

Marianne Kreuder

**„Erkrankte Profis“: Wie krank dürfen
Fachkräfte im Gesundheits- und
Sozialwesen (gewesen) sein?
Eine Exploration zur Akzeptanz von
psychisch erkrankten Fachkräften**

Marianne Kreuder

Wie krank dürfen Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen (gewesen) sein?

Eine Exploration zur Akzeptanz von
psychisch erkrankten Fachkräften



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Marianne Kreuder

**Wie krank dürfen Fachkräfte im Gesundheits-
und Sozialwesen (gewesen) sein?**

**Eine Exploration zur Akzeptanz von psychisch erkrankten
Fachkräften**

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Marianne Kreuder

ISBN 978-3-947502-45-5

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis.....	I
Tabellen - und Abbildungsverzeichnis.....	II
1. Einführung und thematische Herleitung	1
2. Theoretische Einführung.....	7
2.1 Aktueller Forschungsstand	7
2.1.1 Literaturrecherche.....	7
2.2 Angrenzende Forschungsgebiete.....	7
2.2.1 Stigmaforschung und psychische Erkrankungen: Grundlagen	7
2.2.2 Folgen der Stigmatisierung	11
2.2.3 Auswirkung von Stigmatisierung auf Behandlungsinstitutionen und Hilfsangebote.....	14
3. Empirischer Teil	16
3.1. Methodik und Überblick	16
3.1.1 Erstellung und Durchführung des Forschungsdesigns	16
3.1.2 Beschreibung der Stichprobe.....	17
3.2 Deskriptive Auswertung.....	18
3.2.1 Allgemeine Darstellung der Umfrageergebnisse	18
3.2.2 Dezidierte Darstellung der Umfrageergebnisse.....	23
3.3 Induktive Auswertung der Ergebnisse	27
3.3.1 Aufbereitung der Ergebnisse.....	28
3.3.2 Auswertung der Ergebnisse	29
3.3.3 Schlussbemerkung zur Induktiven Auswertung.....	35
3.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	36

4. Reflexion und Diskussion der Ergebnisse.....	39
4.1 Reflexion des Umfragedesigns.....	39
4.2 Inhaltliches Resümee: Psychische Erkrankungen – Chance oder Risiko?.....	41
 5. Zusammenfassung und Ausblick	45
 Literaturverzeichnis.....	50
 Anhang	52

Abkürzungsverzeichnis

μ	Arithmetisches Mittel (math.)
Δ	Differenz (math.)
α	Signifikanzniveau (math.)
n	Stichprobengröße (math.)
df	Freiheitsgrade (math.)
x	Unabhängige Variabel (math.)
y	Abhängige Variabel (math.)
\hat{y}	Vorauszusagender y-Wert
δ	Cohen's d (Effektstärkengröße)
r	Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient
p	Überschreitungswahrscheinlichkeit (math.)
t	Testprüfgröße des t-Test (math.)
H_0	Nullhypothese (math.)
H_1	Alternativhypothese (math.)
LJ	Lebensjahr
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fünfte Ausgabe
IFD	Integrationsfachdienst
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst

Tabellen - und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umfrageteilnehmer nach Betätigungsfeld.....	18
Abbildung 2: Bei Fachkräften tolerierte Erkrankungen – behandelt	19
Abbildung 3: Tätigkeitsfelder der Umfrageteilnehmer	22
Abbildung 4: Bedenken hinsichtlich der Professionalität.....	24
Abbildung 5: Meinungen zur professionalisierten Nutzung der Erfahrung einer psychischer Erkrankungen.....	25
Abbildung 6: Antwortmöglichkeit "Nein" nach Bildungsniveau.....	26
Abbildung 7: Unterscheidung nach Art der psychischen Erkrankung?	26
Abbildung 8: Dürfen behandelte Fachkräfte weiter in ihrer Branche arbeiten?	27
Abbildung 9: Regressionsgraph für Hypothese 3.....	34
Abbildung 10: Regressionsgraph für Hypothese 4.....	35
Tabelle 1: Aufteilung der Stichprobe.	17
Tabelle 2: Umformulierte Single-Choice Items.	28
Tabelle 3: Codierungsschema der Antwortmöglichkeiten.	29
Tabelle 4: Stichprobengrößen.....	30
Tabelle 5: Ausprägungen Akademiker und Nicht Akademiker (arithmetisches Mittel).	30
Tabelle 6: Stichprobengrößen.....	31
Tabelle 7: Ausprägungen nach dem Merkmal "Alter" (arithmetisches Mittel).	31

