

Belastungen und Schutzfaktoren bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären  
Kinder- und Jugendhilfe

**Inauguraldissertation**  
zur  
Erlangung der Würde  
einer Doktorin der Philosophie  
vorgelegt der  
Fakultät für Psychologie  
der Universität Basel

von

Célia Steinlin-Danielsson

aus Wünnewil-Flamatt, FR

Zürich, 2016

Originaldokument gespeichert auf dem Dokumentenserver der Universität Basel  
[edoc.unibas.ch](http://edoc.unibas.ch)



Genehmigt von der Fakultät für Psychologie

auf Antrag von

Prof. Dr. Jens Gaab

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schmeck

Basel, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Roselind Lieb



## Danksagung

Diese Dissertation wäre ohne die fachliche, persönliche und praktische Unterstützung vieler Personen nicht möglich gewesen.

Prof. Klaus Schmeck und Prof. Jens Gaab danke ich für ihre Bereitschaft, meine Dissertation zu betreuen, für die vielen Freiheiten und die wohlwollende, massgeschneiderte Unterstützung. Marc Schmid danke ich für seine fachliche und menschliche Unterstützung durch alle Höhen und Tiefen. Ich bin ihm dankbar für seine Grosszügigkeit und Flexibilität, ohne die es mir nicht möglich gewesen wäre, Familie und Beruf und diese Dissertation auch in Zeiten grosser Herausforderungen zu vereinbaren. Auch danke ich ihm für seinen wertschätzenden, transparenten und partizipativen Führungsstil. Sophia Fischer, Bettina Breymaier und Nina Kind danke ich für die stets konstruktive und wertschätzende Zusammenarbeit, die vielen lustigen und freudvollen Momente und das Gefühl, gemeinsam an einem Strick zu ziehen. Claudia Dölitzsch danke ich für ihre methodischen und statistischen Beiträge zu den vorliegenden Publikationen und die sorgfältigen Korrekturen. Birgit Lang hat uns mit ihrer Begeisterungsfähigkeit und reichhaltigen Erfahrung in die Traumapädagogik eingeführt, wofür ich ihr dankbar bin. Gabriele Füllemann danke ich für die wertvolle Hintergrundarbeit und das stets offene Ohr und Prof. Jörg Fegert für die Realisation des Modellversuchs und die Unterstützung bei den Publikationen. Allen Teilnehmern des Modellversuchs Traumapädagogik danke ich für die wertvollen und lehrreichen Einblicke in den pädagogischen Alltag und ihre Offenheit.

Ein besonderer Dank geht an meine Eltern Rita und Pieter, die mir – vielleicht unbeabsichtigt und nicht immer zu ihrem Vorteil – beigebracht haben, dass ich fast alles erreichen kann, was ich mir in den Kopf gesetzt habe und dass meine Meinung zählt. Meinem Vater verdanke ich die Fähigkeit, mich für fast alles zu begeistern und fast immer optimistisch zu bleiben und meiner Mutter das Bewusstsein für unterschiedliche Bedürfnisse und dafür, dass sich die Welt nicht immer so schnell drehen muss und kann, wie ich das gern hätte.

Meinen Schwiegereltern Anita und Hanspeter bin ich dankbar für die vielen Stunden, in denen ich unsere Kinder in ihrer Betreuung gut aufgehoben wusste und mich so beruhigt meiner Arbeit widmen konnte.

Meiner Schwester Alicia, meinem Bruder Sebastian und meinen angetrauten Geschwistern Kaisa, Christine, Andrea, Erik, Thomas und Bruno sowie meinen Freundinnen und Freunden danke ich

für die vielen schönen, lustigen, bereichernden und erholsamen Stunden und für ihr Verständnis in Zeiten, in denen ich weniger solcher Stunden anbieten konnte.

Ein herzlicher Dank geht auch an meine Kolleginnen und Kollegen am Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW für die warmherzige Aufnahme in ihr Team und an Prof. Marcel Schär für seine inspirierende Art und für die vielen Freiheiten und Möglichkeiten, meine Ideen weiterzuverfolgen.

Mein letzter und grösster Dank geht an meinen Mann Markus, der in allen Lebensbereichen mein wichtigster Begleiter ist. Er hat am meisten dazu beigetragen, dass diese Dissertation möglich war, indem er sie mitgetragen hat und sich immer Zeit für mich genommen hat, wenn ich nicht mehr weiterwusste. Markus verdanke ich die wunderbarsten Kinder der Welt und eine Familie, die mir jeden Tag aufs Neue Rückhalt, Geborgenheit und Freude vermittelt. Ich bin ihm auch dankbar dafür, dass er mich immer wieder daran erinnert, Prioritäten zu setzen.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	IX
Publikationen.....	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Traumatisierte Kinder – belastete Betreuer .....	1
1.2 Schaffung eines „sicheren Ortes“ .....	3
1.3 Modellversuch Traumapädagogik.....	3
1.4 Forschungslücken.....	4
1.5 Fragestellung und Ziele.....	5
2 Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit .....	6
Zusammenfassung.....	6
Summary.....	6
2.1 Der sichere Ort als Voraussetzung für traumapädagogisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe .....	7
2.2 Belastung durch Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen: Bisherige Befunde .....	9
2.3 Zielsetzung der vorliegenden Studie .....	10
2.4 Methode .....	10
2.5 Ergebnisse .....	13
2.6 Diskussion der Ergebnisse.....	17
2.7 Limitationen der Studie und Anregungen für weitere Forschung .....	17
Literaturverzeichnis.....	20
3 Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung - Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz .....	23
Zusammenfassung.....	23
Summary.....	23
3.1 Belastete Kinder – belastete Betreuer? .....	24
3.2 Belastungsreaktion Burnout.....	25
3.3 Posttraumatische Belastungsstörung .....	27
3.4 Sekundärtraumatisierung.....	28

3.5	Zielsetzung.....	30
3.6	Methode.....	30
3.7	Ergebnisse.....	32
3.8	Limitationen der Studie und Anregungen für weitere Forschung.....	39
3.9	Implikationen für die Praxis.....	40
	Literaturverzeichnis.....	41
4	Der Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.....	46
	Summary.....	46
	Zusammenfassung.....	47
4.1	Hintergrund.....	48
4.2	Methode.....	52
4.3	Ergebnisse.....	54
4.4	Diskussion.....	60
4.5	Einschränkungen.....	61
4.6	Implikationen für die Praxis.....	62
4.7	Fazit.....	63
	Literaturverzeichnis.....	63
5	The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland.....	67
	Abstract.....	67
5.1	Introduction.....	68
5.2	Aims.....	70
5.3	Methods.....	70
5.4	Results.....	74
5.5	Discussion.....	80
5.6	Limitations.....	81
5.7	Conclusions.....	82
	References.....	83
6	Zusammenfassung und Ausblick.....	86
6.1	Bedeutung der vorliegenden Arbeit für Forschung und Praxis.....	86
6.2	Ausblick.....	88
6.3	Weiterführende Projekte.....	88

Literaturverzeichnis.....	90
Anhang.....	91
Selbständigkeitserklärung.....	91
Lebenslauf.....	92

Glücklich der, dessen Wünsche nicht durch ihre Erfüllung entzaubert werden.

(Elias Canetti)



# Zusammenfassung

Knapp 80% der Kinder und Jugendlichen, die in der Schweiz in der stationären Kinder- und Jugendhilfe untergebracht sind, haben mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Fast 75% erfüllen die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose. Diese Beeinträchtigungen führen zu schwierigen Interaktionen und Grenzverletzungen gegenüber pädagogischen Mitarbeitenden und zu Belastungsreaktionen. Diese wirken sich negativ auf die Kontinuität und Qualität der pädagogischen Betreuung aus. Bisher liegen kaum Studien zu Belastungen bei pädagogischen Mitarbeitenden vor, obwohl die Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer Vorgeschichte und ihrer vielfältigen Psychopathologie besonders auf kontinuierliche Beziehungen und gesunde Bezugspersonen angewiesen sind.

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen eines Modellversuchs zu Traumapädagogik. Der Kern der Traumapädagogik ist die Schaffung eines „sicheren Ortes“ sowohl für die Kinder und Jugendlichen als auch für die Pädagogen und Pädagoginnen. Als Grundlage dafür braucht es eine Umgebung, die durch Wertschätzung, Transparenz, Partizipationsmöglichkeiten und Freude geprägt ist. In der vorliegenden Arbeit wurde eine Stichprobe von 319 pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mittels Fragebögen untersucht. Es wurden Grenzverletzungen und bedrohliche Ereignisse sowie Belastungsreaktionen erfasst. Ausserdem wurden Aspekte von Arbeitszufriedenheit sowie Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge untersucht.

Es zeigte sich, dass 91% aller Mitarbeitenden in den vergangenen drei Monaten Grenzverletzungen und andere berufliche Belastungen erlebt hatten. Am häufigsten wurden Beschimpfungen, verbale Drohungen und tätliche Angriffe berichtet. Die Befragten zeigten deutliche Symptome von posttraumatischer Belastung und sekundärer Traumatisierung. Bei knapp einem Fünftel der Stichprobe fand sich eine Burnout-Gefährdung. Folgende Aspekte von Arbeitszufriedenheit korrelierten negativ mit Belastungssymptomatik: Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz, Kommunikation und Unterstützung im Team, Freude an der Arbeit sowie institutionelle Strukturen und Ressourcen. Kohärenzgefühl wies einen negativen Zusammenhang mit allen Formen von Belastung auf und Selbstfürsorge korrelierte negativ mit posttraumatischer Belastung.

Aus den Erkenntnissen werden Implikationen für die Praxis und Empfehlungen für Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen abgeleitet.

## Publikationen

Die vorliegende Dissertation beruht auf folgenden Publikationen:

Steinlin, Célia; Fischer, Sophia; Dölitzsch, Claudia; Fegert, Jörg M.; Schmid, Marc (2015). *Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit*. Trauma & Gewalt, 9(1): 22-33.

Steinlin, Célia; Dölitzsch, Claudia; Fischer, Sophia; Lüdtke, Janine; Fegert, Jörg M.; Schmid, Marc (2015). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung - Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz. Trauma & Gewalt, 9(1): 6-21.

Steinlin, Célia; Dölitzsch, Claudia; Fischer, Sophia; Schmeck, Klaus; Fegert, Jörg M.; Schmid, Marc (2016). *Arbeitszufriedenheit und Burnout-Symptomatik bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 65: 162-180.

Steinlin, Célia; Dölitzsch, Claudia; Kind, Nina; Fischer, Sophia; Schmeck, Klaus; Fegert, Jörg M.; Schmid, Marc (zur Publikation eingereicht im Mai 2016). *The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland*. Child and Youth Services.

# 1 Einleitung

## 1.1 Traumatisierte Kinder – belastete Betreuer

Knapp 80% der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in der Schweiz in einer Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe untergebracht sind, haben mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Das hat der Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen ergeben (MAZ.: Schmid, Kölch, Fegert, & Schmeck, 2012). Über die Hälfte der Befragten gab an, interpersonelle Traumata erlebt zu haben, also gewalttätige Angriffe, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung und Verwahrlosung. Ebenfalls über die Hälfte berichtete von wiederholten oder chronischen traumatischen Erlebnissen oder Lebensbedingungen (Dölitzsch et al., 2014). Die Prävalenz für mindestens eine psychische Störung lag bei 74%, wobei sich die Bandbreite von Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen über hyperkinetische Störungen, Persönlichkeitsstörungen bis hin zu Belastungs- und somatoformen Störungen, Angststörungen und Störungen durch psychotrope Substanzen erstreckte (Dölitzsch et al., 2014). 44% erfüllten die Kriterien für zwei oder mehr psychische Störungen. Es zeigte sich, dass diejenigen, die psychisch stark belastet waren und bereits Fremdunterbringungen in der Vorgeschichte aufwiesen, deutlich häufiger die Massnahme abbrachen oder ihre Ziele nicht erreichten (Schmid et al., 2012). Die Erkenntnisse aus dem MAZ. waren Anlass für den in dieser Dissertation beschriebenen Modellversuch Traumapädagogik.

Die Folgen von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend, insbesondere von interpersonellen und multiplen Traumatisierungen, führen längst nicht immer zu der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Grund dafür ist einerseits, dass die Definition der Diagnose gewisse Ereignisse, die für Kinder traumatisch sein können, ausschliesst (z.B. Trennung von der Hauptbezugsperson, emotionale Vernachlässigung) und andererseits, dass sich die Diagnose nicht am Entwicklungsstand und an der aktuellen Symptomatik der Kinder orientiert (Cook et al., 2005; Landolt & Hensel, 2012). Vielmehr können als Folge von traumatischen Erlebnissen eine Vielzahl von Symptomen und Störungen, häufig in Kombination, auftreten. Die Arbeitsgruppe um Bessel van der Kolk hat aufgrund einer umfassenden Literaturrecherche eine Übersicht über die wichtigsten Bereiche erstellt, die nach komplexen Traumatisierungen betroffen sein können (Cook et al., 2005). Diese ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Beeinträchtigte Bereiche bei Kindern nach komplexen Traumatisierungen

<p><b>I. Bindung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwierigkeiten mit Grenzen</li> <li>- Misstrauen und Argwohn</li> <li>- Soziale Isolation</li> <li>- Interpersonelle Schwierigkeiten</li> <li>- Schwierigkeiten, sich auf emotionale Zustände von anderen einzustellen</li> <li>- Schwierigkeiten mit der Perspektivenübernahme</li> </ul> <p><b>II. Biologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensomotorische Entwicklungsschwierigkeiten</li> <li>- Schmerzempfindlichkeit</li> <li>- Defizite in Koordination, Gleichgewicht, Muskeltonus</li> <li>- Somatisierung</li> <li>- Anfälligkeit für zahlreiche somatische Beschwerden (z.B. Unterleibsschmerzen, Asthma, Hautprobleme, Autoimmunerkrankungen)</li> </ul> <p><b>III. Emotionsregulation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwierigkeiten mit der emotionalen Selbstregulation</li> <li>- Defizite in der Benennung und dem Ausdruck von Emotionen</li> <li>- Schwierigkeiten, innere Zustände zu verstehen und zu beschreiben</li> <li>- Schwierigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken</li> </ul> <p><b>IV. Dissoziation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausgeprägte Wechsel zwischen Bewusstseinszuständen</li> <li>- Amnesie</li> <li>- Depersonalisation und Derealisation</li> <li>- Gedächtnisstörungen</li> </ul>	<p><b>V. Verhaltenskontrolle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulskontrollstörungen</li> <li>- Selbstverletzendes Verhalten</li> <li>- Aggressivität</li> <li>- Dysfunktionale Selbstregulationsstrategien</li> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Essstörungen</li> <li>- Substanzmissbrauch</li> <li>- Überangepasstheit</li> <li>- Trotzverhalten</li> <li>- Schwierigkeiten im Umgang mit Regeln</li> <li>- Reinszenierung von traumatischen Ereignissen im Verhalten oder im Spiel (z.B. sexuelles, aggressives Verhalten)</li> </ul> <p><b>VI. Kognition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung und in exekutiven Funktionen</li> <li>- Rascher Interessenverlust</li> <li>- Schwierigkeiten bei der Aufnahme von neuen Informationen</li> <li>- Schwierigkeiten, Aufgaben in Angriff zu nehmen und zu Ende zu führen</li> <li>- Schwierigkeiten in der Planung und Vorausschau</li> <li>- Mangelndes Verständnis für Verantwortung</li> <li>- Lernschwierigkeiten</li> <li>- Sprachentwicklungsstörungen</li> <li>- Orientierungsstörungen (zeitlich, örtlich)</li> </ul> <p><b>VII. Selbstkonzept</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine überdauernde Selbstwahrnehmung</li> <li>- Mangelndes Gefühl von Eigenständigkeit</li> <li>- Gestörte Körpersprache</li> <li>- Niedriges Selbstwertgefühl</li> <li>- Schuld und Scham</li> </ul>
--	---

Die Vielfalt und die Komplexität der möglichen Symptome und Beeinträchtigungen nach traumatischen Erlebnissen führen zu schwierigen Interaktionen und zu Grenzverletzungen im Alltag und können zu einer Vielzahl von Belastungen bei den Mitarbeitenden führen, z.B. zu Burnout-Symptomatik und zu Symptomen von posttraumatischer Belastungsstörung. Die Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen in den Lebensgeschichten der Kinder und Jugendlichen kann zudem Symptome von sekundärer Traumatisierung auslösen.

## **1.2 Schaffung eines „sicheren Ortes“**

Im Bereich der Psychotherapie sind in den letzten Jahren einige Konzepte zur Behandlung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen entstanden. Gemäss (Landolt & Hensel, 2012) sind komplex traumatisierte Kinder in besonderem Mass auf eine therapeutische Beziehung angewiesen, die auf Echtheit, Wertschätzung, Einfühlungsvermögen sowie Strukturierungsfähigkeit beruht. Diese Grundhaltungen zusammen mit einer ressourcenorientierten Haltung sind die Bedingung dafür, dass das Kind korrigierende Beziehungserfahrungen machen kann. (Cook et al., 2005) betonen, dass Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern folgende zentrale Elemente umfassen sollte:

- Herstellung von innerer und äusserer Sicherheit
- Förderung von Selbstregulation und Selbstreflexion
- Förderung von Freude, Selbstwirksamkeit und Hoffnung
- Förderung von Bindungs- und Beziehungsfähigkeit
- Integration der traumatischen Ereignisse

Inwiefern sich die Erkenntnisse aus der Psychotherapie auf die Pädagogik übertragen lassen, ist nicht ausreichend geklärt. Für Kinder und Jugendliche, die in einer stationären Einrichtung untergebracht sind, stellen die pädagogischen Mitarbeitenden aber wichtige Bezugspersonen dar, insbesondere dann, wenn die Kinder bereits in den ersten Lebensjahren in die Einrichtung eintreten oder wenn die familiären Bezugspersonen nicht verfügbar sind. Die Grundhaltungen der pädagogischen Mitarbeitenden gegenüber den Kindern und Jugendlichen dürften also mindestens so bedeutsam und einflussreich sein wie die therapeutische Haltung. Betreuungspersonen, die selbst unter Belastungen leiden, sind in ihren Möglichkeiten, eine Grundhaltung wie oben beschrieben aufrechtzuerhalten, eingeschränkt. Wenn die Belastungen zu Arbeitsausfällen und Personalfuktuation führen, wie das in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern häufig vorkommt, sind die Kontinuität der Beziehungen und die Möglichkeiten für die Kinder und Jugendlichen, korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen, stark gefährdet. Aus diesem Grund bedarf es pädagogischer Konzepte, die ganz spezifisch auf die Bedürfnisse von psychisch belasteten Kindern und auf die Bedürfnisse ihrer Betreuungspersonen ausgerichtet sind (Gahleitner, 2013; Schmid & Lang, 2012; Schmid, 2013).

## **1.3 Modellversuch Traumapädagogik**

Diese Dissertation entstand im Rahmen eines Modellversuchs zu Traumapädagogik, der von 2012 bis 2016 von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Ulm durchgeführt und vom

Schweizerischen Bundesamt für Justiz gefördert wurde. Der Kern der Traumapädagogik ist die Schaffung eines „sicheren Ortes“ sowohl für die Kinder und Jugendlichen als auch für die Pädagogen und Pädagoginnen. Als Grundlage dafür braucht es aus traumapädagogischer Sicht eine Umgebung, die durch Wertschätzung, Transparenz, Partizipationsmöglichkeiten und Freude geprägt ist (Schmid & Lang, 2012; Schmid, 2013).

Der Modellversuch bestand darin, in fünf ausgewählten stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Deutschschweiz traumapädagogische Massnahmen zu implementieren und diese zu evaluieren. Zu diesem Zweck wurden die pädagogischen Mitarbeitenden sowie die Leitungskräfte der Institutionen intensiv in traumapädagogischen Konzepten geschult. Der Prozess der Umsetzung der Konzepte in den Institutionen wurde engmaschig begleitet. Zur Evaluation der Massnahmen wurden sowohl die Mitarbeitenden als auch die Kinder und Jugendlichen jeweils jährlich mittels Fragebögen befragt. Ausserdem wurden physiologische Parameter (Haarcortisol) erhoben. Um die Verläufe in den Institutionen mit Verläufen in Institutionen vergleichen zu können, die nicht nach traumapädagogischen Konzepten arbeiteten, wurden in neun Kontrollinstitutionen zu denselben Zeitpunkten dieselben Erhebungsinstrumente eingesetzt. Aufgrund der Tatsache, dass im Bereich der Belastung und der Zufriedenheit von pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe bisher kaum Vergleichsdaten existieren und es für die Einschätzung der Verlaufsdaten wichtig war, die allgemeine Belastung der Mitarbeitenden zu kennen, wurde zusätzlich zu den Erhebungen im Rahmen des Modellversuchs eine grössere Stichprobe von pädagogischen Mitarbeitenden mittels Fragebogen befragt. Zu diesem Zweck wurden die im Modellversuch auf Mitarbeiterebene verwendeten Fragebögen im Januar 2013 einmalig an alle vom Bundesamt für Justiz anerkannten Einrichtungen in der Deutschschweiz versandt. Es wurden 184 Fragebögen ausgefüllt retourniert. Zusammen mit den Mitarbeiterdaten aus den Modell- und den Kontrollinstitutionen (Teams und Leitungskräfte) ergab sich eine Stichprobe von 319 Personen. Alle vier in dieser Dissertation beschriebenen Artikel beziehen sich auf diese Stichprobe.

## **1.4 Forschungslücken**

In den vergangenen Jahren ist das Interesse an traumapädagogischen Konzepten stark gewachsen und die Konzepte haben vielerorts Eingang in den pädagogischen Alltag gefunden. Die wissenschaftliche Evaluation hinkt hingegen hinterher. So war bislang weder ausreichend erforscht, welchen Grenzverletzungen und belastenden Erlebnissen pädagogische Mitarbeitende in der Kinder- und Jugendhilfe im Alltag tatsächlich ausgesetzt sind und in welchem Ausmass, noch, wie sich die Belastungen auf die Mitarbeitenden auswirken. Auch wurde bislang wenig erforscht, welche Zusammenhänge zwischen Aspekten der Arbeitszufriedenheit und anderen, aus

traumapädagogischer Sicht relevanten Aspekten wie Kohärenz, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge und den Belastungen bestehen.

## **1.5 Fragestellung und Ziele**

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel zu erfassen, mit welchen Belastungen pädagogische Mitarbeitende in der stationären Kinder- und Jugendhilfe konfrontiert sind und welche Auswirkungen diese Belastungen auf sie haben. Ausserdem sollte erfasst werden, welche Aspekte der Arbeitszufriedenheit mit den Belastungen zusammenhängen und ob andere Faktoren sich schützend auswirken können.

Folgende Fragestellungen wurden mit der vorliegenden Arbeit adressiert:

1. Welche Belastungen und Grenzverletzungen erleben pädagogische Mitarbeitende in der stationären Kinder- und Jugendhilfe in ihrem Arbeitsalltag (Kapitel 2)?
2. Wie häufig treten Burnout-Symptomatik, posttraumatische Belastungssymptome und Symptome von sekundärer Traumatisierung auf (Kapitel 3)?
3. Inwiefern hängen aus traumapädagogischer Sicht relevante Aspekte von Arbeitszufriedenheit (Wertschätzung, Partizipation, Transparenz, Freude) mit Burnout-Symptomatik zusammen (Kapitel 4)?
4. Inwiefern hängen Kohärenzgefühl, kollektive Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstfürsorge mit der Belastung in Form von Burnout-Symptomatik und Traumafolgesymptomatik zusammen (Kapitel 5)?

## **2 Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit**

*Célia Steinlin, Sophia Fischer, Claudia Dölitzsch, Jörg M. Fegert und Marc Schmid*

*Erschienen 2015 in der Zeitschrift Trauma & Gewalt, peer-reviewed*

### **Zusammenfassung**

Die Jugendhilfe leidet unter Fachkräftemangel und verzeichnet viele Arbeitsausfälle sowie eine hohe Personalfluktuation. Bisher gibt es wenig Forschung zu konkreten Belastungen und persönlichen Grenzverletzungen, denen pädagogische Fachkräfte in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind. Um diese Belastungen zu erfassen, wurden 319 pädagogische Mitarbeitende in Schweizerischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen mittels Fragebögen befragt. Es zeigte sich, dass 91% aller Mitarbeitenden in den vergangenen drei Monaten Grenzverletzungen und andere berufliche Belastungen erlebt hatten. Am häufigsten wurden Beschimpfungen (79%), verbale Drohungen (53%) und tätliche Angriffe (24%) berichtet. Es wird diskutiert, welchen Einfluss die Psychopathologie der teilweise schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen hat, und es werden Überlegungen zum Einfluss von traumapädagogischen Ansätzen und zur besseren Versorgung der Mitarbeitenden angestellt.

*Schlüsselwörter: Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, Pädagogische Fachkräfte, Grenzverletzungen, Sicherer Ort, Arbeitssicherheit, Traumapädagogik*

### **Summary**

*Working in child welfare institutions, a risk-prone duty*

Child welfare institutions report difficulties finding staff and high employee fluctuation rates. Until now, little research has been done on the specific stress factors and violations of personal boundaries that the pedagogues are exposed to in their daily routine. In order to identify these stress factors, 319 pedagogues in Swiss child welfare institutions were assessed by means of questionnaires. It showed that 91% of the employees had experienced violations of personal boundaries in the past three months. The most frequent events reported were verbal abuse (79%), verbal threat (53%) and assault (24%). The influence of the psychopathology of the often severely traumatised children and adolescents is discussed and the importance of applying trauma sensitive care concepts for a better support of the staff.



*Keywords: Child welfare institutions, pedagogues/educationalists, violations of the personal sphere, safe place, occupational safety, trauma sensitive care*

## **2.1 Der sichere Ort als Voraussetzung für traumapädagogisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe**

Kaum eine Fallsupervision in sozialpädagogischen Teams verläuft, ohne dass ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin von einer persönlichen Grenzverletzung durch die betreuten Kinder und Jugendlichen berichtet. Es scheint, dass Grenzverletzungen in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen an der Tagesordnung sind. Leider gibt es bisher kaum empirische Untersuchungen, die das Ausmaß von Grenzverletzungen gegenüber sozialpädagogischen Fachkräften systematisch untersuchen. Gerade in Zeiten, in denen die Jugendhilfe einen Fachkräftemangel beklagt, wäre ein offensiver lösungsorientierter Umgang mit den Belastungen und Herausforderungen des Berufsfeldes angezeigt. Vielleicht sind die aus der Psychotraumatologie abgeleiteten Erklärungsmodelle für die Eskalation von Interaktionen und die daraus resultierenden Grenzverletzungen ein Grund für das große Interesse des Feldes an traumapädagogischen Konzepten (Bausum, Besser, Kühn et al. 2013, Lang, Schirmer, Lang et al. 2013, Schmid 2010, 2012).

Als eine der zentralsten Innovationen von traumapädagogischen Konzepten gilt die Tatsache, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte und ihre emotionalen Belastungen ein wichtiger Teil der Konzepte sind (Schmid & Lang 2012, Schmid 2010, 2012, 2014). Vorwiegendes Ziel ist es, die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden in den Interaktionen mit den traumatisierten Jugendlichen zu fördern (Schmid & Lang 2012, Schmid 2010, 2014). Zentral ist, dass sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die pädagogischen Fachkräfte einen sicheren Ort benötigen, der es ihnen ermöglicht, ohne Angst vor erneuten Verletzungen miteinander zu interagieren, sich emotional zu öffnen und auf gewohnte dysfunktionale Abwehrstrategien zu verzichten. Traumapädagogische Konzepte beinhalten als wichtige Grundvoraussetzung den Versuch, einen solchen sicheren Ort zu schaffen und ihn - so gut es geht - zu bewahren. Im Zentrum steht dabei die Schaffung eines Milieus, welches sowohl für die Heranwachsenden als auch für die Mitarbeitenden transparent und berechenbar ist, in dem alle Beteiligten Wertschätzung, Mitbestimmung und persönliche Förderung in verschiedenen Bereichen erfahren und in dem sie Freude und Entspannung erleben dürfen (für eine Übersicht siehe z.B. Lang, 2013). Auch für die Mitarbeitenden soll also die Institution ein sicherer Ort sein, an dem sie versorgt werden und an dem sie Unterstützung erfahren bei der Bewältigung der Belastungen, die durch die Arbeit mit teilweise schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen entstehen.

Traumatische Lebenserfahrungen können auf vielfältige Art und Weise die Wahrscheinlichkeit für eskalierende Interaktionen zwischen den betreuten Kindern und Jugendlichen und den erwachsenen Bezugspersonen erhöhen (Schmid & Fegert 2015). Eine wichtige Rolle spielen dabei die Defizite in der Selbststeuerung, die dazu führen können, dass Jugendliche aggressive Impulse nicht mehr ausreichend hemmen können.

Um die Versorgungsstrukturen in den Institutionen jedoch den konkreten Bedürfnissen der Mitarbeitenden anpassen zu können, muss bekannt sein, welchen Belastungen pädagogische Fachkräfte in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen konkret ausgesetzt sind und welche Auswirkungen diese Belastungen auf sie haben. Diese Fragen haben bisher zu wenig Beachtung erhalten.

Es ist in der jüngeren Vergangenheit viel über zunehmende Arbeitsausfälle aufgrund von psychischer Belastung und über Burnout geschrieben worden. Gemäß einer Untersuchung des wissenschaftlichen Instituts der AOK (2011) sind Mitarbeitende im Sozialwesen besonders häufig von Arbeitsausfällen aufgrund von psychischer Erschöpfung oder psychischen Erkrankungen betroffen. Dabei nehmen Heimleiter, Sozialpädagogen sowie Sozialarbeiter in Jugendhilfeeinrichtungen einen Spitzenplatz ein. Die Wissenschaftler, die sich mit Teamburnout beschäftigen, postulieren enge Zusammenhänge zwischen dem Umgang mit Grenzverletzungen und dem Ausbrennen von Teams (Fengler & Sanz, 2011). Die beschriebenen Befunde hängen eng mit dem Thema der Personalfluktuatation zusammen. Bereits 1989 erschien eine deutschschweizerische Studie mit dem Titel „Heimerziehung als Durchgangsberuf“, in der eine durchschnittliche Verweildauer im Berufsfeld von drei Jahren beschrieben wurde (Schoch, 1989). Günther und Bergler legten 1992 eine berufsfeldübergreifende Studie zur Arbeit in der stationären Jugendhilfe vor und wiesen darauf hin, dass nicht einmal die Hälfte der Fachkräfte in der Heimerziehung fünf Jahre oder länger in diesem Berufsfeld blieb. Sie beschrieben eine hohe berufliche Unzufriedenheit und Perspektivlosigkeit und betonten den Bedarf nach strukturellen und organisatorischen Veränderungen sowie mehr Personalpflege und -entwicklung. Seither ist viel Zeit vergangen, in der eine Professionalisierung im Bereich der Ausbildung des Erziehungspersonals stattgefunden hat (Müller, 2006, Schmid 2010, 2013, 2014) und in der die rechtlichen Grundlagen für die Heimerziehung verändert worden sind (z.B. in Deutschland 1991 durch die Verrechtlichung der stationären Erziehungshilfen im Kinder- und Jugendhilfe Gesetz (KJHG) und in der Schweiz zuletzt durch die Einführung des neuen Kindesschutzrechts 2013). Trotzdem scheint, wie bereits beschrieben, die Heimerziehung nach wie vor ein Berufsfeld mit vielen Belastungen, vielen Ausfällen und hoher Personalfluktuatation zu sein, was sich negativ auf die Qualität der Betreuung auswirken kann. Die ständigen Wechsel erhöhen die Arbeitsbelastung in den Teams und können, wenn sie nicht gut begleitet werden, auch für die Kinder und Jugendlichen erneute Beziehungsabbrüche darstellen. Problematisch ist dabei vor allem, dass

viele sozialpädagogische Fachkräfte nicht ausreichend auf die emotionalen Belastungen und heftigen Gegenübertragungsgefühle sowie auf den Umgang mit persönlichen Grenzverletzungen in ihrem Berufsfeld vorbereitet werden (Schmid, Grieb & Kölch, 2011).

