). Weiter ist zu erwähnen, dass die Gruppierung sowie die Reihenfolge der Symptome nicht nach einem bestimmten System, sondern willkürlich gewählt sind (vgl. ebd.: 30).

Die Verfasserin hat sich für diese Übersicht entschieden, da es ihr wichtig erscheint, einen umfassenden Überblick über alle potenziellen Symptome des Burnout-Syndroms zu geben. Weiter bringt die Kategorisierung der einzelnen Symptome Struktur und Klarheit mit sich, womit das Leseverständnis vereinfacht wird. Es ist wichtig anzumerken, dass diese Übersicht mit höchster Vorsicht zu betrachten ist, weil keine Aussage darüber gemacht wird, welche Kombinationen und Summierungen von Symptomen schliesslich zu einem Burnout-Syndrom führen können. Die Übersicht soll nicht die Zuordnung eines Burnout-Syndroms beabsichtigen, sondern soll aufzeigen, wie komplex und diffus das Burnout-Syndrom ist.

Burisch sagt, dass die Reihenfolge willkürlich gewählt ist (vgl. ebd.: 30). Die Verfasserin nimmt somit an, dass es sich bei der Übersicht nicht um ein Phasenmodell, sondern um eine Aufzählung von Symptomen handelt. Trotzdem macht Burisch einen Start mit der Kategorie «Warnsymptome in der Anfangsphase» und setzt ein Ende mit der Kategorie «Verzweiflung» oder auch «terminales Burnout-Stadium» (vgl. ebd.: 26ff.). Die beiden Titel erachtet die Verfasserin als eher kritisch, weil sie dazu führen können, dass das Ganze dann als Reihenfolge und somit als Phasenmodell verstanden werden kann.

Burnout-Symptomatik

Warnsymptome der Anfangsphase

- überhöhter Energieeinsatz
 - Hyperaktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit, Gefühl der Unentbehrlichkeit, Gefühl, nie Zeit zu haben, nicht abschalten können, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen, Beschränkung sozialer Kontakte auf Klientel
- Erschöpfung und deren unmittelbare Folgen
 - Energiemangel, Unausgeschlafenheit, erhöhte Unfallgefahr

Reduziertes Engagement

- für Klientel, Patienten und Patientinnen, Schüler und Schülerinnen etc.
 - menschliche Enttäuschung, Verlust positiver Gefühle gegenüber Klientel, grössere innere Distanz zu Klientel, Meidung von Kontakt mit Klientel sowie Kollegen und Kolleginnen, Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klientel, Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung, Schuldzuweisung an Klientel für Probleme, höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern, Stereotypisierung von Klientel, Schülerinnen und Schülern etc., Betonung von Fachjargon, Dehumanisierung
- für andere allgemein
 - Unfähigkeit zu geben, Kälte, Zynismus, Verlust von Empathie, Verständnislosigkeit, Schwierigkeiten, anderen zuzuhören
- für die Arbeit
 - Verlust von Idealismus, Desillusionierung, negative Einstellung zur Arbeit, Widerwillen und Überdross, ständiges Auf-die-Uhr-Schauen, Fluchtphantasien, Überziehen von Arbeitspausen, verspäteter Arbeitsbeginn, vorverlegter Arbeitsschluss, Fehlzeiten, Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende, höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit

Erhöhte Ansprüche

- Konzentration auf die eigenen Ansprüche, Gefühl mangelnder Anerkennung, Gefühl, ausgebeutet zu werden, Eifersucht, Konflikte in der Familie

Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen

- Depression
 - Schuldgefühle, reduzierte Selbstachtung, Insuffizienzgefühle, Gedankenverlorenheit, Selbstmitleid, Humorlosigkeit, unbestimmte Angst und Nervosität, abrupte Stimmungsschwankungen, verringerte emotionale Belastbarkeit, Bitterkeit, Gefühl von Abgestorbensein und Leere, Schwächegefühl, Neigung zum Weinen, Ruhelosigkeit, Gefühl des Festgefahreenseins, Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle, Pessimismus, Fatalismus, Apathie, erste Suizidgedanken
- Aggression
 - Schuldzuweisung an andere oder an «das System», Vorwürfe an andere, Verleugnung der Eigenbeteiligung, Ungeduld, Launenhaftigkeit, Intoleranz, Kompromissunfähigkeit, Nörgeleien, Negativismus, Reizbarkeit, Ärger und Ressentiments, defensive/paranoide Einstellungen, Misstrauen, Konflikte

Abbau

- der kognitiven Leistungsfähigkeit
 - Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben, Ungenauigkeit, Desorganisation, Verlegen von Dingen, Entscheidungsunfähigkeit, Unfähigkeit zu klaren Anweisungen
- der Motivation
 - verringerte Initiative, verringerte Produktivität, Dienst nach Vorschrift
 - der Kreativität
 - verringerte Phantasie, verringerte Flexibilität
 - Entdifferenzierung
 - rigides Schwarz-Weiss-Denken, Widerstand gegen Veränderungen aller Art

Verflachung

- des emotionalen Lebens
 - Verflachung gefühlsmässiger Reaktionen, Gleichgültigkeit
- des sozialen Lebens
 - weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an Einzelne, Meidung informeller Kontakte, Suche nach interessanteren Kontakten, Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit, Eigenbrötelei, Mit-sich-selbst-Beschäftigt-Sein, Einsamkeit
- des geistigen Lebens

- Aufgeben von Hobbys, Desinteresse, Langeweile

Psychosomatische Reaktionen

- Schwächung der Immunreaktion, Schlafstörungen, Alpträume, sexuelle Probleme, gerötetes Gesicht, Herzklopfen, beschleunigter Puls, Engegefühl in der Brust, Atembeschwerden, erhöhter Blutdruck, Muskelverspannungen, Rücken-, Kopfschmerzen, nervöse Tics, Verdauungsstörungen, Übelkeit, Magen-Darm-Geschwüre, Gewichtsveränderungen, veränderte Essgewohnheiten, mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen

Verzweiflung

- negative Einstellung zum Leben, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, Suizidabsichten, existenzielle Verzweiflung

Abb. 1: Burnout-Symptomatik (in: Burisch 2014: 26–29)

2.3.1 Kategorie 1: Warnsymptome in der Anfangsphase

Die Anfangsphase eines Burnout-Syndroms ist geprägt von einem überhöhten Energieeinsatz (vgl. Burisch 2014: 30). Mit dem überhöhten Energieeinsatz ist nicht nur ein endloses Mass an Überstunden, sondern auch das Grübeln über die Arbeit in der Freizeit gemeint (vgl. ebd.: 30). Die betroffenen Personen stellen sich dann in der Freizeit Fragen wie: Habe ich in den verschiedenen Arbeitssituationen heute richtig gehandelt? Was hätte ich besser machen können? Was habe ich heute alles nicht erledigt? Dadurch, dass sich die betroffenen Personen solche Fragen stellen, können sie ihre Freizeit nicht geniessen und Energie tanken, sondern sind immer noch mit der Arbeit beschäftigt. Wer sich in der Freizeit nicht erholen kann, schwächt die Widerstandskraft für den nächsten Arbeitstag (vgl. ebd.: 30). Weiter ist bekannt, dass nicht die Arbeitsmenge zählt, sondern die Gefühlslage, mit der die Arbeit verrichtet wird (vgl. ebd.: 30). Stehen Einsatz und Ertrag, Anstrengung und Belohnung sowie Negatives und Positives im Einklang, kann ein hohes Engagement über Jahre hinweg aufrechterhalten werden (vgl. ebd.: 30).

2.3.2 Kategorie 2: Reduziertes Engagement

Diese Kategorie ist gekennzeichnet durch die idealistische Überhöhung der Arbeit (vgl. ebd.: 31). Daraus folgt der emotionale, kognitive und verhaltensmässige Rückzug von den Arbeitskollegen und -kolleginnen, den Freunden und Freundinnen und vor allem von der Arbeit (vgl. ebd.: 31). Das kann sich so äussern, dass die betroffenen Personen die Pausen nicht mehr mit den Arbeitskollegen oder -kolleginnen verbringen, dass sie Treffen mit

Freunden und Freundinnen absagen oder aber auch, dass sie sich nicht mehr so stark für die Klientel engagieren. Erwähnenswert ist, dass es sich dabei vor allem um Personen handelt, die ihren Beruf einmal geliebt haben (vgl. ebd.: 31).

2.3.3 Kategorie 3: Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen

Diese Kategorie ist geprägt von Desillusionierung (vgl. ebd.: 33). Eine Desillusionierung ist eine schmerzhaft Erfahrung (vgl. ebd.: 33). Mithilfe von Schuldzuweisungen wird der Desillusionierung entgegengewirkt (vgl. ebd.: 33). Es sind Schuldzuweisungen gegen sich selbst, gegen die anderen oder gegen das ganze System (vgl. ebd.: 33). Bei der Schuldzuweisung gegen sich selbst kann dies zu depressiv-ängstlichem Verhalten führen (vgl. ebd.: 33). Ist die Schuldzuweisung gegen andere oder das System gerichtet, so kann dies zu aggressiv-gereiztem Verhalten führen (vgl. ebd.: 33).

2.3.4 Kategorie 4: Abbau

Bei der Kategorie 4 kommt es zu einem Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit (vgl. ebd.: 34). Es passieren vermehrt Flüchtigkeitsfehler, Termine gehen vergessen oder die Akten werden verlegt und sind nicht mehr auffindbar (vgl. ebd.: 34). Weiter kommen von den betroffenen Personen keine innovativen Impulse mehr, und Experimente werden nicht mehr gemacht (vgl. ebd.: 34). Nur eines wünschen sich die betroffenen Personen: kognitive Entlastung (vgl. ebd.: 34).

2.3.5 Kategorie 5: Verflachung

In dieser Kategorie verflacht das Interesse am emotionalen, sozialen und geistigen Leben (vgl. ebd.: 35). Die betroffenen Personen zeigen für nichts mehr Interesse. Die Freunde und Freundinnen, die Arbeitskollegen und -kolleginnen sowie die Arbeit an und für sich interessieren die betroffenen Personen nicht mehr. Durch das Desinteresse an der Umwelt ziehen sich die sozialen Kontakte zurück, dies wiederum führt zu Einsamkeit (vgl. ebd.: 35).

2.3.6 Kategorie 6: Psychosomatische Reaktionen

In dieser Kategorie beginnen die psychosomatischen Reaktionen wie zum Beispiel Herzklopfen, Atembeschwerden, erhöhter Blutdruck, Kopfschmerzen etc. (vgl. ebd.: 35). Zudem werden vermehrt Alkohol, Nikotin und andere Drogen durch die betroffenen Personen konsumiert (vgl. ebd.: 35).

2.3.7 Kategorie 7: Verzweiflung

Bei der Kategorie 7 handelt es sich um das terminale Burnout-Stadium (vgl. ebd.: 35). Das temporäre Gefühl der Hilflosigkeit verändert sich nun zum permanenten Gefühl der Hoffnungslosigkeit (vgl. ebd.: 35). Immer mehr fehlt den betroffenen Personen der Sinn des Lebens, und es kann zu Suizidabsichten kommen (vgl. ebd.: 35).

2.4 Phasen des Burnout-Syndroms

Wie bei der Burnout-Symptomatik gibt es auch beim Verlauf des Burnout-Syndroms verschiedene Theorien (vgl. ebd.: 40). Die verschiedenen Phasentheorien basieren nicht auf systematischen empirischen Studien, es sind intuitive Typisierungsversuche (vgl. ebd.: 40). Zu den bekanntesten Phasentheorien gehören die von Freudenberger und Lauderale, Edelwich und Brodsky, Cherniss sowie Pines und Maslach (vgl. ebd.: 40). Im Folgenden wird die Phasentheorie von Edelwich und Brodsky vorgestellt.

Die Verfasserin hat sich für dieses Phasenmodell entschieden, weil es einen möglichen Ablauf eines Burnout-Syndroms darstellt. Es zeigt, dass das Burnout-Syndrom nicht ein plötzlich auftretendes Phänomen ist, sondern ein Prozess, aufgeteilt in verschiedene Phasen.

Bei diesem Phasenmodell ist inhaltlich erkennbar, dass es sich nicht nur, aber auch auf das Berufsfeld der Sozialen Arbeit bezieht. Das ist daraus ersichtlich, dass in den verschiedenen Phasen von der Klientel gesprochen wird.

Leider ist das Phasenmodell enorm auf den beruflichen Kontext fokussiert; es lässt sich somit vermuten, dass die Autoren davon ausgehen, dass nur diejenigen an einem Burnout-Syndrom leiden können, die eine Arbeitstätigkeit ausüben.