1. Einführung und thematische Herleitung

„Ich weiß ja nicht wie andere das sehen, aber grundsätzlich würde ich als Patient nicht unbedingt zu einem Therapeuten wollen, der sein Leben lang schon selbst psychisch behandelt werden muss. Ich würde ja auch nicht zu einer adipösen Ernährungsberaterin gehen wollen. Warum wollen solche Leute eigentlich immer Psychologie studieren? Zur Selbstheilung?“ (Vgl. studis-online.de)

Obenstehendes Zitat entstammt einer Diskussion um psychische Vorerkrankungen und die Frage danach, ob dennoch die Erteilung einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut¹ möglich sei.

Durchaus könnte man argumentieren, dass die Frage nach der Absicht des Studiums eine wichtige Frage ist. Marston (1984) nennt sieben Motive, die einen Menschen dazu bringen, den Beruf des Psychotherapeuten zu ergreifen. Eines davon ist „Selbstheilung“, inhaltlos ist die obige Theorie zu den Motiven der Studienwahl demnach nicht.

Dennoch verbleiben noch sechs weitere Motive; es gibt keine Studien, die belegen, welche Motive bei psychisch vorerkrankten Menschen überwiegen (i.e. ob das Motiv der Selbstheilung bei psychisch vorerkrankten Menschen signifikant häufiger vertreten ist als bei psychisch gesunden Menschen).

Alternativ könnte man psychisch vorerkrankten Menschen auch unterstellen, nach dem Motiv des Helfens zu handeln, da sie bereits erfolgreich therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben und diese positive Selbsterfahrung weitergeben möchten.

Um auf obiges Zitat und das Beispiel der Ernährungsberaterin zurückzukommen und die Argumentation weiterzudenken: Was ist besser daran zu einer schlanken

¹ Um den Lesefluss nicht zu stören, wird darauf verzichtet, sowohl die männliche, als auch weibliche Form der Worte zu benutzen. Trotz allem sind im Verlauf dieser Arbeit immer Personen beiderlei Geschlechtes angesprochen, wenn nicht anderweitig expliziert.

Ernährungsberaterin zu gehen? Man assoziiert aufgrund des äußerlichen Erscheinungsbildes – der Figur, dass sie vermutlich eine gute Ernährungsberaterin sei, da sie ja selbst schlank ist. Also dürften ihre Konzepte wirksam sein.

Nicht berücksichtigt wird in dieser Ansichtswiese jedoch folgende Version:

Die schlanke Ernährungsberaterin hat eine Schilddrüsenüberfunktion und kann dadurch ohne Sorgen in Massen essen, ohne signifikant zuzunehmen. Sagt ihre Figur (das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von bestimmten Merkmalen) weiterhin etwas über ihre Fachlichkeit aus?

Möglicherweise ist sie keine gute Ernährungsberaterin, dies wird aber aufgrund der Stigmatisierung ihrer Figur assoziiert.

Einen weiteren Denkanstoß bietet folgendes Szenario:

Die adipöse Ernährungsberaterin ist fachlich sehr fit und versteht die Menschen, die zu ihr kommen, weil sie selbst schon eigene Erfahrungen damit gemacht hat, wie schwierig es ist, adipös zu sein.

Sie selbst ist nicht in der Lage, abzunehmen, kann die Konzepte aber gut vermitteln, weil sie pädagogisch und didaktisch sehr kompetent ist.

Was soll dieses kleine Gedankenspiel nun zeigen? Der thematisierte Vergleich lässt sich auch auf das Gesundheits- und Sozialwesen übertragen:

Ist der psychisch gesunde (nie erkrankt gewesene) Arzt, Therapeut oder Sozialpädagoge/Sozialarbeiter die bessere Fachkraft? Oder hatten sie einfach nur Glück, nicht zu erkranken?