## **2.2 Belastung durch Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen: Bisherige Befunde**

Die bisherige Literatur zu beruflichen Belastungen bezieht sich mehrheitlich auf Pflegepersonal in somatischen und psychiatrischen Kliniken, manchmal zusätzlich auf den Behindertenbereich und die Altenpflege (z.B. Gerberich, Church, McGovern et al. 2004, Richter & Berger 2009, Estryne-Behar, van der Heijden, Camerino et al. 2008, Inoue, Tsukano, Muraoka et al. 2006, Franz, Zeh, Schablon et al. 2010). Trotz der immensen Bedeutung des Themas für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe und der Tatsache, dass fast jede Institution mit Grenzverletzungen gegenüber ihren Mitarbeitenden konfrontiert ist, wird das Thema sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch in der sozialpädagogischen Forschung noch weitgehend vernachlässigt.

Zumeist werden das Auftreten und der Einfluss von physischer Gewalt gegenüber dem Personal thematisiert, nur in wenigen Studien wird spezifisch auf das Auftreten und die Folgen von verbaler Gewalt eingegangen (z.B. Richter, 2014). In einigen Studien wird Gewalt durch Patienten und durch Besucher zusammengefasst, was die Vergleichbarkeit der Daten erschwert (z.B. Hahn, Hantikainen, Needham et al. 2012). Neuere Studien aus dem europäischen und dem deutschsprachigen Raum konnten aufzeigen, dass zwischen 20 und 90% des Pflegepersonals in somatischen und psychiatrischen Kliniken innerhalb von 12 Monaten physische und verbale Gewalt durch Patienten erlebt hatten (Franz, Zeh, Schablon et al. 2010, Hahn, Müller, Needham et al. 2010, Estryne-Behar, van der Heijden, Camerino et al. 2008). Schmid (2008) untersuchte die Gewalterfahrungen von Lehrkräften in Sonderschulen für sozio-emotionale Entwicklung und Erziehungshilfe. 35% der 500 befragten SchülerInnen gaben dabei an, ihre Lehrperson bedroht zu haben und 8% berichteten von körperlichen Angriffen auf ihre Lehrperson.

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien sind schwer vergleichbar, da uneinheitliche Definitionen von Gewalt und Aggression verwendet und die Daten unterschiedlich erhoben wurden. Außerdem unterscheiden sich die Anforderungen an das Personal, der Personalschlüssel und die Arbeitsbedingungen ebenso wie die Unterbringungsbedingungen für die Klienten oder Patienten von Land zu Land deutlich, was einen Vergleich zusätzlich erschwert. Zudem wird in erster Linie über Übergriffe gegenüber dem Betreuungspersonal berichtet und nicht über beobachtete oder miterlebte Gewalt. Lediglich die Häufigkeit von Suiziden in Betreuungseinrichtungen und deren Auswirkungen für das Pflegepersonal sind relativ gut untersucht. Schmidtke und Schaller (2012) beispielsweise beschreiben, dass 46-55% des

Pflegepersonals in psychiatrischen Kliniken im Verlauf des Arbeitslebens den Suizid eines Patienten erleben.

In den vergangenen Jahren ist es zu einzelnen gravierenden medienträchtigen Vorfällen gekommen, bei denen pädagogische Mitarbeitenden teilweise schwer verletzt oder sogar getötet wurden. Überraschenderweise liegen dennoch gemäß unserer Kenntnis bislang keine systematischen Studien zu Übergriffen auf pädagogische Mitarbeitende in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen vor.

## **2.3 Zielsetzung der vorliegenden Studie**

Um die beschriebenen Wissenslücken zu schließen, befasst sich die vorliegende Studie mit einer breiten Auswahl von Übergriffen, Grenzverletzungen und anderen belastenden Ereignissen, denen pädagogische Fachkräfte in Kinder- und Jugendhilfeinstitutionen im Alltag ausgesetzt sind oder zumindest sein können. Es wurden dabei nicht nur Übergriffe auf das Personal erfragt, sondern ebenfalls potentiell belastende Grenzverletzungen, die sich zwischen den Kindern und Jugendlichen ereignet hatten sowie selbstverletzendes Verhalten und suizidale Handlungen, die von den Mitarbeitenden unmittelbar beobachtet oder miterlebt worden waren. Dies erschien wichtig, da das unmittelbare Miterleben von Suizid und Gewalteskalation in der stationären Arbeit gemäß verschiedenen Studien als sehr belastend erlebt wird (vgl. z.B. Lang 2013; Richter 2007).

## **2.4 Methode**

### **2.4.1 Vorgehen**

Die epidemiologische Studie wurde im Rahmen eines in der Schweiz durchgeführten Modellversuchs zu Traumapädagogik durchgeführt, der die Wirksamkeit von traumapädagogischen Ansätzen in Jugendhilfeeinrichtungen untersucht. Neben der Ebene der Kinder und Jugendlichen wird im Rahmen des Modellversuchs auch die Arbeitsbelastung bzw. -zufriedenheit der pädagogischen Fachkräfte evaluiert. Ziel ist es, durch die Implementierung von traumapädagogischen Ansätzen eine Steigerung der psychischen Befindlichkeit sowie eine Reduktion der Stressbelastung und Traumafolgesymptomatik bei Kindern und Jugendlichen und eine Reduktion der Arbeitsbelastung bei pädagogischen Fachkräften zu erreichen. Um die Verläufe bei den pädagogischen Fachkräften besser interpretieren zu können, wurde zusätzlich eine epidemiologische Untersuchung durchgeführt. Dafür wurden alle vom Schweizerischen Bundesamt für Justiz anerkannten Erziehungseinrichtungen in der Deutschschweiz mittels

Anschreiben auf die Studie aufmerksam gemacht. Das Bundesamt für Justiz erkennt Einrichtungen an, in denen „mindestens ein Drittel der eingewiesenen Kinder und Jugendlichen straffällig und/oder in ihrem Sozialverhalten erheblich gestört sowie älter als sieben aber jünger als 25 Jahre (resp. 30 Jahre bei Maßnahmen-Zentren für junge Erwachsene) sind“ (Bundesamt für Justiz, 2014). Die Anerkennung setzt außerdem gewisse Qualitätsstandards voraus, wie z.B. ein niedergeschriebenes Konzept, einen „quantitativ angemessenen, dem Schwierigkeitsgrad der Eingewiesenen entsprechenden Personaletat“ und eine hohe Qualität des Betreuungspersonals, welche durch die Anforderung gewährleistet werden soll, dass „mindestens  $\frac{3}{4}$  des erzieherisch tätigen Personals über eine qualifizierte anerkannte Ausbildung verfügt“.

Die Befragung umfasste verschiedene standardisierte oder selbst-entwickelte Fragebögen zu soziodemographischen Variablen, Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit, Arbeitszufriedenheit, Burnout-Symptomatik, Sekundärtrauma-Symptomatik und zu Belastungen im beruflichen und privaten Alltag. Es wurden ca. 700 Fragebögen verschickt, wovon 186 ausgefüllt retourniert wurden. Zusammen mit den Teilnehmenden aus den Modellwohngruppen (n=49) und aus den Kontrollwohngruppen (n=84) ergab sich eine Stichprobe von 319 Personen.

#### 2.4.2 Stichprobenbeschreibung

Von den 319 pädagogischen Mitarbeitenden waren 39% männlich und 61% weiblich. Die Teilnehmenden waren 23 bis 65 Jahre alt ( $MW=38.6$ ,  $SD = 10.0$ ). 77% gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben und 23% alleinstehend zu sein. 36% gaben an, eigene Kinder zu haben.

Die meisten Teilnehmenden waren SozialpädagogInnen oder SozialpädagogInnen in Ausbildung (86%). Abbildung 1 zeigt die Verteilung weiterer Berufsfelder.

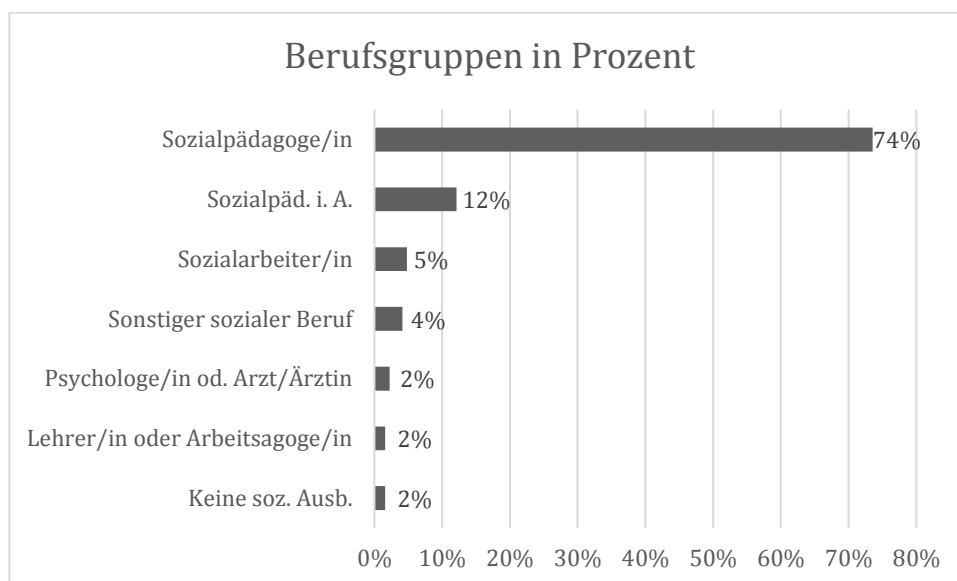


Abbildung 1: Berufsgruppen in der Stichprobe

Im Durchschnitt wiesen die Studienteilnehmer 10.0 Jahre Berufserfahrung im Bereich Sozialpädagogik auf ( $SD = 8.2$ ) und arbeiteten seit durchschnittlich 5.1 Jahren in der aktuellen Einrichtung ( $SD = 5.9$ ). Dies erscheint auf den ersten Blick als relativ viel in einem „Durchgangsberuf“, bei näherer Betrachtung wird aber deutlich, dass der Mittelwert durch einige wenige Personen mit sehr langer Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit zustande kam und die meisten Personen sehr viel kürzere Zeitspannen angaben (siehe Abbildungen 2 und 3).

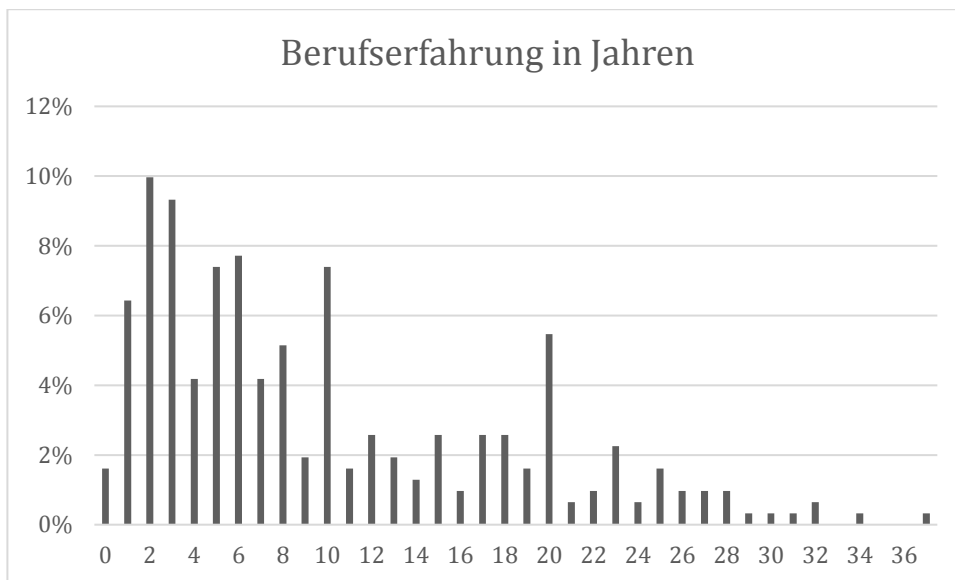


Abbildung 2: Berufserfahrung im sozialpädagogischen Bereich

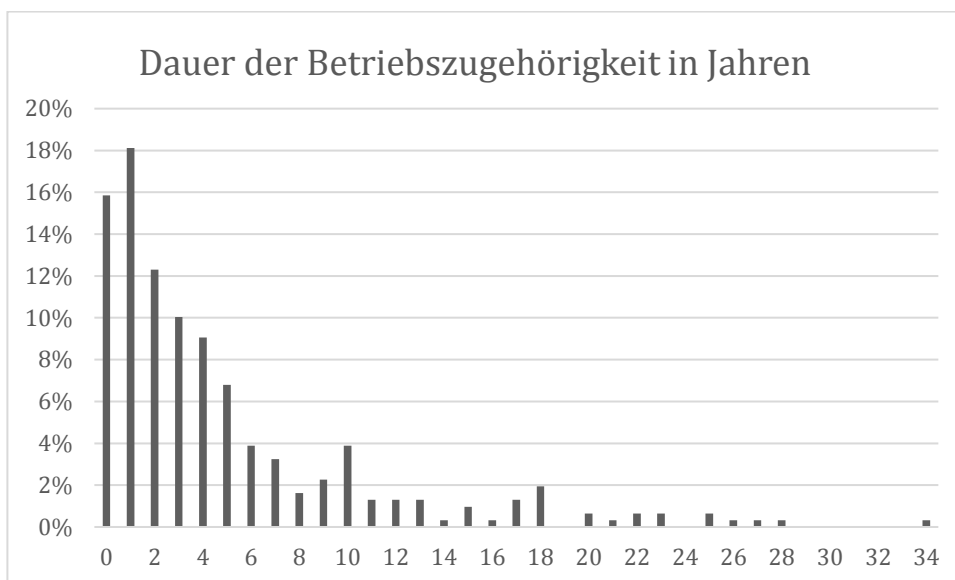


Abbildung 3: Dauer der Betriebszugehörigkeit in Jahren

### **2.4.3 Verwendetes Messinstrument**

Zur Erfassung der beruflichen und privaten Belastungen wurde eigens für den Modellversuch Traumapädagogik ein Fragebogen entwickelt (Fischer, Dölitzsch, Steinlin et al. 2012). Im ersten Teil wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie verschiedene berufliche Belastungen und Grenzverletzungen durch die Kinder und Jugendlichen in den letzten drei Monaten erlebt hatten und wenn ja, wie oft (18 Items). Zudem gab es die Möglichkeit, auch Belastungen anzugeben, die nicht konkret erfragt wurden. Die Fragen lassen sich in drei verschiedene Bereiche möglicher Belastungen unterteilen. Erstens wurden grenzverletzende und übergreifige Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen gegenüber den pädagogischen Fachkräften erfragt (12 Items). Zweitens wurde nach Übergriffen zwischen den Kindern und Jugendlichen gefragt, welche die pädagogischen Fachkräfte miterlebt hatten (2 Items). Drittens wurde danach gefragt, ob die Betreuer miterlebt hatten, wie sich ein Kind oder Jugendlicher selbst Schaden zugefügt hatte (3 Items). Außerdem wurde gefragt, ob die Fachperson sich durch ein Kind/einen Jugendlichen sexuell angezogen gefühlt habe, sodass sie dadurch belastet gewesen sei. Die interne Konsistenz des Fragebogens wurde überprüft. Cronbach's alpha lag bei .70, was angesichts der Tatsache, dass viele unterschiedliche Einzelereignisse erfragt wurden, befriedigend ist.

Im zweiten Teil wurde nach privaten Belastungen (15 Items) in den letzten drei Monaten gefragt, um bei Belastungsreaktionen besser einschätzen zu können, ob diese tatsächlich aufgrund von beruflichen Belastungen entstanden waren. Der Fragebogen für die privaten Belastungen wurde in Anlehnung an die in der Literatur gemeinhin als „kritische Lebensereignisse“ (z.B. Trennung/Scheidung, Unfall, Erkrankung, Umzug, Arbeitsstellenwechsel, Tod, neue Beziehung, Geburt) erstellt. Auch bei diesem Fragebogen gab es die Möglichkeit, zusätzliche Belastungen zu benennen. Hier wurde auf die Berechnung der internen Konsistenz verzichtet, da voneinander völlig unabhängige Ereignisse erfragt wurden.

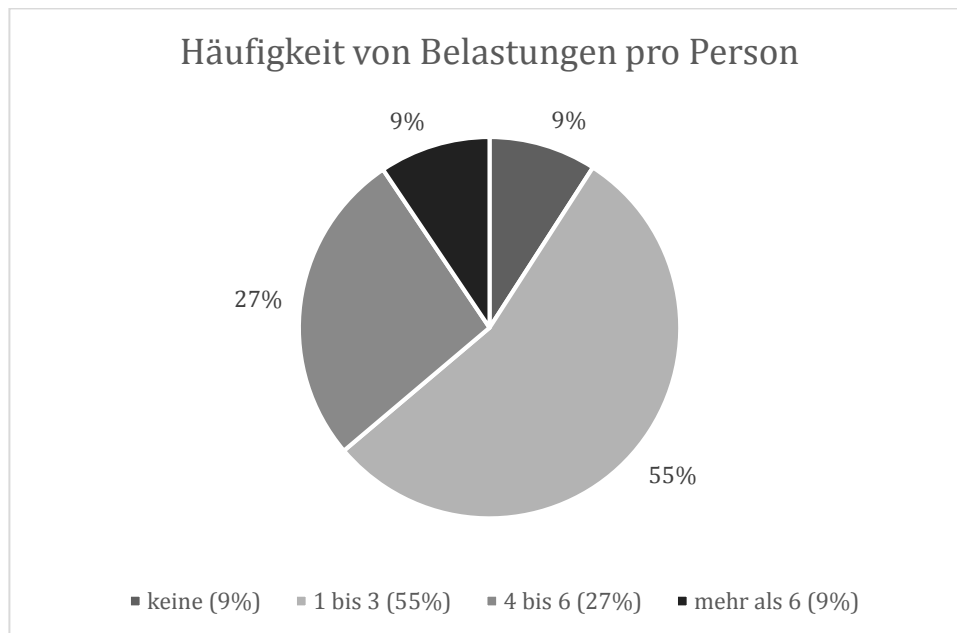
### **2.4.4 Statistische Verfahren**

Die Auswertung erfolgte vorrangig deskriptiv durch die Ermittlung von absoluten und relativen Häufigkeiten. Zur Bestimmung des Zusammenhangs zwischen beruflichen und privaten Belastungen wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Alle Auswertungen wurden mit SPSS 21 durchgeführt.

## **2.5 Ergebnisse**

Abbildung 4 zeigt, wie häufig die erfragten Belastungen und Grenzverletzungen insgesamt vorkamen. Nur 9% Prozent der Befragten gaben an, keine der genannten Belastungen in den

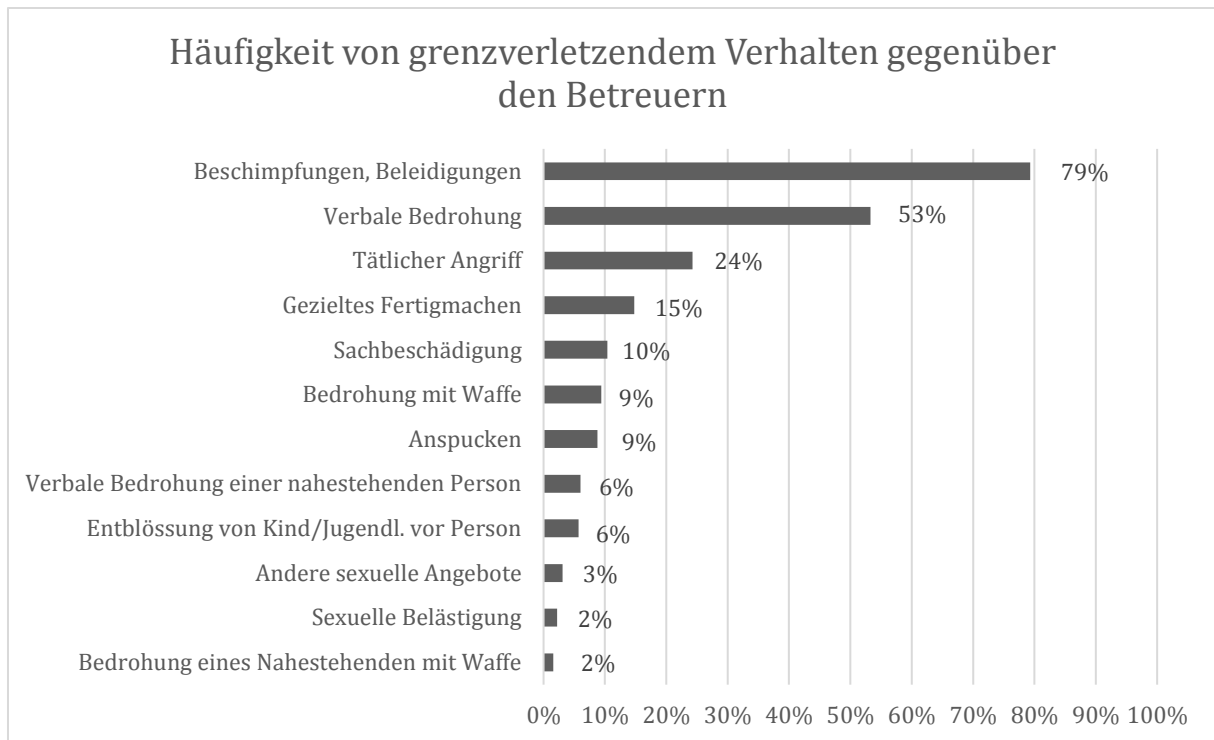
vergangenen drei Monaten erlebt zu haben. 55% der Stichprobe gaben an, eine, zwei, oder drei Belastungen erlebt zu haben, 27% berichteten von vier bis sechs Belastungen und 9% von sieben oder mehr. Acht Personen gaben sogar an, 10 bzw. 11 verschiedene Belastungen erlebt zu haben.



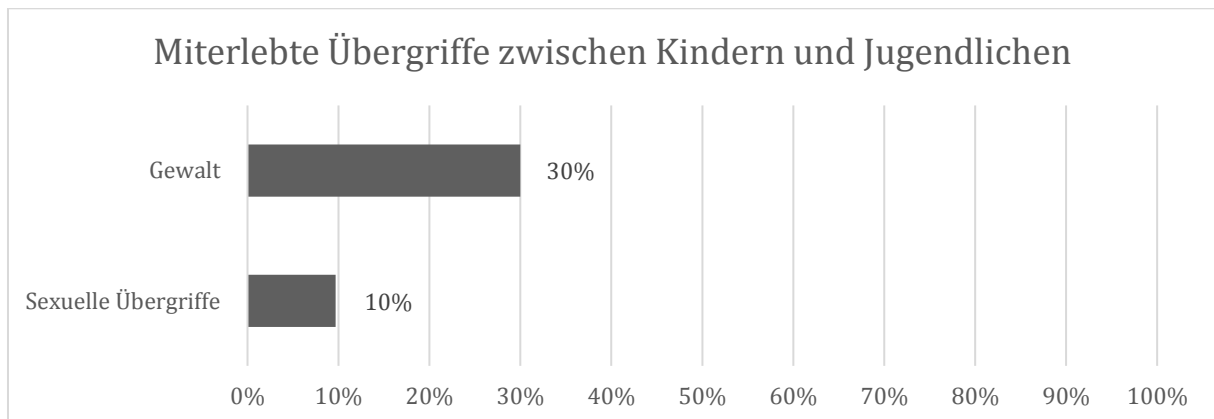
*Abbildung 4: Häufigkeit von beruflichen Belastungen und Grenzverletzungen*

In den Abbildungen 5 bis 7 sind die jeweiligen Häufigkeiten der beruflichen Belastungen und Grenzverletzungen im Arbeitsalltag dargestellt und zwar unterteilt nach grenzübergreifendem Verhalten gegenüber den Betreuern (Abb. 5), miterlebten Übergriffen zwischen den Kindern und Jugendlichen (Abb. 6) und beobachtetem oder miterlebtem selbstschädigendem Verhalten der Kinder und Jugendlichen (Abb. 7). Die Frage, ob eine Fachperson sich durch ein Kind/einen Jugendlichen sexuell angezogen gefühlt habe, sodass sie dadurch belastet gewesen sei, ließ sich keinem der drei Bereiche zuteilen und wurde auch von niemandem mit ja beantwortet.

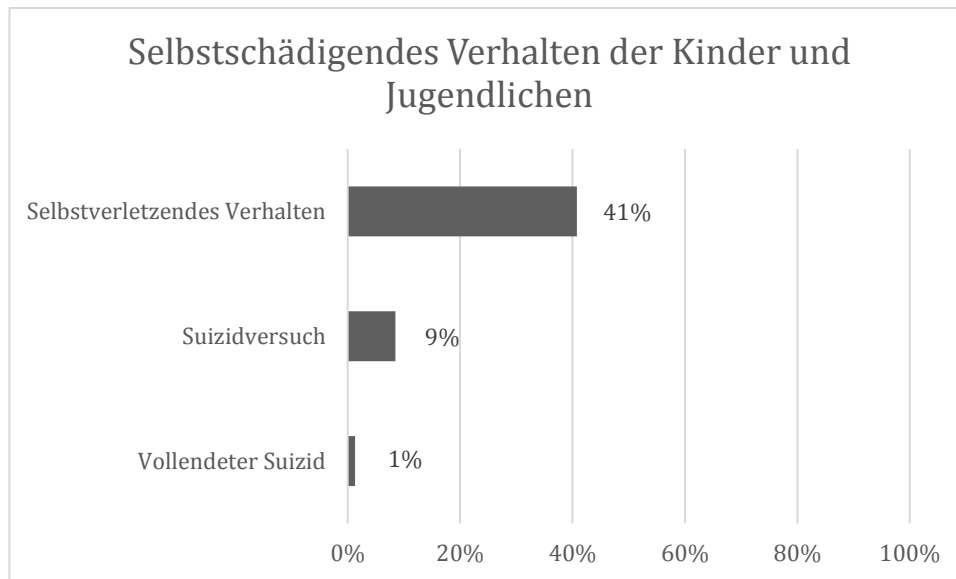




*Abbildung 5: Häufigkeit von Grenzverletzungen gegenüber dem Betreuungspersonal*



*Abbildung 6: Miterlebte Übergriffe zwischen Kindern und Jugendlichen*



*Abbildung 7: Beobachtetes oder direkt miterlebtes selbstschädigendes Verhalten der Kinder und Jugendlichen*

79% (n=253) der Stichprobe gaben an, in den letzten drei Monaten beleidigt oder beschimpft worden zu sein und über die Hälfte (53%, n=170) gab an, verbal bedroht worden zu sein. 30 Personen (9%) gaben an, mit einer Waffe oder einem anderen gefährlichen Gegenstand bedroht worden zu sein. 30% (n=95) gaben an, in den vergangenen drei Monaten gewalttätige Handlungen zwischen den Kindern und Jugendlichen miterlebt zu haben und fast 10% (n=31) berichteten sexuelle Übergriffe. 40% (n=129) gaben an, selbstverletzendes Verhalten beobachtet oder direkt miterlebt zu haben und 8% (n=27) seien Zeugen eines Suizidversuchs in den letzten drei Monaten geworden. Vier Personen (1%) gaben an, einen vollendeten Suizid miterlebt zu haben.

Wie bereits beschrieben, wurden auch private Belastungen in den letzten drei Monaten erfragt, um besser einschätzen zu können, ob eine allfällige Belastungssymptomatik (siehe Steinlin, Dölitzsch, Fischer et al., 2015) tatsächlich aufgrund von beruflichen Belastungen entstanden war oder ihren Ursprung außerhalb der Arbeit gehabt haben könnte. Die Belastungen, die am häufigsten genannt wurden, waren eine schwere Erkrankung oder ein Unfall in der Familie oder im engen Freundeskreis (n=62 resp. 20% der Stichprobe), eine schwere Beziehungskrise (n=58, 18%), tiefgreifende Veränderungen im Freundeskreis (n=46; 15%), ein Umzug (n=44, 14%) sowie der Tod einer nahestehenden Person (n=40; 13%). Es fand sich ein kleiner bis mittlerer signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl unterschiedlicher beruflicher und privater Belastungen ( $r=.289$ ;  $p<.001$ ).

## **2.6 Diskussion der Ergebnisse**

Nur 9% der Stichprobe gaben an, keine der genannten Belastungen erlebt zu haben. Einige der Belastungen wie z.B. Beschimpfungen und Beleidigungen oder verbale Drohungen wurden sehr häufig angegeben (von 79% resp. 53% der Stichprobe). Dies sind offenbar Belastungen, die im Alltag einer pädagogischen Fachkraft sehr oft auftreten. Das sagt aber noch nichts darüber aus, welche Auswirkungen solche Ereignisse auf die Fachkräfte haben können. Andere Ereignisse wurden zwar viel seltener berichtet, wie z.B. Bedrohung mit einer Waffe oder einem gefährlichen Gegenstand (9% der Stichprobe) oder Miterleben eines Suizidversuchs (ebenfalls 9% der Stichprobe), jedoch dürfte die Wirkung eines solchen Ereignisses für den Einzelnen sehr prägend gewesen sein. Aus den Daten ist nicht ersichtlich, wie die Fachpersonen auf die Belastungen reagiert haben.

Aufgrund des bereits in der Einleitung beschriebenen Mangels an vergleichbaren Studien und der Unterschiede bezüglich der untersuchten Population und der verwendeten Methoden in den vorliegenden Studien ist es schwierig, die Belastungen in der Stichprobe mit vorwiegend pädagogischen Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen im Vergleich mit anderen Berufsgruppen einzuordnen oder eine Aussage über das Ausmaß der Belastungen zu treffen. Es darf aber angenommen werden, dass Übergriffe durch ausgerechnet diejenigen Personen, welche die pädagogischen Fachkräfte tagtäglich zu unterstützen versuchen sowie auch Gewalt und selbstschädigendes Verhalten unter den Kindern und Jugendlichen nicht spurlos an den Betreuern vorbeiziehen.

Es wurde ein kleiner bis mittlerer Zusammenhang zwischen der Anzahl unterschiedlicher privater und beruflicher Belastungen festgestellt. Anhand der vorliegenden Daten kann keine Aussage über die Kausalität des Zusammenhangs gemacht werden. Aus der Literatur zur den Auswirkungen von Stress - insbesondere auf die Partnerschaft - ist jedoch bekannt, dass sich berufliche Belastungen viel öfter auf das Privatleben auswirken als umgekehrt (z.B. Bodenmann, 2011).

Drei mögliche Phänomene, die aus solchen Belastungen resultieren können, nämlich Burnout, PTBS und Sekundärtraumatisierung, werden in ebenfalls in diesem Heft (Steinlin, Dölitzsch, Fischer et al., 2015) besprochen.