Phase 1: Idealistische Begeisterung

- Selbstüberschätzung
- hochgesteckte Ziele
- Omnipotenzphantasien
- Optimismus
- hoher Energieeinsatz
- Überidentifikation mit Klientel und mit der Arbeit allgemein

Phase 2: Stillstand

- erste Enttäuschungen

- Bedürfnisse nach Komfort, Freizeit, Freunden, Karriereaussichten werden wichtiger
- Beschränkung der Kontakte auf Kollegen und Kolleginnen
- Reduzierung des Lebens auf die Arbeit
- Familienleben leidet
- Rückzug von Klientinnen und Klienten

Phase 3: Frustration

- Erfahrung der Erfolglosigkeit und der Machtlosigkeit
- Probleme mit Bürokratie, zu viel Papierkrieg
- fühlbarer Mangel an Anerkennung von Klientel wie auch Vorgesetzten
- Gefühl der Inkompetenz
- Psychosomatosen
- Drogengebrauch
- Überernährung

Phase 4: Apathie

- völlige Desillusionierung
- Verzweiflung wegen schwindender beruflicher Alternativen
- Resignation
- Gleichgültigkeit

Phase 5: Intervention (fallspezifisch)

Abb. 2: Phasentheorie nach Edelwich und Brodsky (in: Burisch 2014: 43)

2.4.1 Phase 1: Idealistische Begeisterung

Die erste Phase tritt meist ein beim Berufseinstieg, nach Abschluss des Studiums oder beim Antritt einer neuen Arbeitsstelle (vgl. Edelwich/Brodsky 1984, zit. nach Wellmann 2008: 23). Die betroffenen Personen sind hoch motiviert und freuen sich darüber, das eigene Wissen und Können zu zeigen (vgl. ebd.: 23). Sie treten ihre Arbeit mit Idealismus und mit grossem Kraftaufwand an und stecken sich sehr hohe Ziele (vgl. ebd.: 23). Die guten Rückmeldungen der Vorgesetzten, der Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie der Klientel motivieren die betroffenen Personen, noch mehr zu arbeiten (vgl. ebd.: 23). Die betroffenen Personen verzichten dabei immer mehr auf die Pausen, und die Überstunden häufen sich (vgl. ebd.: 23). Dass das Privatleben darunter leidet, fällt den betroffenen Personen zwar auf; sie empfinden das jedoch als selbstverständlich (vgl. ebd.: 23). Zieht sich diese Phase über Monate hin, verkümmert das Privatleben zunehmend, und die persönlichen Bedürfnisse bleiben unbefriedigt (vgl. ebd.: 23) (Bedürfnis nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe wie zum

Beispiel einer Familie oder Freunden, aber auch das Bedürfnis nach Liebe und Anerkennung). Die betroffenen Personen versuchen dann, die unbefriedigten Bedürfnisse immer mehr durch Arbeit zu kompensieren (vgl. ebd.: 23). Es entsteht eine Überidentifikation mit der Klientel und mit der Arbeit (vgl. ebd.: 23).

2.4.2 Phase 2: Stillstand

Diese Phase wird auch als Phase der Enttäuschung bezeichnet (vgl. ebd.: 23). Es zeigt sich zunehmend, dass die Klientel und die Arbeit die persönlichen Bedürfnisse der betroffenen Person nicht befriedigen können (vgl. ebd.: 23). Der Enthusiasmus, über welchen die betroffene Person einmal verfügt hat, ist aus dem Alltag verschwunden (vgl. ebd.: 23). Das Bedürfnis nach dem Privatleben wird wieder grösser (vgl. ebd.: 23). Die betroffenen Personen stellen fest, dass es keinen Grund dafür gibt, das Privatleben wegen der unbefriedigenden Arbeit zu vernachlässigen (vgl. ebd.: 23).

2.4.3 Phase 3: Frustration

Die Phase der Frustration ist der Kernpunkt des Burnout-Syndroms (vgl. ebd.: 24). Die Enttäuschungen häufen sich, und die betroffenen Personen erleben das Gefühl von Erfolg- und Machtlosigkeit (vgl. ebd.: 24). Weiter mangelt es den betroffenen Personen an Anerkennung durch die Klientel, aber auch durch die Vorgesetzten (vgl. ebd.: 24). Der betroffenen Person wird zunehmend bewusst, dass weder die Art der Aufgaben noch die Erreichbarkeit von Zielen den Erwartungen entsprechen, mit der sie die Arbeit begonnen hat (vgl. ebd.: 24). Bei dieser Phase handelt es sich um eine Krise, und die Bewältigungsversuche in dieser Krise liegen beim Vermeiden der Arbeit (vgl. ebd.: 24). Ein Beispiel dafür könnte sein, dass die betroffenen Personen der Klientel vermehrt aus dem Weg gehen, indem sie zum Beispiel sagen, dass sie keine Zeit für ein Gespräch haben (vgl. ebd.: 24). Oder die betroffenen Personen erledigen während der Arbeitszeit private Angelegenheiten (vgl. ebd.: 24). In dieser Phase beginnen die psychosomatischen Erkrankungen wie Magen- oder Kopfschmerzen, und der Konsum von Suchtmittel beginnt (vgl. ebd.: 24).

Die Phase der Frustration kann aber auch anders verlaufen (vgl. ebd.: 24). Es kann sein, dass die betroffene Person versucht, das Engagement zu verstärken, was dazu führt, dass der Prozess wieder von vorne beginnt und die betroffene Person nach kurzer Zeit wieder frustriert ist (vgl. ebd.: 24).

Es kann aber auch sein, dass die betroffene Person die eigenen Kompetenzen erweitert mit Hilfe von Fort- und Weiterbildungen und so in eine bessere Position wechseln kann (vgl. ebd.: 24).

Es kann also gesagt werden, dass sich in dieser Phase die letzte Chance bietet, um aus dem Burnout-Prozess auszusteigen, ansonsten kommt es zur Phase 4 (vgl. ebd.: 24). Die Phase 3 ist eine der wichtigsten Phasen. Denn sie zeigt, dass nicht alle Personen, die in die Phase 1 geraten, zwingend in der Phase 5 enden. Denn wie bereits erwähnt, bietet diese Phase eine Ausstiegsmöglichkeit aus dem Phasenmodell (vgl. ebd.: 24).

2.4.4 Phase 4: Apathie

Diese Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass die betroffenen Personen der Klientel, dem Beruf, den Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie den Vorgesetzten mit einer emotionalen Gleichgültigkeit begegnen (vgl. ebd.: 24). Sie haben resigniert und sind verzweifelt (vgl. ebd.: 24). Ohne eine therapeutische Unterstützung ist es kaum möglich, aus eigener Kraft aus dieser Phase herauszukommen (vgl. ebd.: 24).

2.4.5 Phase 5: Intervention

Die fünfte Phase wird als Intervention bezeichnet (vgl. ebd.: 24). Die Interventionen zielen meist auf die Individuen ab, da davon ausgegangen wird, dass die äusseren Umstände nicht verändert werden können (vgl. ebd.: 25). Damit wird gesagt, dass es an der betroffenen Person selbst liegt, sich mit Hilfe von therapeutischen Massnahmen mit der Gegebenheit zurecht zu finden und die Möglichkeiten und Ziele realistisch einzuschätzen (vgl. ebd.: 25).

Die Verfasserin erachtet es als eher kritisch, die Intervention nur bei den Individuen anzusetzen, denn eigentlich müsste sich nicht nur das Individuum verändern, sondern auch die äusseren Umstände wie zum Beispiel die Arbeitsbedingungen. Es ist klar, dass die Arbeitsbedingungen nicht komplett veränderbar sind, aber es sollte auch bei den Arbeitsbedingungen einen Spielraum geben, der Veränderungen zulässt. Es sollte den Arbeitgebern und -geberinnen ein grosses Anliegen sein, dass die Mitarbeitenden am Arbeitsplatz gesund bleiben.

2.5 Ursachen des Burnout-Syndroms

Grundsätzlich gilt, dass alle Personen vom Burnout-Syndrom betroffen sein können (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 20). Über die Ursachen des Burnout-Syndroms findet man in der Literatur unterschiedliche Meinungen (vgl. ebd.: 20). Diese lassen sich in zwei Erklärungsansätze einteilen: zum einen in die sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Ansätze, zum anderen in den persönlichkeitszentrierten Ansatz (vgl. ebd.: 20).

2.5.1 Sozial-, arbeits- und organisationspsychologische Ansätze

Bei den sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Ansätzen geht es um die sogenannten personenexternen Faktoren (vgl. ebd.: 20). Mit den personenexternen Faktoren sind die äusseren Umstände gemeint, die die Entstehung eines Burnout-Syndroms begünstigen können (vgl. ebd.: 20). Die arbeits- und organisationspsychologischen Ansätze fokussieren auf die Arbeitsbedingungen und die Organisationsstrukturen (vgl. ebd.: 20). Der sozialpsychologische Ansatz zielt auf den Wandel der Gesellschaft (vgl. ebd.: 21). Diese Ansätze, also der sozialpsychologische sowie die arbeits- und organisationspsychologischen Ansätze, hängen stark voneinander ab, denn wenn sich die Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen verändern, beeinflusst dies oft auch den Wandel der Gesellschaft und umgekehrt (vgl. ebd.: 21).

Es genügt nicht, nur die sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Ansätze als Ursachen des Burnout-Syndroms zu erwähnen (vgl. ebd.: 21). Gäbe es nur diese Ursachen, so würden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Abteilung mit den gleich schlechten Arbeitsbedingungen ausbrennen (vgl. ebd.: 21). Und dies ist oftmals nicht der Fall, denn es trifft meist nur vereinzelte Personen (vgl. ebd.: 21). Die Erklärung dafür, dass nur vereinzelt Personen an einem Burnout-Syndrom erkranken, liegt an den personeninternen Umständen, auf die im folgenden Kapitel eingegangen wird (vgl. ebd.: 21).

2.5.2 Persönlichkeitszentrierter Ansatz

Der persönlichkeitszentrierte Ansatz zielt auf die Persönlichkeit des Menschen ab (vgl. ebd.: 21). Es gibt Persönlichkeitsmerkmale, die ein Burnout-Syndrom begünstigen können (vgl. Schneider 2014: 16). Zudem können die Persönlichkeitsstruktur sowie die inneren Ängste und Wünsche die Entstehung eines Burnout-Syndroms fördern (vgl. Elsässer/Saurer 2013: 21). Jeder Mensch reagiert anders auf Stress und geht anders mit belastenden Situationen um (vgl. ebd.: 21). So gesehen erleidet eine Person mit einem bestimmten Mass an Stress schneller ein Burnout-Syndrom als eine andere Person (vgl. ebd.: 21).

2.5.3 Zusammenwirken der beiden Ansätze

Es ist unerlässlich, dass man bei der Betrachtung der Ursachen des Burnout-Syndroms beide Ansätze berücksichtigt, also die sozial-, arbeits- und organisationspsychologischen Ansätze sowie der persönlichkeitszentrierte Ansatz (vgl. ebd.: 22), denn in der jüngsten Burnout-Literatur ist man sich darüber einig, dass ein Zusammenspiel beider Ansätze ein Burnout-Syndrom begünstigen können (vgl. Schneider 2014: 16). Das heisst, dass die Ursache des Burnout-Syndroms weder alleine nur an den äusseren Umständen noch an einer Person selbst liegt (vgl. Elsässer/Saurer 2013: 22). Nur wenn personenexterne und

personeninterne Faktoren aufeinandertreffen und es zu einer Überlastung kommt, kann dies zu einem Burnout-Syndrom führen (vgl. ebd.: 22).

2.6 Personale und organisationale Risiko- und Schutzfaktoren

2.6.1 Personale Risikofaktoren

Es ist wichtig anzumerken, dass es nicht die «Persönlichkeit des Ausbrennens» gibt (vgl. Schneider 2014: 16). Vielmehr sind es einzelne Persönlichkeitsmerkmale, welche ein Burnout-Syndrom begünstigen können (vgl. ebd.: 16).

Zu den personalen Risikofaktoren zählen allgemeine Persönlichkeitsmerkmale wie Ängstlichkeit, Ungeduld, hochgesteckte Ziele, Sorgen und Depressionen, Sensibilität, mangelnde Selbstachtung, ein hochgradiges Bedürfnis nach Erfolg, ein unermüdlicher Arbeitseinsatz, eine geringe Belastbarkeit und eine Suchtstruktur (vgl. ebd.: 16).

Auch der Grenzgänger oder die Grenzgängerin mit labilem Selbstwertgefühl, der oder die die eigenen Zielmarken laufend erhöht, weist ein erhöhtes Risiko auf, ein Burnout-Syndrom zu erleiden (vgl. Burisch 2014: 175). Denn für diesen Grenzgänger oder diese Grenzgängerin ist das, was er oder sie heute tut, morgen nicht mehr gut genug (vgl. ebd.: 175). Kann der Grenzgänger oder die Grenzgängerin dies nicht spielerisch nehmen, so ist er oder sie besonders für ein Burnout-Syndrom anfällig (vgl. ebd.: 175).

Weiter sind Menschen mit einem Helfersyndrom gefährdet (vgl. Wellmann 2008: 30). Wolfgang Schmidbauer, ein Psychoanalytiker, prägte den Begriff Helfersyndrom Ende der 1970er-Jahre (vgl. ebd.: 29). In der Folge gewann der Begriff Helfersyndrom im sozialen Bereich an Bekanntheit (vgl. ebd.: 29). Man kann also davon ausgehen, dass es sich beim Helfersyndrom um keinen medizinischen Fachbegriff handelt, sondern um einen Modebegriff. Der Begriff Helfersyndrom wird wie folgt umschrieben: Menschen mit einem Helfersyndrom verausgaben sich für die Klientel und auch für ihr soziales Umfeld; sie setzen alles daran, anderen Menschen zu helfen und vernachlässigen so ihre eigenen Bedürfnisse (vgl. ebd.: 30). Der Ursprung des Helfersyndroms liegt meist in der Kindheit, in welcher die betroffenen Personen von ihren Bezugspersonen abgelehnt wurden (vgl. ebd.: 30). Da die Wünsche und Bedürfnisse des Kindes zu diesem Zeitpunkt nicht befriedigt wurden, entwickelte sich das Kind im Erwachsenenalter zum mächtigen Helfer oder zur mächtigen Helferin, der oder die anderen Menschen hilft (vgl. ebd.: 30). Es wird versucht, die Fürsorge zu geben, die die betroffene Person selbst gerne bekommen hätte (vgl. ebd.: 30). Durch das

Helfen erkaufte sich die Person mit Helfersyndrom Zuwendung, nimmt somit eine gestärkte Position ein und stabilisiert so das schwache Selbstwertgefühl (vgl. ebd.: 31).