Kann der Fakt, dass jemand noch nie oder bereits psychisch krank war, etwas über die Fachkompetenz aussagen?

„[...] Nicht behindert [psychisch erkrankt] zu sein ist kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.“

Richard von Weizsäcker

Richard von Weizsäcker hat eine wichtige Erkenntnis verbalisiert. Psychisch gesund [ohne Behinderung] zu sein, ist keine eigene Errungenschaft. Es ist vielmehr eine Tatsache, die davon zeugt, dass man das Glück hat, gesund zu sein. Die Gründe dafür können vielfältig sein.

Gerade psychische Erkrankungen können – speziell im Gesundheits- und Sozialwesen – jeden treffen. Man kann im Verlauf seines Lebens jederzeit erkranken.

Bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die Erstmanifestation der Symptomatik in der Regel nicht vor dem 25. Lebensjahr zu beobachten (Frauen: 27. Lebensjahr, Männer: 24. LJ, Gesamt: 25. LJ). In diesem Alter sind die meisten Menschen schon fest im Berufsleben integriert, haben ein Studium abgeschlossen und arbeiten bereits.

Insgesamt sind in Deutschland jedes Jahr rund 27.8% der erwachsenen Gesamtbevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen, in Zahlen: 17.8 Millionen Menschen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018).

Somit befinden sich psychische Erkrankungen im Ranking um die wichtigsten Ursachen für Verlust gesunder Lebensjahre auf Platz vier – direkt hinter organischen Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Umfangsvermehrungen und muskuloskelettalen Erkrankungen (Knieps & Pfaff, 2017).

Die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung ist mit 15.4% wohl das Spektrum der Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen (9.8%; ausschließlich unipolare Depression mit 8.2%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch (5.7%).

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen rund 20.2% der 3 bis 17-jährigen der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden (Robert-Koch-Institut (Hrsg), 2014).

Dabei zeigen sich bei Jungen mit 23.4% deutlich häufiger Auffälligkeiten als bei Mädchen (16.9%); es sollte jedoch beachtet werden, dass die Auffälligkeiten deutlich häufiger bei Jungen im Alter von 7 bis 13 Jahren vorkommen (im Vergleich zu 3 bis 6 bzw. 14 bis 17-jährigen). Bei Mädchen konnten ebenfalls Unterschiede in den Altersgruppen festgestellt werden, hier war die Differenz jedoch deutlich geringer. Im Vergleich dazu zeigt eine Studie des Robert-Koch-Institutes von 2008 nur bei rund 15% der Kinder und Jugendlichen Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten (Robert-Koch-Institut (Hrsg), 2008).

Die angeführten Zahlen machen deutlich, wie brisant hoch die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen ist. Betrachtet man zusätzlich, dass nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2015 rund 5.3 Millionen Menschen in Deutschland im Gesundheits- und Sozialwesen tätig waren (Statistisches Bundesamt, 2017) und geht davon aus, dass Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zum Teil auch noch im Erwachsenenalter mit diesen Einschränkungen zu kämpfen haben, ist zwingend davon auszugehen, dass durchaus auch Beschäftigte aus den oben angeführten Branchen von psychischen Erkrankungen betroffen sein müssen.

In Zeiten, in denen die Anforderungen der Arbeitswelt stetig wachsen, steigt auch die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen an – das Image von psychischen Erkrankungen ist jedoch gleichbleibend schlecht, nicht zuletzt durch Stigmatisierung, wie im Verlauf der Arbeit noch genauer ausgeführt wird. Jeder redet – scheinbar - darüber, hat eine Meinung zu dem Thema, häufig aber keinerlei Erfahrung.

Viele Meinungen sind durchaus schnell als unreflektiert und eindimensional zu erkennen, dennoch halten sie sich persistierend, wie im Verlauf der Arbeit noch ergründet werden wird.