## **2.7 Limitationen der Studie und Anregungen für weitere Forschung**

Wie bei jeder epidemiologischen Untersuchung müssen bei den Limitationen die Repräsentativität der Stichprobe, die Methodik und die Auswahl und Eignung der Erhebungsinstrumente diskutiert werden.

Die Fragebögen wurden an alle vom Bundesamt für Justiz anerkannten Erziehungseinrichtungen in der Deutschschweiz gesandt. Diese Einrichtungen zeichnen sich wie bereits beschrieben unter anderem dadurch aus, dass mindestens 30% der eingewiesenen Kinder und Jugendlichen straffällig oder sehr auffällig in ihrem Sozialverhalten sind. Obwohl es in der Schweiz fast keine Einrichtungen gibt, die nur straffällige oder dissoziale Jugendliche aufnehmen, ist es dennoch denkbar, dass die Kinder und Jugendlichen in den eingeschlossenen Einrichtungen sich durch ein größeres Gewalt- und Aggressionspotential auszeichnen als Kinder und Jugendliche in anderen Einrichtungen. Es ist daher möglich, dass die Prävalenz von Grenzverletzungen gegenüber dem Personal überschätzt wurde. Aus organisatorischen und sprachlichen Gründen wurden nur Einrichtungen in der Deutschschweiz angeschrieben. Es ist folglich nicht geklärt, inwiefern sich die Ergebnisse aus der Deutschschweiz auf die französischen und italienischen Teile der Schweiz übertragen lassen. Zur Repräsentativität der Stichprobe ist außerdem anzumerken, dass die Fragebögen jeweils an die Einrichtungsleitung adressiert waren. Die Autoren haben keine Kenntnis darüber, in welchen Einrichtungen die Bögen tatsächlich an die Mitarbeitenden ausgeteilt wurden und ob die Leitungen ihre Mitarbeitenden zur Teilnahme ermuntert oder ihnen vielleicht sogar davon abgeraten haben.

Es ist denkbar, dass die Befragung insbesondere in denjenigen Einrichtungen Beachtung fand, die sowieso schon eine höhere Sensibilität für die Thematik und vielleicht dadurch bessere Versorgungsstrukturen aufweisen. Dieser Umstand würde eher für eine Unterschätzung der Prävalenz von Belastungen sprechen. Auf individueller Ebene ist zu bedenken, dass die Fragebögen vielleicht besonders häufig von Mitarbeitenden ausgefüllt wurden, die sich entweder bereits eingehender mit der Thematik befasst hatten, oder aber von Mitarbeitenden, die sich aufgrund eigener Belastung und Arbeitsunzufriedenheit besonders davon angesprochen fühlten, was eher zu einer Überschätzung der Belastung führen könnte. Zudem konnten Mitarbeitende, die zum Zeitpunkt der Erhebung aufgrund von sehr starker Belastung krankgeschrieben waren, nicht rekrutiert werden. Leider konnte die Repräsentativität der Stichprobe im Rahmen dieser Studie nicht systematisch überprüft werden. Aufgrund der Selektionseffekte in beide Richtungen ist aber nicht von gravierenden Verzerrungen auszugehen.

Aus methodischer Sicht ist außerdem zu erwähnen, dass der eingesetzte Fragebogen von den Autoren selbst auf Basis einer Literaturrecherche und theoretischer Vorannahmen konstruiert wurde und bislang noch nicht auf Reliabilität und Validität überprüft worden ist. Es ist somit z.B. nicht gesichert, dass alle befragten Personen unter den benannten Ereignissen dasselbe verstanden haben. So könnte z.B. eine abwertende Bemerkung eines Jugendlichen von einer Fachperson als unbedachte und harmlose Äußerung betrachtet werden und von einer anderen als Beschimpfung. Wie ein bestimmtes Verhalten eines Jugendlichen interpretiert wird, hängt

wiederum stark von den Vorerfahrungen der Betreuungsperson, ihren Wertvorstellungen und persönlichen Grenzen ab.

Außerdem ist durch die Verwendung eines neuen Instruments ein Vergleich mit anderen Studien erschwert, wobei bereits beschrieben worden ist, dass ein erheblicher Mangel an solchen Studien insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe besteht, was der vorliegenden Studie eher einen Pioniercharakter verleiht. Inhaltlich hätte der Fragebogen um eine zusätzliche Dimension erweitert werden können, nämlich das Beobachten oder Miterleben von Gewalt nicht nur zwischen den Kindern und Jugendlichen sondern auch gegenüber anderen Betreuungspersonen.

Die epidemiologische Studie hatte zum Ziel, das Ausmaß von beruflichen Belastungen und grenzverletzendem Verhalten gegenüber dem Betreuungspersonal und deren Auswirkungen möglichst breit zu erfassen. Auf die wichtigsten Belastungsreaktionen beim Betreuungspersonal wird im zweiten Artikel in diesem Heft näher eingegangen (Steinlin, Dölitzsch, Fischer et al., 2015). Es bedarf weiterer Forschung, um Aussagen über bestimmte Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren machen zu können und um daraus Implikationen für gezielte Präventions- und Interventionsmaßnahmen ableiten zu können.

Anlass zu weiterer Forschung sollten auch die Auswirkungen der Grenzverletzungen und Übergriffe auf die Täter, also die Kinder und Jugendlichen selbst, sein. Diese könnten durch eigene Gewaltausübung schockiert und von vielleicht nicht beabsichtigten oder nicht erwarteten Schäden seitens ihrer Opfer betroffen sein. Sie könnten auch enttäuscht über ihr Handeln sein und Angst vor Zurückweisung und Ablehnung haben. Dies umso mehr, wenn zwischen Kind und Betreuer bereits eine gewisse Beziehung bestanden hat.

Ein weiteres Thema, das eng mit dem Beschriebenen zusammenhängt und Anlass zu weiterer Forschung sein sollte, ist grenzverletzendes Verhalten der Fachkräfte gegenüber ihren jungen Schützlingen. Es liegt nahe, dass eine Fachkraft, welche sich immer und immer wieder teilweise beängstigenden Situationen gegenüber sieht, Ohnmacht und Verzweiflung oder Resignation empfinden kann, aber auch Wut und Aggression. Gelingt es einem System nicht, die Fachkraft in diesem Moment angemessen zu versorgen, zu entlasten und ihr dazu zu verhelfen, ihre Professionalität wieder zu erlangen, droht die Gefahr von übergriffigem, unprofessionellem Verhalten. Dieses birgt freilich wiederum das Risiko einer Reinszenierung von früheren negativen zwischenmenschlichen Erlebnissen und einer Retraumatisierung für die Kinder und Jugendlichen. Die Gestaltung eines sicheren Ortes für die Mitarbeitenden, an dem den Herausforderungen des pädagogischen Berufes und den persönlichen Ressourcen und Grenzen der einzelnen Mitarbeitenden Rechnung getragen wird, erscheint unter diesem Aspekt umso wichtiger und dringlicher. Es gibt Hinweise dafür, dass sich durch die Implementierung von traumapädagogischen Konzepten die Sicherheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden

verbessern lassen und dass ein besseres Verständnis für die traumabedingten Entwicklungsschwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen den Umgang damit erleichtert. Für weiterführende Überlegungen dazu siehe Schmid, Steinlin & Fegert (2015, in diesem Heft).

## Literaturverzeichnis

- Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., & Weiss, W. (2013). *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3 ed.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bodenmann, G. (2011). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesamt für Justiz. Voraussetzung für die Anerkennung der Beitragsberechtigung als Erziehungseinrichtung im Sinne des LSMG. Zugriff am 15.07.2014 unter [http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf\\_und\\_massnahmen/anerkennung/anerkennungsvoraussetzung-d.pdf](http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf_und_massnahmen/anerkennung/anerkennungsvoraussetzung-d.pdf) (2014).
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H.-M. (2008). Violence risks in nursing--Results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-114.
- Fengler, J., & Sanz, A. (Eds.). (2011). *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fischer, S., Dölitzsch, C., Steinlin, C., Breymaier, B., Fegert, J.M. & Schmid, M. (2012). *Fragebogen zu besonderen Belastungen im Arbeitsalltag und Privatleben (unveröffentlicht)*.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 10, 51.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med*, 61(6), 495-503.
- Günther, R., & Bergler, M. (1992). *Arbeitsplatz Stationäre Jugendhilfe: Ergebnisse einer vergleichenden Berufsfeldanalyse und Massnahmenvorschläge für Mitarbeiterinnen im Gruppendienst*. Frankfurt a.M.: Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2685-2699.
- Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3535-3546.
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 29-36.
- Lang, B. (2013). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 127-144). Weinheim: Beltz Juventa.

- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., Weiss, W. & Schmid, M. (2013). *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, U. (2013). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie*. Berlin: Springer.
- Müller, J. (2006). *Sozialpädagogische Fachkräfte in der Heimerziehung - Job oder Profession? Eine qualitativ-empirische Studie zum Professionswissen. Dritter Teil einer 2005 angenommenen Dissertation der Pädagogischen Hochschule Heidelberg zum Thema „dass er weiss, was 8 mal 4 ist...“ Heimerziehung zwischen disziplin- und professionsorientierten Wissensformen“*.
- Richter, D. (2007). *Patientenübergriffe - Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D. (2014). Verbale Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/s-0033-1361149
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten. *Der Nervenarzt*, 80(1), 68-73.
- Schmid, M. (2008). Psychische Belastung und aggressives Verhalten an Schulen für Erziehungshilfe. In Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Ed.), *Schule für Erziehungshilfe: "Vielfalt statt Einfalt". DIE Chance für das förderungsbedürftige Kind. Schriftenreihe 3/2008* (Vol. 49, pp. 13-20). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (pp. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M. (2013). Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung. In Integras (Ed.), *Leitfaden Fremdplatzierung* (pp. 142-160). Zürich: Integras.
- Schmid, M. (2014). Eine Traumapädagogik braucht es, weil ... - Die Projektidee und Überlegungen zur konkreten Umsetzung des Projekts. In Evangelischer Erziehungsbund (Ed.), *EREV-Schriftenreihe: Traumapädagogik und ihre Bedeutung für pädagogische Einrichtungen. Ein Projekt des Universitätsklinikums Ulm mit dem CJD e. V.* (Vol. 6, pp. 13-37). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Schmid, M., Grieb, J., & Kölch, M. (2011). Die psychosoziale Versorgung von Kindern stationär behandelter psychiatrischer Patienten: Realität und Wünsche. In F. Wiegand-Grefe & F. Matzejat (Eds.), *Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung* (pp. 180-205). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., & Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzner, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Steinlin, C., & Fegert, J.M. (2015). Die Rekonstruktion des „sicheren Ortes“. Überlegungen zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten gegenüber pädagogischen Mitarbeitenden. *Trauma & Gewalt (Sonderheft)*.
- Schmidtke, A., & Schaller, S. (2012). Postvention bei suizidalen Handlungen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13(2), 50-54.
- Schoch, J. (1989). *Heimerziehung als Durchgangsberuf. Eine theoretische und empirische Studie zur Personalfuktuation in der Heimerziehung*. Weinheim: Juventa.

Steinlin, C., Dölitzsch, C., Fischer, S., Lütke, J., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2015). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung -Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz, Trauma und Gewalt. *Trauma & Gewalt (Sonderheft)*.



### **3 Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung - Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz**

*Célia Steinlin, Claudia Dölitzsch, Sophia Fischer, Janine Lüdtkke, Jörg M. Fegert und Marc Schmid*

*Erschienen 2015 in der Zeitschrift Trauma & Gewalt, peer-reviewed*

#### **Zusammenfassung**

In Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegenüber den Mitarbeitenden ein häufiges Problem dar. Die Prävalenz möglicher Belastungsreaktionen wurde bei 319 pädagogischen Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz erfasst. Die Stichprobe zeigte deutliche Symptome in den Bereichen Burnout (18% mit Burnout-Verdacht), Posttraumatische Belastungsstörung (2% mit Symptomatik nach eigenem belastendem Erlebnis) und Sekundärtraumatisierung (7% mit Symptomatik nach gehörtem/gelesenen Erlebnis der Kinder und Jugendlichen). Es wird die Wichtigkeit einer adäquaten Versorgung der Mitarbeitenden und die Anwendung von traumapädagogischen Konzepten diskutiert.

*Schlüsselbegriffe: Kinder- und Jugendhilfe, pädagogische Fachkräfte, Burnout, sekundäre Traumatisierung, PTBS*

#### **Summary**

*Burnout, post-traumatic stress disorder and secondary traumatisation – stress reactions among staff in Swiss child welfare institutions*

Aggression toward the staff and violations of personal boundaries are a common problem in child welfare institutions. The prevalence of possible stress reactions was assessed among 319 pedagogues/educationalists in Swiss child welfare institutions. The sample showed serious stress reactions such as symptoms of burnout (18% of the sample with suspicion of burnout), post-traumatic stress disorder (2% with symptoms after a threatening/frightening event) and secondary traumatic stress (7% with symptoms after having heard or read about a stressful event

experienced by the children). The importance of an adequate support of the staff and of trauma sensitive concepts is discussed.

*Keywords: Child welfare institutions, pedagogues/educationalists, burnout, post-traumatic stress disorder, secondary traumatic stress*

### **3.1 Belastete Kinder – belastete Betreuer?**

In stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen Grenzverletzungen gegen das Personal und unter den Jugendlichen ein häufiges Problem dar. Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert und Schmid (2015, in diesem Heft) berichten, dass 91% der pädagogischen Fachkräfte in den vergangenen drei Monaten grenzverletzendes Verhalten erlebt hatten. Über die Auswirkungen von grenzverletzendem Verhalten gegenüber dem Betreuungspersonal von Patienten und Häftlingen ist einiges bekannt. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass gezielte negative interpersonelle Verhaltensweisen und interpersonelle Gewalt nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen haben, mit Burnout und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) assoziiert sind sowie das Risiko für die Entwicklung von Depressionen ( $OR=4.28$ ), somatoformen Störungen ( $OR=3.6$ ), Angststörungen ( $OR=2.56$ ) und Schlafstörungen ( $OR=2.4$ ) erhöhen (Hogh et al., 2011; Mathisen et al., 2008; Kostev et al., 2014; Nolfé et al., 2007). In einer dänischen Studie erwiesen sich verbale Aggressionen und körperliche Gewalt am Arbeitsplatz als signifikantes Risiko für die stationäre Behandlung von depressiven und stressassoziierten Störungen (Wieclaw et al., 2006). Infolge gewalttätiger Interaktionen mit Häftlingen war mehr als die Hälfte des Personals im Strafvollzug, basierend auf ihren Ausprägungen in den Symptomen Vermeidung, Wiedererleben und Hyperarousal, von einem moderaten bis hohen Risiko für die Entwicklung einer PTBS betroffen (Boudoukha et al., 2013) und 15.5% der Angestellten zeigten das Vollbild einer PTBS (Stadnyk, 2004).

Die in Jugendhilfeeinrichtungen untergebrachten Kinder und Jugendlichen sind oftmals massiv belastet und weisen eine hohe Prävalenz an psychischen Störungen, Entwicklungsauffälligkeiten und traumatischen Erlebnissen auf (Dölitzsch et al., 2014; Schmid, 2007). Dies stellt das Personal vor zusätzliche Herausforderungen. Durch die Arbeit mit traumatisierten Menschen und die Konfrontation mit teilweise stark verstörenden und detaillierten Traumainhalten kann es zum Auftreten von Symptomen einer sekundären Traumatisierung kommen. Diese ähneln den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Weitkamp et al., 2014, Lempke, 2006). Beispielsweise berichten Trauma-Therapeuten von sensorischen Intrusionen der Erlebnisse ihrer Patienten, obwohl sie keinen sensorischen Reizen des traumatischen Erlebnisses wie Gerüchen, Geräuschen oder Bildern ausgesetzt waren (Daniels, 2007). Doch nicht nur die Berichte der Patienten selbst, sondern auch Beobachtungen von traumatischen Erlebnissen bei anderen

oder Dokumentationen von Misshandlung in Akten, Gutachten, Arztbriefen oder pädagogischen Verlaufsberichten können zu einer Sekundärtraumatisierung führen. Die Betreuer sind daher einer psychischen Doppelbelastung ausgesetzt: einerseits durch die gewalttätigen Übergriffe, die zur Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen können und andererseits durch die Gefahr einer Sekundärtraumatisierung.

Eine weitere, jedoch eher unspezifische Reaktion, die infolge der Arbeit mit traumatisierten Menschen entstehen kann, ist Burnout (Elwood et al., 2011). Im Folgenden wird auf diese drei Phänomene näher eingegangen.

### **3.2 Belastungsreaktion Burnout**

Burnout ist eine berufsbedingte psychische Beeinträchtigung und äußert sich durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit (Maslach & Jackson, 1986), wobei die emotionale Erschöpfung als Leitsymptom betrachtet werden kann (Seidler et al., 2014). Emotionale Erschöpfung ist charakterisiert durch aufgezehrte emotionale Ressourcen, Depersonalisation bezieht sich auf eine negative, zynische und distanzierte Einstellung gegenüber den in der eigenen Obhut stehenden Menschen und reduzierte Leistungsfähigkeit umfasst ein Gefühl niedriger Selbstwirksamkeit und eine ablehnende Haltung gegenüber sich selbst (Awa et al., 2013). Diese Definition findet zwar breite Anwendung, jedoch stellt Burnout keine offizielle medizinische oder psychiatrische Diagnose im Sinne von ICD-10 oder DSM-V dar, sondern kann lediglich im Anhang der ICD-10 in Kapitel XXI gemäß Z73.0 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ codiert werden (Dilling et al., 2011). Es handelt sich um ein multidimensionales Konstrukt mit Wechselwirkungen auf psychischer, physischer und sozialer Ebene (Hagemann & Geuenich, 2009). Ein Burnout-Syndrom liegt vor, wenn die Arbeitsbelastung und der daraus resultierende Erschöpfungszustand mehrere Wochen bis Monate anhalten und Entspannungsphasen zu keiner Symptomreduktion führen. Ergibt sich weiterhin keine Besserung, können langfristig psychische und physische Folgeerkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Aggressivität, Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit, Bluthochdruck und Tinnitus auftreten (Berger, Falkai & Maier, 2012). Der Begriff „Burnout“ bezieht sich darauf, dass normalerweise zu Beginn ein Zustand mit idealistischer Begeisterung steht („Brennen“), dann aber frustrierende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie führen („Ausbrennen“) (Pschyrembel, 2007). Unter anderem werden eine starke Arbeitsbelastung, Zeitdruck, mangelnde Unterstützung und große emotionale Herausforderungen bei der Arbeit sowie fachliche, persönliche und zwischenmenschliche Konflikte mit Burnout in Verbindung gebracht (Schaufeli & van Dierendonck, 2004; Hagemann & Geuenich, 2009). Andere Quellen beschreiben als Risikofaktoren ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen den beruflichen

Anforderungen und den tatsächlichen Fähigkeiten, mangelnde Kontrolle im Arbeitsalltag, ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung und andauernder Arbeitsstress (Awa et al., 2009).

Aufgrund fehlender einheitlicher Definition und Diagnosekriterien ist eine differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber Störungsbildern, die in Bezug zu einer Überforderung stehen oder mit Erschöpfung, Leistungsminderung und unspezifischen somatischen Beschwerden zusammenhängen, schwierig (Thalhammer & Paulitsch, 2014). Insbesondere Burnout und depressive Erkrankungen weisen große inhaltliche Überschneidungen auf und mit Zunahme der Burnout-Symptomatik steigt die Wahrscheinlichkeit einer Depression auf bis zu 50% an (Ahola et al., 2005). Den beiden Begriffen liegen jedoch konzeptionelle Unterschiede zugrunde, da Burnout nicht auf klar definierten Diagnosekriterien beruht und die Ursachen in beruflichen Stressfaktoren liegen, während depressive Erkrankungen psychiatrische Diagnosen sind, die unabhängig von beruflichen Belastungen auftreten. Empirische Untersuchungen legen nahe, dass Burnout und Depressionen unterschiedliche Entitäten sind, die gemeinsame qualitative Charakteristiken teilen (Iacovides et al., 2003), weshalb es keine Evidenz für eine synonyme Verwendung von Burnout und einer Stress- oder Belastungsdepression gibt, wie sie häufig in der aktuellen Diskussion stattfindet (Thalhammer & Paulitsch, 2014).

Burnout ist nach Angaben der Techniker Krankenkasse (TKK) für das Fehlen von 40.000 Arbeitskräften pro Jahr in Deutschland verantwortlich (TKK, 2009). Obwohl es interkulturell in einer Vielzahl von Berufsfeldern wie beispielsweise Erziehung, Wirtschaft, Strafjustiz und Computertechnik auftritt (Leiter & Schaufeli, 1996), ist es besonders in Berufen verbreitet, die eine intensive Arbeit mit Menschen erfordern (Ducharme et al., 2008). So fanden sich auffällig hohe Burnout-Werte beispielsweise bei Ärzten (20-33%), OP-Krankenschwestern (29.3-42.6%), Lehrern (28.3-33.8) oder Priestern (17.4-52.2) (Arigoni et al., 2007, Ribeiro et al., 2014; Pedditzi & Nonnis, 2014; Lopez Herrera et al., 2014) und auch in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung ist der Anteil hoch und liegt zwischen 21 und 67% (Morse et al., 2012). Eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (2011) ergab, dass die Krankheitstage wegen Burnout zwischen 2004 und 2010 um das 9-fache angestiegen sind, wobei allgemein Frauen und insbesondere Menschen in helfenden Berufen besonders betroffen sind. Unter den sozialen Berufsgruppen erkrankten Heimleiter und Sozialpädagogen am häufigsten an Burnout und lagen mit 23.8 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Fall an der Spitze. Aufgrund uneinheitlicher Definitionen und fehlender valider Messinstrumente sind Prävalenzangaben jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig und variieren stark in Abhängigkeit der gewählten Methodik und der untersuchten Berufsgruppen und auch innerhalb identischer Tätigkeiten (Ribeiro, 2014).

Wenn das Betreuungspersonal unter einer Burnout-Symptomatik leidet, kann dies auch negative Auswirkungen auf die Betreuungsqualität der Kinder und Jugendlichen haben. So beschrieben Holmqvist & Jeanneau (2006), dass Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen, die unter hoher emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation litten, sich distanziert und ablehnend gegenüber ihren Patienten verhielten. Burnout Symptomatik zeigt sich nicht nur bei einzelnen Individuen, sondern analog in den Handlungsweisen ganzer Teams (Fengler, 2008). Einige typische Merkmale für ein sogenanntes Team-Burnout sind ein kollektives Gefühl der Erschöpfung, Entschlusslosigkeit, Beschuldigungstendenzen sowie kollektive Selbstentwertung und Selbstunwirksamkeitserwartung. Die Mitarbeiter fühlen sich am Arbeitsplatz deplatziert und fremd sowie nicht mehr ausreichend unterstützt, was auf der Ebene der Kinder und Jugendlichen zu vermehrten Behandlungsabbrüchen führt (Fengler, 2011). Burnout Symptome können zu einer Atmosphäre im pädagogischen oder therapeutischen Milieu führen, welche Grenzverletzungen und Regelverstöße begünstigt, sodass dies in einen Teufelskreis mündet. Sich steigernde Burnout-Symptome im Team führen zu mehr Grenzverletzungen und Sanktionen und zu einer Reduktion von positiven Interaktionen mit den betreuten Jugendlichen, was wiederum zu einer Aggravierung der Burnout-Symptomatik führt bzw. eine weitere Verschlechterung begünstigt.

### **3.3 Posttraumatische Belastungsstörung**

Gemäß DSM-V (APA, 2013) ist die Posttraumatische Belastungsstörung charakterisiert durch die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, das mit drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder der Gefahr für die eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit verbunden ist. Erst seit der letzten Revision des DSM im Jahr 2013 werden auch indirekte Traumatisierungen von Personen berücksichtigt, beispielsweise wenn einem Familienmitglied oder nahen Bekannten ein traumatisches Ereignis zustößt oder eine wiederholte oder extreme indirekte berufsbedingte Konfrontation mit aversiven Details der Geschehnisse stattfindet (z.B. Ersthelfer nach einem schweren Unfall oder Fachleute für Kindesmissbrauch). Infolgedessen kommt es zu Symptomen anhaltenden Wiedererlebens des Ereignisses, anhaltender Vermeidung traumaassoziierter Reize sowie Übererregbarkeit und einer negativen Veränderung in mit dem Trauma assoziierten Kognitionen und Affekten, die mindestens einen Monat andauern und mit klinisch bedeutsamem Leiden und Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen einhergehen. In einer repräsentativen epidemiologischen Untersuchung in Deutschland lag die Prävalenz von PTBS in der Allgemeinbevölkerung bei 2.3%. Bei Personen, die körperliche Gewalt erlebt hatten, lag der Anteil derjenigen, die die DSM-IV Diagnosekriterien erfüllten, bei 10.5% (Maercker et al., 2008). Im Anschluss an gewalttätige Übergriffe berichteten 30% bis 61% der Angestellten in psychiatrischen Einrichtungen über einzelne Symptome einer PTBS, 10% bis 17% erfüllten sogar alle Diagnosekriterien (Caldwell, 1992; Richter & Berger, 2006; Chen et al., 2008). Bei einer

Verlaufsmessung nach sechs Monaten betrug der Anteil an PTBS-Diagnosen 11% und in einer retrospektiven Studie, die durchschnittlich 1,5 Jahre nach dem Ereignis stattfand, erfüllten noch 3% eine Diagnose (Richter & Berger, 2009). Überraschenderweise fanden Richter und Berger (2006), dass diejenigen, die unverletzt blieben, höhere Stresswerte erzielten als diejenigen, die kleinere Verletzungen erlitten hatten, was sie dadurch erklären, dass die subjektive Bewertung des Ereignisses bei der Entstehung einer PTBS eine wichtige Rolle spielt. Diese Befunde untermauern die Ergebnisse von Walsht & Clarke (2003), die feststellten, dass verbale Angriffe einen signifikant stärkeren Einfluss auf Stresssymptome haben als ein körperlicher Angriff. Infolge eines Angriffs gaben die betroffenen Mitarbeiter an, sich unsicher am Arbeitsplatz zu fühlen und Probleme im Umgang mit ihren Patienten zu erleben, zudem fehlten 18% der Teilnehmer krankheitsbedingt mehr als 4 Wochen (Richter & Berger, 2009).

Es ist relativ gut untersucht, welche Faktoren die Entwicklung einer PTBS begünstigen oder aber verhindern können. Einige Faktoren betreffen persönliche Merkmale des Opfers (z.B. weibliches Geschlecht, vorbestehende psychiatrische Erkrankungen, eigene Traumatisierungen in der Vorgeschichte, Persönlichkeitsmerkmale wie Neurotizismus und Introversion, niedrige Intelligenz (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Bramsen et al., 2000)), andere das Ereignis selbst (z.B. führt interpersonelle Gewalt zu tiefgreifenderen Folgen als beispielsweise eine Naturkatastrophe (z.B. Richter, 2007)) und andere den Umgang mit dem Ereignis, also die Reaktionen des Umfelds sowie die konkrete Nachsorge (z.B. soziale Unterstützung). Es ist auch bekannt, dass gewisse Persönlichkeitsmerkmale vor der Entwicklung von Belastungssymptomen schützen können. Dies sind z.B. ein positives Selbstkonzept, Optimismus, Altruismus, ein interner *Locus of Control* (die Überzeugung, Dinge im Leben selbst mitzubestimmen), die Fähigkeit, Hilflosigkeit zu vermeiden, sowie die Fähigkeit, einen aktiven Bewältigungsstil zu entwickeln (Agaibi & Wilson, 2005; Charney, 2004; Southwick et al., 2005). Zu diesem aktiven Bewältigungsstil gehört auch die Bereitschaft, das eigene Erleben anderen mitzuteilen (Richter, 2007).

### **3.4 Sekundärtraumatisierung**

In den letzten Jahren entstand ein steigendes Interesse an den Auswirkungen von berufsbedingter Exposition mit detaillierten Schilderungen traumatischer Erlebnisse wie sie beispielsweise häufig bei Traumatherapeuten sowie Betreuern und Angestellten im Kinderschutz vorkommen (Weitkamp et al., 2014). Die daraus entstehende Belastungsreaktion wird sekundäre Traumatisierung genannt. Sie entsteht durch die Exposition mit den Details traumatischer Ereignisse, sei es in verbaler oder schriftlicher Form, und mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma (Daniels, 2003). Das Erscheinungsbild ist der Posttraumatischen

Belastungsstörung sehr ähnlich und umfasst identische Symptome wie Vermeidung, Übererregung und Intrusionen sowie traumabedingte kognitive Veränderungen (Figley, 1995) wie auch Symptome, die häufig komorbid mit einer PTBS auftreten, wie Suchterkrankungen, Depressionen, Suizidgedanken, somatische Symptome und parapsychotisches Bedrohungserleben (Daniels, 2006). Das Phänomen betrifft vor allem Personen, die eine wichtige Rolle im Leben von Traumatisierten spielen, wie beispielsweise Ehepartner, Familienangehörige, Freunde, Betreuungspersonen oder Therapeuten.

Das Konzept der sekundären Traumatisierung wird in der Literatur uneinheitlich verwendet und ist aufgrund unzureichender und inkonsistenter empirischer Untersuchungen grundsätzlich umstritten, weshalb es in den offiziellen Diagnosesystemen nicht aufgeführt wird. Trotz zahlreicher Konzeptualisierungsvorschläge fehlt bislang ein Konstrukt, das die auftretenden Reaktionen zutreffend abbilden kann. In der englischsprachigen Fachliteratur existieren neben dem Begriff der sekundären Traumatisierung („secondary traumatic stress disorder“) zusätzlich die Bezeichnungen „vicarious traumatization“ (McCann & Pearlman, 1990) und „compassion fatigue“ (Figley, 2002). „Vicarious traumatization“ entsteht infolge empathischer Verbundenheit mit traumatisierten Patienten und ist neben einer PTBS-Symptomatik durch eine dauerhafte Erschütterung der Grundüberzeugungen des Therapeuten bezüglich Vertrauen, Sicherheit, Kontrolle, Intimität und Wertschätzung gekennzeichnet (Saakvitne & Pearlman, 1996). Der Begriff „compassion Fatigue“ entspricht inhaltlich der „secondary traumatic stress disorder“ und wurde von Figley (1995a) konzipiert, um eine Stigmatisierung der Therapeuten zu verhindern. Er bezeichnet einen Zustand starker geistiger, emotionaler und körperlicher Erschöpfung sowie vermindertes Empathievermögen begleitet von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und sozialer Entfremdung (Figley, 1993). Sie entwickelt sich durch eine langandauernde Konfrontation mit dem Leiden anderer Menschen und der Beschreibungen ihrer traumatischen Erfahrungen, unzureichender Unterstützung am Arbeitsplatz und geringer Selbstfürsorge. Die Symptome umfassen Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Vermeidung von Erinnerungen an das Erlebnis, Intrusionen und wiederkehrende Gedanken an das Erlebnis sowie depressive oder ängstliche Stimmung (Radey & Figley, 2007). Die heterogene Terminologie und der teilweise synonyme Gebrauch dieser unterschiedlichen Konzepte aufgrund großer inhaltlicher Überschneidungen macht einen Vergleich bestehender Forschungsliteratur und deren Interpretation schwierig (Najjar et al., 2009).