Zum personalen Risikofaktor Empathie ist zu sagen, dass empathische Menschen besonders dann für ein Burnout-Syndrom gefährdet sind, wenn sie nicht in der Lage sind, anderen Menschen Grenzen zu setzen und sich nicht abgrenzen können (vgl. Burisch 2014: 179f.). Empathische Menschen können dazu tendieren, sich derart in das Gegenüber einzufühlen, dass sie nur noch deren Wünsche und Bedürfnisse sehen und die eigenen Bedürfnisse unterdrückt werden. Dies hat zur Folge, dass diese emotionalen Menschen sich einerseits nicht mehr abgrenzen können, weil das Mitgefühl zum Gegenüber derart gross ist. Andererseits können sie dem Gegenüber keine Grenzen mehr setzen, da sie ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr kennen.

2.6.2 Personale Schutzfaktoren

Nebst den personalen Risikofaktoren gibt es auch personale Schutzfaktoren. Ein Schutzfaktor ist zum Beispiel, wenn Personen gut abschalten und die innere Distanz wahren können (vgl. Poulsen 2009: 73). Verfügt eine Person über die genannten Eigenschaften, so kann sie die belastenden Situationen aus dem Berufsalltag am Arbeitsplatz zurücklassen und hat somit am Abend den Kopf frei für das Privatleben (vgl. ebd.: 73).

Ein weiterer personaler Schutzfaktor ist die Eigenschaft, die eigenen Grenzen zu kennen und diese auch setzen zu können (vgl. ebd.: 73). Es geht darum, sich abgrenzen und Nein-Sagen zu können (vgl. Burisch 2014: 180). Werden die eigenen Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse häufig verleugnet, kann ein innerer Unmut entstehen (vgl. Poulsen 2009: 73). Dies wiederum kann zu Unzufriedenheit, schlechter Laune und psychosomatischen Erkrankungen führen (vgl. ebd.: 73). Damit die eigenen Grenzen gesetzt werden können, ist ein gesundes Selbstbewusstsein und eine gute Abgrenzungsfähigkeit unabdingbar (vgl. ebd.: 73).

Die Fähigkeit, gerade in herausfordernden Situationen die innere Ruhe zu bewahren und sachlich zu bleiben, stellt auch einen personalen Schutzfaktor dar (vgl. ebd.: 73). Die Verfasserin hält das für eine zentrale Fähigkeit, denn gerät jemand in einer stressigen Situation ausser Kontrolle, so kann es sein, dass diese Person die Handlungsfähigkeit verliert. Kann eine Person aber in einer solchen Situationen die Ruhe bewahren, behält sie einen klaren Kopf und kann sich so überlegen, wie sie die Herausforderung meistern kann.

Auch Personen, welche in schwierigen Situationen Hilfe von anderen Personen annehmen können, sind weniger für ein Burnout-Syndrom gefährdet (vgl. ebd.: 73). Können Personen Hilfe von anderen annehmen, so erfahren sie Unterstützung und können so stressige Situationen bewältigen. Können aber Personen die Hilfe nicht annehmen, so sind sie in stressigen Situationen auf sich gestellt und müssen versuchen, diese allein zu bewältigen.

Zu einem weiteren personalen Schutzfaktor zählt eine hohe Selbstwirksamkeit (vgl. Bartholdt/Schütz 2010: 95). Unter der Selbstwirksamkeit wird die eigene subjektive Überzeugung verstanden, Situationen bewältigen, etwas bewirken und sein Leben selbst kontrollieren zu können (vgl. Hobmair 2013a: 179).

Auch Eigenschaften wie Strukturiertheit, eine rasche Entscheidungsfähigkeit, Organisationsgeschick, realistische Ansprüche, Kooperationsfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit und Belastbarkeit gehören zu den personalen Schutzfaktoren (vgl. Poulsen 2009: 73).

Ein weiterer personaler Schutzfaktor ist das soziale Netzwerk (vgl. ebd.: 81). Verfügt eine Person über ein soziales Netzwerk, so kann dies auch das Risiko minimieren, an einem Burnout-Syndrom zu erkranken, denn Gespräche mit Familie und Kneipenbesuche mit Freunden sowie Freundinnen können als Kraftquelle dienen (vgl. ebd.: 81).

2.6.3 Organisationale Risikofaktoren

Ein organisationaler Risikofaktor ist die qualitative und quantitative Arbeitsbelastung (vgl. Burisch 2014: 66). Unter qualitativer Arbeitsbelastung versteht man die Art der Klientel, die Heterogenität und die Unmöglichkeit, sich die Klientel selbst auszuwählen (vgl. ebd.: 66). Unter der quantitativen Arbeitsbelastung wird die durchschnittliche Anzahl der Klientel verstanden (vgl. ebd.: 66). Kommt es zu einer Überbelastung in der quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastung, so kann dies zu einem Burnout-Syndrom führen (vgl. Litzcke/Schuh 2007: 169).

Auch die intensiven Arbeitsbedingungen, das Fehlen von Fairness, der Verlust von Vertrauen, die Angst um den Arbeitsplatz sowie die Komplexität der Arbeit sind organisationale Risikofaktoren (vgl. Schneider 2014: 18). Unter der Komplexität der Arbeit wird verstanden, dass mehrere Aufgaben von einer Person gleichzeitig erledigt werden müssen (vgl. ebd.: 18). Zudem sind die Aufgaben, die eine Person erledigen muss, sehr vielschichtig.

Weitere Risikofaktoren können mangelhafte Belohnung und Anerkennung sein (vgl. Litzcke/Schuh 2007: 170). Findet sich in einem Unternehmen keine Kultur der Wertschätzung, so leiden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufiger an einem Burnout-Syndrom (vgl. ebd.: 170). In einer wertschätzenden Kultur werden die Leistungen der Mitarbeitenden anerkannt und geschätzt und dies den Mitarbeitenden auch kommuniziert. Unter mangelhafter Belohnung und Anerkennung wird aber nicht nur der Verzicht auf eine wertschätzende Kultur verstanden, sondern auch eine unangemessene Entlohnung sowie unfaire Arbeitsbedingungen (vgl. Wellmann 2008: 36).

Auch der Rollenkonflikt ist ein organisationaler Risikofaktor (vgl. Wagner 2010: 181). Ein Rollenkonflikt entsteht dann, wenn verschiedene Erwartungen an eine Person gestellt werden, zum Beispiel, wenn sich eine Person zwischen den Erwartungen des Unternehmens und den Erwartungen der Klientel entscheiden muss (vgl. ebd.: 181). Es entsteht so eine Ambivalenz bei den Mitarbeitenden. Sie sind dann hin- und hergerissen und wissen nicht, wessen Erwartung sie erfüllen sollen. Besteht ein solcher Rollenkonflikt über eine längere Zeit, kann dies zu einem Burnout-Syndrom führen (vgl. ebd.: 182).

Unklare Anweisungen und Zielunklarheit sind weitere organisationale Risikofaktoren (vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO 2010: 41). Werden Anweisungen von den Vorgesetzten nicht klar formuliert, bleibt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meist offen, was genau das Ziel ist beziehungsweise was von ihnen erwartet wird (vgl. ebd.: 41). Den Mitarbeitenden ist dann nicht klar, welches Vorgehen sie wählen sollen (vgl. ebd.: 41). Durch die unklare Anweisung und die Zielunklarheit können seitens der Mitarbeiterinnen und den Mitarbeitern somatische Beschwerden entstehen, welche nach und nach zu einem Burnout-Syndrom führen können (vgl. ebd.: 41).

Der nächste organisationale Risikofaktor ist bei den Wertvorstellungen zu finden (vgl. Schneider 2014: 18). Wenn die Wertvorstellungen des Unternehmens von den individuellen Wertvorstellungen abweichen, kann dies zu einem Burnout-Syndrom führen (vgl. ebd.: 18). Zur Veranschaulichung der unterschiedlichen Wertvorstellungen dient das folgende Beispiel: Ein Verkäufer eines Kleiderladens ist bestrebt, seine Kunden und Kundinnen nach bestem Wissen und Gewissen zu beraten. Es ist ihm ein grosses Anliegen, seinen Kunden und Kundinnen nur das zu verkaufen, was diese wirklich wollen. An einer Verkaufsschulung wird ihm dann aber mitgeteilt, dass es darum gehe, den Verkaufsumsatz zu steigern. Die Verkäufer und Verkäuferinnen sollen den Kunden und Kundinnen auch Kleider schmackhaft machen, die sie ursprünglich nicht wollten. Der Verkäufer merkt zunehmend, dass seine Wertvorstellungen nicht mehr mit den Wertvorstellungen der Organisation übereinstimmen.

Weitere organisationale Risikofaktoren sind die Emotionsarbeit und die emotionale Dissonanz (vgl. Wagner 2010: 167). Damit sind die hohen Anforderungen einer auf Personen bezogenen Dienstleistung gemeint (vgl. ebd.: 167). Während des Erbringens einer solchen Dienstleistung sind Emotionen im Spiel (vgl. ebd.: 167). Soziale Dissonanz tritt ein, wenn die Personen, welche eine Dienstleistung erbringen, die tatsächlichen Emotionen nicht zeigen dürfen (vgl. ebd.: 167). Stattdessen sollen sie Emotionen wie Mitgefühl, Bedauern oder Freundlichkeit zeigen (vgl. ebd.: 167).

Abschliessend soll noch auf den organisationalen Risikofaktor der fehlenden Autonomie hingewiesen werden (vgl. Litzcke/Schuh 2007: 170). Besonders in grossen Organisationen mangelt es an Autonomie (vgl. ebd.: 170). Die Hierarchien sind dort sehr starr, und sie tendieren dazu, von oben nach unten zu wirken, kaum Verantwortung abzugeben und möglichst viel zu kontrollieren (vgl. ebd.: 170). Dies hat zur Folge, dass die Motivation und Effizienz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sinkt, da sie sich ausgeliefert fühlen (vgl. ebd.: 170). Die Mitarbeitenden begeben sich in eine passive Rolle und sehen sich als Teil der Unveränderbarkeit (vgl. ebd.: 170). Die Mitarbeitenden fühlen sich deshalb ohnmächtig und glauben, dass ihre Meinung in der Organisation nicht gefragt ist und sie somit nichts verändern können. Die Geschäftsleitung entscheidet alles, ohne die Mitarbeitenden in die Entscheidungen miteinzubeziehen.

2.6.4 Organisationale Schutzfaktoren

Organisationen stellen einen grossen Schutzfaktor dar, insbesondere dann, wenn sie längere Arbeitspausen sowie Sonderurlaube gewähren, die Meinungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Entscheidungen einfließen lassen, Supervisionen und Coachings finanzieren sowie Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen (vgl. ebd.: 171). Die Strukturen der Organisationen sollten an die Bedürfnisse und Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angepasst werden (vgl. ebd.: 171). Auch die Arbeitseinteilung und die Arbeitsumgebung (Innenarchitektur) sollten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst ausgewählt werden können (vgl. ebd.: 171). Wird dies durch die Organisationen umgesetzt, so können die Motivation und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesteigert werden (vgl. ebd.: 171).

Weitere organisationale Schutzfaktoren sind klare Strukturen, Aufgabenbeschreibungen, klare Vorgaben und konkrete Konzepte, welche von einer Organisation zur Verfügung gestellt werden (vgl. Poulsen 2009: 101).

Auch die Führungskräfte können ein organisationaler Schutzfaktor sein (vgl. ebd.: 98). Führungskräfte, welche wertschätzend sind, gut zuhören können, Rückmeldungen geben und die Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen und würdigen, können das Risiko minimieren, dass die Mitarbeitenden ein Burnout-Syndrom erleiden (vgl. ebd.: 98). Die Führungskräfte könnten so zu einem wichtigen organisationalen Schutzfaktor werden. In ihren bisherigen Tätigkeiten hat die Verfasserin festgestellt, wie unterstützend gute Führungskräfte sein können. Durch die Würdigung der geleisteten Arbeit durch die Vorgesetzten können die Mitarbeitenden enorm motiviert werden. Bei den Mitarbeitenden entsteht das Gefühl, dass ihre Leistung honoriert wird, und dies hat zur Folge, dass sie bereit sind, viel zu leisten.

3. Berufsfeld der Sozialen Arbeit

3.1 Auftrag, Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit

Die Verfasserin hat sich dafür entschieden, den Auftrag, die Ziele und die Aufgaben der Sozialen Arbeit anhand des Berufsbildes und des Berufskodexes von AvenirSocial, Soziale Arbeit Schweiz, zu beschreiben. Dies aus dem Grund, weil der Verband AvenirSocial formuliert, wie die Soziale Arbeit in der Schweiz aussehen soll. Der Vorstand von AvenirSocial setzt sich aus verschiedenen Fachkräften zusammen. Somit können verschiedene Meinungen aufeinandertreffen und diskutiert werden. Aus der Diskussion entsteht eine gemeinsame Haltung, welche dann schliesslich vom Verband vertreten wird. Es ergibt sich somit eine bessere Qualität, als wenn die Haltung nur von einer Fachperson stammt.