Eine klein angelegte Studie unter weiblichen Psychotherapeutinnen (Gilroy, et al., 2008) zeigte, dass von den befragten 220 Psychotherapeutinnen 85% selbst in psychotherapeutischer Behandlung waren, während bei 76% sogar klar von dem Vorliegen einer depressiven Störung gesprochen werden konnte.

Auch eine Umfrage unter Kongressteilnehmern auf dem jährlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin (Braun, et al., 2010) zeigte, dass von den 1.089 Kongressteilnehmern (Altersspanne von 26 – 69 Jahren) gut 42% bereits selbst schon mindestens eine depressive Phase durchlaufen hatten; 32% sogar mit offizieller Diagnose.

Zusätzlich gaben 13% der Studienteilnehmer an, medikamentös mit Schlaf-/Beruhigungsmitteln und/oder Antidepressiva behandelt zu werden.

Beide Explorationen zeigen, dass das Thema der psychisch kranken Fachkraft weiterhin aktuell ist, trotzdem aber häufig nicht weiter verfolgt wird. Es gibt kaum groß angelegte Studien zu diesem Thema, Gegenbewegungen zur seelischen Gesundheit im Gesundheits- und Sozialwesen tauchen vereinzelt auf, sind aber weder großflächig vernetzt, noch erfreuen sie sich einem größeren Bekanntheitsgrad.

Daher ist zentrale Aufgabe dieser Arbeit, die Diskrepanz zwischen der anzunehmenden hohen Rate an psychisch kranken Fachkräften und der hochgradigen Stigmatisierung zu behandeln und eine Übersicht über dieses wichtige Thema zu geben.

Zuerst soll auf die Thematik selbst eingegangen werden und der Prozess der Literaturrecherche dargelegt werden. Dann wird ein Überblick über angrenzende Forschungsgebiete, speziell die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen gegeben, um dies dann mit den Ergebnissen der Onlineumfrage zusammenzuführen.

Die Auswertung dieser Umfrage soll die Meinungsbilder zum genannten Thema widerspiegeln.

Außerdem sollen die Vor- und Nachteile einer psychischen Erkrankung im Rahmen des professionellen Handelns beleuchtet und reflektiert und auf Risiken und Chancen von psychisch erkrankten Fachkräften eingegangen werden.

Idealerweise kann zum Abschluss der Arbeit außerdem ein Ausblick auf die weitere Entwicklung in diesem Bereich und etwaige Denkanstöße für weitere Forschung gegeben werden.

2. Theoretische Einführung

2.1 Aktueller Forschungsstand

2.1.1 Literaturrecherche

Den aktuellen Ist-Zustand zum vorliegenden Thema in der Wissenschaft herauszuarbeiten, stellt sich als sehr herausfordernd dar. Eingehende Recherche in diversen Onlineverzeichnissen (vgl. Springerlink: <https://link.springer.com/>, ThiemeConnect: <https://www.thieme-connect.com/products/all/home.html>, Onlinebibliothek der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit über bibliotheca-open und Quersuche in Google) haben keine passenden Studien- oder Forschungsergebnisse zum Thema dieser Arbeit gefunden.

Aus diesem Grund hat sich die Verfasserin entschieden, eine eigene Umfrage aufzulegen, um das Themengebiet grundlegend zu erschließen. Um fachliche Grundlagen zur Erarbeitung des empirischen Teils zu schaffen, wurde auf angrenzende Forschungsgebiete, wie zum Beispiel die Stigma Forschung ausgewichen, um hieraus zusammen mit den eigenen Forschungsergebnissen eine Brücke zum Themenfeld der psychisch erkrankten Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen zu schlagen.

2.2 Angrenzende Forschungsgebiete

2.2.1 Stigma Forschung und psychische Erkrankungen: Grundlagen

Psychisch Erkrankte selbst unterliegen alleine schon diversen Stigmata. So unterscheiden Rüsch, et al., 2004 zwischen drei verschiedenen Formen der Stigmatisierung: Öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und strukturelle Diskriminierung.

Unter Öffentlicher Stigmatisierung wird verstanden, dass diverse Stigmata von öffentlichen Stellen (z.B. Medien) übernommen und selektiv verbreitet werden. Beispiele sind hier laut Rüsch et al. vor allem drei spezifische Fehleinschätzungen, die in den Medien gerne verbreitet werden.