Aufgrund der großen konzeptionellen Überschneidungen wird die sekundäre Traumatisierung auch als eine Form von Burnout bezeichnet, das insbesondere durch die Konfrontation mit traumatischen Erlebnisinhalten verursacht wird (Figley, 2002a). Durch die letzte Revision des DSM wird sich die Bedeutung des Konzepts der sekundären Traumatisierung vermutlich zukünftig verändern, da indirekte Traumatisierungen durch das Miterleben von Traumata bei

nahen Bezugspersonen sowie die berufsbedingte Konfrontation mit Details von Traumatisierungen neu ebenfalls als mögliche Voraussetzungen für die Entwicklung einer PTBS gelten (APA, 2013).

Elwood et al. (2011) berichten in ihrem Review über sekundäre Traumatisierung über stark variierende Prävalenzangaben von 8% bis 50% bei Berufsgruppen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, wobei diese Unterschiede vermutlich durch eine Reihe von Faktoren wie unterschiedliche Messinstrumente und individuelle und umweltbezogene Charakteristiken beeinflusst werden. Aufgrund der widersprüchlichen Studienergebnisse weisen die Autoren darauf hin, dass noch weiterer Forschungsbedarf besteht und deshalb eine Implementierung von Präventionsmaßnahmen oder Behandlungsempfehlungen nicht gerechtfertigt ist. Die bestehende Forschung konzentriert sich überwiegend auf Traumatherapeuten, wodurch die Ergebnisse nicht automatisch auf andere Berufsgruppen adaptiert werden dürfen.

### **3.5 Zielsetzung**

Es liegen bisher keine Untersuchungen zu PTBS, sekundärer Traumatisierung oder Burnout bei pädagogischen Fachkräften in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen vor. Ziel der vorliegenden Studie war einerseits zu untersuchen, welche Belastungsreaktionen wie häufig bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen auftraten und ob es eine Überschneidung zwischen den Konzepten Burnout und Sekundärtrauma gibt.

### **3.6 Methode**

#### **3.6.1 Vorgehen**

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine epidemiologische Fragebogenstudie mit pädagogischen Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz, die 2012 im Rahmen eines vom Schweizerischen Bundesamt für Justiz geförderten Modellversuchs zu Traumapädagogik durchgeführt wurde. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens findet sich im vorhergehenden Artikel (Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert & Schmid, 2015, in diesem Heft).

#### **3.6.2 Stichprobenbeschreibung**

Die Stichprobe bestand aus 319 männlichen und weiblichen Mitarbeitenden aus vom Bundesamt für Justiz anerkannten stationären Erziehungseinrichtungen in der Deutschschweiz. Die überwiegende Mehrheit waren SozialpädagogInnen. Eine detaillierte Stichprobenbeschreibung wurde ebenfalls bereits im vorhergehenden Artikel vorgenommen.



Die Frage nach der Anzahl der Krankheitstage im letzten Jahr wurde nur den Teilnehmenden aus den Modell- und den Kontrolleinrichtungen des Modellversuchs Traumapädagogik gestellt und nicht im Rahmen der epidemiologischen Studie. Die Stichprobengröße beträgt bei dieser Fragestellung daher nur N=98.

### **3.6.3 Verwendete Messinstrumente**

Es wurden publizierte, validierte Fragebögen zur Erfassung von Belastungen eingesetzt, die bei der Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen entstehen können. Ein Fragebogen wurde zwecks Passung auf die Stichprobe ein wenig umformuliert.

#### Burnout-Screening-Skalen (BOSS; Hagemann & Geuenich, 2009)

Dies ist ein Screening Instrument zur Erfassung aktueller psychischer (kognitiver und emotionaler), körperlicher und psychosozialer Beschwerden in arbeitsbezogenen, persönlichen und zwischenmenschlichen Bereichen, wie sie typischerweise im Rahmen eines Burnout-Syndroms auftreten.

Der erste Teil des Fragebogens BOSS I bezieht sich auf die letzten drei Wochen vor der Befragung und erfasst Umweltfaktoren. Er liefert für jede Unterskala einen Gesamtwert, der die durchschnittliche Belastung eines Probanden auf der jeweiligen Skala beschreibt, einen Breiten- und einen Intensitätswert. Alle Werte sind T-Werte, d.h. Werte ab 60 gelten als auffällig. Der Breitenwert erfasst die Anzahl der Beschwerden auf einer Skala und der Intensitätswert errechnet sich anhand der Items einer jeweiligen Skala, die vom Probanden einen Wert größer als 0 erhalten haben. Aus diesen Items wird der Mittelwert berechnet. Außerdem können über alle Unterskalen hinweg Globalwerte ermittelt werden und zwar wiederum ein Global-Gesamtwert, ein Global-Breitenwert und ein Global-Intensitätswert.

Der BOSS II bezieht sich auf die letzten sieben Tage vor der Befragung und erfasst Faktoren der eigenen Person, also körperliche, kognitive und emotionale Beschwerden. Es werden dieselben Werte wie beim BOSS I errechnet.

Bei der Interpretation ist darauf zu achten, dass die Skala „Beruf“ ausschlaggebend ist für einen Verdacht auf Burnout. Die anderen Skalen sowie die Globalwerte sind ergänzend zu berücksichtigen und vervollständigen das Gesamtbild der Befunderhebung. Die interne Konsistenz der Skalen wird von den Autoren mit Cronbach's alpha von .753 bis .911 in der Normstichprobe angegeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .765 bis .902 auf ähnlich hohem Niveau.

#### Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R; Maercker & Schützwohl, 1998)

Dieser Fragebogen erfasst Belastungssymptome als Folge eigener traumatischer Erfahrungen. Er enthält 22 Items, die sich auf den Zeitraum von einer Woche vor der Befragung beziehen und den drei Subskalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal zugeordnet werden. Die Auswertung erlaubt eine Verdachtsdiagnose PTBS. Die interne Konsistenz der Skalen wird von den Autoren mit Cronbach's alpha von .71 bis .90 in einer Inhaftiertengruppe bzw. einer Kriminalitätsoffergruppe angegeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .823 bis .852 auf ähnlich hohem Niveau.

#### Fragebogen zur sekundären Traumatisierung (Daniels, 2006a)

Der Fragebogen wurde ursprünglich für die Anwendung bei Psychotherapeuten entwickelt. Mit den 31 Items werden nebst den Leitsymptomen der PTBS (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal) unter anderem auch depressive Verstimmung, Suizidgedanken, Suchtverhalten und parapsychotisches Bedrohungserleben erfasst. Bezugszeitraum ist wie schon beim IES-R die Woche vor der Befragung. Anhand einer Stichprobe von Psychotherapeuten wurde ein Cut-off Wert festgelegt. Für die vorliegende Studie wurden einige Formulierungen der Zielgruppe angepasst, am Inhalt wurde nichts verändert. Die interne Konsistenz des Fragebogens wird von der Autorin mit Cronbach's alpha von .937 angegeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .931 von auf ähnlich hohem Niveau.

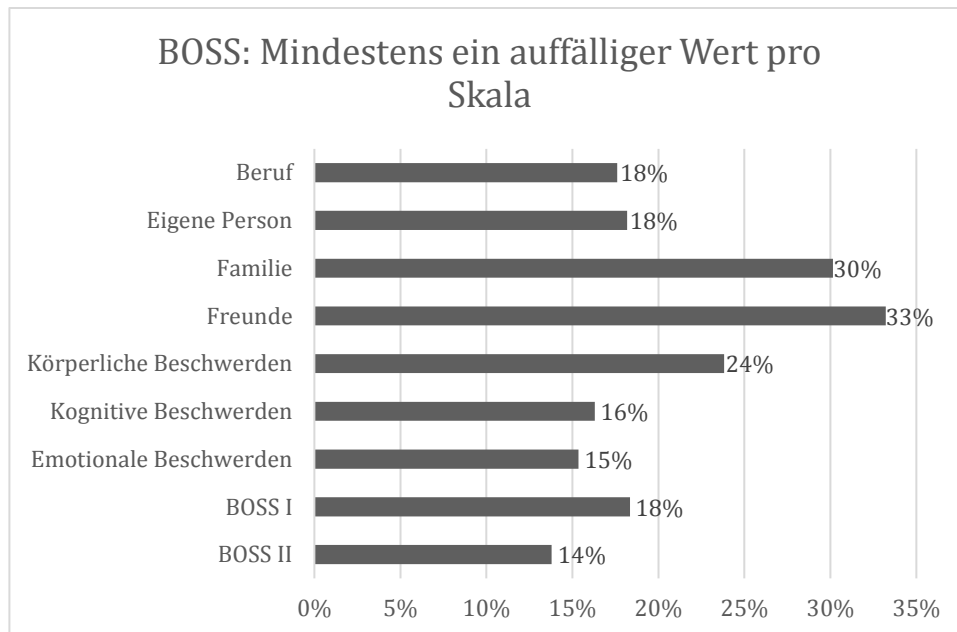
### **3.6.4 Statistische Verfahren**

Die Auswertung erfolgte vorrangig deskriptiv durch die Ermittlung von absoluten und relativen Häufigkeiten. Zur Bestimmung der Zusammenhänge von Burnout mit Krankheitstagen sowie Sekundärtraumatisierung wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Zur Bestimmung des kategorialen Zusammenhangs zwischen Burnout und Sekundärtrauma wurden der Exakte Fisher-Test und das relative Risiko berechnet. Alle Auswertungen wurden mit SPSS 21 durchgeführt.

## **3.7 Ergebnisse**

### **3.7.1 Burnout**

In Abbildung 1 ist dargestellt, wie viele Personen ( $N=319$ ) prozentual auf den einzelnen BOSS-Skalen unter Berücksichtigung des Gesamt-, Intensitäts- und Breitenwertes mindestens einen auffälligen Wert erzielten. Wie bereits weiter oben beschrieben ist die Skala „Beruf“ ausschlaggebend für einen Verdacht auf Burnout.



*Abbildung 1: Prozent der Stichprobe mit auffälligen Werten im BOSS*

Fast ein Fünftel der Stichprobe (18%; n=56) wies mindestens einen auffälligen Wert auf der Skala Beruf auf. D.h., dass bei 56 Personen ein Verdacht auf Burnout bestand. Am meisten Personen erzielten auffällige Werte auf den Skalen Freunde (33%, n=106) und Familie (30%, n=95). Hohe Werte auf diesen Skalen bedeuten eine deutliche Belastung des Beziehungsgefüges und einen Rückzug von Freunden und Bekannten resp. einen negativ erlebten Verlust von Beziehungsqualität und -quantität im familiären Bezugssystem. Fast ein Viertel der Stichprobe (24%, n=76) berichtete über körperliche Einschränkungen und Beschwerden und 18% (n=58) über starke Einschränkungen im Wohlbefinden der eigenen Person, der Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit.

Es fand sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied in den Burnout-Werten (Skala Beruf:  $\chi^2(1)=0,21$ ;  $p=.649$ ). Auch fand sich kein Zusammenhang zwischen den T-Werten auf der Berufsskala im BOSS und der Anzahl der Fehltage aufgrund Krankheit ( $r=-.084$ ;  $p=.414$ ).

### **3.7.2 Belastungssymptome nach eigenem traumatischem Erlebnis**

Aus Abbildung 2 wird ersichtlich, dass 83% (n=265) der Stichprobe angaben, in ihrem beruflichen Alltag bereits einmal einen Angriff oder eine akute Bedrohungssituation, die zu Tod oder Verletzung hätte führen können, selbst erlebt oder beobachtet zu haben. Von den Personen, die ein solches Erlebnis zu verzeichnen hatten, gaben 49% (n=128) an, darauf unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert zu haben. Bei 2% (n=4) der Betroffenen waren die PTBS-Kriterien in den Bereichen Intrusion, Hyperarousal und Vermeidung erfüllt. Fast ein Fünftel

der Betroffenen (18%, n=44) berichtete, dass die Belastungssymptome vier Wochen oder länger angehalten hatten.

Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, dass 15% aller Mitarbeitenden angaben, während einer Periode von mindestens vier Wochen unter Belastungssymptomen gelitten zu haben. Ein Prozent der Gesamtstichprobe erfüllte alle Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (Erlebnis, unmittelbare Reaktion, Symptome in den drei Kernbereichen sowie Dauer von mindestens vier Wochen).

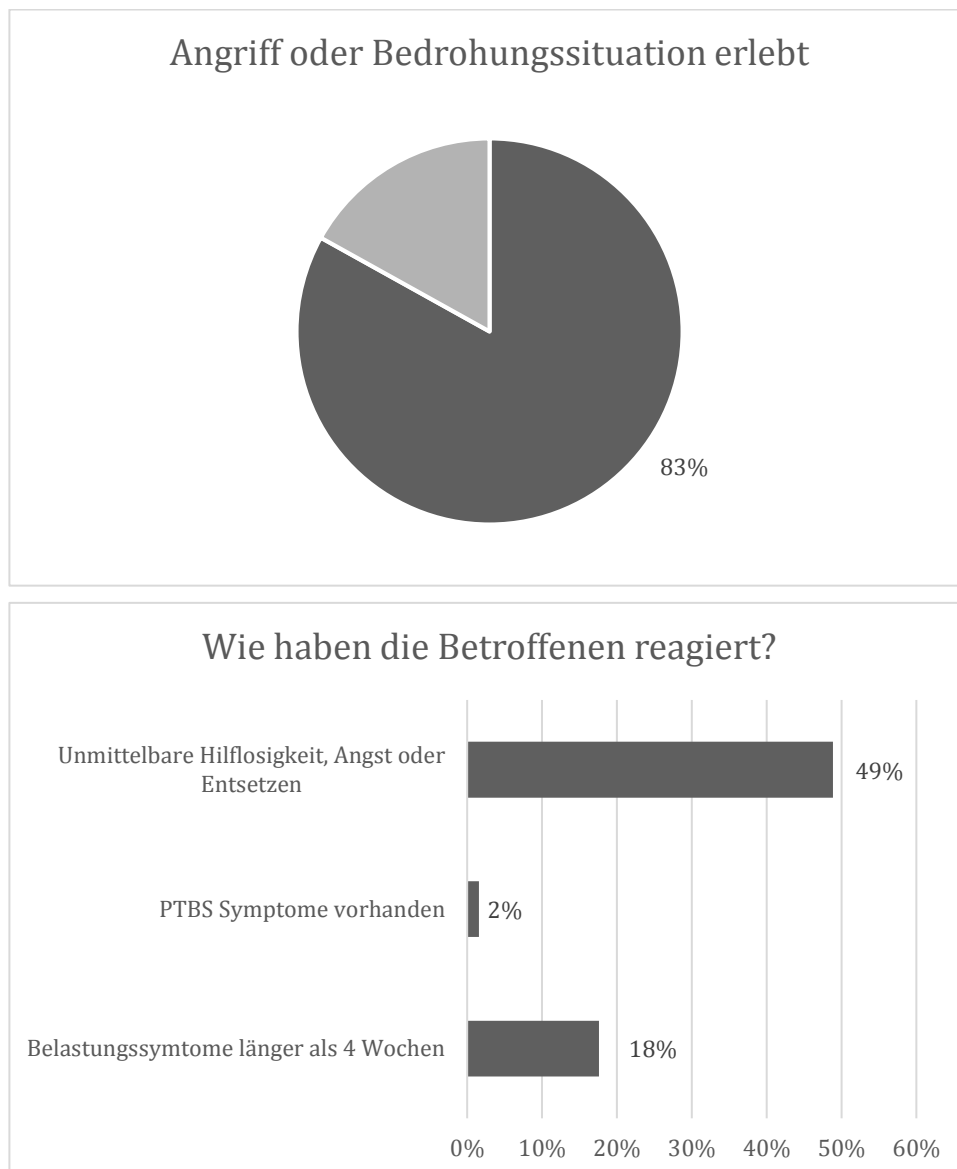


Abbildung 2: Eigenes bedrohliches Erlebnis im Beruf

### Belastungsreaktion nach gehörtem oder gelesenem belastendem Erlebnis

In Abbildung 3 ist die Belastung durch Erlebnisse dargestellt, welche die betreuten Kinder und Jugendlichen erlebt hatten und von denen die Betreuenden gehört oder gelesen hatten. Die Belastungsreaktion entspricht der in der Einleitung beschriebenen Sekundärtraumatisierung.

73% (n=220) der Stichprobe gaben an, mindestens einmal von einem belastenden Erlebnis eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen gehört oder in den Akten gelesen und darauf mit deutlicher Belastung (also über die Arbeitszeit hinaus) reagiert zu haben. Die Teilnehmenden wurden auch gefragt, wie oft sie schon von solchen Erlebnissen gehört oder gelesen hatten. Die Angaben variierten stark. Einige Teilnehmenden gaben an, „sehr oft“ von solchen Erlebnissen gehört zu haben, andere „wöchentlich“, „immer wieder“ und die angegebenen Häufigkeiten variierten zwischen einmal (3% der Stichprobe, n=9) und 180 mal. 11% (n=33) der Stichprobe gaben an, zehn Mal oder mehr von belastenden Erlebnissen gehört oder gelesen zu haben.

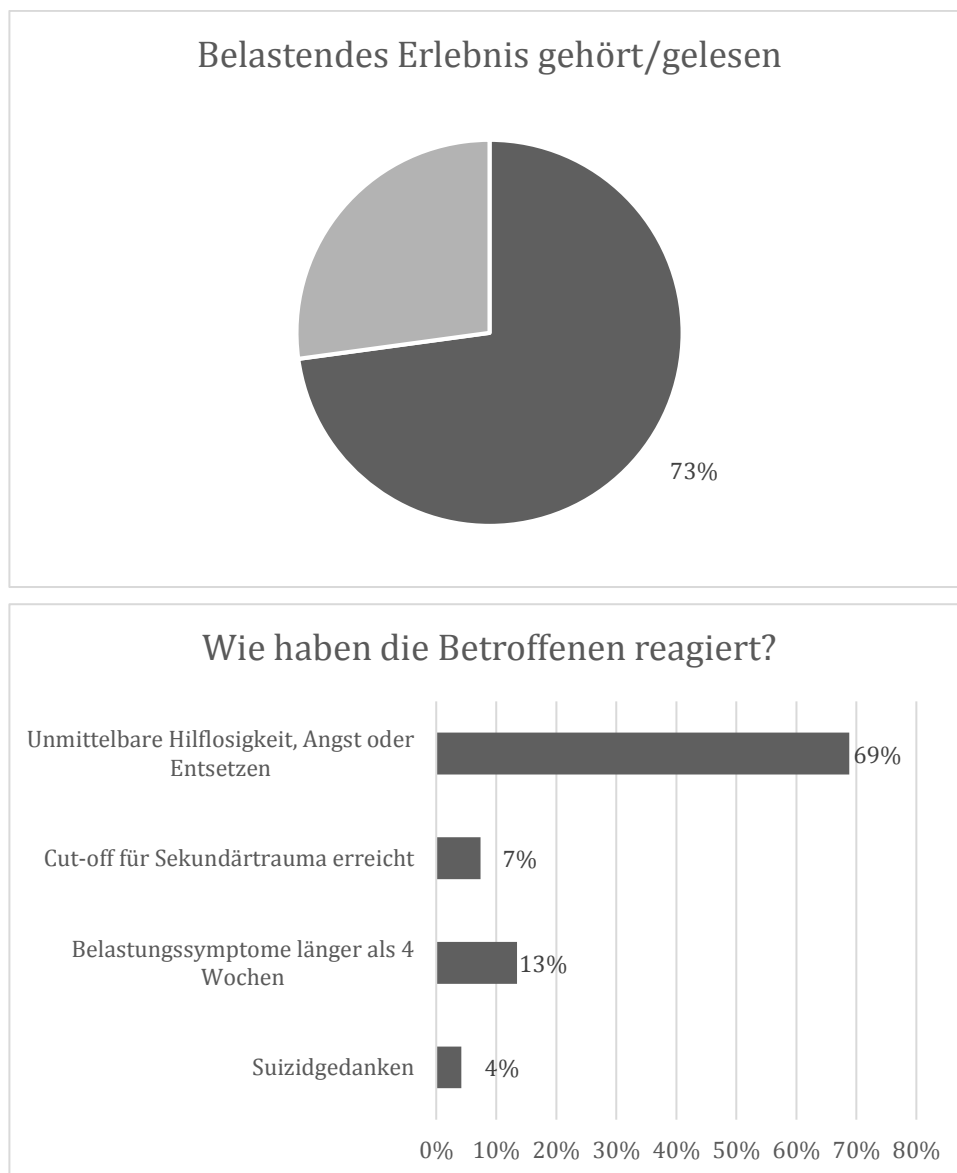


Abbildung 3: Von belastenden Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen gehört/gelesen

Abbildung 3 entspricht in der Darstellung der Abbildung 2. Es ist also dargestellt, wie viele Mitarbeitenden angaben, schon mindestens einmal von einem belastenden Erlebnis der Kinder und Jugendlichen gehört oder gelesen und mit deutlicher Belastung darauf reagiert zu haben. Die weiteren Balken beziehen sich auf die Situation der größten Belastung. 69% der Betroffenen reagierten auf dieses Hören/Lesen unmittelbar mit Hilflosigkeit oder Entsetzen. 7% der Betroffenen zeigten Symptome einer Sekundärtraumatisierung (basierend auf dem Cut-off Wert der Originalstichprobe von J. Daniels). Bei 13% der Betroffenen hielten die Belastungssymptome länger als vier Wochen an. 4% der Betroffenen hatten im Anschluss an das Erfahren des Erlebnisses Suizidgedanken.

Auf die Gesamtstichprobe bezogen bedeutet dies, dass 10% der Mitarbeitenden angaben, während einer Periode von vier Wochen oder länger unter Belastungssymptomen, wie sie im Konzept der Sekundärtraumatisierung beschrieben sind, gelitten zu haben. Außerdem erfüllte bezogen auf die Gesamtstichprobe 1% die Kriterien für eine Sekundärtraumatisierung (analog der PTBS-Kriterien, also gehörtes/gelesenes Ereignis, unmittelbare Reaktion, Symptomatik und Dauer der Symptomatik).

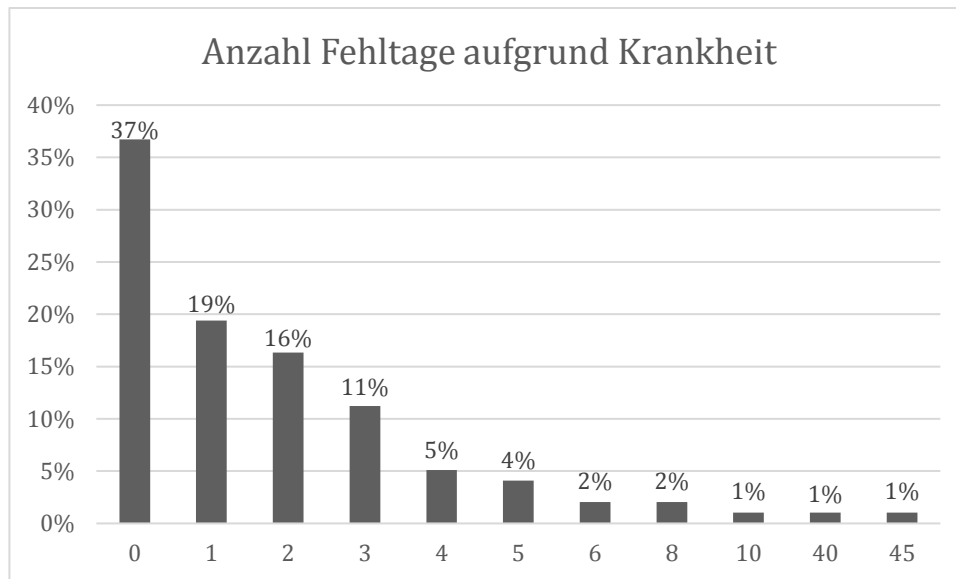
### **3.7.3 Zusammenhang von Burnout und Sekundärtrauma**

Es fanden sich korrelative Zusammenhänge mittlerer Effektstärke zwischen den beiden Belastungsformen Burnout und Sekundärtrauma. Die Berechnungen wurden mit der Gesamt-Skala Beruf ( $r=.351$ ;  $p<.001$ ) und mit den Globalskalen BOSS I ( $r=.424$ ;  $p<.001$ ) und II ( $r=.452$ ;  $p<.001$ ) durchgeführt.

Bei kategorialer Auswertung zeigte sich, dass Personen, die im Fragebogen zu Sekundärtrauma vergleichsweise hohe Symptomwerte aufwiesen, ein 5,2- bis 11,2-fach erhöhtes Risiko aufwiesen, auch auf den Burnout-Beruf- bzw. Global-Skalen auffällige Werte zu erzielen (und umgekehrt).

### **3.7.4 Arbeitsausfälle aufgrund von Krankheit**

In Abbildung 4 ist die Anzahl der Fehltage aufgrund von Krankheit dargestellt. 37% der Stichprobe ( $n=36$ ) gaben an, keinen Tag gefehlt zu haben. Die Mehrheit gab 1 bis 5 Fehltage an und jeweils eine Person gab an, 10, 40 oder sogar 45 Tage aufgrund von Krankheit der Arbeit fern geblieben zu sein. Wie bereits erwähnt, bestand die Stichprobe bei dieser Fragestellung nur aus  $N=98$ . Im Durchschnitt berichteten die teilnehmenden Fachkräfte von 2,5 Fehltagen ( $SD=6,1$ ).



*Abbildung 4: Fehltage aufgrund von Krankheit (basierend auf prozentualen Anteilen einer Stichprobe von 98 Personen)*

### **Diskussion der Ergebnisse**

Die Auswertung des BOSS ergab Hinweise auf eine sehr deutliche und vielschichtige Belastung in der Stichprobe. Am meisten auffällige Werte wurden auf den Skalen Freunde und Familie erzielt. Das ist ein Hinweis darauf, dass es einem großen Teil der Mitarbeitenden nicht gelingt, die für das psychische Wohlbefinden so wichtigen sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten. Es darf angenommen werden, dass der so entstehende Mangel an sozialer Unterstützung, an Wertschätzung und positiven zwischenmenschlichen Erfahrungen zumindest längerfristig negative Auswirkungen auf den Selbstwert und die allgemeine Lebenszufriedenheit haben dürfte und dass ein Ausgleich zum Berufsleben längerfristig schwieriger zu erreichen sein dürfte. Immerhin 18% der Stichprobe gaben bereits an, starke Einschränkungen im Wohlbefinden, in der Lebenszufriedenheit und in der Leistungsfähigkeit bei sich selbst zu erkennen. Eine derart verbreitete Einschränkung des Wohlbefindens des Betreuungspersonals dürfte sich unmittelbar auf die Qualität der pädagogischen Arbeit und letztlich auch auf das Wohlbefinden der betreuten Kinder und Jugendlichen auf verschiedene Arten negativ auswirken.

Es wurde gezeigt, dass 83% der Stichprobe mindestens einmal einen Angriff oder ein bedrohliches Ereignis erlebt oder beobachtet hatten. Fast die Hälfte dieser Personen hatte unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert. Besonders eindrücklich jedoch erscheint der Befund, dass 18% der Betroffenen angab, über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger Belastungssymptome gezeigt zu haben. Es muss angenommen werden, dass diese Personen in dieser Zeit weiterhin zur Arbeit gingen und weiterhin Kinder und Jugendliche betreuten, trotz Unsicherheit, Reizbarkeit, gedanklicher Beschäftigung mit dem Erlebten,

Schlafstörungen oder anderen ähnlichen Symptomen. Es ist denkbar, dass durch diese Belastungssymptome in dieser Zeit der Umgang mit den Kindern und Jugendlichen weniger sensitiv, geduldig, wohlwollend, verständnisvoll oder bedürfnisorientiert ausfiel. Es ist auch denkbar, dass die betroffenen Mitarbeitenden in dieser Zeit leichter ärgerlich wurden, weniger Kapazität hatten, um einen guten Grund für das Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu suchen und leichter zu Sanktionen griffen. Ebenfalls denkbar ist, dass es den Mitarbeitenden in dieser Zeit weniger gut gelang, den Kindern und Jugendlichen Zuversicht und Perspektiven zu vermitteln und sie aktiv in der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen. Anhand der vorliegenden Daten können solche Zusammenhänge leider nicht überprüft werden, sie bleiben daher hypothetisch. Auch ist nichts bekannt über den Umgang der Vorgesetzten und des Teams mit solchen Vorfällen und über allfällige Versorgungsstrukturen.

Nebst den Ergebnissen bezüglich eigenem Erleben einer bedrohlichen Situation wurde auch dargestellt, wie viele Teilnehmenden mit einem belastenden Erlebnis der von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen konfrontiert worden waren und darauf mit deutlicher Belastung reagierten. Auch hier war der Anteil der Betroffenen mit 73% hoch. Noch größer als beim eigenen Erlebnis war der Anteil derjenigen, die auf diese Konfrontation mit unmittelbarer Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen reagiert hatten (69% der Betroffenen). 7% der Betroffenen zeigten Symptome einer Sekundärtraumatisierung. Auch hier wieder erscheint der Anteil derjenigen, deren Symptome länger als vier Wochen anhielten, erschreckend hoch (15% der Betroffenen). Zudem berichteten neun Personen über Suizidgedanken (4%). Das Konzept der Sekundärtraumatisierung ist, wie bereits in der Einleitung beschrieben, bisher schlecht definiert, ungenügend erforscht und unter Fachpersonen umstritten. Wichtig scheint hier jedoch zu betonen, dass die Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen der Kinder und Jugendlichen bei den Betreuungspersonen Belastungsreaktionen auslösen kann und dies scheinbar auch sehr häufig tut. Die im Abschnitt zur Belastungsreaktion aufgrund eigenen Erlebens weiter oben diskutierten möglichen Auswirkungen auf die Berufsausübung und den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen gelten hier genauso.

Es wurde gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen erhöhten Werten auf den Burnout-Screening-Skalen und erhöhten Werten im Fragebogen zur Sekundärtraumatisierung gibt. Dieser Zusammenhang könnte einerseits auf eine inhaltliche Überlappung der Konstrukte zurückzuführen sein. Auf die inhaltliche Ähnlichkeit wurde bereits in der Einleitung zu diesem Artikel hingewiesen. Andererseits könnte der Zusammenhang aber auch daher rühren, dass eine Belastung im einen Bereich die Vulnerabilität für Belastungen im anderen Bereich erhöht. So könnten z.B. Personen mit Burnout-Symptomen anfälliger sein für die Entwicklung von Sekundärtrauma-Symptomen, ebenso könnten aber auch Personen mit einer



Sekundärtraumatisierung den Anforderungen ihrer Arbeit weniger gewachsen sein und so eher Burnout-Symptome entwickeln.

Ein Teil der Stichprobe wurde nach der Anzahl der Fehltage aufgrund von Krankheit im letzten Jahr gefragt. Die Ergebnisse wurden dargestellt. Es ist festzuhalten, dass die Zahlen auf individuellen Angaben der Mitarbeitenden beruhen. Es könnte sein, dass Mitarbeitende, welche aus gesundheitlichen Gründen bereits sehr oft der Arbeit fernbleiben mussten, sich nicht die Zeit genommen haben, an der Studie teilzunehmen. Außerdem konnten Mitarbeitende, die zum Zeitpunkt der Erhebung aufgrund von Krankheit nicht anwesend waren, nicht in die Studie eingeschlossen werden. Um sich ein besseres Bild der tatsächlichen Ausfälle verschaffen zu können, müssten Statistiken der Institutionen beigezogen werden. Es ist aufgrund der Daten auch nicht möglich nachzuvollziehen, ob der krankheitsbedingte Ausfall auf Belastungen zurückzuführen war oder auf andere Krankheitsursachen. Zwischen den Burnout-Werten und der Anzahl Krankheitstage fand sich kein Zusammenhang. Dies ist erstaunlich, zumal von den Mitarbeitenden eine große Anzahl körperlicher Einschränkungen und Beschwerden angegeben wurde. Der fehlende Zusammenhang könnte auf die beschriebenen Einschränkungen in der Erfassung der Krankheitstage zurückzuführen sein.