Die Profession Soziale Arbeit beinhaltet eine vielseitige Mischung aus fachspezifischen Tätigkeiten (AvenirSocial 2014: 2). Bei allen Tätigkeiten geht es darum, soziale Probleme von Menschen zu lindern oder zu lösen (vgl. AvenirSocial 2010: 6), wie zum Beispiel Armut, Kriminalität, Arbeitslosigkeit etc. Werden die sozialen Probleme nicht gelöst, können die biologischen, psychischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedürfnisse von Individuen, Gruppen, Gemeinwesen und gesellschaftlichen Systemen nicht befriedigt werden (vgl. AvenirSocial 2014: 2). Die sozialen Probleme können aufgrund von unterschiedlichen sozialen und persönlichen Voraussetzungen, der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, dem gesellschaftlichen, politischen oder ökonomischen Wandel oder aber auch durch beeinträchtigende Machtprozesse und Machtstrukturen entstehen (vgl. ebd.: 2).

Zu den Aufgaben von Professionellen der Sozialen Arbeit gehört es, mit ihrer Tätigkeit und in Zusammenarbeit mit anderen Professionen die Handlungsfähigkeit von bestimmten Personen und Gruppen wiederherzustellen (vgl. ebd.: 2). Dabei zeigt sich, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit selten nur allein, sondern viel mit anderen Professionen zusammenarbeiten. Erlangen die betroffenen Personen und Gruppen ihre Handlungsfähigkeit wieder, so können diese erneut soziale Beziehungen eingehen und pflegen, was wiederum ihre Bedürfnisse befriedigt (vgl. ebd.: 2). Es geht also darum, die betroffenen Menschen und Gruppen zu befähigen, ihre Bedürfnisse so weit wie möglich wieder aus eigener Kraft befriedigen zu können (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 34).

Interventionen von Professionellen der Sozialen Arbeit finden auf folgenden Ebenen statt:

- auf der individuellen Ebene (Individuen)
- im Rahmen von Gruppen

- auf gesellschaftlicher Ebene mit ganzen sozialen Systemen (z.B. Gemeinwesen) (vgl. AvenirSocial 2014: 2).

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind dazu verpflichtet, die sozialen Probleme gemeinsam mit den betroffenen Personen, Gruppen oder den sozialen Systemen zu bearbeiten (vgl. ebd.: 2). Hiermit wird der Grundsatz nach Partizipation angesprochen (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Der Grundsatz nach Partizipation besagt, dass die betroffenen Personen, Gruppen oder sozialen Systeme in den Prozess miteinbezogen werden (vgl. ebd.: 9). Die Verfasserin versteht unter einer partizipativen Arbeitsweise, dass die betroffenen Personen, Gruppen oder sozialen Systeme aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Aktiv heisst dabei, nicht nur die Meinungen der betroffenen Personen, Gruppen oder sozialen Systemen zu erfragen, sondern diese auch in die Entscheidungen zu integrieren. Die betroffenen Personen, Gruppen oder sozialen Systeme sollen dabei ein möglichst hohes Mass an Selbstbestimmung erleben (vgl. AvenirSocial 2014: 2), denn das Prinzip, dass die betroffenen Menschen ihre eigenen Entscheidungen treffen können, geniesst laut Berufskodex höchsten Stellenwert (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Zudem sollen die Prinzipien von Gerechtigkeit und Gleichheit aller Menschen seitens der Professionellen der Sozialen Arbeit eingehalten werden (vgl. AvenirSocial 2014: 2).

Das Ziel der Sozialen Arbeit besteht darin, dass die Klientinnen und Klienten ein möglichst hohes Mass an Autonomie erhalten (vgl. ebd.: 2). Besitzen die Klientinnen und Klienten ein hohes Mass an Autonomie, so können sie wieder an gesellschaftlichen Prozessen teilhaben (vgl. ebd.: 2). Dies wiederum ermöglicht es, dass sich die Klientinnen und Klienten besser integrieren können, und sie erhalten so bessere Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. ebd.: 2). Infolgedessen werden die Bedürfnisse dieser Menschen befriedigt, und sie können wieder Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen (vgl. ebd.: 2). Die Zusammenarbeit zwischen den Professionellen der Sozialen Arbeit und der Klientel ist erst dann erfolgreich beendet, wenn die vorhandenen Ressourcen der Klientel aktiviert sind, die Klientel an der Gesellschaft partizipieren und diese auch mitgestalten kann (vgl. ebd.: 2). Für die Verfasserin ist das Ziel Sozialer Arbeit, dass die Klientel ihr Leben wieder autonom führen kann und sie somit keine Unterstützung mehr durch die Professionellen der Sozialen Arbeit benötigt. Diese sollen sich also überflüssig machen. Dabei wird nicht nur mit dem Individuum hin zur Gesellschaft gearbeitet, sondern auch von der Gesellschaft hin zum Individuum (vgl. ebd.: 2). Beim Individuum wird der Fokus darauf gelegt, dass es sich so entwickelt und verändert, dass es wieder in die Gesellschaft passt (vgl. ebd.: 2). Gleichzeitig wird auf einen gesellschaftlichen Wandel hingearbeitet, der es ermöglicht, die biologischen, psychischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedürfnisse aller Individuen zu befriedigen (vgl.

ebd.: 2). Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen eine Vermittlungsrolle zwischen den Individuen und der Gesellschaft einnehmen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 33).

3.2 Menschenbild und Ethik in der Sozialen Arbeit

Die Verfasserin hat sich dafür entschieden, das Menschenbild und die Ethik in der Sozialen Arbeit wiederum mit dem Berufsbild und dem Berufskodex von AvenirSocial, Soziale Arbeit Schweiz, zu beschreiben, mit derselben Begründung wie im Kapitel 3.1.

Menschenwürde, Gerechtigkeit, Demokratie und Solidarität sind zentrale Werte der Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. AvenirSocial 2014: 5). Sie handeln nach einem humanistischen Menschenbild (vgl. ebd.: 5). Dieses geht davon aus, dass jeder Mensch im Kern gut ist und danach strebt, die eigene Persönlichkeit zu entwickeln und sich selbst zu verwirklichen (vgl. Hobmair 2013b: 365). Weiter sollen die bestehenden Fähigkeiten entfaltet werden (vgl. ebd.: 365). Der Mensch wird dabei als ein aktives Wesen betrachtet, das die eigenen Lebensbedingungen selbst gestalten kann, indem es das eigene Verhalten bewusst steuert, beeinflusst und auch verändert (vgl. ebd.: 365).

Weiter agieren die Professionellen der Sozialen Arbeit gemäss den Menschenrechten und den entsprechenden ethischen Prinzipien (vgl. AvenirSocial 2014: 5). Die ethischen Prinzipien sind im Berufskodex von AvenirSocial verankert. Zu den ethischen Prinzipien gehören unter anderem, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit die Menschen über die Ursachen aufklären sollen, die zum sozialen Ausschluss geführt haben (vgl. AvenirSocial 2010: 10). Dabei sollen sie die Menschen motivieren, für ihre Rechte einzustehen und die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu aktivieren, damit sie (wieder) Einfluss nehmen können (vgl. ebd.: 10). Weiter sollen durch die Professionellen Orte geschaffen werden, an denen sich Verfolgte vor sexuellen Übergriffen, Machtmissbräuchen, Bedrohungen etc. zurückziehen können (vgl. ebd.: 10). Ein Beispiel dafür sind die in der Schweiz vorhandenen Frauen- und Männerhäuser. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen zudem eine wertschätzende Haltung einnehmen und ihre Arbeitsweisen gegenüber der Klientel transparent machen (vgl. ebd.: 11). Damit ist gemeint, dass die Professionellen die Klientel über die eigenen Kompetenzen, ihre Grenzen und Möglichkeiten, ihre Methodenwahl sowie den Einbezug von anderen Fachkräften informieren (vgl. ebd.: 11). Abschliessend sollen Professionelle der Sozialen Arbeit ihr Handeln einer Qualitätskontrolle unterziehen (vgl. ebd.: 11). Die aus der Qualitätskontrolle gewonnenen Ergebnisse sollen in das künftige Handeln integriert werden (vgl. ebd.: 11). Dabei ist bereits die Reflexion eine Art Qualitätssicherung.

Dadurch, dass die Professionellen ihre eigene Person und ihr Handeln reflektieren, kann es ihnen gelingen, in einer künftigen ähnlichen Situation professioneller zu handeln.

3.3 Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit

Die Tätigkeitsbereiche von Professionellen der Sozialen Arbeit sind gekennzeichnet durch eine grosse Heterogenität (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 29). Deshalb ist es schwierig, das Praxisfeld zu systematisieren (vgl. ebd.: 29). Im Folgenden findet sich eine Übersicht einer möglichen Systematisierung der Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Die Verfasserin hat sich für diese Übersicht entschieden, da diese sehr umfassend ist und sehr viele Praxisfelder des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit enthält. Ausserdem erachtet sie es als sinnvoll, die Praxisfelder nach der Intensität sowie in die Kategorien der Kinder- und Jugendhilfe, sozialen Hilfe, Altenhilfe sowie Gesundheitshilfe einzugliedern. Besonders erwähnenswert scheint ihr, dass der Tätigkeitsbereich der Forschung und der Lehre aufgeführt ist.

Intensität der Intervention/ Arbeitsfeldtypen	Kinder- und Jugendhilfe	Soziale Hilfe	Altenhilfe	Gesundheitshilfe
Lebenswelt- „ergänzend“	<ul style="list-style-type: none"> • Kindertageseinrichtungen • Kinder- und Jugendarbeit, • insbesondere die Jugendfreizeit- arbeit und die Jugendverbands- arbeit • Allgemeiner Sozialer Dienst 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen für Sozialhilfe- empfänger • Schuldnerberatung • Unterstützung von allein stehenden Nichtsesshaften und Obdachlosen • Hilfen zur Famili- enplanung • Betreuung von Flüchtlingen, Aus- siedlern und Asyl- bewerbern • Resozialisierungs- maßnahmen und -hilfen • Betriebliche Soziale Arbeit/Arbeits- losenzentren 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Pflegedienste • Altenclubs und Alten-Service- Center 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychia- trische Dienste • Betriebliche Gesundheits- dienste • Beratungsstellen und Gesundheits- zentren • Selbsthilfegruppen
Lebenswelt- „ergänzende“ und arbeitsfeld- übergreifende Projektansätze	Gemeinwesenarbeit/Stadteitarbeit Sozialraumbezogene Soziale Arbeit Soziale Netzwerkprojekte Sozialstationen Gemeindenahe, psychosoziale Zentren			
Lebenswelt- „unterstüt- zend“	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder- und Jugendarbeit inklusive der Jugendsozialarbeit • Hilfen zur Erziehung, bei- spielsweise die Sozialpädago- gische Familien- hilfe • Allgemeiner Sozialer Dienst • Besonderer Sozialer Dienst • Jugendgerichts- hilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterkünfte für nichtsesshafte und obdachlose Män- ner und Frauen • Vormundschaft, Pflegschaft und Betreuung von Volljährigen • Bewährungs- und freie Haft- entlassenenhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Tageseinrich- tungen für ältere Menschen • Offene Altenhilfe/ Altenbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilstationäre Rehabilitations- maßnahmen • Berufsbildungs- werke und Bildungszentren • Werkstätten für Behinderte/ Arbeitsprojekte für psychisch Kranke und Drogen- abhängige • Soziale Diens- te in Kranken- häusern und Rehabilitations- zentren
Lebenswelt- „ersetzend“	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen zur Erzie- hung, insbeson- dere die Formen der Fremdunter- bringung • Mädchenzentren • Jugendgerichts- hilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauenzentren/ -häuser • Soziale Arbeit im Strafvollzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Altenzentren • Altenheime • Altenpflegeheime • Hospize 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialtherapeu- tische und reha- bilitative Einrich- tungen • Kurhäuser
Disziplin- und professions- bezogene Arbeitsfelder	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädago- gische Aus-, Weiter- und Fort- bildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädago- gische Forschung und Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädago- gische Super- vision und Pra- xisberatung, Organisations- und Personal- beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialplanung und Sozialberichter- stattung

Abb. 3: Praxisfelder der Sozialen Arbeit (in: Thole 2002: 28)

3.4 Strukturmerkmale der Sozialen Arbeit

Das Berufsfeld der Sozialen Arbeit ist gekennzeichnet durch Widersprüchlichkeiten. Verschiedene Autoren und Autorinnen beschreiben diese Widersprüchlichkeiten des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit. Hochuli Freund und Stotz beschreiben die Widersprüchlichkeiten anhand von Strukturmerkmalen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 45). Im Folgenden werden die Strukturmerkmale von Hochuli Freund und Stotz erläutert, da diese sehr verständlich und auch praxisnah formuliert sind. Zudem hat die Verfasserin in ihrer Berufspraxis in der Sozialen Arbeit die Erfahrung gemacht, dass diese Strukturmerkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit wirklich vorhanden sind.