So hat eine Analyse von Film- und Printmedien ergeben, dass entweder das Bild des gefährlichen Irren gezeichnet wird, das des Freigeistes, für den autoritär Entscheidungen getroffen werden müssen oder das eines kindlich-naiven Individuums, welches wie ein Kind umsorgt werden muss.

Konkrete Beispiele aus Film und Fernsehen wurden von den Autoren nicht genannt, das Klischee wird jedoch in zahlreiche Kriminal- oder Horrorfilmen und –serien aufgegriffen.

Im Gegensatz dazu steht das Konzept der Selbststigmatisierung, bei der Betroffene auf die ihnen präsentierten Stigmata anspringen und diese für sich als identitätsstiftend aufnehmen. Die Betroffenen leiden oft unter einem geringen Selbstwert und identifizieren sich über und mit den vorgegebenen Stigmata, wie zum Beispiel das Vorurteil, dass psychisch kranke Menschen schwach seien, selbst an ihrer Erkrankung Schuld, oder sich nicht um sich selbst sorgen könnten (Rüsch, et al., 2004, S. 5).

Dies führt aufgrund des geringen Selbstwerts zu einer weiteren Abwertung ihrer selbst und somit zu weiteren, negativen Emotionen.

Negative Erfahrungen und Erlebnisse werden intern attribuiert (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 420, 444 f., 569 f., 637 f. zu Stichwort „Attribution“) und mit der psychischen Erkrankung erklärt.

Langfristig vermindert die interne Attribution negativer Ereignisse und Erfahrungen (negativer Attributionsstil) den Selbstwert weiter, was erneut negative Erfahrungen generiert, sodass die Verhaltensmuster sich langfristig zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung („self fulfilling prophecy“ nach Merton, R.) weiterentwickeln.

Das dritte Konzept ist das der Strukturellen Diskriminierung. Hierunter fallen alle Handlungen und Regelungen von öffentlichen und/oder privaten Einrichtungen, die absichtlich oder unabsichtlich auf die Einschränkung der Rechte Betroffener abzielen. Beispiele sind bestimmte Lebensversicherungen oder Berufsunfähigkeitsversicherungen, bei denen Erkrankte nur teilweise oder gar nicht aufgrund ihrer Krankheitsgeschichte versichert werden.

Im Rahmen der strukturellen Diskriminierung sollte vor allem im Rahmen dieser Arbeit ein kritischer Blick auf das Psychotherapeutengesetz geworfen werden. In § 2 PsychThG, der sich mit der Approbation befasst, steht:

„(1) Eine Approbation nach §1 Abs. 1 Satz 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller [...]

4. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist.“

(Vgl. §2, Abs. 1, Nr. 4 PsychThG)

Doch was genau bedeutet „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet [sein]“?

Im Psychotherapeutengesetz lässt sich hierzu keine Definition finden, die Landesprüfungsämter, die über die Erteilung der Approbation entscheiden, verlangen von Bewerbern aber ein entsprechendes Attest, welches jeder beliebige Arzt ausstellen kann.

Doch wann ist man zur Ausübung des Berufs in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet? Die Frage ist bisweilen ungeklärt und die Antwort hängt stark davon ab, wen man fragt.

Auch das Beamtenrecht in Verbindung mit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Thema der Dienstfähigkeit weist in eine ähnliche Richtung. So führt das Bundesverwaltungsgericht in der Urteilsschrift aus:

„[...] 37. Zum einen hat dieser bei seinen mündlichen Ausführungen zum chronifizierten Schmerzsyndrom der Klägerin nicht gewürdigt, dass die Schmerzbehandlung mit Botox ab September 2006 **erfolgreich** war. Nach der Niederschrift über die letzte Berufungsverhandlung hat der Gutachter dort selbst ausgeführt, seine Feststellung eines chronifizierten Schmerzsyndroms **wäre unrichtig, wenn** bei der Klägerin eine Therapieform **nachhaltig angeschlagen hätte**. [...]“ (Bundesverwaltungsgericht: Urteil 2 C 16.12, 30.10.2013)

Die oben angeführte Begründung des BVerwG indiziert deutlich, dass trotz Lockerung der Kriterien für die Verbeamtung auf Lebenszeit weiterhin vorausgesetzt wird, dass eine Behandlung doch bitte erfolgreich absolviert worden sein soll und die Therapieform nachhaltig angeschlagen haben soll.