### **3.8 Limitationen der Studie und Anregungen für weitere Forschung**

Einige der methodischen Limitationen betreffend die Rekrutierung und die Repräsentativität der Stichprobe wurden bereits im vorhergehenden Artikel (Steinlin, Fischer, Dölitzsch et al., 2015) ausführlich diskutiert. Zusätzlich ist anzumerken, dass in der vorliegenden Studie nur Fragebögen verwendet wurden und kein persönlicher Kontakt mit den Befragten stattfand. Somit konnten im Fragebogen angegebene Reaktionen nicht klinisch eingeordnet werden und beschreiben die subjektive Belastung.

Interessant wäre eine erneute Erhebung der Befragten, um Verlaufsdaten über die Belastung generieren und die Zusammenhänge besser verstehen zu können. Bei einem kleinen Teil der Befragten, nämlich den Teilnehmern am Modellversuch Traumapädagogik, kann dies realisiert werden.

Es bleiben viele Fragen offen. So ist zum Beispiel nichts darüber bekannt, welche Belastungen die Mitarbeitenden bereits zum Zeitpunkt ihres Einstiegs in die sozialpädagogische Tätigkeit aufwiesen, welche Persönlichkeitsmerkmale sie mitbrachten und welche traumatischen Erlebnisse ihre eigenen Lebensgeschichten enthielten. Es ist auch nichts darüber bekannt, welche Erwartungen die Mitarbeitenden an ihre Arbeit im sozialpädagogischen Bereich hatten und ob diese vielleicht enttäuscht worden waren. Aus der Forschung an Lehrkräften ist bekannt, dass

Persönlichkeitsprofile und bestimmte Vorstellungen des Berufs das Burnout Risiko beeinflussen können (Schaarschmidt, 2005). Angesichts des Fachkräftemangels in der Kinder- und Jugendhilfe und der bereits einleitend beschriebenen Personalfuktuation wäre es wichtig, mehr über die Zusammenhänge zu wissen und besser zu verstehen, warum manche Personen Belastungsreaktionen entwickeln und andere nicht.

Die mehrfach dargestellte hohe Belastung der Mitarbeitenden bekräftigt den Bedarf nach adäquaten Versorgungsstrukturen in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Nur wenn Belastungssymptome bei den Mitarbeitenden frühzeitig erkannt und ihnen frühzeitig begegnet wird, kann eine pädagogisch hochwertige und förderliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen gewährleistet werden und nur dann können die beschriebenen potentiellen Folgeerkrankungen verhindert oder zumindest gemindert werden.

Wichtig scheint allerdings auch zu betonen, dass zwar viele pädagogische Fachkräfte ernst zu nehmende Belastungssymptome aufweisen, dass aber ein viel größerer Teil keine Symptome berichtet hat. Es scheint also, dass gewisse Versorgungsstrukturen in den Institutionen bereits gut funktionieren und dass die meisten Mitarbeitenden über Möglichkeiten verfügen, um mit erlebten Grenzverletzungen und Belastungen so umzugehen, dass daraus keine gesundheitlichen Folgen für sie entstehen.

Der beschriebene Zusammenhang zwischen Burnout und Sekundärtraumatisierung wirft die Frage auf, ob den Aspekten der Traumatisierung im Bereich der Prävention und Behandlung von Burnout nicht mehr Beachtung geschenkt werden müsste. Wichtig scheint einerseits eine frühe Detektion von Symptomen, andererseits sollten in gegebenen Fällen konsequenter Techniken aus der Traumatherapie angewendet werden wie beispielsweise eine Traumaexposition mithilfe dem Erstellen von Narrativen zu belastenden Ereignissen am Arbeitsplatz. Gegenwärtig existiert eine breite Auswahl an unterschiedlichsten Behandlungsangeboten für Burnout, die von Entspannung und Wellnessangeboten bis hin zu gezielter Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz und Symptombehandlung reichen. Folglich ist nicht auszuschliessen, dass Betroffene mit Burnout-Symptomatik von Berufsgruppen behandelt werden, die keine psychologische oder psychiatrische Qualifikation aufweisen und dadurch eine bestehende psychische Erkrankung übersehen oder nicht angemessen behandelt wird (Hillert, 2012).

### **3.9 Implikationen für die Praxis**

Während die in der Einleitung beschriebenen personen- und ereignisbezogenen Risikofaktoren für Burnout und (Sekundär-) Traumatisierung durch die Kinder- und Jugendhilfeinstitutionen kaum beeinflusst werden können und daher für die Frage nach adäquaten Versorgungsstrukturen

weniger relevant sind, kann der Umgang mit den Ereignissen und die Nachsorge von den Institutionen durchaus so gestaltet werden, dass Belastungsreaktionen möglichst entgegengewirkt wird. In einer sehr lesenswerten und bereits mehrfach erwähnten Publikation von Richter (2007) wird eindrücklich beschrieben, dass die meisten Mitarbeitenden sich nach erlebten Übergriffen zwar von ihren ArbeitskollegInnen unterstützt fühlten, nicht aber von ihren Vorgesetzten, und dass in den Fällen, in denen die Vorgesetzten Unterstützung leisteten, diese wesentlich dazu beitrug, die Mitarbeitenden von Schuldgefühlen zu erlösen und ihnen die weitere Arbeit in der Institution zu erleichtern. Ebenso können Persönlichkeitsmerkmale, denen eine gewisse Schutzfunktion zugeschrieben wird (sogenannte Resilienzfaktoren) bei den Mitarbeitenden gezielt gefördert werden. Die Konzepte der Traumapädagogik zielen darauf ab, Resilienz zu fördern und bei den Mitarbeitenden die Erwartung von Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Die pädagogischen Fachkräfte werden für ihre eigenen Bedürfnisse und Belastungsreaktionen sensibilisiert und lernen, diejenigen Methoden, die sie oftmals bereits sehr kompetent mit den Kindern und Jugendlichen durchführen, auch bei sich selbst anzuwenden. Dazu gehören Übungen der Sinneswahrnehmung, Entspannung, Förderung von Spaß und Freude. Den Leitungskräften der Institutionen kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Nur wenn sie sich als Versorger ihrer Mitarbeitenden verstehen und diesen die entsprechenden Ressourcen, Strukturen und Gesprächsangebote zur Verfügung stellen, kann es den Mitarbeitenden gelingen, erfolgreich mit Belastungen umzugehen und sich den Anforderungen ihres Berufes immer wieder aufs Neue zu stellen.

## Literaturverzeichnis

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55-62. doi: 10.1016/j.jad.2005.06.004
- APA - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision (DSM-IV-TR)* (5<sup>th</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Supportive Care Cancer*, 17(1), 75-81. doi: 10.1007/s00520-008-0465-6
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Berger, M., Falkai, P., & Maier, W. (2012). Burn-out ist keine Krankheit. Arbeitswelt und psychische Belastung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(14), 700-702.

- Boudoukha, A. H., Altintas, E., Rusinek, S., Fantini-Hauwel, C., & Hautekeete, M. (2013). Inmates-to-staff assaults, PTSD and burnout: Profiles of risk and vulnerability. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(11), 2332-2350. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512475314>
- Bramsen, I., Dirkzwager, A. J., & van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *The American Journal of Psychiatry, 157*(7), 1115-1119. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1115>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766.
- Caldwell, M. F. (1992). Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hospital & Community Psychiatry, 43*(8), 838-839.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *The American Journal of Psychiatry, 161*(2), 195-216. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>
- Chen, W. C., Hwu, H. G., Kung, S. M., Chiu, H. J., & Wang, J. D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health, 50*(3), 288-293.
- Daniels, J. (2003). *Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie. Diplomarbeit.* Universität Bielefeld.
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung - kritische Prüfung eines Konstruktes.* (Dissertation; Literature), Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft. (2006). 299 S., 63 S. Anhang Note: Elektronische Publikation im Internet Promotion Date: 15.12.2006.
- Daniels, J. (2006a). Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 5*(3), 49-61.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (5 ed.). Bern: Huber.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A. K., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung, 23*(3), 140-150.
- Ducharme, L. J., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2008). Emotional exhaustion and turnover intention in human service occupations: The protective role of coworker support. *Sociological Spectrum, 28*(1), 81-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02732170701675268>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 25-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Fengler, J. (2008). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fengler, J. (2011). Merkmale ausgebrannter Teams. Characteristics of team burnout Fengler, Joerg, Sanz, Andrea. *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese.* Stuttgart: Klett-Cotta (2011). S. 16-41 Series: *Leben lernen, Nr. 235.*
- Figley, C. R. (1993). Compassion stress: Toward its measurement and management. *Family Therapy News, 1-2.*

- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. xxii, 268). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; US.
- Figley, C. R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; US.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2002). Introduction. *Treating compassion fatigue* (pp. 1-16). New York, NY: Brunner-Routledge; US.
- Hagemann, W., & Geuenich, K. (2009). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Hillert, A. (2012). Wie wird Burnout behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55*(2), 190-196.
- Hogh, A., Mikkelsen, E. G., & Hansen, A. M. (2011). Individual consequences of workplace bullying/mobbing. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Workplace bullying: development in theory, research and practice* (2 ed., pp. 107-128). Boca Raton/London/New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research, 145*(2-3), 207-213. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.012
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord, 75*(3), 209-221.
- Kostev, K., Rex, J., Waehlert, L., Hog, D., & Heilmaier, C. (2014). Risk of psychiatric and neurological diseases in patients with workplace mobbing experience in Germany: a retrospective database analysis. *Ger Med Sci, 12*, Doc10. doi: 10.3205/000195
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 9*(3), 229-243.
- Lempke, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. Heidelberg: Asanger.
- Lopez Herrera, H., Pedrosa, I., Vicente Galindo, M. P., Suarez-Alvarez, J., Galindo Villardon, M. P., & Garcia-Cueto, E. (2014). Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema, 26*(2), 227-234. doi: 10.7334/psicothema2013.178
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt, 79*(5), 577-586. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica, 44*(3), 130-141.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (2 ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mathisen, G. E., Einarsen, S., & Mykletun, R. (2008). The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(1), 59-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00602.x>
- McCann, I., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00975140>

- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Doebbeling, C. C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105308100211>
- Nolfe, G., Petrella, C., Blasi, F., Zontini, G., & Nolfe, G. (2007). Psychopathological dimensions of harassment in the workplace (mobbing). *International Journal of Mental Health*, 36(4), 67-85. doi: <http://dx.doi.org/10.2753/IMH0020-7411360406>
- Pedditz, M. L., & Nonnis, M. (2014). Psycho-social sources of stress and burnout in schools: research on a sample of Italian teachers. *La Medicina del lavoro*, 105(1), 48-62.
- Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch.* (2007). Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
- Ribeiro, V. F., Filho, C. F., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., . . . Ferreira, C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Internatiobnal Archives of Medicine*, 7, 22. doi: 10.1186/1755-7682-7-22
- Richter, D., & Berger, K. (2006). Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 6, 15. doi: 10.1186/1471-244X-6-15
- Richter, D. (2007). *Patientenübergriffe - Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten. *Der Nervenarzt*, 80(1), 68-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-008-2564-5>
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization.* New York, NY: W W Norton & Co; US.
- Schaarschmidt, U. (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes.* Weinheim: Beltz.
- Schaufeli, W., & Van Dierendonck, D. (2004). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In J. Schabraq, J. Winnubst & C. Coopers (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 385-425). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe.* Weinheim: Juventa.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *J Occup Med Toxicol*, 9(1), 10. doi: 10.1186/1745-6673-9-10
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The Psychobiology Of Depression And Resilience To Stress: Implications for Prevention and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 255-291. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>
- Stadnyk, B. (2004). *Post-traumatic stress disorder, violence and quality of life in Saskatchewan correction workers. Unpublished manuscript.* Psychology Department. University of Regina. Regina, Saskatchewan.

- Steinlin, C., Fischer, S., Dölitzsch, C., Fegert, J. M., & Schmid, M. (in press). Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen: Ein sicherer Ort für pädagogische Fachkräfte? Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Trauma & Gewalt*.
- Techniker Krankenkasse (Ed.). (2009). *Kundenkompass Stress - aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmass, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland*. Hamburg: TKK.
- Thalhammer, M., & Paulitsch, K. (2014). Burnout - eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. *Neuropsychiatrie*. doi: 10.1007/s40211-014-0106-x
- Walsht, B. R., & Clarke, E. (2003). Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression. *Work & Stress*, 17(2), 170-181.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0267837031000148424>
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 21875.  
doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.21875>
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(9), 771-775. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.042986>
- Wigger, A. (2007). *Was tun SozialpädagogInnen und was glauben sie, was sie tun? Professionalisierung im Heimalltag* (2 ed.). Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2011). Burnout auf dem Vormarsch [Press release]



## **4 Der Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe**

*Célia Steinlin, Claudia Dölitzsch, Sophia Fischer, Klaus Schmeck, Jörg M. Fegert und Marc Schmid*

*Erschienen 2016 in der Zeitschrift Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, peer-reviewed*

### **Summary**

*The relationship between burnout symptoms and work satisfaction among child welfare workers in residential care*

Working in residential care is associated with high demands and high stress. As a result, employees may develop symptoms of burnout. These symptoms lead to absence from work and have a negative effect on the continuity and quality of the residential care. Until now, little is known about burnout risks in child welfare workers, although children and adolescents are especially dependent on continuous relationships and healthy caregivers. A better understanding of the relationship between burnout symptoms and work satisfaction may help to identify starting points for prevention and intervention.

The present study assessed symptoms of burnout in a sample of 319 social education workers in residential care in Switzerland using the burnout-screening-scales (BOSS). Work satisfaction was assessed with a newly developed questionnaire based on concepts of trauma-sensitive care. The questionnaire was tested for reliability and factorial validity in the present study. In order to estimate the relationship between burnout symptoms and work satisfaction, correlations and relative risks were calculated.

Almost one fifth (18%) of the sample showed a risk of burnout. The principal component analysis of the questionnaire on work satisfaction revealed four factors. These are: Support by superiors, participation and transparency; communication and support within the team; gratification in the work; and institutional structures and resources. All four factors as well as the total score showed significant correlations with burnout symptoms. Among employees with a comparably lower work satisfaction, the risk of burnout was 5.4 times higher than among employees with a comparably higher work satisfaction.



It is discussed how work satisfaction could be promoted and how, as a result, the quality and continuity of care for the children and adolescents could be improved.

*Keywords: Child welfare, residential care, social education work, work satisfaction, burnout, trauma-sensitive care*

## **Zusammenfassung**

Mitarbeitende in sozialpädagogischen Handlungsfeldern sind hohen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt. Als Reaktion darauf kann es zu Burnout-Symptomatik kommen. Diese führt zu Arbeitsausfällen und wirkt sich negativ auf die Kontinuität und Qualität der pädagogischen Betreuung aus. Bisher liegen kaum Studien zur Burnout-Gefährdung in der Kinder- und Jugendhilfe vor, obwohl Kinder und Jugendliche besonders auf kontinuierliche Beziehungen und gesunde Bezugspersonen angewiesen sind. Ein besseres Verständnis der Zusammenhänge zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit ist wichtig, um Ansatzpunkte für Prävention und Intervention identifizieren zu können.

In der vorliegenden Studie wurde eine Stichprobe von 319 pädagogischen Mitarbeitenden in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz hinsichtlich Burnout-Symptomatik anhand der Burnout-Screening-Skalen (BOSS) untersucht. Die Arbeitszufriedenheit wurde mit einem selbstentwickelten Fragebogen erhoben, der auf traumapädagogischen Konzepten beruht. Der Fragebogen wurde in der vorliegenden Studie zum ersten Mal auf Reliabilität und faktorielle Validität geprüft. Um die Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout-Symptomatik zu eruieren, wurden Korrelationen und relative Risiken berechnet.

Bei fast einem Fünftel der Stichprobe (18%) fand sich eine Burnout-Gefährdung. Die Hauptkomponentenanalyse des Fragebogens zu Arbeitszufriedenheit ergab vier Faktoren, und zwar Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz; Kommunikation und Unterstützung im Team; Freude an der Arbeit; institutionelle Strukturen und Ressourcen. Alle vier Faktoren sowie der Gesamtwert der Arbeitszufriedenheit hingen deutlich mit Burnout-Symptomatik zusammen. Mitarbeitende mit einer vergleichsweise niedrigeren Arbeitszufriedenheit wiesen ein 5,4 mal erhöhtes Risiko auf, Burnout gefährdet zu sein, als Mitarbeitende mit einer vergleichsweise höheren Arbeitszufriedenheit.

Es wird diskutiert, wie Arbeitszufriedenheit gefördert werden könnte und wie dadurch die Betreuungsqualität und -kontinuität für die Kinder und Jugendlichen verbessert werden könnten.

*Schlagwörter: Stationäre Kinder- und Jugendhilfe, Sozialpädagogik, Arbeitszufriedenheit, Burnout, Traumapädagogik*

## **4.1 Hintergrund**

### **4.1.1 Hohe Anforderungen an pädagogische Mitarbeitende**

Mitarbeitende in (sozial-)pädagogischen Handlungsfeldern und insbesondere in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sind besonderen Anforderungen ausgesetzt. Die Klientel ist stark belastet, sehr häufig liegen in der Vorgeschichte traumatische Erlebnisse und Beziehungsabbrüche vor. Diese zeigen sich unter anderem in Form von Bindungsschwierigkeiten, Emotionsregulations- und Impulskontrollstörungen (Dölitzsch, Fegert, Künster, Kölch, Schmeck, Schmid, 2014; Schmid, 2007; 2013), welche zu schwierigen Interaktionen und grenzverletzendem Verhalten gegenüber dem Betreuungspersonal führen können. So gaben 91% einer Stichprobe von pädagogischen Mitarbeitenden in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz an, in den vergangenen drei Monaten Grenzverletzungen erlebt zu haben, am häufigsten waren Beschimpfungen, Drohungen und tätliche Angriffe (Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert, Schmid, 2015). Die Tätigkeit ist mit unregelmäßigen Arbeitszeiten und langen Diensten verbunden, was eine ausgleichende Freizeitgestaltung erschwert und zu Schlafstörungen, ungünstigem Essverhalten und anderen gesundheitlichen Einschränkungen führen kann (z.B. Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren, 2008; Thomas u. Power, 2010). Die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung für Berufe in der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist teilweise ungenügend.

### **4.1.2 Die Folge: Körperliche und psychische Erschöpfung**

Die Belastungen und Grenzverletzungen führen zu zahlreichen Erschöpfungssymptomen auf psychischer und körperlicher Ebene, aber auch zu posttraumatischer Symptomatik als Folge von bedrohlichen Erlebnissen sowie zu Symptomen von Sekundärtraumatisierung aufgrund der Befassung mit den lebensgeschichtlichen Belastungen der Kinder und Jugendlichen (Daniels, 2006; Steinlin, Dölitzsch, Fischer, Lüdtko, Fegert, Schmid, 2015). Insbesondere Symptome, die in den letzten Jahren zunehmend unter dem Begriff „Burnout“ zusammengefasst werden, führen zu zahlreichen Arbeitsausfällen und hohen gesellschaftlichen Kosten. So ergab eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (2011), dass die durch Burnout begründeten Krankheitstage zwischen 2004 und 2010 um das Neunfache anstiegen, wobei Frauen und Menschen in helfenden Berufen besonders häufig betroffen waren. Unter den sozialen Berufsgruppen litten Heimleiter, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen am häufigsten an Burnout. Die Prävalenz von Burnout-Symptomatik liegt je nach Studie bei Ärzten zwischen 20 und 33%, bei Krankenschwestern zwischen 29 und 43%, bei Lehrern zwischen 28 und 34%, bei Priestern zwischen 17 und 52% und in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zwischen 21 und 67% (Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz, Sappino, 2009; Lopez Herrera, Pedrosa, Vicente Galindo,

Suarez-Alvarez, Galindo Villardon, Garcia-Cueto, 2014; Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, Pfahler, 2012; Pedditz u. Nonnis, 2014; Ribeiro, Filho, Valenti, Ferreira, de Abreu, de Varvalho, Ferreira, 2014). Aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Burnout und unterschiedlicher Messverfahren sind Prävalenzzahlen jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig.

#### **4.1.3 Burnout: Ein umstrittenes Konzept**

Burnout stellt keine offizielle medizinische Diagnose dar und weist große inhaltliche Überschneidungen mit Erkrankungen wie z.B. Depressionen auf. Mit Zunahme der Burnout-Symptomatik steigt die Wahrscheinlichkeit einer Depression auf bis zu 50% an (Ahola, Honkonen, Isometsa, Kalimo, Nykyri, Aromaa, Lonnqvist, 2005). Im Gegensatz zu Diagnosen, wie sie in den klassischen Manualen ICD-10 und DSM-V aufgeführt sind, ist Burnout definiert als eine berufsbedingte Beeinträchtigung, d.h., die Definition enthält die Ätiologie der Symptomatik, anstatt sich auf eine Beschreibung derselben zu beschränken. Die in der Literatur beschriebenen Beschwerden werden häufig in drei Bereiche gegliedert: emotionale Erschöpfung, Zynismus/Distanzierung/Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Voderholzer, Maier, 2012). Es existiert allerdings bis heute keine Einigkeit bezüglich der Definition: In der Literatur werden bis zu 160 Einzelsymptome mit Burnout in Verbindung gebracht (Burisch, 2010; Maslach, Leiter, Schaufeli, 2009). Mit Burnout verbunden sind langfristig psychische und physische Folgeerkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Aggressivität, Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit, Bluthochdruck und Tinnitus (Berger, Falkai, Maier, 2012). Bezüglich der Genese von Burnout existieren verschiedene ätiologische Modelle mit biologischen, psychischen und sozialen Risikofaktoren, wobei insbesondere den Arbeitsbedingungen Beachtung geschenkt wird. Unter anderem werden eine hohe und anhaltende Arbeitsbelastung, Zeitdruck, mangelnde Unterstützung und emotionale Herausforderungen bei der Arbeit sowie fachliche, persönliche und zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz mit Burnout in Verbindung gebracht (Schaufeli u. van Dierendonck, 2004; Hagemann u. Geuenich, 2009). Aber auch ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen den beruflichen Anforderungen und den Ressourcen (Awa, Plaumann, Walter, 2010; Alarcon, 2011) oder das Zusammenspiel von Arbeitsplatzfaktoren und persönlichen Faktoren, beispielsweise überhöhten Erwartungen und Perfektionismus (Berger, Linden et al., 2012), werden als mögliche Ursachen genannt.

#### **4.1.4 Auswirkungen von Burnout-Symptomatik auf die Betreuungskontinuität und -qualität**

In den vergangenen Jahren beklagt die Kinder- und Jugendhilfe zunehmend einen Fachkräftemangel und eine hohe Personalfluktuation (AGJ, 2011). Dafür wird unter anderem

Burnout-Symptomatik verantwortlich gemacht. Mit der Fluktuation verbunden sind Beziehungsabbrüche für die Kinder und Jugendlichen, die aufgrund ihrer belastenden Lebensgeschichten besonders auf Beziehungskontinuität angewiesen wären. Stein (2006) beschreibt, dass Jugendliche, die mehr und frühere Abbrüche eines Betreuungsverhältnisses erlebt hatten, später seltener eine stabile Lebenssituation aufwiesen und öfter sozial isoliert waren. Burnout-Symptome können außerdem negative Auswirkungen auf die Betreuungsqualität haben. So beschrieben zum Beispiel Holmqvist und Jeanneau (2006), dass Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen, die unter emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation litten, sich gegenüber ihren Patienten ablehnend und distanziert verhielten. Zwei Studien zeigten Zusammenhänge zwischen Burnout-Symptomatik und verringerter selbst eingeschätzter Arbeitsqualität bei Pflegenden in somatischen (Poghosyan, Clarke, Finlayson & Aiken, 2010) und psychiatrischen Kliniken (Van Bogaert, Clarke, Willems & Mondelaers, 2013).

#### **4.1.5 Die Rolle der Arbeitszufriedenheit für die Entstehung von Burnout**

Faragher, Cass und Cooper (2005) wiesen in einer Metaanalyse mit 500 Studien den Zusammenhang zwischen einer höheren Arbeitszufriedenheit und einem besseren Gesundheitszustand nach, wobei der Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit höher war als derjenige mit der körperlichen. Personen mit einer niedrigen Arbeitszufriedenheit wiesen eher Burnout-Symptome auf und zeigten mehr Angst- und Depressionssymptome sowie ein niedrigeres Selbstwertgefühl als Personen mit einer hohen Arbeitszufriedenheit.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik, 2012) ergab, dass Erwerbstätige vor allem dann von emotionaler Erschöpfung betroffen waren, wenn sie meistens oder immer unter Stress standen, mit hoher emotionaler Beanspruchung konfrontiert waren, zu wenig Würdigung oder soziale Unterstützung erfuhren sowie Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt waren. Die Arbeitszufriedenheit in sozialen Berufen ist in zahlreichen Studien untersucht worden (Abu-Bader, 2000; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Sermeus, 2013; Leineweber, Westerlund, Chungkham, Lindqvist, Runesdotter, Tishelman, 2014; Boyas u. Wind, 2010; Lizano u. Barak, 2012). Dabei wurden verschiedene Arbeitsplatzfaktoren identifiziert, die mit niedrigeren Burnout-Werten und niedrigerer Personalfuktuation zusammenhingen, unter anderem Supervision, positive Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten (Abu-Bader, 2000), transparente Kommunikation, Mitspracherecht, Vertrauen und das Gefühl, fair behandelt zu werden (Boyas et al., 2010), Aufstiegsmöglichkeiten, höheres Einkommen, angemessene Stellenbesetzung, eine hohe Führungsqualität sowie allgemeine Arbeitsbedingungen (inkl. räumlicher Gegebenheiten) (Aiken et al., 2013; Leineweber et al., 2014). Als arbeitsunabhängige protektive Faktoren lassen sich das Bildungsniveau, Elternschaft (allerdings nur bei gegebener Vereinbarkeit von Familie und Beruf) sowie höheres Alter (Lizano et al., 2012) aufführen. Boyas

et al. (2010) betonten, dass die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Institution stärker von den Arbeitsbedingungen bestimmt war als von den persönlichen Eigenschaften der Mitarbeitenden.

#### **4.1.6 Arbeitszufriedenheit aus traumapädagogischer Sicht**

In den vergangenen Jahren haben traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe zunehmend an Bedeutung gewonnen (Gahleitner, 2013; Schmid 2010; 2013; Schmid u. Lang, 2012; Weiß, 2013). Diese Konzepte beinhalten einerseits die Sensibilisierung des Betreuungspersonals für die Auswirkungen der lebensgeschichtlichen Belastungen der Kinder und Jugendlichen auf ihr Verhalten, ihre Beziehungsfähigkeit und ihre Emotionsregulationsfähigkeit. Ebenso wichtig ist jedoch der Fokus auf das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden (Lang, 2013; Schmid 2010; 2013; Schmid u. Lang, 2012). Das wesentliche Ziel der Traumapädagogik ist die Schaffung eines „Sicheren Ortes“ für alle Beteiligten – Kinder und Jugendliche, Betreuende und Führungskräfte. Als Grundlage dafür braucht es eine Umgebung, die durch Wertschätzung, Transparenz, Partizipationsmöglichkeiten und Freude geprägt ist. Damit die Pädagogen ihre Aufgabe dauerhaft wahrnehmen können, ist die Achtung ihrer persönlichen Ressourcen und Grenzen wesentlich. Obschon in den vergangenen Jahren viel über Traumapädagogik geschrieben worden ist, hinkt die wissenschaftliche Evaluation hinterher. Insbesondere fehlen bislang valide Instrumente, um traumapädagogische Konzepte, deren Wirksamkeit und Zusammenhänge mit anderen Konzepten messen zu können.

#### **4.1.7 Ziele der vorliegenden Studie**

Die vorliegende Studie nimmt sich dem bisher im deutschsprachigen Raum vernachlässigten Thema der Zusammenhänge zwischen Burnout und Arbeitszufriedenheit bei pädagogischen Mitarbeitenden in der Kinder- und Jugendhilfe an. Es werden mit einem selbst entwickelten Fragebogen zum ersten Mal Aspekte von Arbeitszufriedenheit untersucht, die in traumapädagogischen Konzepten bedeutsam sind. Einzelne ähnliche Aspekte wurden zwar in früheren Studien aufgegriffen (z.B. transparente Kommunikation, Mitspracherecht), allerdings beziehen sich die meisten Befunde auf Sozialarbeiter und Klinikpflegepersonal. Diejenigen Studien, die sich mit Personal in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen befasst haben (z.B. Boyas et al., 2010; Lizano et al., 2012), stammen aus den USA und lassen sich nur ansatzweise auf den deutschsprachigen Raum übertragen. Aufgrund der bereits erwähnten Vulnerabilität der Kinder und Jugendlichen und der damit verbundenen Bedeutung der Betreuungskontinuität und -qualität erscheint es wichtig, die Zusammenhänge besser zu verstehen, um daraus Empfehlungen für die Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden ableiten zu können.

Das Ziel der Studie ist die Beantwortung der folgenden drei Fragen:

- Wie gefährdet sind pädagogische Mitarbeitende in der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz bezüglich Burnout-Symptomatik?
- Wie reliabel ist der selbst entwickelte Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit und welche Faktoren lassen sich ermitteln?
- Inwiefern sind die unterschiedlichen Facetten der Arbeitszufriedenheit und deren Summe mit der Burnout-Gefährdung assoziiert?

## **4.2 Methode**

### **4.2.1 Vorgehen**

Für die vorliegende Fragebogenstudie wurden alle vom Schweizerischen Bundesamt für Justiz anerkannten Erziehungseinrichtungen in der Deutschschweiz angeschrieben. Diese Einrichtungen zeichnen sich dadurch aus, dass mindestens ein Drittel der eingewiesenen Kinder und Jugendlichen straffällig und/oder in ihrem Sozialverhalten erheblich gestört sowie älter als sieben aber jünger als 25 Jahre sind und dass mindestens 75% des erzieherischen Personals über eine qualifizierte anerkannte Ausbildung verfügt (Bundesamt für Justiz, 2014). In der Schweiz sind zivil- und strafrechtlich platzierte Kinder und Jugendliche in denselben Einrichtungen untergebracht. Es wurden 700 Fragebögen verschickt, wovon 319 ausgefüllt retourniert wurden.

### **4.2.2 Stichprobenbeschreibung**

Von den 319 pädagogischen Mitarbeitenden waren 39% männlich und 61% weiblich. Die Teilnehmenden waren 23 bis 65 Jahre alt ( $MW=38.6$ ,  $SD = 10.0$ ). 77% gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben und 23% alleinstehend zu sein. 36% gaben an, eigene Kinder zu haben.

Die meisten Teilnehmenden (86%) waren SozialpädagogInnen oder SozialpädagogInnen in Ausbildung. Im Durchschnitt wiesen die Studienteilnehmer 10.0 Jahre Berufserfahrung im Bereich Sozialpädagogik auf ( $SD = 8.2$ ; Median=7) und arbeiteten seit durchschnittlich 5.1 Jahren in der aktuellen Einrichtung ( $SD = 5.9$ ; Median=3). Eine nähere Betrachtung zeigte, dass die Mittelwerte durch einige wenige Personen mit sehr langer Berufserfahrung und Betriebszugehörigkeit zustande kamen und die meisten Personen sehr viel kürzere Zeitspannen angaben. Dies belegen auch die Modalwerte von zwei Jahren bei der Berufserfahrung und einem Jahr bei der Betriebszugehörigkeit für auf ganze Zahlen abgerundete Jahreszahlen.