3.4.1 Diffuse Allzuständigkeit

Das Tätigkeitsgebiet der Sozialen Arbeit ist gekennzeichnet durch eine diffuse Allzuständigkeit (vgl. ebd.: 45). Grundsätzlich können alle Probleme, die im Alltagsleben entstehen, Gegenstand sozialer Unterstützung werden (vgl. ebd.: 45). Damit soll nicht gesagt sein, dass alles ein sozialarbeiterisches Problem ist, sondern es will die enorme und diffuse Bandbreite des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit aufzeigen (vgl. ebd.: 46). Um der diffusen Allzuständigkeit entgegenzuwirken, wird vorgeschlagen, zu Beginn einer Arbeitsbeziehung die Zuständigkeiten zu klären und die Grenzen einer Intervention mit der Klientel auszuhandeln (vgl. ebd.: 48). Die diffuse Allzuständigkeit hat zur Folge, dass in ein und demselben Fall nicht nur Professionelle der Sozialen Arbeit involviert sind, sondern auch Fachkräfte aus anderen Disziplinen wie Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen etc. (vgl. ebd.: 45). Bei diesen interprofessionellen Kooperationen haben die Professionellen der Sozialen Arbeit meist mit Statusproblemen zu kämpfen (vgl. ebd.: 45). Die Verfasserin erachtet es deshalb als wichtig, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit trotz des geringen Status ihre Meinung sowie ihr Fachwissen in die interprofessionelle Kooperation einbringen. Nur so gelingt es, dass die anderen Fachkräfte erfahren, dass auch das sozialpädagogische und sozialarbeiterische Wissen und Können wichtig ist. Dies wiederum führt dazu, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit einen besseren Status erreichen.

Auch in die Kategorie der diffusen Allzuständigkeit gehört das teilweise unklare gesellschaftliche Mandat und die geringe gesellschaftliche Anerkennung von Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 47). Für Laien ist meist nicht nachvollziehbar, weshalb es für das Lösen von Alltagsproblemen die Kompetenzen von Professionellen benötigt, denn früher wurden solche Probleme mit weniger Aufwand zum Beispiel von Nachbarn oder ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gelöst (vgl. ebd.: 48). Es ist deshalb

wichtig, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit den Laien gegenüber begründen können, weshalb gerade ihre Kompetenzen und ihr Wissen für die Bearbeitung solcher Probleme benötigt werden. Gelingt dies, so wird auch nicht mehr die Frage gestellt, ob das Problem nicht durch Laien bearbeitet werden könnte.

3.4.2 Doppelte Loyalitätsverpflichtung

Ein weiteres Strukturmerkmal ist die doppelte Loyalitätsverpflichtung (vgl. ebd.: 48). Damit ist das doppelte Mandat gemeint (vgl. ebd.: 48). Das doppelte Mandat besagt, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit einerseits den Bedürfnissen und Anliegen der Klientel verpflichtet sind, andererseits aber auch dem Auftraggeber oder der Auftraggeberin bzw. dem Staat (vgl. ebd.: 49). Es ist die Gesellschaft, die definiert, welche Hilfen die Soziale Arbeit leisten soll (vgl. ebd.: 49). Dabei wird von der Gesellschaft eine Anpassung der Klientel an die Norm erwartet (vgl. ebd.: 49). Diese Anpassung soll durch die Professionellen kontrolliert und durchgesetzt werden (vgl. ebd.: 49). Die sogenannte doppelte Loyalitätsverpflichtung ist geprägt von Widersprüchen, und die Professionellen der Sozialen Arbeit werden diesbezüglich aufgefordert, ein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten (vgl. ebd.: 49). Die Professionellen müssen je nach Klientel und Situation abwägen, ob sie den Schwerpunkt auf die Autonomie der Klientel oder auf die Anpassung an die Norm setzen sollen. Sie können deshalb als Bindeglied zwischen dem Individuum und der Gesellschaft gesehen werden.

3.4.3 Nichtstandardisierbarkeit des Handelns

Das nächste Strukturmerkmal ist die Nichtstandardisierbarkeit des Handelns. Soziale Probleme können nicht verglichen werden mit technischen Problemen (vgl. ebd.: 51). Technische Probleme lassen sich standardisieren, da es klare Ursache-Wirkung-Zusammenhänge gibt (vgl. ebd.: 51). Die sozialen Probleme hingegen sind komplex, wenig strukturiert und von Ungewissheit geprägt (vgl. ebd.: 51). Das professionelle Handeln kann nicht standardisiert werden, da es keine Patentlösung für ein soziales Problem gibt (vgl. ebd.: 51). Interventionen sind meist nur beschränkt planbar, und sie bleiben bis zum Schluss ergebnisoffen (vgl. ebd.: 51); dies deshalb, weil die Professionellen der Sozialen Arbeit es mit Menschen zu tun haben und diese meist nicht kontrollier- oder steuerbar sind (vgl. ebd.: 51). Demnach können Professionelle der Sozialen Arbeit zwar Prozesse anstossen, die Wirkung aber können sie weder bestimmen noch vorhersehen (vgl. ebd.: 51).

Durch eine spezifische Rekonstruktion eines Falles kann der Nichtstandardisierbarkeit entgegengewirkt werden (vgl. ebd.: 52). Professionelle der Sozialen Arbeit sind aufgefordert, die komplexen Problemlagen der Klientel zu rekonstruieren sowie zu verstehen,

anschliessend eine hypothetische Diagnose zu bilden und eine Intervention zu planen sowie durchzuführen (vgl. ebd.: 52). Nach der Durchführung sollen die Diagnose und die Intervention ausgewertet und als Basis für die nächste Interventionsschleife genutzt werden (vgl. ebd.: 53). Es macht Sinn, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit für die Rekonstruktion, die Bildung der hypothetischen Diagnose und die Planung der Intervention genug Zeit nehmen. Gelingt es, denn Fall genau zu erfassen, so besteht die Möglichkeit, dass eine Interventionsschleife erspart bleibt.

3.4.4 Koproduktion

Ein weiteres Strukturmerkmal ist die Koproduktion (vgl. ebd.: 53). Hierbei geht es um die Frage, wer in der Leistung der Sozialen Arbeit das Handlungssubjekt ist (vgl. ebd.: 53). Sind es die Professionellen der Sozialen Arbeit oder eher die Klientinnen und Klienten (vgl. ebd.: 53)? Die Antwort auf diese Frage gibt uns das Strukturmerkmal der Koproduktion (vgl. ebd. 54). Die Professionellen der Sozialen Arbeit nehmen die Rolle der Produzentinnen oder Produzenten ein und die Klientinnen und Klienten diejenige der Koproduzenten oder Koproduzentinnen (vgl. ebd.: 54). Dies deshalb, weil ohne das Zutun der Klientel weder eine Leistung zustande kommen noch ein befriedigendes Ergebnis erzielt werden kann (vgl. ebd.: 54). Mit anderen Worten: Eine Leistung der Sozialen Arbeit kann nur durch einen dialogischen Verständigungsprozess zwischen den Professionellen der Sozialen Arbeit und der Klientel erbracht werden (vgl. ebd.: 54). Das weist hin auf die Notwendigkeit von Kooperation zwischen den Professionellen und den Klientinnen und Klienten (vgl. ebd.: 54).

Im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gibt es aber auch Situationen, in denen Klientinnen und Klienten nicht freiwillig darüber entscheiden können, ob sie eine Leistung der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen möchten oder nicht (vgl. ebd.: 54). Ein Beispiel dafür ist der Straf- und Justizvollzug (vgl. ebd.: 55). Dort wird die Grundhaltung von den Professionellen der Sozialen Arbeit gefordert, unbedingt eine Kooperation zu wollen und diese zu suchen (vgl. ebd.: 55). Dabei soll durch die Professionellen der Sozialen Arbeit das Vertrauen zur Klientel gewonnen und deren Willen zur Veränderung geweckt werden (vgl. ebd.: 55).

Das scheint der Verfasserin ein relevanter Punkt im Berufsfeld Soziale Arbeit zu sein: die Arbeit mit Pflichtklientinnen und -klienten. Es ist ein guter Ansatz, die Kooperation unbedingt zu wollen, immer wieder Beziehungsangebote zu schaffen und so das Vertrauen der Klientel zu gewinnen, denn das Vertrauen bildet die Basis für eine gute Zusammenarbeit. Leider wird nicht konkret darauf eingegangen, wie dies in der Praxis geschehen soll. Gerade weil das eine sehr grosse Herausforderung in der Praxis ist, wäre es notwendig, Aussagen zu konkreten Handlungen zu machen. Es ist offensichtlich, dass dies schwierig ist, weil jeder Mensch individuell ist, aber solche konkreten Handlungsvorschläge würden den

Professionellen der Sozialen Arbeit eine «Handlungsrichtung» anzeigen. Die Professionellen könnten dann mit Hilfe ihrer Kreativität die Handlung dem Individuum anpassen.

3.4.5 Involviertheit der Professionellen als ganze Personen

Auch die Involviertheit der Professionellen der Sozialen Arbeit als ganze Personen ist ein Strukturmerkmal. Professionelle der Sozialen Arbeit sind in ihrer Arbeit als ganze Personen involviert (vgl. ebd.: 57). Es kann dabei auch von der Person als Werkzeug gesprochen werden (vgl. ebd.: 58). Die Professionellen der Sozialen Arbeit treten als Personen mit der Klientel in Kontakt und lassen ihr fachliches Wissen in die professionellen Beziehungen einfließen (vgl. ebd.: 58). Gleichzeitig ist die professionelle Beziehung geprägt von der Persönlichkeit der oder des Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 58). Die Professionellen müssen in der Lage sein, eine angemessene Distanz zur eigenen Biographie zu haben (vgl. ebd.: 58). Damit dies geschehen kann, ist es unabdingbar, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit mit der eigenen Biographie, den eigenen Erfahrungen und dem eigenen Wissen auseinandersetzen (vgl. ebd.: 58). Auch soll eine immer wiederkehrende Reflexion über die eigenen Gefühle, Gedanken und Impulse stattfinden (vgl. ebd.: 58). Nur so kann es den Professionellen der Sozialen Arbeit gelingen, professionell zu handeln (vgl. ebd.: 58).

3.5 Belastungen im Berufsfeld der Sozialen Arbeit

3.5.1 Belastungen durch die Institutionen

In vielen Institutionen wird über Personalknappheit, verursacht durch den hohen Spardruck, geklagt (vgl. Fengler 2008: 80). Eine Stelle nach der anderen wird gestrichen (vgl. ebd.: 80). Auch Stellen von Professionellen der Sozialen Arbeit, die bis anhin als nicht gefährdet galten, geraten bei einer Stellenstreichung ins Visier (vgl. ebd.: 80). So müssen sich alle Professionellen der Sozialen Arbeit bewusst darüber sein, dass auch ihre Stellen gestrichen werden können (vgl. ebd.: 80). Das stellt eine grosse Belastung für die Professionellen dar (vgl. ebd.: 80).

Eine weitere Belastung ist die hohe Fallzahl (vgl. ebd.: 80). Das Berufsfeld der Sozialen Arbeit leidet zunehmend an steigenden Fallzahlen, was dazu führt, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit immer stärker gefordert sind, mehr Arbeit in kürzerer Zeit zu erledigen (vgl. Poulsen 2009: 15). Trotz der knappen finanziellen und personellen Ressourcen wird die Anforderung an die Professionellen gestellt, dass sie professionell handeln (vgl. ebd.: 15). Damit die Professionellen der Sozialen Arbeit die hohen Anforderungen erfüllen können,

verzichten sie meist auf die Selbstfürsorge (vgl. ebd.: 15). Die Professionellen der Sozialen Arbeit verzichten aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und den Anforderungen nach Professionalität auf die Pausen und leisten Überstunden (vgl. ebd.: 15). Die Überstunden führen dazu, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit auf ihre Freizeit verzichten müssen, und dies wiederum hat zur Folge, dass sie sich nicht erholen können.

Auch die fehlende institutionelle Unterstützung kann eine Belastung für die Professionellen der Sozialen Arbeit sein (vgl. Fengler 2008: 83). Mit der fehlenden institutionellen Unterstützung ist gemeint, dass die Institutionen meist darauf verweisen, dass die Professionellen ausschliesslich das Pflichtenheft abarbeiten sollen und nicht auf den zusätzlichen Hilfebedarf von Klientinnen und Klienten eingehen sollen, selbst dann, wenn die Professionellen der Sozialen Arbeit dies als sinnvoll erachten würden (vgl. ebd.: 83).

Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen verschiedene Rollenerwartungen erfüllen – von der Klientel, von den Angehörigen, von der Institution, von der Gesellschaft etc. (vgl. ebd.: 86). Diese Erwartungen auszubalancieren, ist eine grosse Herausforderung für die Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 86).

Auch eine Belastung für die Professionellen der Sozialen Arbeit ist die Unwirksamkeit der Arbeit (vgl. ebd.: 86). Damit ist gemeint, dass das Angebot einer Institution meist nicht mit den Erwartungen der Klientel übereinstimmt (vgl. ebd.: 86). Dadurch, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit den Erwartungen der Klientel auftragsbedingt nicht gerecht werden können, beginnen jene, sich von der Institution zu distanzieren (vgl. ebd.: 86). Zur Veranschaulichung: Ein alkoholabhängiger Mann meldet sich bei einer Beratungsstelle für Suchtmittelabhängigkeit, weil er gerade seine Wohnung verloren hat. Er wünscht, dass die Beratungsstelle ihn dabei unterstützt, so schnell wie möglich eine Schlafgelegenheit zu organisieren. Die Professionelle der Sozialen Arbeit verweist den alkoholabhängigen Mann an eine Entzugsklinik. Dabei war das Anliegen des alkoholabhängigen Mannes nicht, einen Entzug zu machen, sondern Unterstützung für die Suche nach einer Schlafmöglichkeit zu finden.