Rückfall, nein danke.

Es wird verlangt, dass eine Erkrankung nachhaltig geheilt sein soll. Doch ist das bei psychischen Erkrankungen überhaupt möglich? Es wird eine Spritze oder eine Pille verlangt, die den ganzen Krankheitsprozess beendet und den vorherigen Zustand der Gesundheit wiederherstellt.

Viele psychische Erkrankungen funktionieren jedoch mit einer völlig anderen und viel komplexeren Eigendynamik. Die erwünschte, völlige Remission erleben nicht viele Erkrankte tatsächlich.

Ein weiteres Beispiel für Strukturelle Diskriminierung psychisch Kranker ist die allgemeingültige Meinung im Bereich der beruflichen Rehabilitation, dass Menschen mit jeglicher psychischen Vorerkrankung nicht mehr im Gesundheit- oder Sozialwesen eingegliedert werden sollen. So lautet zumindest häufig das Urteil von arbeitsmedizinischen Diensten und Rehabilitationsberatern, wie die Verfasserin in ihrem beruflichen Alltag durchaus immer wieder mitbekommen hat.

Diese Meinung wird häufig eindimensional und unreflektiert von diversen Fachkräften in der beruflichen Rehabilitation vertreten (z.B. Berufsförderungswerke, Beratungsfachkräfte, Arbeitsmedizinische Dienste...).

2.2.2 Folgen der Stigmatisierung

Grundlegende Folgen der Stigmatisierung wurden bereits für die Selbststigmatisierung im vorherigen Kapitel aufgezeigt.

Doch nicht nur Selbststigmatisierung kann negative Folgen haben, auch andere Formen der Stigmatisierung wirken sich auf die Betroffenen aus.

So gibt es zwei entgegengesetzte Verhaltensstrategien der Betroffenen; Vermeidung, Rückzug, Geheimhaltung (passiv-vermeidend) und Information der Umwelt (aktiv-offensiv).

Menschen, die von Stigmata betroffen sind, suchen laut Rüsch et al. entweder den Kontakt zu gleichgesinnten bzw. ebenfalls betroffenen Menschen (Goffman, 1963: „the own“) oder aber zumindest den Kontakt zu Menschen, die sie nach reiflicher Überlegung einweihen und von denen sie wissen, dass sie nicht diskriminiert werden (Goffman, 1963: „the wise“).

Ziel dieses selektiven Umgangs mit der Erkrankung ist, die Stigmatisierung und Diskriminierung so gering wie möglich zu halten.

Offensichtlich führt diese Strategie aber dazu, dass in der breiten Öffentlichkeit weiterhin häufig die Sensibilisierung für psychische Erkrankungen fehlt, da der Prozentsatz der tatsächlich betroffenen Menschen unterschätzt wird.

Außerdem führt diese Strategie trotz der vermeintlichen Vorteile schnell zu sozialer Isolation, da Betroffene sich nur mit einem geringen, sozialen Umfeld umgeben. Die zugehörigen Personen werden genauestens ausgewählt und Menschen, über die kein Urteil im Sinne der genannten Kategorien nach Goffman getroffen werden kann, werden in der Regel eher gemieden.

Die zweite Bewältigungsstrategie, welche der Geheimhaltung komplett entgegensteht, ist die Strategie der Information.

Hierbei entscheiden sich Betroffene, ihre Umwelt über die Erkrankung zu informieren (Rüsch, et al., 2004, p. 7) mit dem Ziel, für die Erkrankung zu sensibilisieren.

Häufig wird hierfür eine sachliche Informationsweise im Sinne der Psychoedukation genutzt, um die Umwelt über die Erkrankung aufzuklären.