### 4.2.3 Verwendete Messinstrumente

Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit wurde ein selbstentwickelter Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit (Schmid, Lang, Weber, Künster, Dölitzsch, 2012) eingesetzt. Grund für die Entwicklung eines neuen Fragebogens war, dass die bereits existierenden Fragebögen zu Arbeitszufriedenheit als zu wenig spezifisch für die Kinder- und Jugendhilfe befunden wurden und insbesondere aus traumapädagogischer Sicht wichtige Aspekte einer zuverlässigen, berechenbaren, Halt gebenden Umgebung nicht adäquat abbilden konnten. Das Ziel war es, einen ökonomischen Fragebogen zu konzipieren, der für Verlaufsmessungen wiederholt angewendet werden könnte. In Zusammenarbeit mit psychologischen und pädagogischen Fachkräften entstand ein Fragebogen aus 27 Items, der auf klinischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen beruht und aus traumapädagogischer Sicht relevante Aspekte von Arbeitszufriedenheit in pädagogischen Einrichtungen erfasst (Fragebogen bei den Autoren erhältlich). Das Antwortformat ist eine sechsstufige Likert-Skala und reicht von den Ausprägungen „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“. Der Fragebogen bezieht sich auf die letzten drei Wochen vor der Befragung.

#### Burnout-Screening-Skalen (BOSS; Hagemann u. Geuenich, 2009)

Der BOSS ist ein Screening-Instrument zur Erfassung aktueller psychischer (kognitiver und emotionaler), körperlicher und psychosozialer Beschwerden in arbeitsbezogenen, persönlichen und zwischenmenschlichen Bereichen, wie sie typischerweise im Rahmen eines Burnout-Syndroms auftreten.

Der erste Teil des Fragebogens BOSS I bezieht sich auf die letzten drei Wochen vor der Befragung und erfasst Umweltfaktoren. Er liefert für jede der vier Skalen (Beruf, Eigene Person, Familie, Freunde) einen Gesamtwert, einen Breiten- und einen Intensitätswert. Der Gesamtwert beschreibt die durchschnittliche Belastung eines Probanden auf der jeweiligen Skala. Der Breitenwert gibt die relative Anzahl der Beschwerden auf einer Skala wider. Der Intensitätswert gibt Auskunft über die durchschnittliche Stärke der Beschwerden auf einer Skala. Außerdem kann über alle Unterskalen hinweg je ein Global-Gesamtwert, ein Global-Breitenwert und ein Global-Intensitätswert ermittelt werden, indem alle Items der vier Skalen des BOSS I berücksichtigt werden. Die jeweiligen Rohwerte werden in T-Werte transformiert. T-Werte ab 60 (also eine Standardabweichung über dem Mittelwert von 50) gelten im Vergleich zur Normstichprobe als erhöht.

Der BOSS II bezieht sich auf die letzten sieben Tage vor der Befragung und erfasst Faktoren der eigenen Person, und zwar die drei Skalen körperliche Beschwerden, kognitive Beschwerden und emotionale Beschwerden. Es werden wie beim BOSS I je ein Gesamtwert, ein Breiten- und ein

Intensitätswert für jede der drei Skalen sowie ein Global-Gesamtwert, ein Global-Breitenwert und ein Global-Intensitätswert über die drei Skalen hinweg errechnet.

Bei der Interpretation ist darauf zu achten, dass die Skala „Beruf“ ausschlaggebend für einen Verdacht auf Burnout ist. Die anderen Skalen sowie die Globalwerte sind ergänzend zu berücksichtigen und vervollständigen das Gesamtbild der Befunderhebung. Die interne Konsistenz der Skalen wird von den Autoren mit Cronbach's alpha von .753 bis .911 in der Normstichprobe angegeben; die in dieser Stichprobe berechnete interne Konsistenz lag mit Cronbach's alpha von .765 bis .902 auf ähnlich hohem Niveau.

#### **4.2.4 Statistische Verfahren**

Erhöhte Werte auf den Burnout-Skalen werden deskriptiv durch Angabe der Häufigkeiten beschrieben. Geschlechtsunterschiede wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben ermittelt.

Zur Überprüfung der Testgütekriterien des neu entwickelten Fragebogens zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit wurde eine Reliabilitätsanalyse mit Bestimmung der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) des Fragebogens sowie der Trennschärfen und Itemschwierigkeiten der Items durchgeführt. Zudem wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation zur Bestimmung von Faktoren bzw. Skalen berechnet.

Die Zusammenhänge zwischen Burnout-Belastung, Arbeitszufriedenheit und Alter wurden durch die Berechnung von Korrelationen nach Pearson ermittelt. Aufgrund des explorativen Charakters der Analysen wurde auf eine Korrektur des Alpha-Fehlers verzichtet. Um das relative Risiko für Burnout bei einer geringeren im Vergleich zu einer höheren Arbeitszufriedenheit zu ermitteln, wurden anhand des Medians der Arbeitszufriedenheit zwei Gruppen gebildet. Alle Auswertungen wurden mit SPSS 21 (IBM Corp., 2012) durchgeführt.

### **4.3 Ergebnisse**

#### **4.3.1 Ausmaß von Burnout-Symptomatik in der Stichprobe**

In Abbildung 1 ist dargestellt, wie viele Personen ( $N=319$ ) prozentual auf den einzelnen BOSS-Skalen unter Berücksichtigung des Gesamt-, Intensitäts- und Breitenwertes mindestens einen auffälligen Wert ( $T \geq 60$ ) erzielten. Wie bereits weiter oben beschrieben, ist die Skala „Beruf“ ausschlaggebend für einen Verdacht auf Burnout.



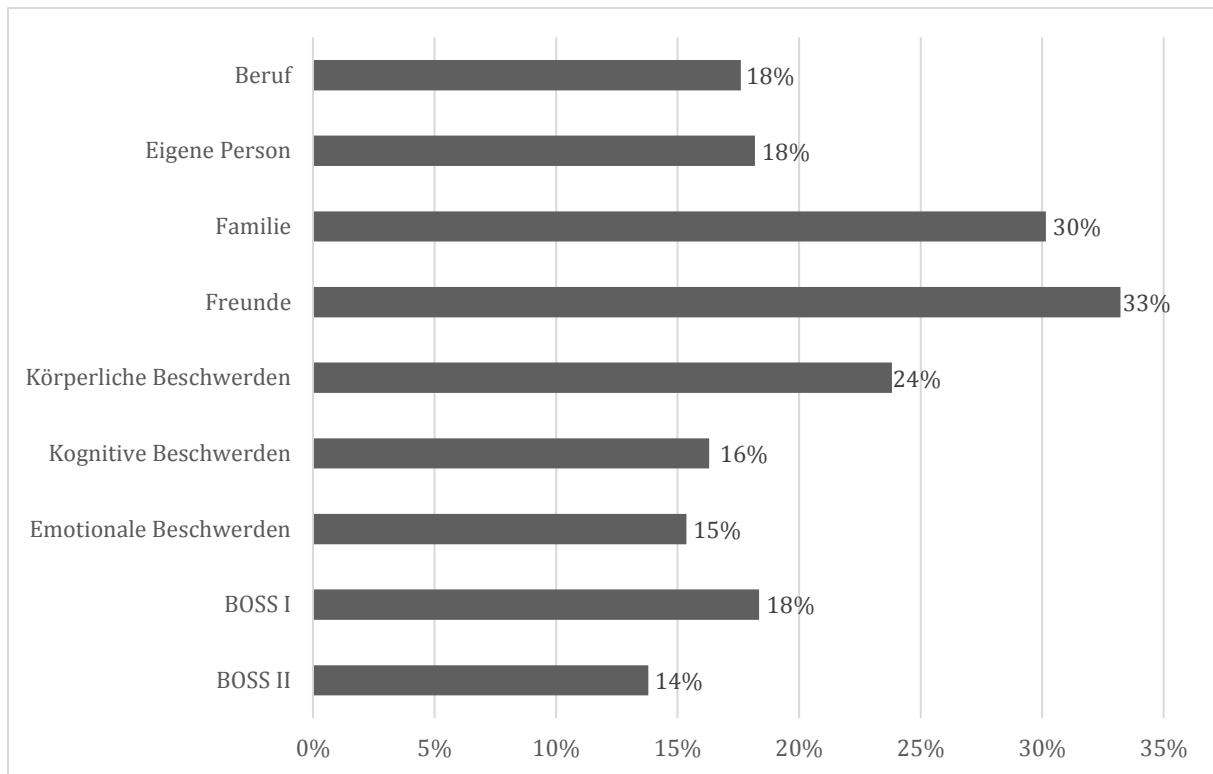


Abbildung 1: Prozent der Stichprobe mit auffälligen Werten im BOSS

Fast ein Fünftel der Stichprobe (18%;  $n=56$ ) wies mindestens einen auffälligen Wert auf der Skala Beruf auf, d.h. dass bei 56 Personen ein Verdacht auf Burnout bestand. Am meisten Personen erzielten auffällige Werte auf den Skalen Freunde (33%,  $n=106$ ) und Familie (30%,  $n=95$ ). Fast ein Viertel der Stichprobe (24%,  $n=76$ ) berichtete über körperliche Einschränkungen und Beschwerden und 18% ( $n=58$ ) über starke Einschränkungen im Wohlbefinden der eigenen Person, der Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit (BOSS I).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Burnout-Gesamtwerten fanden sich lediglich auf der Skala Körperliche Beschwerden mit einer höheren Belastung bei den weiblichen Teilnehmern ( $t(315)=2,01$ ;  $p=.046$ ). Der Gesamtwert der Skala Beruf korrelierte mit dem Alter in dem Sinne, dass höheres Alter mit geringerer Belastung einherging ( $r=-.126$ ;  $p=.031$ ).

#### 4.3.2 Reliabilität und faktorielle Validität des Fragebogens zur Arbeitszufriedenheit

Die interne Konsistenz des Fragebogens zeigte sich mit einem Cronbach's alpha von .938 als hoch, die Trennschärfen der einzelnen Items lagen zwischen .380 und .738, wobei 21 der 27 Items eine Trennschärfe von mindestens .5 aufwiesen. Von den 27 Items wiesen 15 eine Itemschwierigkeit zwischen .57 und .79 auf, 12 Items lagen über .80 (zwischen .81 und .87), was darauf hindeutet, dass die Items nur im Bereich stärkerer Merkmalsausprägung differenzierten und einen Deckeneffekt aufwiesen, also in unserer Stichprobe oft zustimmend beantwortet wurden. Bei der

Hauptkomponentenanalyse sprach der Scree-Test nach Cattell für zwei oder vier Faktoren und der MAP-Test (Velicer, 1976) für vier Faktoren. Der Paralleltest nach Horn (1965) sollte aufgrund eines starken ersten Faktors (Eigenwert > 10) mit Vorsicht interpretiert werden, wies jedoch auf zwei Faktoren hin, wobei weitere zwei Faktoren nur knapp unter dem zufälligen Eigenwerteverlauf lagen. Auch aufgrund der guten inhaltlichen Interpretierbarkeit haben wir uns für die Extraktion von vier Faktoren entschieden. Diese klärten eine Varianz von 57,5% auf und wurden wie folgt benannt:

1. Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz (10 Items)
2. Kommunikation und Unterstützung im Team (6 Items)
3. Freude an der Arbeit (5 Items)
4. Institutionelle Strukturen und Ressourcen (6 Items)

In Tabelle 1 sind die Items mit Faktorzugehörigkeit, Trennschärfe und Itemschwierigkeit aufgeführt.

Für die weiteren Analysen wurde für jeden der vier extrahierten Faktoren ein Mittelwert gebildet, wobei beim ersten Faktor maximal zwei Antworten, bei den anderen Faktoren maximal eine Antwort fehlen durfte. Zusätzlich wurde der Gesamtmittelwert über alle 27 Items berechnet. Dieser lag bei 4,90 ( $SD=0,55$ ), d.h. knapp unter der Antwortmöglichkeit „stimme zu“. Die Mittelwerte auf den vier Faktoren schwankten zwischen 4,56 und 5,15, was einer hohen Zustimmung der Items aller Faktoren entspricht. Männliche ( $t(307)=2,45$ ;  $p=.015$ ) und ältere ( $r=.174$ ;  $p=.003$ ) Teilnehmer berichteten eine höhere Zufriedenheit mit den „institutionellen Strukturen und Ressourcen“.

Tabelle 1: Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit: Items nach Faktoren

Faktor	Nr.	Item	Ladung	Trennschärfe	Itemschwierigkeit
Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz (Cronbachs $\alpha=.897$ )	3	Ich fühle mich von meinem/r Vorgesetzten unterstützt	.950	.630	0.82
	20	Meine Vorgesetzten respektieren meine Meinung	.904	.632	0.84
	13	Ich kann gegenüber meinen Vorgesetzten alles, was mich bei der Arbeit beschäftigt, äußern	.873	.656	0.79
	5	Ich kann die Entscheidungsprozesse in unserer Einrichtung gut nachvollziehen	.646	.621	0.70
	21	Ich habe das Gefühl, mich in meiner Arbeit weiter zu entwickeln	.478	.582	0.83
	7	In den Teambesprechungen wird auf meine Bedürfnisse eingegangen	.465	.661	0.78
	25	Ich kann meine Arbeit aktiv mitgestalten	.465	.699	0.85
	15	Ich finde mich bei der Arbeit mit meinen Stärken und Schwächen wertgeschätzt	.409	.718	0.79
	27	Ich bin mit meiner Arbeitssituation insgesamt zufrieden	.386	.738	0.77
9	Ich empfinde die Räumlichkeiten, in denen ich arbeite, als angenehm	.354	.530	0.74	
Kommunikation und Unterstützung im Team (Cronbachs $\alpha=.849$ )	2	Wir können Konflikte im Team in der Regel gut lösen	.905	.543	0.74
	22	Bei uns im Team kann man eigenes Fehlverhalten offen ansprechen	.810	.540	0.81
	24	Ich fühle mich in meinem Team wohl	.757	.617	0.83
	16	Meine Kollegen und Kolleginnen unterstützen mich in meiner Arbeit	.726	.629	0.82
	19	Teambesprechungen erlebe ich als hilfreich	.707	.582	0.77
	10	Wir sind im Team stolz auf unsere Arbeit	.643	.624	0.76
Freude an der Arbeit (Cronbachs $\alpha=.803$ )	4	Die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen erfüllt mich	.909	.488	0.81
	12	Die tägliche Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen macht mir Spaß	.903	.458	0.83
	14	Ich mag die Kinder und Jugendlichen, mit denen ich arbeite	.732	.386	0.87
	8	Ich gehe gern zur Arbeit	.623	.652	0.81
	26	Ich leiste mit meiner Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft	.496	.380	0.83
Institutionelle Strukturen und Ressourcen (Cronbachs $\alpha=.804$ )	23	Wir haben ausreichend Zeit, um auf die Bedürfnisse jedes Kindes und Jugendlichen einzugehen	.805	.594	0.57
	17	Ich weiß, wie ich mich in Krisen zu verhalten habe	.764	.402	0.79
	1	Ich habe den Eindruck, den Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden	.701	.440	0.71
	6	Ich habe ausreichend Zeit, schwierige Situationen mit meinen Kollegen und Kolleginnen zu besprechen	.578	.604	0.67
	11	In Krisensituationen fühle ich mich ausreichend abgesichert	.471	.675	0.76
	18	Ich habe den Eindruck, dass ich meine Energie in der Arbeit sinnvoll investiere	.445	.615	0.77

### 4.3.3 Zusammenhänge zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit

#### Korrelationen

Der Gesamtmittelwert der Arbeitszufriedenheit und die Mittelwerte auf den vier Faktoren korrelierten mit dem Gesamtwert der Berufsskala des BOSS mit mittlerem bis großem Effekt, mit den anderen Skalen meist mit mittlerem Effekt; bei der Skala Familie fanden sich nur kleine Korrelationen. Die einzelnen Zusammenhänge sind in Tabelle 2 dargestellt.

*Tabelle 2: Korrelationen zwischen Burnout-Gesamtwerten und traumapädagogischer Arbeitszufriedenheit*

	Gesamtwert	Faktor 1 (Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation, Transparenz)	Faktor 2 (Unterstützung und Kommunikation im Team)	Faktor 3 (Freude an der Arbeit)	Faktor 4 (Institutionelle Strukturen und Ressourcen)
Beruf	-.57	-.48	-.41	-.52	-.53
Eigene Person	-.48	-.40	-.36	-.41	-.46
Familie	-.25	-.21	*-.13	-.21	-.29
Freunde	-.44	-.35	-.33	-.35	-.46
Körperliche Beschwerden	-.35	-.32	-.25	-.27	-.33
Kognitive Beschwerden	-.49	-.41	-.34	-.43	-.46
Emotionale Beschwerden	-.47	-.41	-.36	-.42	-.42
BOSS I Global	-.54	-.45	-.38	-.48	-.52
BOSS II Global	-.50	-.44	-.35	-.44	-.46
Interpretation von Pearson's r: $\geq .10$ =kleiner Effekt, $\geq .30$ =mittlerer Effekt, $\geq .50$ =großer Effekt Signifikanz (zweiseitig) = $p < .001$ , *Ausnahme= $p < .021$					

Bei näherer Betrachtung der Korrelationen wurde deutlich, dass der Zusammenhang mit dem Gesamtwert der Arbeitszufriedenheit sowie mit Faktor 4 (institutionelle Strukturen und Ressourcen) am stärksten ausgeprägt war. Faktor 2 (Unterstützung und Kommunikation im Team) hingegen enthielt nur eine einzige Korrelation über .40.

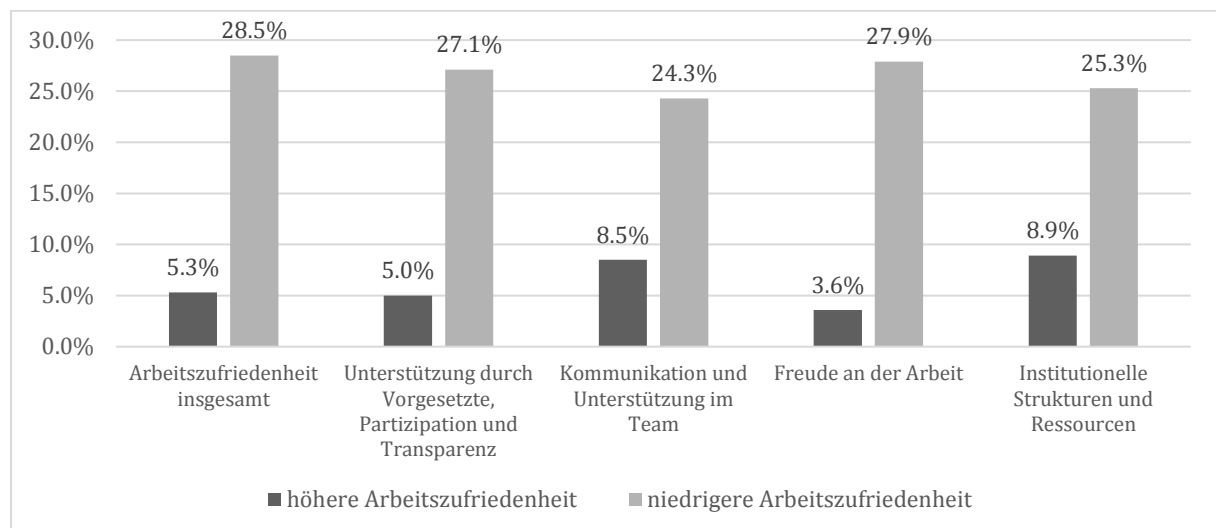
Die Korrelationen zwischen Arbeitszufriedenheit und den Breitenwerten des BOSS entsprachen weitgehend den Korrelationen mit den Gesamtwerten, die Korrelationen mit den Intensitätswerten fielen insgesamt schwächer aus, wobei beachtet werden sollte, dass die

Intensität insgesamt geringer ausgeprägt war und es dadurch weniger Varianz zwischen den Personen gab, was die Wahrscheinlichkeit von hohen Korrelationen verringerte.

Insgesamt sprachen die Korrelationen für substantielle Zusammenhänge zwischen den Burnout-Skalen und den Arbeitszufriedenheitswerten. Für alle Aspekte der Arbeitszufriedenheit galt: Je niedriger die Arbeitszufriedenheit, desto höher die mit dem BOSS gemessene Belastung.

### Relative Risiken

Für die Betrachtung der relativen Risiken wurde die Stichprobe anhand des Medians der Arbeitszufriedenheit (50. Perzentile) in zwei Gruppen unterteilt. Anschließend wurde die Burnout-Gefährdung in den beiden Gruppen berechnet. Es zeigte sich, dass von den Personen mit einer vergleichsweise niedrigeren Arbeitszufriedenheit 28,5% einen Verdacht auf Burnout aufwiesen verglichen mit 5,3% in der Gruppe der Personen mit einer höheren Arbeitszufriedenheit ( $\chi^2(1)=29,49$ ;  $p \leq 0,001$ ). Dasselbe Vorgehen wurde zusätzlich für jeden der vier Faktoren durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 dargestellt.



*Abbildung 2: Burnout-Gefährdung in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit*

Die Teilnehmer mit einer vergleichsweise niedrigeren Arbeitszufriedenheit wiesen durchgehend ein deutlich höheres Risiko für eine Burnout-Gefährdung auf. Eine Person mit einer insgesamt niedrigeren Arbeitszufriedenheit wies ein 5,4 mal höheres Risiko auf, Burnout gefährdet zu sein, als eine Person mit einer vergleichsweise höheren Arbeitszufriedenheit (95%CI=2,6-11,0). Auf Faktorebene fand sich der stärkste Einfluss bei der Freude an der Arbeit (Faktor 3) mit einem relativen Risiko von 7,7 für Burnout-Gefährdung bei Personen mit einer vergleichsweise niedrigeren Arbeitszufriedenheit (95%CI=3,1-18,7). Personen mit einer vergleichsweise niedrigeren Arbeitszufriedenheit bezüglich Unterstützung durch Vorgesetzte, Partizipation und Transparenz (Faktor 1) wiesen ein 5,4 mal höheres Risiko auf, Burnout gefährdet zu sein (95%CI=2,5-11,5), Personen mit niedrigeren Werten bezüglich Kommunikation und

Unterstützung im Team (Faktor 2) ein 2,9 mal höheres Risiko (95%CI=1,6-5,2) und Personen mit einer niedrigeren Zufriedenheit bezüglich der institutionellen Strukturen und Ressourcen waren 2,8 mal gefährdeter (95%CI=1,6-5,0).

#### **4.4 Diskussion**

Das erste Ziel der Studie war, die Burnout-Gefährdung bei pädagogischen Mitarbeitenden in der Kinder- und Jugendhilfe zu eruieren. Die Auswertung des BOSS ergab Hinweise auf eine ausgeprägte und vielschichtige Belastung in der Stichprobe. Bei 18% der Stichprobe bestand der Verdacht auf ein Burnout-Syndrom. Am häufigsten wurden auffällige Werte auf den Skalen Freunde und Familie erzielt. Hohe Werte auf diesen Skalen bedeuten eine deutliche Belastung des Beziehungsgefüges und einen Rückzug von Freunden und Bekannten resp. einen negativ erlebten Verlust von Beziehungsqualität und -quantität im familiären Bezugssystem. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass es einem großen Teil der Mitarbeitenden nicht gelingt, die für das psychische Wohlbefinden so wichtigen sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten. Fast ein Fünftel (18%) der Stichprobe gab an, starke Einschränkungen im Wohlbefinden, in der Lebenszufriedenheit und in der Leistungsfähigkeit bei sich selbst zu erkennen. Verglichen mit Prävalenzzahlen aus der Literatur erscheint die Burnout-Gefährdung in unserer Stichprobe relativ gering (Arigoni et al., 2009; Lopez Herrera et al., 2014; Morse et al., 2012; Pedditzi et al., 2014; Ribeiro et al., 2014). Es deutet einiges darauf hin, dass in den untersuchten Einrichtungen bereits einiges dafür getan wird, um die Belastung der Mitarbeitenden gering zu halten respektive Belastungssymptomatik frühzeitig aufzufangen. Allerdings wurde bereits auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit aufgrund von uneinheitlichen Definitionen und Messverfahren hingewiesen. Außerdem ist die Klientel in der Kinder- und Jugendhilfe aufgrund der hohen Prävalenz von traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte besonders vulnerabel und besonders angewiesen auf beständige, psychisch gesunde und emotional stabile Betreuungspersonen (Döltzsch et al., 2014; Schmid, 2007; 2013, Stein, 2006). Im Einklang mit der Literatur fanden sich etwas niedrigere Burnout-Werte sowie eine höhere Arbeitszufriedenheit bei älteren Teilnehmern (Abu-Bader, 2000). Eine hohe Personalfluktuation führt dazu, dass in den Teams oftmals nur wenige ältere, erfahrenere Mitarbeitende vertreten sind. Vor dem Hintergrund der geringeren Belastung bei älteren Mitarbeitenden wäre eine altersheterogene Teamstruktur wünschenswert.

Das zweite Ziel der Studie galt der Überprüfung des selbstentwickelten Fragebogens zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit hinsichtlich Reliabilität und faktorieller Validität. Die Hauptkomponentenanalyse des Fragebogens ergab vier gut interpretierbare und benennbare Faktoren: Unterstützung durch Vorgesetzte; Transparenz und Partizipation; Kommunikation und Unterstützung im Team; Freude an der Arbeit; institutionelle Strukturen und Ressourcen.

Lediglich das Item „ich empfinde die Räumlichkeiten, in denen ich arbeite, als angenehm“ passt inhaltlich nicht zum ersten Faktor, leistet jedoch auch den geringsten Beitrag zu diesem Faktor und lädt auf keinem der anderen drei Faktoren. Die interne Konsistenz aller Faktoren ist gut. Die Items des Fragebogens für traumapädagogische Arbeitszufriedenheit wiesen einen Deckeneffekt auf, wurden also häufig zustimmend beantwortet. Es ist unklar, ob dies auf die Itemkonstruktion zurückzuführen ist oder ob die Arbeitszufriedenheit bei der Stichprobe tatsächlich, trotz der beschriebenen Belastungen, relativ hoch ist. Dies würde sich decken mit der relativ niedrigen Burnout-Gefährdung in unserer Stichprobe im Vergleich mit Prävalenzzahlen aus der Literatur.

Als drittes Ziel sollten Zusammenhänge zwischen traumapädagogischer Arbeitszufriedenheit und Burnout-Symptomatik betrachtet werden. Es wurden für alle untersuchten Aspekte der Arbeitszufriedenheit deutliche Zusammenhänge gefunden: Je niedriger die Arbeitszufriedenheit, desto höher die Burnout-Gefährdung. Die Gruppenvergleiche zwischen Personen mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit im Vergleich mit Personen mit einer höheren Arbeitszufriedenheit ergaben, dass Personen mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit durchgehend deutlich häufiger von einer Burnout-Gefährdung betroffen waren als Personen mit einer vergleichsweise höheren Arbeitszufriedenheit. Die gemessenen Aspekte der Arbeitszufriedenheit scheinen also bezüglich Burnout-Gefährdung relevant zu sein. Das allein mag nicht überraschen, die meisten Zusammenhänge liegen auf der Hand. Interessant ist aber, wie klar sich die Burnout-Gefährdung mit den gemessenen Aspekten der Arbeitszufriedenheit abbilden lässt und dass daraus konkrete Interventionsmöglichkeiten abgeleitet werden können. Einige aus der Literatur bereits bekannte Befunde (Abu-Bader, 2000; Boyas et al., 2010; Lizano et al., 2012; Aiken et al., 2013; Leineweber et al., 2014) konnten repliziert werden. So zeigte sich auch in der vorliegenden Studie, dass positive Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten, transparente Kommunikation und Mitspracherecht mit einer geringeren Belastung zusammenhängen. Zusätzlich konnte gezeigt werden, wie wichtig es für die Mitarbeitenden ist, gegenüber ihren Vorgesetzten auch Belastendes benennen zu dürfen, mit den eigenen Stärken und Schwächen anerkannt zu werden und Fehlverhalten offen ansprechen zu können. Außerdem wurde deutlich, wie wichtig es ist, dass Ressourcen und ein klares Vorgehen für den Umgang mit schwierigen Situationen und Krisen vorhanden sind. Nicht zuletzt weisen die Ergebnisse auf die Bedeutsamkeit von Freude und Spaß bei der Arbeit hin.

#### **4.5 Einschränkungen**

Bezüglich der Selektivität der Stichprobe ist anzumerken, dass es sich um eine freiwillige anonyme Fragebogenerhebung handelte. Es ist nichts darüber bekannt, welche Mitarbeitenden teilgenommen haben und welche nicht. Denkbar sind Verzerrungen in zwei Richtungen:

Einerseits könnten Mitarbeitende, welche sich bereits ausführlicher mit dem Thema Belastungen, vielleicht aufgrund eigener Betroffenheit, befasst hatten, eher Interesse an einer Teilnahme gezeigt haben. Andererseits konnten Mitarbeitende, welche zum Zeitpunkt der Befragung aufgrund von Belastungssymptomen arbeitsunfähig waren, nicht befragt werden. Auch gibt es keine verlässlichen epidemiologischen Daten über sozialpädagogische Mitarbeitende in der Schweiz, auch nicht über die Alters- und Geschlechtsverteilung.

Die im Querschnitt-Design ermittelten korrelativen Zusammenhänge erlauben keine Rückschlüsse auf die Wirkungsrichtung. Es ist folglich unklar, ob eine hohe Arbeitszufriedenheit gesundheitserhaltend ist, ob eine bessere Gesundheit zu mehr Arbeitszufriedenheit führt, oder ob es weitere Variablen gibt, die sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Burnout-Gefährdung beeinflussen (z.B. persönlichkeitspezifische Faktoren oder eine positive Grundstimmung).

Ein Vergleich mit anderen Stichproben ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich. Es ist anzunehmen, dass der Fragebogen in ähnlichen sozialpädagogischen oder pflegerischen Settings, in denen ebenfalls im Team gearbeitet wird, wie z.B. in milieutherapeutischen Teams von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, ebenfalls eingesetzt werden könnte.

## **4.6 Implikationen für die Praxis**

Angesichts der begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen, mit denen die Einrichtungen konfrontiert sind, sollen zum Schluss drei ganz konkrete Empfehlungen aus den Ergebnissen abgeleitet werden:

1. Einrichtungen sollten eine Kommunikationskultur schaffen, die von Offenheit und Transparenz gekennzeichnet ist und in der Fehler, Ängste, Zweifel und Belastungen ausgesprochen werden dürfen. Dafür braucht es Fallbesprechungen und Supervisionen, in denen Interaktionen mit den Kindern und Jugendlichen und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken beleuchtet werden. Vorgesetzte sollten mit gutem Vorbild vorangehen und eigene Belastungen und Unsicherheiten ansprechen.
2. Mitarbeitende sollten genügend zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben, um ihre Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen so gestalten zu können, dass beide Seiten dabei Freude, Spaß und Entspannung erfahren dürfen. Sie sollten dafür wenn nötig von anderen Aufgaben entlastet werden. Für Teamtage sowie Teamsitzungen sollte ausreichend Zeit eingeräumt werden.
3. Einrichtungen sollten ein möglichst klares und detailliertes Konzept für Krisensituationen ausarbeiten, insbesondere auch für Grenzverletzungen gegenüber Mitarbeitenden, und dieses



Konzept konsequent anwenden, auch wenn Mitarbeitende keine sichtbaren Belastungssymptome aufweisen. Für ausführlichere Informationen verweisen wir auf den Bündner Standard (Leeners, Bässler, Schmid, 2013).