Unterschiedliche Wertvorstellungen sind Belastungsfaktoren (vgl. Schneider 2014: 18). Man meint damit, dass die Wertvorstellungen der Institutionen von den Wertvorstellungen der Professionellen der Sozialen Arbeit abweichen (vgl. ebd.: 18). Unterschiedliche Wertvorstellungen können sich ergeben, wenn zum Beispiel die Institution wirtschaftlich handelt, indem sie Personal abbaut, die Professionellen aber professionell arbeiten wollen,

ihnen jedoch aufgrund des wirtschaftlichen Handelns der Institution die Zeit dazu fehlt (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 66).

Schliesslich ist auch das Fehlen von Supervisionen ein Belastungsfaktor (vgl. Fengler 2008: 88). Das Anbieten von Supervisionen belastet die Institution in zweierlei Hinsicht: Einerseits fallen dadurch Kosten für die Institution an, andererseits fehlen die Professionellen der Sozialen Arbeit in dieser Zeit in der Institution (vgl. ebd.: 88). Gleichzeitig profitiert die Institution aber auch von den Supervisionen, da die beruflichen Kompetenzen der Professionellen der Sozialen Arbeit verbessert werden (vgl. ebd.: 88). Weiter bezweckt die Supervision, dass innerhalb einer Institution erfolgreicher zusammengearbeitet wird und dass die Professionellen angemessener mit der Klientel umgehen (vgl. ebd.: 88). Wird in Institutionen auf die Supervision verzichtet, so haben Professionelle der Sozialen Arbeit das Gefühl, dass die Institution unpersönlich und ihnen gegenüber gleichgültig ist (vgl. ebd.: 88).

3.5.2 Belastungen in der Zusammenarbeit mit der Klientel

Professionelle der Sozialen Arbeit tragen in ihrem Berufsalltag eine grosse Verantwortung (vgl. Poulsen 2009: 14). Tagtäglich sind sie mit schwierigen Lebensumständen von Menschen konfrontiert (vgl. ebd.: 14). Dabei geht es um Themen wie Verelendung, Vernachlässigung von Kindern, Armut, Suchtmittelabhängigkeit, psychische Erkrankungen etc. (vgl. ebd.: 14f.). Professionelle der Sozialen Arbeit bewegen sich also in der Privat- und Intimsphäre der Klientel (vgl. Wellmann 2008: 38). Sie müssen deshalb in der Lage sein, die Nähe und Distanz in Balance zu halten (vgl. Poulsen 2009: 15). Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen also der Klientel gegenüber empathisch sein, aber gleichzeitig sollen sie die emotionale Distanz zur Klientel wahren. Es ist deshalb sehr empfehlenswert, dass die Professionellen ihre eigene Person und ihre Biographie gut kennen, um sich in der professionellen Rolle von der Klientel emotional abgrenzen zu können.

Während der Zusammenarbeit sind die Professionellen der Sozialen Arbeit aufgefordert, Beziehungsarbeit zu leisten, um aber dann vielleicht doch festzustellen, wie sich trotz grossen Engagements der Erfolg nur sehr langsam einstellt oder aber auch ausbleibt (vgl. Wellmann 2008: 38). Unter Erfolg könnte beispielsweise verstanden werden, dass die Klientin oder der Klient die professionelle Unterstützung nicht mehr benötigt und ihr oder sein Leben wieder autonom führen kann.

Eine weitere Herausforderung ist die klientenzentrierte Orientierung (vgl. ebd.: 38). Damit ist gemeint, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit der Klientel die Rolle des verständnisvollen und unterstützenden Helfers oder der verständnisvollen und

unterstützenden HelferIn einnehmen müssen (vgl. ebd.: 38). Die Bedürfnisse der Professionellen der Sozialen Arbeit sollen unterdrückt werden, damit die Klientel ein möglichst starkes Gegenüber hat (vgl. ebd.: 38). Das kann zur Folge haben, dass die Professionellen ihre eigenen Bedürfnisse und Probleme nicht mehr wahrnehmen (vgl. ebd.: 39).

Im Folgenden wird eine mögliche Kategorisierung von Eigenschaften und Verhaltensweisen von Klienten und Klientinnen erläutert, welche für die Professionellen der Sozialen Arbeit eine grosse Herausforderung darstellen können (vgl. Fengler 2008: 55). Fengler formuliert etwas vereinfachte Kliententypen, die die täglichen Herausforderungen pointiert illustrieren. Nach der Auseinandersetzung mit der Kategorisierung von Fengler scheint der Verfasserin, dass die Kategorisierung nicht auf einer empirischen Untersuchung, sondern auf Selbsterfahrungen beruht. Auch die Begriffe, die Fengler für die Klientel verwendet, wie zum Beispiel die «unattraktiven Klienten» (vgl. ebd.: 62), scheinen keine anerkannten Fachbegriffe zu sein, sondern selbstgewählte, vereinfachte Zuschreibungen.

Eine solche Kategorisierung ist grundsätzlich eher problematisch, denn durch eine solche Kategorisierung werden die Klientinnen und Klienten schubladisiert und nicht mehr als Individuen gesehen. Gleichzeitig dient eine solche Kategorisierung aber dazu, die Komplexität zu reduzieren, sodass die Herausforderungen der Zusammenarbeit mit der Klientel besser verstanden werden können. Deshalb ist diese Kategorisierung mit Vorbehalt zu lesen. Zudem ist anzumerken, dass nicht von allen Professionellen der Sozialen Arbeit die gleichen Verhaltensweisen und Eigenschaften von Klientinnen und Klienten als belastend empfunden werden.

Eine herausfordernde Verhaltensweise haben die «gierigen Klienten» (vgl. ebd.: 55). Die Schwierigkeit besteht darin, dass sie die Professionellen der Sozialen Arbeit derart in Beschlag nehmen, dass sich diese am Ende des Tages ausgelaugt und leer fühlen (vgl. ebd.: 55), zum Beispiel, wenn eine Klientin mehrmals am Tag beim Sozialdienst anruft, um einen Gesprächstermin bei ihrer zuständigen Professionellen der Sozialen Arbeit zu erhalten. Obwohl diese die Klientin mehrmals darauf hinweist, dass sie an diesem Tag keine Zeit habe für ein Gespräch, fragt die Klientin immer wieder nach einem Gesprächstermin.

Die «passiv-aggressiven Klienten» können auch eine Belastung für Professionelle der Sozialen Arbeit sein (vgl. ebd.: 56). Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie nie zufrieden sind mit der Arbeit der Professionellen und immer mehr wollen (vgl. ebd.: 56). Die Professionellen der Sozialen Arbeit geraten unter Druck – sie strengen sich immer mehr an

(vgl. ebd.: 57). Dabei lassen sie ausser Acht, dass der Klient oder die Klientin eine passive Rolle einnimmt und nichts dafür tut, um sein oder ihr Problem zu lösen (vgl. ebd.: 57).

Auch die «manipulativen Klienten» haben eine herausfordernde Verhaltensweise (vgl. ebd.: 57). Diesen Klienten und Klientinnen gelingt es, Professionelle der Sozialen Arbeit zu Entscheidungen und Handlungen zu zwingen, die diese bei klarem Kopf nicht machen würden (vgl. ebd.: 57). Zum Beispiel ruft Herr Müller beim Sozialdienst an, weil er einen Vorschuss wünscht. Die zuständige Professionelle der Sozialen Arbeit teilt Herrn Müller mit, dass sie ihm keinen Vorschuss gewähren könne, weil er schon viele Vorschüsse erhalten habe. Herr Müller kann diese Antwort nicht akzeptieren und nennt immer wieder dieselben Gründe, weshalb er einen Vorschuss bekommen sollte. Nach einer zwanzigminütigen intensiven und emotionalen Diskussion gibt die Professionelle der Sozialen Arbeit auf und gewährt ihm den Vorschuss, obwohl die Gründe dafür für sie nicht gegeben sind.

«Integrierende Klienten» sind herausfordernd, weil sie die Professionellen der Sozialen Arbeit gegeneinander ausspielen, und es so zu Irritationen und Konflikten im Team kommt (vgl. ebd.: 58). Diese Art von Klientinnen und Klienten ist eher in sozialpädagogischen Institutionen und weniger im sozialarbeiterischen Kontext eine Herausforderung, denn dort haben sie die Möglichkeit, die Professionellen der Sozialen Arbeit gegeneinander auszuspielen, da mehrere Professionelle für sie zuständig sind.

Eine weitere schwierige Verhaltensweise zeigen die «seelisch schwer kranken Klienten», denn es kann dazu kommen, dass sie ihr Leiden auf die Professionellen der Sozialen Arbeit übertragen (vgl. ebd.: 58). So haben diese plötzlich das Gefühl, dass sie in gleicher Weise pathologisch «verbogen» sind wie die kranken Klienten und Klientinnen (vgl. ebd.: 59).

Eine weitere Herausforderung sind die «unerreichbaren und uneinsichtigen Klienten» (vgl. ebd.: 60). Sie sind vor allem deswegen herausfordernd, weil die Professionellen der Sozialen Arbeit viel Unterstützung bieten, die Unterstützung aber nicht bei der Klientel ankommt und deshalb nicht erfolgreich ist (vgl. ebd.: 60). Die Unterstützung muss dann immer wieder von vorne beginnen und stösst bald darauf wieder an (vgl. ebd.: 60). Dies ist meist bei der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen oder geistig beeinträchtigten Menschen der Fall (vgl. ebd.: 60). Es handelt sich dabei um Kommunikationsprobleme sprachlicher, kognitiver und emotionaler Art (vgl. ebd.: 60).

Eine herausfordernde Verhaltensweise für die Professionellen der Sozialen Arbeit haben auch die «abbrechenden Klienten» (vgl. ebd.: 61). Diese Art von Klientinnen und Klienten

tendiert dazu, einfach aus dem Blickfeld zu verschwinden, ohne sich abzumelden (vgl. ebd.: 61). Manche Klienten oder Klientinnen tauchen dann einige Monate oder Jahre später wieder auf und bitten um erneute Unterstützung, andere Klientinnen und Klienten melden sich nie mehr (vgl. ebd.: 61).

Weiter gibt es die «unattraktiven Klienten» (vgl. ebd.: 62). Bei «unattraktiven» Klientinnen und Klienten handelt es sich um Menschen, welche weder äusserlich attraktiv sind noch eine interessante Lebensgeschichte haben (vgl. ebd.: 62). Diese Klientinnen und Klienten befinden sich am Ende des Abstiegs (vgl. ebd.: 62). Ein Beispiel: Frau Müller arbeitet beim Sozialdienst. Seit Jahren ist sie die zuständige Professionelle der Sozialen Arbeit für Herrn Meier. Herr Meier ist 55 Jahre alt und konsumiert seit 20 Jahren Drogen. Aufgrund des Drogenkonsums hat Herr Meier seinen Job und die Wohnung verloren. Seit der Kündigung der Wohnung verbringt Herr Meier die Nächte in der Notschlafstelle. Den Tag verbringt er jeweils mit seinen Kollegen auf der Strasse. Herr Meier erscheint jeweils sehr ungepflegt zu den Gesprächsterminen mit Frau Müller. Er ist unrasiert, trägt verschmutzte und zerrissene Kleidung, riecht nach Alkohol und Urin. Jedes Mal, wenn Frau Müller einen Drogenentzug anspricht, wehrt sich Herr Meier vehement dagegen, steht auf und verlässt das Büro.

Was bedeutet nun aber der Ausdruck «das Ende des Abstiegs»? Damit ist gemeint, dass Herr Meier durch sein unhygienisches Auftreten von der Gesellschaft negative Rückmeldungen erhält. Dies führt zu Ausgrenzung; er katapultiert sich sozusagen selbst ins Abseits.

Zum Schluss noch ein Wort zu den «erfolglosen Klienten» (vgl. ebd.: 62). Darunter versteht man die Klienten und Klientinnen, die nichts begreifen, nichts entscheiden und nichts verändern wollen (vgl. ebd.: 62). Immer wieder machen sie Versprechungen, die sie dann aber nicht halten können oder wollen (vgl. ebd.: 62). Sie lügen häufig, und es kommt immer wieder zu Rückfällen (vgl. ebd.: 62).

4. Gefahren im Berufsfeld der Sozialen Arbeit, die zu einem Burnout-Syndrom führen können

Bisher ist nicht bekannt, ob sich das Burnout-Syndrom auf einzelne Berufsgruppen beschränkt oder nicht (vgl. Burisch 2014: 183). Deshalb kann auch keine Aussage darüber gemacht werden, ob das Burnout-Syndrom im Berufsfeld der Sozialen Arbeit häufiger oder seltener vorkommt als bei anderen Berufsfeldern (vgl. ebd.: 183). Und doch ist klar: Im Berufsfeld der Sozialen Arbeit lauern viele Gefahren, die zu einem Burnout-Syndrom führen können (vgl. Poulsen 2009: 15). In diesem Kapitel wird mithilfe der bereits dargestellten personalen und organisationalen Risikofaktoren des Burnout-Syndroms das Gefahrenpotenzial des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit analysiert.