Es wird unterschieden, ob Betroffene ihre Erkrankung lediglich einem kleinen Kreis von Menschen erklärt (häufig im sozialen Umfeld) oder aber permanent offen damit umgeht. Dies hängt davon ab, wie groß das eigene Selbstwertgefühl der Betroffenen und wie groß die Angst vor Ablehnung ist, da die Gefahr der Ablehnung durch andere Menschen größer ist, je mehr Menschen man aktiv über die eigene Erkrankung aufzuklären versucht.

Trotz der Gefahr der Ablehnung durch Andere kann ein großer Vorteil dieser Methode in einer weiteren Erhöhung und Festigung des Selbstwerts durch die Umwelt gesehen werden, da die Betroffenen sich nun nicht mehr verstellen müssen und mit etwas mehr Verständnis für die Situation des Betroffenen zu rechnen ist.

Außerdem fällt der belastende Faktor der permanenten Geheimhaltung weg.

Eine weitere Folge der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen besteht laut Rüsch et al. auch in der darauffolgenden Stigmatisierung von Hilfsangeboten für den stigmatisierten Personenkreis.

Therapeutische und beratende Angebote werden schnell mit den Stigmata der Erkrankungen assoziiert und belegt, was es gerade Betroffenen, die zu passiv-vermeidenden Bewältigungsstrategien neigen, noch schwerer macht, diese Angebote wahrzunehmen oder verlässlich durchzuhalten, obwohl bei vielen Erkrankungen mit einer guten und durchgängigen Behandlung durchgreifende Verbesserungen erzielt werden können.

Laut Rüsch et al. besteht ein Zusammenhang zwischen mangelhafter oder fehlender Medikamenteneinnahme und der Stigmatisierung der Behandlung.

Kleimann (2013) konnte bei einer Studie feststellen, dass ca. 40% der behandelten Patienten mit einer bipolaren Störung (Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5) ihre Medikation eigenständig absetzte, umdosierte oder gar nicht erst einnahm. Zu den Gründen dieses Verhaltens wurde aber kein Zusammenhang mit Behandlungsstigmata herausgearbeitet. Daher ist hier noch zu prüfen, inwiefern nicht auch andere Faktoren (z.B. Angst vor oder Erleben von Nebenwirkungen) ebenfalls eine Erklärung für dieses Verhalten sein könnte.

Dennoch könnte eine weitere Untersuchung des Zusammenhangs von unzuverlässiger Medikamenteneinnahme und der Stigmatisierung von Behandlungsmöglichkeiten ein lohnenswertes Forschungsthema sein.

Fatal wird die Angst vor Stigmatisierung, sobald sie Betroffene dazu verleitet, keine Behandlung wahrzunehmen, da die Angst vor Etikettierung zu groß ist.

Besonders im Gesundheits- und Sozialwesen ist die Hemmschwelle, Behandlungen wahrzunehmen oft noch höher als in anderen Berufszweigen. Betroffene, die sich für eine passiv-vermeidende Strategie entschieden haben, müssen nicht nur ihre Symptome im Umfeld von durchaus fachlich versierten Kollegen geheim halten, sie müssen bei der eventuellen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten auch noch darauf achten, dass sie Kollegen nicht als Patienten begegnen. Die Rolle zwischen Inanspruchnehmer von Hilfe und Kollege verschwimmt, da die Betroffenen eine Doppelrolle innehaben.

Ein weiteres Risiko im Rahmen der Stigmatisierung stellt das sogenannte „courtesy stigma“ nach Goffman dar. Unter diesem Begriff versteht man die Stigmatisierung von Familienmitgliedern einer von einem bestimmten Stigma betroffenen Person. Die Stigmatisierung der betroffenen Person wird also auch auf die Familie übertragen und diese ebenfalls mit den Eigenschaften assoziiert, die dem Stigma folgen.

Auf diese Art der Stigmatisierung reagieren Familienmitglieder ebenfalls unterschiedlich, auch hier lassen sich zwei der drei Kategorien der Stigmatisierung (vgl. Punkt 2.1.1) anwenden: Öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung [der Familie].