## 4.7 Fazit

Belastungen der Mitarbeitenden in Form von Burnout-Symptomatik wirken sich negativ auf die pädagogische Betreuungsqualität aus. Der Prävention, Erkennung und Minderung von Burnout-Symptomatik kommt daher eine wichtige Bedeutung zu. Wertschätzung durch Vorgesetzte und Teamkollegen, transparente Kommunikation, Partizipationsmöglichkeiten sowie ausreichende institutionelle Strukturen und Ressourcen hängen mit einer niedrigeren Belastung durch Burnout-Symptomatik zusammen. Unter dem Aspekt der Gesunderhaltung der Mitarbeitenden und der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und der pädagogischen Qualität lohnt es sich für Einrichtungen, Ressourcen in die Versorgung von Mitarbeitenden und in dafür erforderliche Strukturen zu investieren.

## Literaturverzeichnis

- Abu-Bader, S.H. (2000). Work satisfaction, burnout, and turnover among social workers in Israel: a causal diagram. *International Journal of Social Welfare*, 9, 191-200.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of affective disorders*, 88(1), 55-62.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.
- Alarcon, G.M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549-562.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2011). Fachkräftemangel in der Kinder- und Jugendhilfe. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ.
- Arigoni, F., Bovier, P.A., Mermillod, B., Waltz, P., Sappino, A.P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Supportive Care Cancer*, 17(1), 75-81. doi: 10.1007/s00520-008-0465-6
- Atkinson, G., Fullick, S., Grindey, C., Maclaren, D. (2008). Exercise, energy balance and the shift worker. *Sports Med*, 38(8), 671-685.
- Awa, W. L., Plaumann, M., Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., Maier, W. (2012). Positionspapier der DGPPN zum Thema Burnout, [www.dgppn.ch](http://www.dgppn.ch), Zugriff am 28.05.2015.

- Berger, M., Falkai, P., Maier, W. (2012). Burn-out ist keine Krankheit. *Arbeitswelt und psychische Belastung. Deutsches Ärzteblatt*, 109(14), 700-702.
- Boyas, J., Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 380-388.
- Bundesamt für Justiz (2014). Voraussetzung für die Anerkennung der Beitragsberechtigung als Erziehungseinrichtung im Sinne des LSMG, [www.ejpd.admin.ch](http://www.ejpd.admin.ch), Zugriff am 15.07.2014.
- Bundesamt für Statistik (2012). Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, [www.statistik.admin.ch](http://www.statistik.admin.ch), Zugriff am 12.07.2015.
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Springer, Berlin und Heidelberg.
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstrukts*. Dissertation, Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A. K., Kölch, M., Schmeck, K., Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 140-150.
- Faragher, E. B., Cass, M., Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 62(2), 105-112.
- Gahleitner, S. (2013). *Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? - Wie? - Wozu?* In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 45-55). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hagemann, W., Geuenich, K. (2009). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Holmqvist, R., Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Research*, 145(2-3), 207-213.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.
- IBM Corp. Released 2012. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Lang, B. (2013). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 127-144). Weinheim: Beltz Juventa.
- Leeners, J., Bäessler, M., Schmid, M. (2013). Management von grenzverletzendem Verhalten in sozialpädagogischen Institutionen für Kinder- und Jugendliche: Der Bündner Standard. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 6, 237-248.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., Tishelman, C. (2014). Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PLoS One*, 9(5), e96991.
- Lizano, E.L., Mor Barak, M.E. (2012). Workplace demands and resources as antecedents of job burnout among public child welfare workers: A longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1769-1776.
- Lopez Herrera, H., Pedrosa, I., Vicente Galindo, M. P., Suarez-Alvarez, J., Galindo Villardon, M. P., Garcia-Cueto, E. (2014). Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*, 26(2), 227-234.

- Maslach, C., Leiter, M.P., Schaufeli, W. (2009). Measuring Burnout. In: Cartwright, S., Cooper, C.L., The Oxford Handbook of Organisational Well-Being. Oxford University Press.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe- DeVita, M., Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341 – 352. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Pedditzi, M.L., Nonnis, M. (2014). Psycho-so- cial sources of stress and burnout in schools: research on a sample of Italian teachers. *La Medicina del lavoro*, 105(1), 48-62.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288-298.
- Ribeiro, V.F., Filho, C.F., Valenti, V.E., Ferreira, M., de Abreu, L.C., de Carvalho, T.D., Ferreira, C. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine*, 7, 22. doi: 10.1186/1755-7682-7-22
- Schaufeli, W., Van Dierendonck, D. (2004). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In J. Schabraq, J. Winnubst, C. Coopers (Hrsg.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (S. 385-425). Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J.M. Fegert, U. Ziegenhain, L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (S. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 56-82). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Lang, B., Weber, J., Künster, A.-K., Dölitzsch, C. (2012). Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit. Unveröffentlicht, Universität Basel.
- Steinlin, C. Dölitzsch, C. Fischer, S., Lüdtke, J., Fegert, J.M., Schmid, M. (2015). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung. Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 6-21.
- Stein, M. (2006). Research review: young people leaving care. *Child and Family Social Work*, 11(3), 273–279.
- Steinlin, C., Fischer, S., Dölitzsch, C., Fegert, J.M., Schmid, M. (2015). Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 22-33.
- Thomas, C., Power, C. (2010). Shift work and risk factors for cardiovascular disease: a study at age 45 years in the 1958 British birth cohort. *European journal of epidemiology*, 25(5), 305-314.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: A structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1515-1524.
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41(3), 321-327.

Weiss, W. (2013). Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung, Bezüge. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss, M. Schmid (Hrsg.), Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik (S. 32-44). Weinheim: Beltz Juventa.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2011). Burnout auf dem Vormarsch, Pressemitteilung vom 11.05.2012, [www.aok.de](http://www.aok.de), Zugriff am 12.07.2015.

# 5 The influence of sense of coherence, self-care and work satisfaction on secondary traumatic stress and burnout among child and youth residential care workers in Switzerland

*Célia Steinlin, Claudia Dölitzsch, Nina Kind, Sophia Fischer, Klaus Schmeck, Jörg M. Fegert and Marc Schmid*

*Submitted for publication to Child and Youth Services in May 2016*

## **Abstract**

**Aim:** To investigate the incidence of post traumatic and secondary traumatic stress as well as burnout symptoms among child and youth welfare workers in residential care in Switzerland and to assess the predictive value of sense of coherence, self-care and job satisfaction.

**Method:** A sample of 319 child welfare professionals (61% female) in Swiss child and youth residential care was assessed based on questionnaires. The questionnaires addressed sense of coherence, perceived collective efficacy, self-care and work satisfaction as well as symptoms of traumatic stress and burnout. Linear regression analyses were conducted to determine the influence of sense of coherence, self-care and job satisfaction on symptoms of burnout and traumatic stress.

**Results:** The incidence of posttraumatic stress and secondary traumatic stress symptoms as well as burnout symptoms is reported. Sense of coherence showed a negative association with all forms of stress symptoms ( $\beta=-.27$  to  $-.46$ ,  $p<.001$ ). Work-related aspects of self-care showed negative associations with PTSD ( $\beta=-.15$ ,  $p<.05$ ) and burnout symptoms ( $\beta=-.25$ ,  $p<.001$ ). Communication and support within the team were related to fewer symptoms of traumatic stress ( $\beta=-.32$ ,  $p<.05$ ) and support from superiors, participation and transparency were related to fewer symptoms of burnout ( $\beta=-.14$ ,  $p<.01$ ). Further associations were found with enjoyment of work and with institutional structures and resources.

**Conclusion:** Enhancing sense of coherence, work-related self-care and work satisfaction could reduce stress symptoms and increase the wellbeing of child and youth welfare staff. It is discussed how child and youth residential care institutions could improve these factors among their staff.

*Keywords: child and youth residential care, burnout, secondary traumatic stress, sense of coherence, work satisfaction, trauma-sensitive care.*

## **5.1 Introduction**

Children and adolescents living in residential care often have a history of traumatic experiences. Many of them were exposed to childhood abuse, domestic violence, physical and emotional neglect or flight and migration, consequently showing symptoms of distress, difficulties with emotion regulation and attachment problems (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011; Connor, Doerfler, Toscano, Volungis, & Steingard, 2004; van Vugt, Lanctôt, Paquette, Collin-Vézina, & Lemieux, 2014).

### **5.1.1 PTBS, secondary traumatic stress and burnout**

As a result of the distress of the children and adolescents, the staff in child and youth residential care frequently faces difficult interactions, aggression and violations of their personal boundaries. This may cause symptoms of posttraumatic stress (PTSD) (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus, 2010; Steinlin et al., 2015; Walsht & Clarke, 2003; Zeh, Schablon, Wohler, Richter, & Nienhaus, 2009). Furthermore, hearing or reading about traumatic events experienced by the children and adolescents may cause PTSD-like symptoms and trauma related cognitive changes within the persons exposed to the distressing material. This is referred to as secondary traumatic stress (STS) (Boudoukha, Altintas, Rusinek, Fantini-Hauwel, & Hautekeete, 2013; Daniels, 2007; Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011; Inoue, Tsukano, Muraoka, Kaneko, & Okamura, 2006; Lemke, 2006; Steinlin et al., 2015; Weitkamp, Daniels, & Klasen, 2014). The difficult nature of the work may also cause symptoms of burnout (Steinlin et al., 2015; The Annie E. Casey Foundation, 2003). Although there is no uniform definition, burnout is commonly characterized by emotional exhaustion, cynicism, depersonalization and distancing, as well as reduced efficiency (Berger et al., 2012). Symptoms of burnout have a negative impact on the quality of care (Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010; Van Bogaert, Clarke, Willems, & Mondelaers, 2013) and are associated with high turnover rates (Kim & Stoner, 2008; Smith, 2005). They may also promote a negative attitude towards the patients (Holmqvist & Jeanneau, 2006). There has been some controversy about the burnout syndrome as it is not an official diagnosis and there is an overlap with depression and anxiety disorders (Ahola et al., 2005; Berger et al., 2012). There are many similarities between burnout and STS. Both conditions are characterized by depression, insomnia, loss of intimacy with friends and family, and both are cumulative (Canfield, 2005). Symptoms of traumatic stress and burnout may lead to the staff feeling unsafe at work, experiencing difficulties to engage with

patients and to absence from work (Richter & Berger, 2009). The difference between the two concepts lies in the cause.

### **5.1.2 Enhancing resilience and well-being in child and youth residential care workers**

#### Trauma-sensitive care

In the past years, there has been an increasing interest in trauma-sensitive care in Switzerland (Gahleitner, 2013; Schmid, 2013). The aim of trauma-sensitive care is to lead the staff to a better understanding of the traumatic life experiences of the children and adolescents in their care and thereby help them to better manage conflicts, difficult interactions and setbacks. An important assumption of trauma-sensitive care is that the wellbeing of the staff has an important effect on the wellbeing of the children and adolescents and, in order to provide a safe place for the children and adolescents, the staff needs to feel safe as well. An important focus of trauma-sensitive care is therefore to guide the staff to a better understanding of their own stress symptoms and to engage them in self-caring behavior. Furthermore, trauma-sensitive care addresses several organizational issues such as support and appreciation, transparency and participation.

#### Associations between personal factors and stress symptoms

Research on PTSD has pointed out a number of personal factors that may increase the resilience toward the development of traumatic stress symptoms. These are, for example, optimism, inner locus of control, active coping strategies and a positive self-concept (Karstoft, Armour, Elklit, & Solomon, 2015; Zoellner & Maercker, 2006). Optimism was found to improve the level of functioning of health care workers (Boldor, Bar-Dayana, Rosenbloom, Shemer, & Bar-Dayana, 2012), while commitment to child welfare and self-efficacy enhanced retention (DePanfilis & Zlotnik, 2008). Ellett (2009) emphasized the importance of altruism and self-efficacy, and (Merluzzi, Philip, Vachon, & Heitzmann, 2011) found care of oneself and managing difficult interactions and emotions to have a negative relationship with stress and burden.

In the present study we focused on sense of coherence, perceived collective efficacy as a specific form of self-efficacy and self-care. Antonovsky and Franke (1997) introduced the term sense of coherence in the eighties as the central aspect of salutogenesis. The term refers to a global orientation to view the world and the individual environment as comprehensible, manageable and meaningful. Perceived self-efficacy refers to the beliefs in one's capability to organize and execute courses of action to produce given attainments (Bandura, 1997). According to Bandura, human beings are less influenced by objective facts than by their own beliefs, and these beliefs affect their interests, motivation, behavior and affective state. Perceived self-efficacy facilitates goal-setting, effort investment, persistence in the face of barriers and recovery from setbacks (Jerusalem & Schwarzer, 1992). The concept of perceived collective efficacy refers to a shared

perception of self-efficacy within a group. Bandura points out that perceived collective efficacy is not just the sum of the individual perceptions of self-efficacy of the group members but also depends on group cohesion, the demands that the group faces and the group leadership.

From a trauma-sensitive care perspective, it is assumed that child and youth residential care workers with a stronger sense of coherence and more perceived collective efficacy as well as more self-caring behavior are more likely to cope with the demands of their challenging work and are therefore less vulnerable for symptoms of stress.

#### Associations between organizational factors and stress symptoms

A number of studies have investigated the relationship between burnout and different aspects of work satisfaction. Abu-Bader (2000) pointed out the importance of supervision, collegial relationship, opportunities for promotion, comfort at work and a higher education for increasing work satisfaction and reducing symptoms of burnout. Boyas and Wind (2010) described the protective influence of positive relationships with colleagues and supervisors, transparent communication, opportunities for participation, trust and the sense of being treated fairly, higher age and parenthood. Lizano and Mor Barak (2012) emphasized the importance of institutional support and supervision and the negative influence of role conflict and work-family conflict. Leineweber et al. (2014) described the importance of adequate staffing and good leadership.

## **5.2 Aims**

The first aim of this study was to investigate the incidence of traumatic stress and burnout symptoms among staff in child and youth residential care.

The second aim was to identify personal and organizational factors associated with fewer symptoms of traumatic stress and burnout.

Based on the findings, the third aim was to derive specific recommendations for child and youth residential care institutions with the objective of enhancing the wellbeing of their staff.

## **5.3 Methods**

### **5.3.1 Procedure**

Our study was conducted within a larger pilot project examining the efficacy of trauma-sensitive care in residential child and youth welfare institutions in Switzerland. 700 questionnaires were sent out to all youth welfare institutions approved by the Swiss Federal Office of Justice in the German-speaking part of Switzerland. These institutions accommodate children and adolescents



between 7 and 25 years of age, over a third of which have a criminal record or severely disrupted social behavior. 319 questionnaires were answered and returned (response rate = 45.6%) The survey comprised several standardized and self-developed questionnaires on socio-demographic variables, perceived collective efficacy, sense of coherence, self-care, job satisfaction, as well as symptoms of PTSD, STS and burnout.

### 5.3.2 Participants

Participants were between 23 and 65 years of age ( $M=38.6$ ,  $SD=10.0$ ), 61% of them were female. 77% of participants reported being in a stable relationship and 36% reported having children. 86% of participants were social education workers or social education workers in training. On average, they reported having 10.0 years ( $SD=8.2$ , range=0-38) of professional experience in child welfare institutions and having worked in the present institution for 5.1 years ( $SD=5.9$ , range=0-34.5). Two years of professional experience and having worked in the present institution for one year were most frequently reported.

### 5.3.3 Measures

#### Assessment of wellbeing

*Perceived collective efficacy (Schwarzer & Schmitz, 1999):* This ten-item-questionnaire was developed for the use in teacher populations and was slightly adapted for our population. For further analyses, the mean of the ten items was used. The authors report Cronbach's alphas between .71 and .92 (Schwarzer & Schmitz, 1999). Cronbach's alpha in our sample was .906.

*German short version of the Sense of Coherence Scale (Schumacher, Wilz, Gunzelmann, & Brähler, 2000):* Sense of coherence in regard to daily work was assessed with a nine-item-version of the Sense of Coherence Scale (Antonovsky & Franke, 1997). The mean of all items was used for further analyses. The authors reported a Cronbach's alpha of .87 (Schumacher et al., 2000). Cronbach's alpha in our sample was .785.

*Self-care questionnaire (Dölitzsch, Fischer, Steinlin, Breymaier, & Schmid, 2012):* For the pilot project about trauma-sensitive care, a 24-item-questionnaire was developed to assess what participants do regarding their self-care. The reference period is three months and items are answered on a 4-point-scale from "not correct at all" (1) to "fully correct" (4). In our sample, Cronbach's alpha was .840. The selectivity of the items ranged between .223 and .588 with 79% of the items between .300 and .500. Item difficulty ranged between .56 and .93 with eight items above .80, so the items differentiated particularly between people with pronounced self-care. A principal components

analysis was conducted for the purpose of reducing data. Three factors were extracted and rotated using Promax-rotation (Kappa=4):

- Physiological factors (7 items; e.g. doing sports, sleeping enough, balancing nutrition; Cronbach's alpha = .787)
- Psychological factors (10 items; feeling supported, upholding values, self-reflection; Cronbach's alpha = .705)
- Work-related factors (7 items; taking breaks, successfully transitioning from work to private life, sharing responsibilities; Cronbach's alpha = .695)

For each factor the mean was calculated for further analyses.

*Questionnaire on job satisfaction in trauma-sensitive care (Schmid, Lang, Weber, Künster, & Dölitzsch, 2012):* This 27-item questionnaire was developed to assess aspects of job satisfaction which are relevant for trauma-sensitive care. The reference period is three weeks and items are answered on a 6-point-scale from "I don't agree at all" (1) to "I completely agree" (6). In our sample, Cronbach's alpha was .938. The selectivity of the items ranged between .380 and .738 with 70% of the items between .500 and .700. Item difficulty ranged between .57 and .87 with twelve items above .80, so the items differentiated particularly between people with pronounced job satisfaction. A principal components analysis was conducted for the purpose of reducing data (Steinlin et al., 2016). Four factors were extracted and rotated using Promax-rotation (Kappa=4):

- Support from superiors, participation, transparency (10 items; Cronbach's alpha = .897)
- Communication and support within team (6 items; Cronbach's alpha = .849)
- Enjoyment of work (5 items; Cronbach's alpha = .803)
- Institutional structures and resources (6 items; Cronbach's alpha = .804)

For each factor, the mean was calculated for further analyses.

### Stress symptoms

*Impact of Event Scale-Revised (IES-R: Weiss & Marmar, 1997):* The IES-R is a 22-item screening instrument for PTSD. In our study, participants were asked about experiences of physical assault or threatening situations that happened during work, which could have resulted in death or injury. The reference period for symptoms is one week and items are answered on a 4-point-scale from “not at all” to “often”. A diagnostic value was calculated using a weighted sum of the scales intrusion, avoidance, and hyper arousal. Cronbach’s alpha of the German version was reported between .71 and .90 for the three scales. Cronbach’s alpha in our sample was between .823 and .852.

*Questionnaire for the assessment of secondary traumatic stress (STS: Daniels, 2006):* This questionnaire was adapted from a German study on STS in psychotherapists. It is comprised of 31 items assessing primary symptoms of PTSD (i.e. intrusion, avoidance, hyper arousal), depressive states, suicide ideation and addictive behavior. The reference period is one week and items are answered on a 5-point-scale from “not at all” to “very often”. The mean of all items was used for further analyses. The author reported a Cronbach’s alpha of .937 (Daniels, 2006). Cronbach’s alpha in our sample was .931.

*Burnout Screening Scales (BOSS: Hagemann & Geuenich, 2009):* The BOSS is a German-language questionnaire to collect information about current psychological (cognitive and emotional), somatic and psychosocial problems in work-related, personal and interpersonal domains, which are related to burnout. The first part of the questionnaire (BOSS I) collects problems in regards to different life domains (work, personal life, family and friends) during the last three weeks (four scales with 30 items). The second part of the questionnaire (BOSS II) collects data about clinical (somatic, cognitive and emotional) symptoms during the last seven days (three scales with 30 items). Items are answered on a 6-point-scale from “does not apply” to “applies strongly”. The total score was calculated for each of the seven scales as well as for the BOSS I (life domains) and BOSS II (clinical symptoms). All scores were transformed into T-scores. According to Hagemann and Geuenich (2009), burnout is suspected if the value on the 10-item work scale is elevated (T-score equal to or above 60). The other scales are considered additionally. The authors reported Cronbach’s alpha between .75 and .91 (Hagemann & Geuenich, 2009). Cronbach’s alpha in our sample was between .765 and .902.

### **5.3.4 Statistical Analyses**

Descriptive analyses were calculated to describe the point prevalence of reported PTSD, STS and burnout symptoms in our study population. Pearson correlations and point-biserial correlations were calculated to describe the bivariate associations between predictors and symptoms of PTSD,

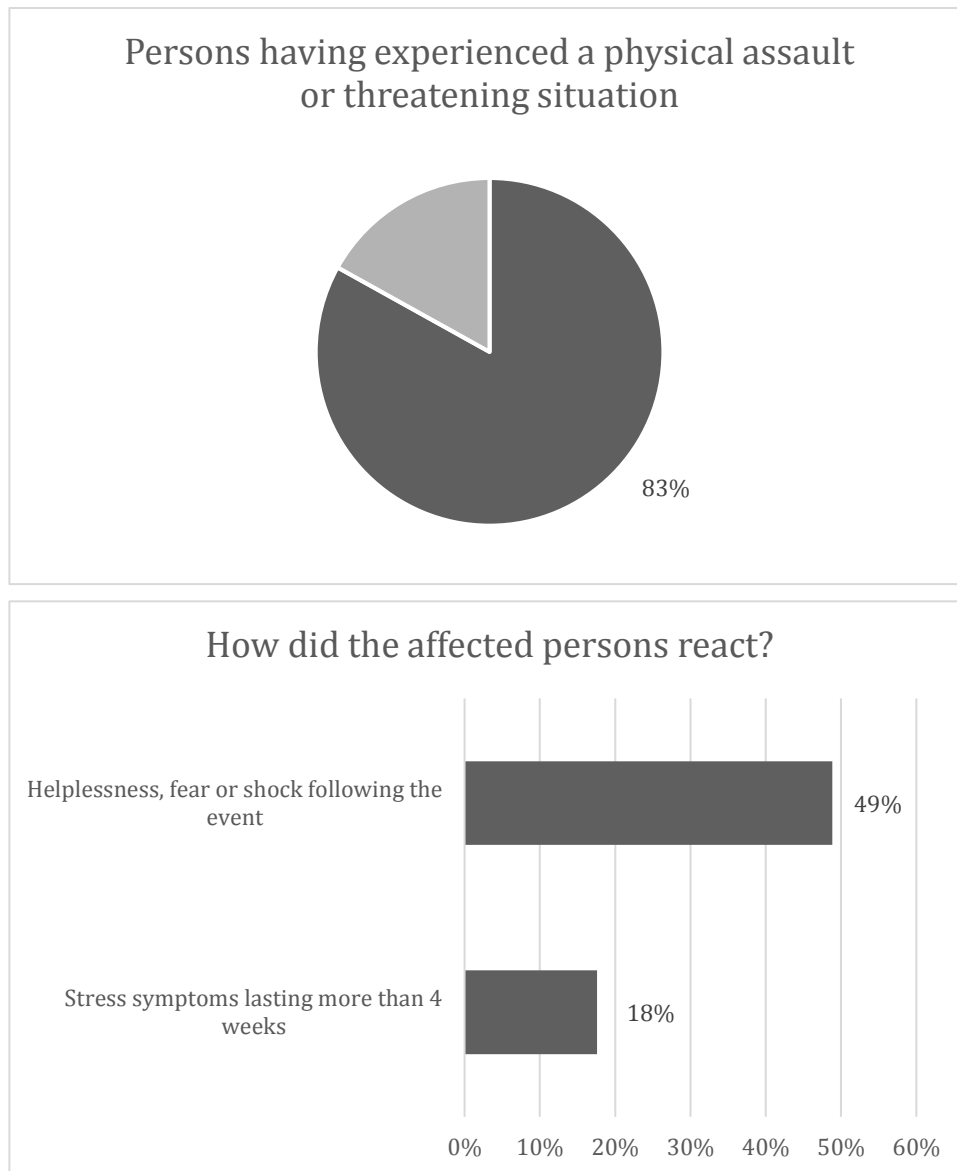
STS and burnout. A Bonferroni alpha-error correction with fourteen tests was conducted within each trauma and burnout scale. Linear regression analyses were conducted to analyze the relationship between predictors and symptoms. First, all predictive variables were taken into account in order to determine the relevant predictors. Second, a reanalysis was conducted considering only the variables with  $p < .10$  to define the regression model (Field, 2013).

The results of the reanalysis are reported. Most assumptions for regression analyses are fulfilled, i.e. residuals are independent and mostly normally distributed, collinearity is minor or moderate, and linearity is fulfilled. The assumption of homoscedasticity is not fulfilled. All calculations were conducted using IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp. Released., 2012).

## **5.4 Results**

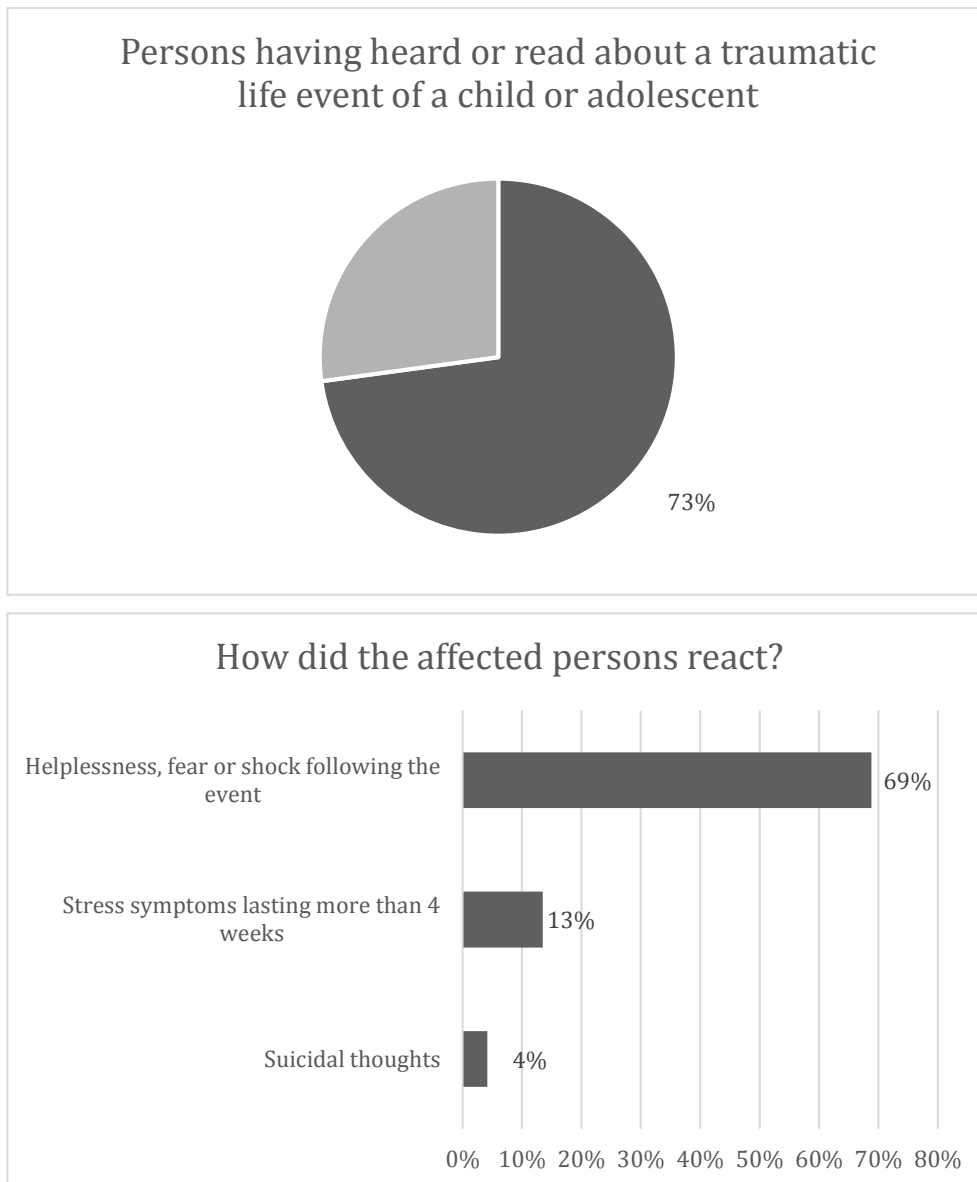
### **5.4.1 Descriptive analyses of symptoms of traumatic stress and burnout**

Of all participants, 83% ( $N=265$ ) reported having experienced a physical assault or threatening situation during work, which could have resulted in death or injury. Participants who did not report such an experience (17%,  $N=54$ ) were not included in further analyses regarding symptoms of PTSD. As can be seen in figure 1, 49% reported having felt helpless, afraid or shocked directly after the event and 18% reported having suffered from one or more symptoms for longer than four weeks.



*Figure 1: Physical assault or threatening situation at work*

Of all participants, 73% ( $N=220$ ) reported having heard or read about at least one traumatic event in the life of a child/adolescent. Participants who did not report such an experience (27%,  $N=81$ ) were not included in further analyses regarding symptoms of STS. As can be seen in figure 2, 69% reported having felt helpless, afraid or shocked directly after the event and 13% reported having suffered from one or more symptoms for longer than four weeks. 4% reported suicidal thoughts following the event.



*Figure 2: Hearing or reading about a traumatic life event of a child or adolescent*

A suspected work-related burnout was found in 18% ( $N=319$ ) of participants. As is shown in figure 3, 18% of participants reported elevated scores in different life domains, led by 33% on the friends-scale. 14% reported clinical symptoms, mostly somatic (24%) and cognitive (16%).