Einen organisationalen Risikofaktor stellt die Komplexität der Arbeit dar (vgl. Schneider 2014: 18). Dass das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit komplex sein könnte, zeigt das Strukturmerkmal der diffusen Allzuständigkeit. Die diffuse Allzuständigkeit besagt nämlich, dass prinzipiell alle lebenspraktischen Probleme durch die Professionellen der Sozialen Arbeit bearbeitet werden können (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 45). Daraus lässt sich vermuten, dass das Tätigkeitsgebiet der Professionellen sehr vielschichtig ist (vgl. ebd.: 45). Ein weiteres Anzeichen dafür, dass die Tätigkeit im Berufsfeld der Sozialen Arbeit komplex sein könnte, ist im Strukturmerkmal der Nichtstandardisierbarkeit des Handelns zu finden. Die Nichtstandardisierbarkeit des Handelns weist darauf hin, dass es nicht *die* Lösung für das Problem gibt und sich das Handeln somit nicht standardisieren lässt (vgl. ebd.: 51). Die zu bearbeitenden sozialen Probleme sind komplex, wenig strukturiert und von Ungewissheit geprägt; weil es für das zu bearbeitende Problem nicht *die* Lösung gibt, bleibt es immer beim Versuch zur Lösung (vgl. ebd.: 51). Diese zwei Strukturmerkmale lassen vermuten, dass der organisationale Risikofaktor der Komplexität der Arbeit im Berufsfeld der Sozialen Arbeit vorhanden ist.

Wie bereits erwähnt, stellt die qualitative und quantitative Arbeitsbelastung einen organisationalen Risikofaktor dar (vgl. Burisch 2014: 66). Als Belastung durch die Institution wurde genannt, dass das Berufsfeld der Sozialen Arbeit zunehmend an steigenden Fallzahlen leidet (vgl. Poulsen 2009: 15). Eine mögliche Ursache für die steigenden Fallzahlen ist, dass im Berufsfeld der Sozialen Arbeit immer wieder gespart werden muss (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 56). Dieser Spardruck führt dazu, dass Leistungen gekürzt und Arbeitsplätze gestrichen werden (vgl. ebd.: 56). Die Arbeit der gestrichenen Arbeitsplätze wird verteilt auf die Professionellen der Sozialen Arbeit, die noch in der Institution tätig sind (vgl. ebd.: 56). Dies führt dazu, dass die Professionellen mehr Arbeit in der zur Verfügung

stehenden Zeit erledigen müssen (vgl. Poulsen 2009: 15). Diese Überbelastung durch die Arbeit hat zur Folge, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit Überstunden leisten, damit sie die Arbeitsmenge bewältigen können (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 56). Somit kann vermutet werden, dass im Berufsfeld der Sozialen Arbeit der Risikofaktor Arbeitsbelastung gegeben ist.

Ein weiterer organisationaler Risikofaktor ist die Angst um den eigenen Arbeitsplatz (vgl. Schneider 2014: 18). Der Spardruck, der im Berufsfeld der Sozialen Arbeit vorhanden ist, gibt einen Hinweis darauf, dass der genannte organisationale Risikofaktor in der Sozialen Arbeit gegeben sein könnte. Im Berufsfeld der Sozialen Arbeit muss immer wieder gespart werden (vgl. Fengler 2008: 80). Dies hat zur Folge, dass hin und wieder Arbeitsplätze gestrichen werden (vgl. ebd.: 80). Wenn die Professionellen der Sozialen Arbeit miterleben, dass Stellen gestrichen werden, die einst als sicher galten, erhöht sich auch die Angst, dass der eigene Arbeitsplatz bei einer weiteren Stellenstreichung ins Visier geraten könnte (vgl. ebd.: 80). Es kann deshalb vermutet werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit aufgrund des grossen Spardrucks vermehrt Angst um den Arbeitsplatz haben.

Die mangelhafte Belohnung und Anerkennung ist auch ein organisationaler Risikofaktor (vgl. Litzcke/Schuh 2017: 170). Er bezieht sich auf fehlende wertschätzende Kultur im Unternehmen sowie eine unangemessene Entlohnung (vgl. ebd.: 170). Im Berufsfeld der Sozialen Arbeit ist bekannt, dass der Einsatz von Professionellen der Sozialen Arbeit in der Wirtschaft besser entlohnt würde, als es in der Sozialen Arbeit der Fall ist (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 56). So gesehen, kann vermutet werden, dass das Risiko der mangelhaften Belohnung in der Sozialen Arbeit gegeben ist. Weiter ist bekannt, dass sich manche Vorgesetzte sowie Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen nicht bewusst sind, welche Aufgaben die Professionellen der Sozialen Arbeit täglich meistern (vgl. Poulsen 2009: 122). Auch das wertschätzende Arbeitsklima kann im Berufsfeld der Sozialen Arbeit nicht als selbstverständlich gesehen werden (vgl. ebd.: 122). Ausserdem ist festzuhalten, dass, wie im Strukturmerkmal der diffusen Allzuständigkeit erwähnt, die gesellschaftliche Anerkennung der Professionellen auch eher gering ist, denn für Personen, welche sich mit dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit nicht auskennen, ist meist nicht klar, weshalb es für die Bearbeitung von sozialen Problemen die Kompetenzen von Professionellen der Sozialen Arbeit braucht (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 47f.). So gesehen, kann angenommen werden, dass der Risikofaktor der mangelhaften Belohnung und Anerkennung in der Sozialen Arbeit vorhanden ist.

Ein organisationaler Risikofaktor ist der Rollenkonflikt (vgl. Wagner 2010: 181). Ein Rollenkonflikt entsteht, wenn verschiedene Erwartungen an eine Person gestellt werden (vgl. ebd.: 181). Dieser Rollenkonflikt ist im Berufsfeld der Sozialen Arbeit im Strukturmerkmal der doppelten Loyalitätsverpflichtung, auch doppeltes Mandat genannt, zu finden. Professionelle der Sozialen Arbeit sind einerseits den Interessen und Bedürfnissen der Klientel verpflichtet, andererseits aber auch den Interessen und Bedürfnissen der Institution oder des Staats (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 48). Die Interessen dieser zwei Parteien sind meist widersprüchlich (vgl. ebd.: 48). Der Rollenkonflikt wurde auch bei den Belastungen durch die Organisation angesprochen. Dort wurden nicht nur die verschiedenen Erwartungen von der Klientel sowie der Institution und dem Staat aufgeführt, sondern auch die Erwartungen von Angehörigen, anderen Fachpersonen etc. (vgl. Fengler 2008: 86). Diese verschiedenen Erwartungen auszubalancieren, stellt eine grosse Herausforderung für die Professionellen der Sozialen Arbeit dar (vgl. ebd.: 86). Somit kann vermutet werden, dass der Risikofaktor des Rollenkonflikts im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gegeben ist.

Weitere organisationale Risikofaktoren, die genannt wurden, sind unklare Anweisungen und damit die Zielunklarheit, das heisst, dass Anweisungen durch die Vorgesetzten unklar formuliert werden (vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO 2010: 41). Dieser Risikofaktor weist Parallelen auf mit dem Strukturmerkmal der diffusen Allzuständigkeit. Das Strukturmerkmal der diffusen Allzuständigkeit besagt, dass der Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit nicht klar gegeben ist, denn es können praktisch alle Probleme, die im Alltag auftauchen, von den Professionellen der Sozialen Arbeit bearbeitet werden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 46). Weil nicht trennscharf gesagt werden kann, welche Probleme genau durch die Professionellen der Sozialen Arbeit bearbeitet werden können, müssen sich die Professionellen immer zuerst genau überlegen, ob und in welchem Ausmass das Problem von ihnen bearbeitet werden kann (vgl. ebd.: 46). Es kann also vermutet werden, dass der Risikofaktor der unklaren Anweisung und die Zielunklarheit im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gegeben ist. Dabei ist zu erwähnen, dass die unklaren Anweisungen nicht von den Vorgesetzten kommen müssen, vielmehr entstehen die unklaren Anweisungen oft durch die diffuse Allzuständigkeit, die in der Sozialen Arbeit gegeben ist.

Auch die unterschiedlichen Wertvorstellungen können einen organisationalen Risikofaktor darstellen, besonders dann, wenn die Wertvorstellungen des Unternehmens von den individuellen Wertvorstellungen abweichen (vgl. Schneider 2014: 18). Dieser Risikofaktor ist im Berufsfeld der Sozialen Arbeit bei den Belastungen durch die Institution erläutert worden. Zu diesen unterschiedlichen Wertvorstellungen kann es kommen, wenn die Institution wirtschaftliche Ziele verfolgt und die Professionellen der Sozialen Arbeit durch diese

wirtschaftlichen Ziele ihre Werte, nämlich professionell zu handeln, nicht mehr praktizieren können (vgl. ebd.: 18). Dies kann zur Folge haben, dass sich Professionelle überarbeiten und sich nicht mehr mit der Arbeit identifizieren können (vgl. ebd.: 18). Somit kann angenommen werden, dass dieser Risikofaktor im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gegeben ist.

Weitere organisationale Risikofaktoren sind die Emotionsarbeit und die emotionale Dissonanz (vgl. Wagner 2010: 167). Man versteht unter der emotionalen Dissonanz, dass Personen bei der Arbeit nicht die tatsächlichen Emotionen zeigen dürfen, sondern bestimmte Emotionen wie zum Beispiel Mitgefühl zeigen sollen (vgl. ebd.: 167). Dass Professionelle der Sozialen Arbeit eine emotionale Arbeit ausüben, ist schon daraus ersichtlich, dass sie mit schwierigen Lebensumständen wie zum Beispiel Vernachlässigung, Armut, Suchtmittelabhängigkeit etc. konfrontiert sind (vgl. Poulsen 2009: 14).

Bei den Belastungen in der Zusammenarbeit mit der Klientel wurde die klientenzentrierte Orientierung erwähnt. Darunter versteht man, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit die Rolle des verständnisvollen Unterstützers oder der verständnisvollen Unterstützerin einnehmen und dabei die eigenen Bedürfnisse und Emotionen unterdrücken sollen; denn dies verleiht den Klientinnen und Klienten das Gefühl, dass sie die Professionellen der Sozialen Arbeit mit ihren Problemen belasten können (vgl. Wellmann 2008: 38). Aufgrund der klientenzentrierten Orientierung lässt sich vermuten, dass die Risikofaktoren der Emotionsarbeit und der emotionalen Dissonanz im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gegeben sind.

Bei den personalen Risikofaktoren wurde das Persönlichkeitsmerkmal des unermüdlischen Arbeitseinsatzes beschrieben (vgl. Schneider 2014: 16). Wie bei den Belastungen durch die Institutionen gezeigt wurde, treffen bei den Professionellen der Sozialen Arbeit grosse Erwartungen seitens der Klientel, aber auch der Organisationen und des Staates aufeinander (vgl. Poulsen 2009: 15). Damit diese Erwartungen alle erfüllt werden können, braucht es vermutlich einen sehr grossen Arbeitseinsatz. Die Professionellen der Sozialen Arbeit verzichten deshalb oft auf die Selbstfürsorge und brauchen die Zeit dafür, die Bedürfnisse der Klientel, der Organisation und des Staates zu befriedigen (vgl. ebd.: 15). Es kann also angenommen werden, dass viele Professionelle einen unermüdlischen Arbeitseinsatz leisten und dieser Risikofaktor somit in der Sozialen Arbeit gegeben ist.

Als ein personaler Risikofaktor wurde die Empathiefähigkeit genannt (vgl. Burisch 2014: 179). Besonders gefährdet für ein Burnout-Syndrom sind dabei empathische Menschen, die

nicht in der Lage sind, anderen Menschen Grenzen zu setzen, um sich selber abgrenzen zu können (vgl. ebd.: 179). In der Ausbildung sowie in der Berufspraxis der Professionellen der Sozialen Arbeit wird eine hohe Empathiefähigkeit vorausgesetzt (vgl. Poulsen 2009: 15). Das hat zur Folge, dass sich Professionelle schlechter abgrenzen können (vgl. Wellmann 2008: 44). Es kann deshalb vermutet werden, dass der personale Risikofaktor der Empathiefähigkeit im Berufsfeld der Sozialen Arbeit öfter zutrifft.

Als personaler Schutzfaktor gilt, wenn Personen gut abschalten und die innere Distanz wahren können (vgl. Poulsen 2009: 73). Das Berufsfeld der Sozialen Arbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit tiefe Einblicke in schwierige Lebensumstände von Menschen haben (vgl. ebd.: 73). Meist handelt es sich um Themen wie Verelendung, Suchtmittelabhängigkeit, psychische Erkrankungen etc. (vgl. ebd.: 14). Es ist zu vermuten, dass es den Professionellen schwerer fällt, gut abschalten und die innere Distanz wahren zu können, gerade weil die zu bearbeitenden Themenfelder zum grossen Teil sehr gewichtig sind. Zudem ist bekannt, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit aufgrund der hohen Empathiefähigkeit eher Mühe damit haben, sich abzugrenzen (vgl. Wellmann 2008: 44). So kann angenommen werden, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit seltener über den genannten personalen Schutzfaktor verfügen.

Wie bereits bei den personalen Risikofaktoren erwähnt, sind Menschen mit einem Helfersyndrom auch für ein Burnout-Syndrom gefährdet; dies deshalb, weil sie sich für die Klientel und auch für ihr Umfeld verausgaben und so ihre eigenen Bedürfnisse vernachlässigen (vgl. ebd.: 30). Es kann nicht davon gesprochen werden, dass alle Professionellen der Sozialen Arbeit an einem Helfersyndrom leiden; vielmehr sind es nur vereinzelte Personen. Deshalb kann auch nicht per se davon gesprochen werden, dass dieser Risikofaktor im Berufsfeld der Sozialen Arbeit generell vorhanden ist.