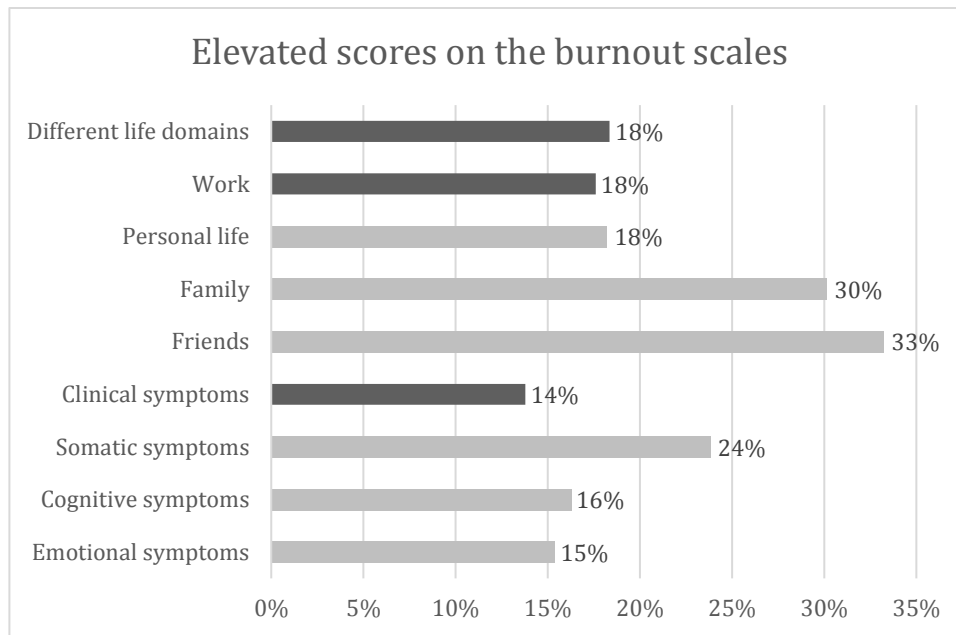


Figure 3: BOSS: Elevated scores per scale

#### 5.4.2 Analyses of bivariate associations between predictors and stress symptoms

Table 1: Bivariate associations between predictors and PTSD, secondary trauma and burnout

	symptoms of PTSD (N=235-258)	symptoms of secondary trauma (N=214-233)	Suspected work- related burnout (N=289-318)	Different life domains affected (N=287-316)	Clinical symptoms (N=290-319)
sex (1=male, 2=female) <sup>b</sup>	.113	-.032	.043	.035	.052
age <sup>a</sup>	.037	.052	-.126	.012	.025
relationship status (1=firm relationship, 2=single) <sup>b</sup>	-.030	.026	-.138	-.150	-.096
own children (0=no, 1=yes) <sup>b</sup>	.098	.057	-.132	-.067	-.118
professional experience <sup>a</sup>	.120	.039	-.021	.036	.072
perceived collective efficacy <sup>a</sup>	-.149	-.285***	-.388***	-.385***	-.316***
sense of coherence <sup>a</sup>	-.366***	-.383***	-.575***	-.613***	-.635***
self-care: physiological factors <sup>a</sup>	-.233**	-.118	-.391***	-.495***	-.422***
self-care: psychological support, self- reflection, ... <sup>a</sup>	-.141	-.179	-.325***	-.424***	-.338***
self-care: work-related factors <sup>a</sup>	-.246***	-.295***	-.542***	-.539***	-.479***
job satisfaction: support from superiors / participation / transparency <sup>a</sup>	-.201*	-.358***	-.484***	-.449***	-.438***
job satisfaction: communication & support within team <sup>a</sup>	-.158	-.352***	-.415***	-.382***	-.349***
job satisfaction: pleasure during work <sup>a</sup>	-.280***	-.237**	-.519***	-.477***	-.440***
job satisfaction: institutional structures & resources	-.208*	-.370***	-.527***	-.520***	-.462***

Notes: <sup>a</sup> Pearson correlations, <sup>b</sup> point-biserial correlations, \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001 according to alpha-error correction by Bonferroni with fourteen tests

Table 1 shows the bivariate associations between predictors and symptoms of burnout, PTSD and STS. Whereas correlations between socio-demographic variables and symptoms of PTSD, STS and burnout were small, correlations with perceived collective efficacy, sense of coherence, self-care and job satisfaction reached small to high effects up to  $r=-.635$  (most of them significant). Based on these results, it seemed worthwhile to conduct regression analyses to calculate the unique relationship of each predictor with symptoms of PTSD, STS and burnout.

### 5.4.3 Linear regression analyses

Linear regression analyses were conducted to predict the severity of PTSD, STS and burnout symptoms by independent variables. Socio-demographic variables were included in all first-step analyses to account for their small associations with the criteria described above. Table 2 shows the results of the second-step linear regression analyses to predict symptoms of PTSD and STS, and table 3 shows the results for burnout. The regression models explained between 20% and 53% of the variance. In all three models, sense of coherence was the most important predictor – a more pronounced sense of coherence was associated with less severe symptoms of PTSD, STS and burnout (PTSD:  $\beta=-.30$ ,  $p<.001$ ; STS:  $\beta=-.27$ ,  $p<.001$ ; burnout:  $\beta=-.32$ ,  $p<.001$ );).

Table 2: Linear regression analyses to predict symptoms of PTSD and secondary trauma by predictors

predictors	symptoms of PTSD (N=250)			symptoms of secondary trauma (N=211)		
	B	95% CI	$\beta$	B	95% CI	$\beta$
constant	0.76	-0.67, 2.18		3.33	2.81, 3.86	
sex (1=male, 2=female)	0.38	0.09, 0.67	.16*	-0.09	-0.20, 0.02	-.10
own children (0=no, 1=yes)	0.51	0.21, 0.80	.20***			
sense of coherence	-0.52	-0.74, -0.30	-.30***	-0.16	-0.25, -0.08	-.27***
self-care: physiological factors				0.11	0.00, 0.23	.14#
self-care: work-related factors	-0.16	-0.31, -0.01	-.15*			
job satisfaction: communication & support within team				-0.13	-0.23, -0.03	-.20*
job satisfaction: enjoyment of work	-0.35	-0.60, -0.10	-.18**			
job satisfaction: institutional structures & resources				-0.12	-0.22, -0.02	-.19*
R <sup>2</sup>		0.20			0.24	
F		15.14***			12.99***	

Notes: #  $p<.10$ , \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$ ; irrelevant predictors not presented in table: age, relationship status, professional experience, perceived collective efficacy, psychological support / self-reflection, psychological factors of self-care, support from superiors / participation / transparency (job satisfaction), institutional structures & resources (job satisfaction)



Less severe PTSD symptoms were related to more work-related self-care ( $\beta=-.15, p<.05$ ), more enjoyment of work ( $\beta=-.18, p<.01$ ), having no children ( $\beta=.20, p<.001$ ), and being male ( $\beta=.16, p<.05$ ). Less severe STS symptoms were related to more communication and support within the team ( $\beta=-.32, p<.05$ ) and institutional structures and resources ( $\beta=-.19, p<.05$ ).

Having less work-related burnout symptoms, fewer life domains affected and less clinical symptoms were all related to more work-related self-care ( $\beta=-.25, p<.001$ ;  $\beta=-.24, p<.001$ ;  $\beta=-.15, p<.01, \text{ resp.}$ ) and to being single ( $\beta=-.12, p<.01$ ;  $\beta=-.16, p<.001$ ;  $\beta=-.12, p<.01, \text{ resp.}$ ). Less work-related burnout symptoms were also related to more support from superiors, participation and transparency ( $\beta=-.14, p<.01$ ) and to more enjoyment of work ( $\beta=-.18, p<.001$ ). Having fewer life domains affected was also related to more physiological self-care ( $\beta=-.23, p<.001$ ), and less clinical symptoms were also related to physiological self-care ( $\beta=-.13, p<.01$ ) and support from superiors, participation and transparency ( $\beta=-.18, p<.001$ ).

*Table 3: Linear regression analyses to predict symptoms of burnout by predictors*

predictors	Suspected work-related burnout (N=283)			Different life domains affected (N=282)			Clinical symptoms (N=284)		
	B	95% CI	$\beta$	B	95% CI	$\beta$	B	95% CI	$\beta$
constant	105.51	98.73, 112.29		95.93	89.98, 101.89		93.23	87.36, 99.11	
relationship status (1=firm relationship, 2=single)	-1.97	-3.39, -0.54	-.12**	-2.66	4.02, 1.30	-.16***	-1.82	-3.11, -0.52	-.12**
own children (0=no, 1=yes)				-0.73	-1.95, 0.48	-.05	-0.78	-1.95, 0.39	-.06
sense of coherence	-3.34	-4.38, -2.29	-.32***	-4.43	-5.35, -3.50	-.44***	-4.31	-5.21, -3.41	-.46***
self-care: physiological factors	-1.26	-2.52, 0.01	-.09#	-2.93	-4.14, -1.72	-.23***	-1.58	-2.73, -0.43	-.13**
self-care: work-related factors	-4.59	-6.34, -2.85	-.25***	-4.10	-5.70, -2.51	-.24***	-2.35	-3.95, -0.76	-.15**
job satisfaction: support from superiors, participation, transparency	-1.49	-2.53, -0.45	-.14**				-1.63	-2.50, -0.76	.18***
job satisfaction: enjoyment of work	-2.15	-3.39, -0.92	.18***						
R <sup>2</sup>	0.52			0.53			0.50		
F	49.84***			61.44***			46.14***		

Notes: #  $p<.10$ , \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$ ; irrelevant predictors not presented in table: sex, age, professional experience, perceived collective efficacy, psychological support / self-reflection, psychological factors of self-care, communication & support within team (job satisfaction), institutional structures & resources (job satisfaction)

## **5.5 Discussion**

### **5.5.1 Incidence of traumatic stress and burnout**

The first aim of this study was to investigate the incidence of traumatic stress and burnout symptoms among staff in child and youth residential care.

The large majority reported having experienced a physical assault or threatening situation at work and half of them reported symptoms of helplessness, fear or shock following this event. Even more striking, almost one fifth reported having suffered from PTSD symptoms longer than four weeks after the incident. The results for STS are comparable, with the main difference being that two thirds reported feeling helpless, afraid or shocked directly after the having heard or read about a traumatizing event in the lives of the children and adolescents in their care. A small number of persons reported suicidal thoughts following the incidents.

Almost one fifth of the participants reported significant signs of burnout in work-related matters as well as in different life domains and nearly one fourth reported somatic symptoms such as headaches, muscular tension, digestive problems or sleeping problems. Considering that symptoms of stress and burnout affect the quality of work and the ability to engage with other people and to maintain a positive attitude (Holmqvist & Jeanneau, 2006; Richter & Berger, 2009), these findings have important implications. Due to their burdened biography and their frequent attachment and emotion regulation problems (Collin-Vézina et al., 2011; Connor et al., 2004; Dölitzsch et al., 2014; Schmid, 2007; Schmid, 2013; van Vugt et al., 2014), the children and adolescents in residential care are especially dependent on continuous, reliable relationships and on warm and appreciative interactions. For staff suffering from symptoms of traumatic stress and burnout, providing such an environment is a challenge.

### **5.5.2 Predictors for less traumatic stress and burnout**

This study also aimed to identify personal and organizational factors associated with fewer symptoms of traumatic stress and burnout and to derive specific recommendations for child and youth residential care institutions.

#### Personal factors

A stronger sense of coherence was associated with fewer symptoms of posttraumatic stress, secondary traumatic stress and burnout. In accordance with the theory of Antonovsky and Franke (1997), sense of coherence appears to be a crucial aspect of salutogenesis and therefore of physical and psychological wellbeing. Whether a stressful or threatening situation seems manageable and comprehensible or not determines to a great extent whether a person will or will not develop

stress symptoms. Perceived collective efficacy showed an important contribution in the bivariate analyses but was no longer significant in the regression models. The concept is closely related to the manageability-aspect of the sense of coherence and it is likely that its effect was covered by sense of coherence.

In terms of self-care, especially the work-related factors such as taking a break, finding time to eat, drink or use the restroom but also being able to delegate responsibility and to say “no” were associated with fewer symptoms of burnout and PTSD. Physical aspects such as regular exercise, a balanced nutrition and spending time in nature were associated with fewer symptoms of STS and burnout.

As to the demographic variables, being female and having own children seems to increase the vulnerability for PTSD symptoms. It might be that having children increases the general stress level and vulnerability and therefore the risk for PTSD symptoms. On the other hand, persons in a firm relationship tend to show more symptoms of burnout. This might be due to increased likelihood of work-family conflicts which was emphasized by Lizano and Mor Barak (2012) as a promoter for burnout.

#### Organizational factors

Although PTSD, STS and burnout share many symptoms, it seems that they are influenced by different aspects of work satisfaction. Support from superiors, participation and transparency were associated with fewer burnout symptoms. Communication and support within the team was associated with fewer symptoms of STS, enjoyment of work was predictive for lower levels of PTSD and burnout and institutional structures and resources were associated with less STS. While the associations with burnout are in line with previous research, i.e. support from superiors, transparent communication and participation (Boyas & Wind, 2010; Lizano & Mor Barak, 2012), until now little was known about the organizational risk factors for STS. It seems that feeling safe and supported within the team and being able to rely on clear structures, procedures and resources on an organizational level increases the resilience towards STS. These associations support the assumption that creating a safe place for the staff is just as important as creating a safe place for the children and adolescents.

## **5.6 Limitations**

The results should be interpreted with some caution considering the limitations of the study, the first of which concerns the representativeness of the sample. It is possible that persons who were familiar with burnout and traumatic stress due to own experiences showed more interest in the study and therefore were more likely to respond. On the other hand, severely affected staff that

was absent from work or had left the institution due to such symptoms could not be included in the study.

The study was based on questionnaires, i.e. there was no personal contact with the participants. The symptoms could therefore not be clinically evaluated or objectified, nor can any statements be made about other aspects of mental and physical health of the participants.

The questionnaire on self-care used in this study was self-developed and has not yet been systematically validated. The measures referred to different time frames, ranging from seven days (BOSS II), three weeks (BOSS I), three months (self-care, perceived collective efficacy), to “in general” (sense of coherence, perceived collective efficacy).

This study is based on a cross sectional design, statements about the direction of effect are subject to uncertainty and require further investigation.

## **5.7 Conclusions**

Despite these shortcomings, the study has potentially useful implications. It outlined a few factors that can be addressed by the management of child welfare institutions to reduce stress symptoms among their staff. Firstly, the management should increase the perceived manageability of stressful incidents by training the staff and providing clear regulations for critical incidents. By providing knowledge about psychopathology and the influence of traumatic life events on behavior, the comprehensibility of difficult situations and aggressive incidents could be improved. Despite limited resources, the management should also invest into teambuilding and provide supervision in order to prevent and manage conflicts within a team. A supportive and transparent communication as well as providing opportunities for participation increases the work satisfaction among the staff and reduces stress symptoms. The staff should be given the opportunity to take breaks at work and to meet their physical needs. Also, the staff should be made aware of their own influence on their health and be encouraged to engage in regular physical exercise as well as maintain a balanced nutrition. Further research is needed for a more detailed understanding of the effects of sense of coherence on stress symptoms and to determine what exactly improves sense of coherence and work satisfaction among the staff.

## References

- Abu-Bader, S. (2000). Work satisfaction, burnout, and turnover among social workers in Israel: a causal diagram. *International Journal of Social Welfare*, 9(3), 191-200.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 55-62.
- Antonovsky, A., & Franke, A. (Eds.). (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth Publishers.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., & Maier, W. (2012). *Positionspapier der DGPPN zum Thema Burnout*.
- Boldor, N., Bar-Dayan, Y., Rosenbloom, T., Shemer, J., & Bar-Dayan, Y. (2012). 3267412. *Emerg Health Threats J*, 5
- Boudoukha, A. H., Altintas, E., Rusinek, S., Fantini-Hauwel, C., & Hautekeete, M. (2013). Inmates-to-staff assaults, PTSD and burnout: profiles of risk and vulnerability. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(11)
- Boyas, J., & Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review*, 32, 380-388.
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma Experiences, Maltreatment-Related Impairments, and Resilience Among Child Welfare Youth in Residential Care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. J. (2004). Characteristics of Children and Adolescents Admitted to a Residential Treatment Center. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 497-510.
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: Kritische Prüfung eines Konstruktes*
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift Für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5(3), 49-61.
- DePanfilis, D., & Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30, 995-1008.
- Dölitzsch, C., Fischer, S., Steinlin, C., Breymaier, B., & Schmid, M. (2012). *Fragebogen zur Selbstfürsorge (self-care questionnaire)* unpublished.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit Und Entwicklung*, 23(3), 140-150.
- Ellett, A. J. (2009). Intentions to remain employed in child welfare: The role of human caring, self-efficacy beliefs, and professional organizational culture. *Children and Youth Services Review*, 31, 78-88.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clin Psychol Rev*, 31, 25-36.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* SAGE Publications.

- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). 2837654; Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*, 10, 51.
- Gahleitner, S. (2013). Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? - Wie? - Wozu? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum & W. S. Weiss M. (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 45-55). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hagemann, W., & Geuenich, K. (2009). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res*, 145, 207-213.
- IBM Corp. Released. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.,
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 29-36.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. () Taylor and Francis.
- Karstoft, K. I., Armour, C., Elklit, A., & Solomon, Z. (2015). The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 89-94.
- Kim, H., & Stoner, M. (2008). Burnout and Turnover Intention Among Social Workers: Effects of Role Stress, Job Autonomy and Social Support. *Administration in Social Work*, 32, 5-25.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2014). Nurses' Practice Environment and Work-Family Conflict in Relation to Burn Out: A Multilevel Modelling Approach. *PLoS ONE*, 9(5), e96991.
- Lemke, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung: Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung*. (1.th ed.) Asanger.
- Lizano, E. L., & Mor Barak, M. E. (2012). Workplace demands and resources as antecedents of job burnout among public child welfare workers: A longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 34, 1769-1776.
- Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Vachon, D. O., & Heitzmann, C. A. (2011). Assessment of self-efficacy for caregiving: the critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliat Support Care*, 9, 15-24.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health JID - 7806136*, 33(4)
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychological consequences of patient assaults on mental health staff. Prospective and retrospective data. *Nervenarzt*, 80, 68-73.
- Schmid, M., Lang, B., Weber, J., Künster, A. K., & Dölitzsch, C. (2012). *Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit (questionnaire on work satisfaction in trauma-sensitive care)* unpublished.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Juventa: Weinheim.
- Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, . . . M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 56-82). Weinheim: Beltz Juventa.

- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Psychother Psych Med*, 50(12), 472-482.
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. S. (1999). Kollektive Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern: Eine Längsschnittstudie in zehn Bundesländern. *Zeitschrift Für Sozialpsychologie*, 30(4), 262-274.
- Smith, B. D. (2005). Job retention in child welfare: Effects of perceived organizational support, supervisor support, and intrinsic job value. *Children and Youth Services Review*, 27(2), 153-169.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Fischer, S., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Der Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 65(3), 162-180.
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Fischer, S., Lüdtko, J., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2015). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung. Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 6-21.
- The Annie E. Casey Foundation. (2003). *The unsolved challenge of system reform. The condition of the frontline human services workforce*. Baltimore, MD: www.aecf.org.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1515-1524.
- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D., & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 114-122.
- Walsht, B. R., & Clarke, E. (2003). Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression. *Work & Stress*, 17, 170-181.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5
- Zeh, A., Schablon, A., Wohler, C., Richter, D., & Nienhaus, A. (2009). [Violence and aggression in care-related jobs--a literature overview]. *Gesundheitswesen*, 71, 449-459.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

## **6 Zusammenfassung und Ausblick**

### **6.1 Bedeutung der vorliegenden Arbeit für Forschung und Praxis**

Die vorliegende Dissertation hatte zum Ziel zu erfassen, welche Belastungen pädagogische Mitarbeitende in der stationären Kinder- und Jugendhilfe in ihrem Arbeitsalltag erleben und inwiefern sie durch Burnout-Symptomatik und Traumafolgesymptomatik sowie Sekundärtraumatisierung belastet sind. Ausserdem sollte sie einige aus traumapädagogischer Sicht relevante Aspekte von Arbeitszufriedenheit sowie den Einfluss von Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstfürsorge auf die Belastungssymptomatik untersuchen.

In Kapitel 2 konnte nachgewiesen werden, dass ein Grossteil der pädagogischen Mitarbeitenden in ihrem Berufsalltag mit Grenzverletzungen durch die Kinder und Jugendlichen konfrontiert sind. In Kapitel 3 wurde aufgezeigt, wie häufig Belastungssymptome in Form von Burnout-Symptomatik und Traumafolgestörungen bei pädagogischen Mitarbeitenden vorkommen. Das vierte Kapitel beschrieb den Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf Burnout-Symptomatik und zeigte auf, dass eine transparente und wertschätzende Kommunikation durch Vorgesetzte, Unterstützung im Team, Freude an der Arbeit sowie ausreichende institutionelle Strukturen und Ressourcen, beispielsweise ein geregelter Umgang mit Krisen, mit weniger Burnout-Symptomatik einhergehen. Im fünften Kapitel konnte belegt werden, dass Mitarbeitende mit einem stärkeren Kohärenzgefühl und mehr Selbstfürsorge bei der Arbeit weniger Belastungen sowohl im Bereich von Burnout-Symptomatik als auch bezüglich Traumafolgesymptomatik aufwiesen. Die Zusammenhänge mit den bereits erwähnten Aspekten von Arbeitszufriedenheit konnten für Traumafolgesymptomatik ebenfalls nachgewiesen werden.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde ein Teil der traumapädagogischen Konzepte, die sich in der Praxis seit vielen Jahren bewähren, auf ein besseres wissenschaftliches Fundament gestellt. So konnte die Hypothese, dass pädagogische Mitarbeitende von den Traumatisierungen der Kinder und Jugendlichen erheblich betroffen sind, belegt werden. Ein Teil der oft bemängelten Arbeitsausfälle, Krankschreibungen und der Fluktuation bei pädagogischen Mitarbeitenden dürfte damit zusammenhängen, dass diese Belastungen nicht ausreichend erkannt und aufgefangen werden können. Zudem stellte sich heraus, dass die Sicherstellung von klaren Strukturen und Regeln im Umgang mit Krisen und grenzverletzendem Verhalten sowie eine wertschätzende, transparente und partizipative Haltung der Institutsleitung gegenüber den Mitarbeitenden sich positiv auf das Wohlbefinden der Mitarbeitenden auswirken. Es wurde ausserdem nachgewiesen, dass die Förderung von gewissen persönlichen Kompetenzen wie Kohärenzgefühl, kollektive Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstfürsorge die Belastung durch



Traumafolge- und Burnout-Symptomatik reduzieren kann. Verschiedene Implikationen für die Praxis und Empfehlungen für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wurden diskutiert, Die wichtigsten sind hier noch einmal aufgeführt:

1. Einrichtungen sollten ihren Mitarbeitenden Wissen über Traumatisierungen und deren Folgen bei den Kindern und Jugendlichen vermitteln und sie für die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen sensibilisieren.
2. Mitarbeitende sollten über eigene Belastungsreaktionen und den möglichen Umgang damit aufgeklärt und dafür sensibilisiert werden solche Reaktionen bei sich zu erkennen. Sie sollten angehalten werden, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und bei der Arbeit selbstfürsorglich zu handeln, z.B., regelmässig Pausen zu machen und Aufgaben zurückzuweisen, die ihre Ressourcen oder Kompetenzen überfordern.
3. Einrichtungen sollten eine Kommunikationskultur schaffen, die von Offenheit und Transparenz gekennzeichnet ist und in der Fehler, Ängste, Zweifel und Belastungen ausgesprochen werden dürfen. Dafür braucht es Fallbesprechungen und Supervisionen, in denen Interaktionen mit den Kindern und Jugendlichen und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken beleuchtet werden. Vorgesetzte sollten mit gutem Vorbild vorangehen und eigene Belastungen und Unsicherheiten ansprechen.
4. Mitarbeitende sollten genügend zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben, um ihre Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen so gestalten zu können, dass beide Seiten dabei Freude, Spass und Entspannung erfahren dürfen. Dafür sollten sie wenn nötig von anderen Aufgaben entlastet werden. Für Teamtage sowie Teamsitzungen sollte ausreichend Zeit eingeräumt werden.
5. Einrichtungen sollten ein möglichst klares und detailliertes Konzept für Krisensituationen ausarbeiten, insbesondere auch für den Umgang mit Grenzverletzungen gegenüber Mitarbeitenden, und dieses Konzept konsequent anwenden, auch wenn Mitarbeitende keine sichtbaren Belastungssymptome aufweisen.

Diese Empfehlungen bedingen einerseits eine Auseinandersetzung der Einrichtungen mit den Belastungen und möglichen Massnahmen. Diese kann zumindest vorübergehend die Belastung erhöhen und die Arbeitszufriedenheit senken. Andererseits bedingen sie, dass die Einrichtungen über ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen verfügen. Diese Problematik wird im nächsten Abschnitt aufgegriffen.

Die Ergebnisse sind innovativ und könnten wegweisend sein für zukünftige Entwicklungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe und vielleicht auch in anderen Betreuungs- und Behandlungssettings. Gleichzeitig weist die vorliegende Arbeit viele Einschränkungen auf, die im Rahmen der einzelnen Kapitel bereits behandelt worden sind. Die grösste davon ist diejenige, dass

es sich um eine reine Fragebogenstudie im Selbsturteil ohne Einbezug von klinischen Interviews oder objektiven Daten zu tatsächlich vorhandenen Strukturen und Ressourcen in den Institutionen handelt.

## **6.2 Ausblick**

Viele Fragen bleiben offen und bedürfen weiterer Forschung. So ist zum Beispiel nicht ausreichend geklärt, ob die Belastungsreaktionen tatsächlich direkt von der Arbeitszufriedenheit, dem Kohärenzgefühl und der Selbstfürsorge beeinflusst werden und welche anderen Aspekte der psychischen Gesundheit und der Persönlichkeit eine Rolle spielen. Aus der Forschung an Lehrkräften ist beispielsweise bekannt, dass Persönlichkeitsprofile und bestimmte Vorstellungen des Berufs das Burnout Risiko beeinflussen können (Schaarschmidt, 2005).

Damit Einrichtungen das Bewusstsein für Belastungen und den Umgang damit bei ihren Mitarbeitenden fördern und Strukturen anpassen können, muss das Bewusstsein dafür erst einmal den Weg in die Einrichtungen finden. Dafür braucht es eine Integration des Wissens in die Ausbildungsgänge der pädagogischen Mitarbeitenden und eine Sensibilisierung der Führungspersonen durch die Fachverbände oder die Kantone. Der Modellversuch Traumapädagogik hat zur Sensibilisierung auf politischer Ebene bereits viel beigetragen. Wichtig ist nun, dass dieser Prozess weitergeht.

Es bedarf auch eines detaillierteren Verständnisses derjenigen Umstände, die tatsächlich Arbeitszufriedenheit, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge fördern und die im institutionellen Rahmen umsetzbar sind. Auf die eingeschränkten finanziellen und personellen Ressourcen der Einrichtungen wurde bereits hingewiesen. Um daran auf politischer Ebene etwas ändern zu können, müsste die Forschung die finanziellen Vorteile eines bewussteren Umgangs mit Belastungen aufzeigen können, einerseits bezüglich der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden, und andererseits mit Bezug auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Die bereits beschriebenen negativen Auswirkungen der Belastungen von Betreuungspersonen auf die Behandlungsqualität und auf den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen dürften dazu führen, dass die Kinder und Jugendlichen sich weniger schnell positiv entwickeln können und länger auf intensive und teure Betreuung angewiesen sind. Um diese Zusammenhänge besser nachweisen und daraus konkrete Massnahmen ableiten zu können, bedarf es weiterer Forschung.

## **6.3 Weiterführende Projekte**

Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Modellversuch Traumapädagogik und insbesondere aus der Auseinandersetzung mit der Mitarbeiterenebene waren Anlass für weitere Projekte und

Unterstützungsangebote. So entstand zum einen ein Nachdiplomkurs zu Traumapädagogik an der Höheren Fachschule Zizers. Ausserdem stiess das Thema Traumapädagogik bei vielen Institutionen, die nicht am Modellversuch beteiligt waren, auf grosses Interesse. Daraus folgten Aufträge für Fortbildungen und Supervisionen. Es entstand auch bald die Idee, dass andere Berufsgruppen, die mit ähnlichen Anforderungen und Belastungen wie die untersuchten pädagogischen Mitarbeitenden konfrontiert sind, ebenfalls von Unterstützung profitieren könnten. Zeitgleich mit der Fertigstellung dieser Dissertation befand ich mich im Rahmen meiner neuen Anstellung am Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW im Aufbau von Angeboten (psychologische Beratungen, Fortbildungen, Supervisionen) für Betreuungspersonen im Asyl- und Migrationsbereich.

## Literaturverzeichnis

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit Und Entwicklung*, 23(3), 140-150.
- Gähleitner, S. (2013). Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? - Wie? - Wozu? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum & W. S. Weiss M. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 45-55). Weinheim: Beltz Juventa.
- Landolt, M., & Hensel, T. (Hrsg.). (2012). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schaarschmidt, U. (2005). *Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf - Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes* (2. Auflage) Beltz.
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., & Schmeck, K. (2012). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ)*. [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch).
- Schmid, M., & Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, . . . M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (pp. 56-82). Weinheim: Beltz Juventa.

# Anhang

## Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe, dass nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt wurden und dass alle Zitate gekennzeichnet sind. Ich bestätige auch, dass ich die Dissertation keiner anderen Hochschule zur Begutachtung vorgelegt habe.

Zürich, 09. Mai 2016



Célia Steinlin

## Lebenslauf

Célia Steinlin-Danielsson

Geboren am 20.10.1980 in Zürich

### Ausbildung

- 2011 - 2016 Universität Basel, Doktorat
- 2015 Ausbildung zur Supervisorin bei Prof. K. Schürmann und Prof. W. Felder, Zürich
- 2008 - 2013 Akademie für Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter, Postgraduale Weiterbildung in Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche
- 2010 - 2011 Institut für Pferdegestützte Therapie, Konstanz, Weiterbildung zur Reittherapeutin
- 2002 - 2008 Universitäten Zürich und Murcia (Spanien), Psychologiestudium

### Berufserfahrung

- 2015 - Institut für Angewandte Psychologie (IAP) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Psychotherapeutin und Dozentin
- 2012 - 2015 Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der UPK Basel, Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin
- 2012 - 2015 Dozentin am Institut für Opferschutz und Täterbehandlung, Zürich und am Institut für Pferdegestützte Therapie, Konstanz
- 2009 - 2012 Kinder- und Jugendforensische Abteilung der Forensisch-Psychiatrischen Klinik der UPK Basel, Psychotherapeutin und Gutachterin
- 2008 - 2011 Bewährungs- und Vollzugsdienste des Justizvollzugs Kanton Zürich, Erstellung von Gefährlichkeitsprognosen
- 2008 - 2009 Modellstation SOMOSA, Winterthur, Postgraduierte Psychologin
- 2006 - 2008 Psychiatrisch-Psychologischer Dienst des Justizvollzugs Kanton Zürich, wissenschaftliche Mitarbeiterin

### Publikationen (zusätzlich zu den in dieser Dissertation enthaltenen)

- Schmid, Marc; Steinlin, Célia; Fegert, Jörg M. (2015). *Die Rekonstruktion des „sicheren Ortes“-Überlegungen zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten gegenüber pädagogischen Mitarbeitenden*. Trauma und Gewalt, 9(1): 34-47.
- Steinlin-Danielsson, Célia; Schmid, Marc (2014). *Traumatasensibilität und traumapädagogische Haltung in der forensischen Psychiatrie*. In Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Gahleitner, Silke Birgitta; Hensel, Thomas; Baierl, Martin; Kühn, Martin; Schmid, Marc (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht GmbH, Göttingen.
- Stadler, Christina; Danielsson, Célia (2013). *Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation bei Störungen des Sozialverhaltens*. In Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In-Albon T (Hrsg.). Kohlhammer.
- Danielsson, Célia; Hamel, Nina; Schmeck, Klaus (2012). *Straffällige junge Menschen mit psychischen Störungen*. In Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Schmid M, Tetzner M, Rensch K, Schlüter-Müller S (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht GmbH, Göttingen.

Schmeck, Klaus; Danielsson, Célia; Schmid, Marc (Hrsg) (2010). *2nd International Congress of the European Association for Forensic Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and other involved Professions (EFCAP), Book of Abstracts*. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Volume 17-2010, Supplement 2.

Rossegger, Astrid; Urbaniok, Frank; Danielsson, Célia; Endrass, Jérôme (2009). *Der Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) - ein Instrument zur Kriminalprognose bei Gewaltstraftätern*. Übersichtsarbeit und autorisierte deutsche Übersetzung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 77(10): 577-584.