5. Schlussfolgerungen

5.1 Beantwortung der Fragestellung

Aufgrund der Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln, kann die Fragestellung «*Welche Merkmale im Berufsfeld der Sozialen Arbeit begünstigen die Entstehung eines Burnouts bei Professionellen?*» wie folgt beantwortet werden:

Ein Merkmal des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit, das die Entstehung eines Burnout-Syndroms begünstigt, kann die Komplexität der Arbeit sein. Einerseits ist diese im Berufsfeld der Sozialen Arbeit gegeben, da fast jedes im Alltag entstehende Problem Gegenstand Sozialer Arbeit werden kann und der Zuständigkeitsbereich des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit somit nicht trennscharf formuliert werden kann (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 45). Andererseits zeigt sich die Komplexität der Arbeit in der Nichtstandardisierbarkeit des Handelns von Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 51). Es gibt keine Patentlösungen für ein soziales Problem (vgl. ebd.: 51). Jeder Versuch, ein Problem zu lösen, bleibt bis zum Schluss ergebnisoffen, dies deshalb, weil Professionelle der Sozialen Arbeit es mit Menschen zu tun haben, die nur bedingt steuer- und kontrollierbar sind (vgl. ebd.: 51). Dem Merkmal der diffusen Allzuständigkeit können die Professionellen der Sozialen Arbeit aber auch entgegensteuern. So ist den Professionellen der Sozialen Arbeit zu empfehlen, sich vor einer möglichen Zusammenarbeit zu überlegen, ob das zu bearbeitende Problem in ihren Zuständigkeitsbereich fällt und wo die Möglichkeiten sowie die Grenzen der Unterstützung liegen (vgl. ebd.: 48). Diese Überlegungen sollen anschliessend mit der Klientel besprochen werden (vgl. ebd.: 48). So gesehen, erhalten die Professionellen der Sozialen Arbeit wie auch die Klientel Klarheit über die Zuständigkeiten. Dem Merkmal der Nichtstandardisierbarkeit kann durch die Professionellen der Sozialen Arbeit entgegengewirkt werden, indem die Professionellen sich genug Zeit dafür nehmen, einen Fall zu verstehen (vgl. ebd.: 52). Die Nichtstandardisierbarkeit kann zwar so nicht überwunden werden, aber durch das genaue Hinsehen und Untersuchen eines Falles wird die Chance erhöht, dass das gewünschte Ergebnis nach einer Intervention eintritt (vgl. ebd.: 52).

Im Berufsfeld der Sozialen Arbeit fehlt es häufig an personellen und finanziellen Ressourcen (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 56). Dies deshalb, weil aufgrund des Spardrucks Leistungen gekürzt und Stellen gestrichen werden (vgl. ebd.: 56). Die noch verbleibenden Professionellen der Sozialen Arbeit müssen dann die Aufgaben der weggesparten Personen übernehmen, was zu einer Arbeitsüberlastung führt (vgl. ebd.: 56). Sie versuchen, die Arbeit so gut es geht zu erledigen und arbeiten über Monate hinweg in den Feierabend hinein (vgl.

ebd.: 56). Auch dieses Merkmal der Arbeitsbelastung kann die Entstehung eines Burnout-Syndroms bei Professionellen der Sozialen Arbeit begünstigen.

Ein weiteres Merkmal des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit, das ein Burnout-Syndrom begünstigen kann, ist die mangelhafte Belohnung und Anerkennung. Es ist bekannt, dass Professionelle der Sozialen Arbeit schlechter bezahlt werden als Menschen, die in der Wirtschaft tätig sind (vgl. ebd.: 56). Auch das wertschätzende Klima kann innerhalb einer Institution im Berufsfeld der Sozialen Arbeit nicht als selbstverständlich angesehen werden (vgl. Poulsen 2009: 122). Die Vorgesetzten sind sich zum Teil nicht darüber bewusst, welche Aufgaben die Professionellen bewältigen, was zur Folge hat, dass die Bemühungen nicht wertgeschätzt werden (vgl. ebd.: 122).

Ein weiteres Merkmal des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit, welches ein Burnout-Syndrom begünstigen kann, ist der Rollenkonflikt, den die Professionellen der Sozialen Arbeit auszutragen haben. Mit dem Rollenkonflikt ist unter anderem das doppelte Mandat gemeint. Die Klientel, aber auch die Institution sowie der Staat haben Erwartungen an die Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 48). Zudem haben auch weitere Personen, wie zum Beispiel andere Fachkräfte oder Angehörige der Klientel, Erwartungen an die Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. Fengler 2008: 88). Die verschiedenen Erwartungen sind meist widersprüchlich und müssen durch die Professionellen ausbalanciert werden (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 48). Diesem Merkmal könnte so entgegengewirkt werden, dass Zeitgefässe für Super- und Interventionen geschaffen werden. Professionelle der Sozialen Arbeit könnten dort Fälle einbringen, bei denen unterschiedliche und widersprüchliche Erwartungen aufeinandertreffen. Gemeinsam mit anderen Professionellen der Sozialen Arbeit könnten diese Erwartungen dann angeschaut und Lösungsvorschläge erarbeitet werden, wie diese Erwartungen bestmöglich erfüllt werden können.

Auch die unterschiedlichen Wertvorstellungen können ein Merkmal des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit sein, dass zu einem Burnout-Syndrom führen kann. Unterschiedliche Wertvorstellungen kommen unter anderem dort vor, wo die Institution wirtschaftlich denkt und die Professionellen der Sozialen Arbeit dadurch gehindert werden, professionell zu handeln (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 66). Zum besseren Verständnis diene das folgende Beispiel: Die Supervision ist für die Professionellen der Sozialen Arbeit ein wichtiges Instrument. In den Supervisionen werden Fälle aufgegriffen, bei denen die Professionellen der Sozialen Arbeit nicht mehr vorwärtskommen. Das Ziel der Supervision ist es, solche Fälle aufzuschlüsseln sowie den Professionellen der Sozialen Arbeit Tipps und Tricks für das

weitere Vorgehen zu geben. Entscheidet eine Institution plötzlich, dass aufgrund von Sparmassnahmen die Supervision gestrichen wird, so haben die Professionellen der Sozialen Arbeit nicht mehr die Möglichkeit, solche Fälle zu bearbeiten. Sie stossen dann bei bestimmten Fällen an Grenzen und kommen nicht mehr weiter. Dies hat zur Folge, dass sie nicht mehr professionell handeln können.

Auch das Merkmal der emotionalen Arbeit und der sozialen Dissonanz des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit kann ein Burnout-Syndrom begünstigen. Professionelle der Sozialen Arbeit bearbeiten Probleme von Menschen in schwierigen Lebenssituationen (vgl. Poulsen 2009: 14). Schon allein diese Tatsache zeigt, dass die Arbeit von Professionellen der Sozialen Arbeit sehr emotional ist. Auch die klientenzentrierte Orientierung kann als Belastung gesehen werden, dies deshalb, weil die Professionellen die Rolle des starken Gegenübers einnehmen und ihre eigenen Bedürfnisse zurückstecken müssen (vgl. Wellmann 2008: 38). Dieses Merkmal scheint im Berufsfeld der Sozialen gegeben und kann kaum verändert werden. Umso wichtiger scheint es deshalb, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit darauf achten, dass sie in ihrem Privatleben Kraft tanken können. Kraftquellen können zum Beispiel Sport, gute Gespräche mit Freunden oder Zeit mit der Familie sein. Ist das Privatleben ausgeglichen und können die Bedürfnisse der Professionellen der Sozialen Arbeit dort gestillt werden, so können die Professionellen gestärkt den emotional harten Berufsalltag bestreiten.

Abschliessend kann gesagt werden, dass das Berufsfeld der Sozialen Arbeit über viele Merkmale verfügt, die ein Burnout-Syndrom begünstigen können. Es ist deshalb besonders wichtig, dass die Institutionen sowie die Professionellen der Sozialen Arbeit diese Merkmale kennen und auch versuchen, ihnen entgegenzuwirken. Durch das Bewusstsein dieser Gefahren und den entsprechenden Gegenmassnahmen kann es den Professionellen der Sozialen Arbeit gelingen, gesund im Berufsfeld der Sozialen Arbeit tätig zu sein, ohne an einem Burnout-Syndrom zu erkranken.

An dieser Stelle soll auch noch darauf verwiesen werden, dass nicht alle Merkmale per se in allen Institutionen vorhanden sind. Weiter soll angemerkt werden, dass, wenn bei einer Institution alle Merkmale zutreffen, nicht gleich alle Professionellen der Sozialen Arbeit, die in dieser Institution tätig sind, an einem Burnout-Syndrom erkranken. Die Ursache eines Burnout-Syndroms liegt weder nur alleine bei den äusseren Umständen noch an einer Person selbst (vgl. Elsässer/Sauer 2013: 22). Nur wenn personenexterne und personeninterne Faktoren aufeinanderprallen und es zu einer Überlastung kommt, kann dies zu einem Burnout-Syndrom führen (vgl. ebd.: 22).

Nach einer kritischen Auseinandersetzung ist es der Verfasserin wichtig zu erwähnen, dass sie die Thematik aus einer bestimmten Perspektive betrachtet hat, in dem sie sich für ausgewählte Theorien, Modelle, Definitionen etc. entschieden hat. Durch jeden Fokus, den die Verfasserin gesetzt hat, schloss sie andere Fokusse aus.

5.2 Weiterführende Fragestellungen

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Merkmale des Berufsfeldes der Sozialen Arbeit aufgezeigt, welche die Entstehung eines Burnout-Syndroms bei Professionellen der Sozialen Arbeit begünstigen können. Bei drei Merkmalen, nämlich bei der Komplexität der Arbeit, beim Rollenkonflikt und bei der emotionalen Arbeit sowie der sozialen Dissonanz, hat die Verfasserin mögliche Gegenmassnahmen formuliert. Interessant wäre es zu überprüfen, ob diese Gegenmassnahmen die gewünschte Wirkung erzielen, nämlich ein Burnout-Syndrom zu verhindern. Zudem wäre es spannend herauszufinden, ob es weitere Gegenmassnahmen gibt, die ein Burnout-Syndrom verhindern können.

6. Quellenverzeichnis

6.1 Literaturverzeichnis

- Bartholdt, Luise/Schütz, Astrid (2010). Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Burisch, Matthias (2014). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele, Hilfen zur Selbsthilfe. 5. überarbeitete Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Edelwich, Jerry/Brodsky, Archie (1984). Ausgebrannt. Das «Burn-out»-Syndrom in den Sozialberufen. Salzburg: AVM-Verlag der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation.
- Elsässer, Jeanette/Sauer, Karin E. (2013). Burnout in sozialen Berufen. Öffentliche Wahrnehmung, persönliche Betroffenheit, professioneller Umgang. Freiburg: Centaurus Verlag & Media.
- Fengler, Jörg (2008). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 7. überarbeitete Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hobmair, Hermann (Hg.) (2013a). Pädagogik. 5. überarbeitete Aufl. Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Hobmair, Hermann (Hg.) (2013b). Psychologie. 5. überarbeitete Aufl. Köln: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2013). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 2. überarbeitete Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Litzcke, Sven Max/Schuh, Horst (2007). Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz. Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck. Belastungen im Beruf meistern. Mit Fragebögen, Checklisten, Übungen. 4. überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Poulsen, Irmhild (2009). Burnoutprävention im Berufsfeld Sozialer Arbeit. Perspektiven zur Selbstfürsorge von Fachkräften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaufeli, Wilmar D./Enzmann, Dirk (1998). The burnout companion to study & practice. London: Taylor & Francis.
- Schneider, Erika (2014). Sicherer Umgang mit Burnout im Unternehmen. Individuelle und unternehmenskulturelle Zusammenhänge. Wiesbaden: Springer VS.
- Staatssekretariat für Wirtschaft SECO (2010). Stresstudie 2010. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit. Studie und Bericht. Bern.

Wagner, Stefanie (2010). Rollenkonflikt. In: Windemuth, Dirk/Jung, Detlev/Petermann, Olaf (Hg.). Praxishandbuch. Psychische Belastungen im Beruf. Stuttgart: Alfons W. Gentner Verlag GmbH & Co. KG.

Wellmann, Jochen (2008). Das Burnout-Syndrom in der Sozialen Arbeit. Eine Bestandsaufnahme. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

6.2 Internetverzeichnis

Albrecht, Simone (2006). Burnout – ein Leitfaden des ifa. URL: http://www.arbeitsmedizin.ch/fileadmin/public/Dokumente/Burnout/Burnout_%20Broschueren_sa.pdf [Zugriffsdatum: 19. Juni 2017].

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis von Professionellen. URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf [Zugriffsdatum: 22. Juni 2017].

AvenirSocial (2014). Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit. URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/AS_Berufsbild_DE_def.pdf [Zugriffsdatum: 22. Juni 2017].

6.3 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Burnout-Symptomatik. In: Burisch, Matthias (2014). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele, Hilfen zur Selbsthilfe. 5. überarbeitete Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Abb. 2: Phasentheorie nach Maslach. In: Burisch, Matthias (2014). Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele, Hilfen zur Selbsthilfe. 5. überarbeitete Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Abb. 3: Praxisfelder der Sozialen Arbeit. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. überarbeitete Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. In: Thole, Werner (2010). Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. S. 19–69.