Beide Varianten führen letztendlich zu einer deutlichen Belastung des familiären Systems, da entweder durch das soziale Umfeld die Schuld für die Erkrankung des Betroffenen bei der Familie gesucht wird („Öffentliche Stigmatisierung“, i.e. falsche/dysfunktionale Erziehung, Weitergabe der Erkrankung durch schlechtes Erbgut, nicht genug positiver Einfluss) oder aber die Familie sich selbst stigmatisiert und dadurch die vorab genannten Mechanismen zur Selbststigmatisierung auf das ganze Familiensystem Anwendung finden; sozialer Rückzug und Scham sind die Folge.

2.2.3 Auswirkung von Stigmatisierung auf Behandlungsinstitutionen und Hilfsangebote

Nicht nur die Betroffenen selbst und ihr Familiensystem leiden unter den Folgen von Stigmatisierung, auch Behandlungsinstitutionen und Hilfsangebote werden mit gewissen Stigmata assoziiert und stereotypisiert, sodass die Hemmschwelle wächst, sich tatsächlich in Behandlung zu begeben.

„Irrenanstalt. Irrenhaus. Klasmühle. Hoppla.“ Umgangssprachliche Worte, die alle eine psychiatrische Klinik beschreiben sollen. „Nervenarzt. Seelenklempner.“ - Bezeichnungen für Psychiater und Psychotherapeuten.

Alle diese Wörter entstammen diversen Dialekten, dennoch weiß sofort jeder, was unter den genannten Begrifflichkeiten zu verstehen ist. Durch die verbreitete Benutzung dieser Begriffe und die negative Konnotation wird eine Abwertung geschaffen und somit automatisch auch eine Stigmatisierung der dortigen Patienten durchgeführt. Man schafft eine Assoziation der Begrifflichkeit mit den Patienten.

Der Patient einer psychiatrischen Klinik ist nun automatisch auch irgendwo ein „Irre“, da er ja in einer Irrenanstalt ist.

Dabei sind viele psychisch Erkrankte durchaus im Bereich der high-functioning Erkrankungen einzuordnen. Sie bewältigen ihr Leben mehr oder minder selbstständig, sie gehen häufig einer geregelten Arbeit nach und pflegen durchaus mehr oder weniger viele Sozialkontakte - nach Hochrechnung der DAK sind ca. 1.9 Millionen Arbeitnehmer von psychischen Erkrankungen betroffen (DAK-Gesundheit, 2015). Die Betroffenen fühlen sich aufgrund ihrer durchaus vorhandenen Funktionalität nicht „irre“ – verständlicherweise. Wieso sollten sie also in eine „Irrenanstalt“ gehen, in der sich nur „Irre“ befinden?

Genau diese Stigmatisierung und daraus resultierende Denkmuster machen es für Betroffene so schwer, Hilfsangebote überhaupt zu bedenken und diese dann auch noch in Anspruch zu nehmen. Die Hemmschwelle, sowohl organisatorisch (Verwaltungsaufwand, Antragstellung), zeitlich (Wartezeiten bei Kliniken, Ärzten und Therapeuten) als auch sozial (Stigmatisierung) sind immens, sodass viele Betroffene lieber keine Hilfe in Anspruch nehmen, als sich den genannten Hürden auszusetzen.

Gerade diese Verhaltensweise ist im Gesundheits- und Sozialwesen fatal; da hier die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung oft noch schwieriger zu kompensieren sind. Wenn die Arbeit selbst ebenfalls sehr fordernd ist, ist es nur eine Frage der Zeit, bis das bisher funktionale System in sich zusammenbricht.

3. Empirischer Teil

3.1. Methodik und Überblick

3.1.1 Erstellung und Durchführung des Forschungsdesigns

Zwar sind häufig viele Vorurteile zu psychisch erkrankten Fachkräften im Internet oder auf anderen Medien zu finden (vgl. Einleitung), dennoch gibt es bisher noch keine publizierten Umfragen zu dem Thema.

Die Erarbeitung von Lösungsansätzen ist häufig auf persönliches Empfinden gestützt, es hat noch keine breiter angelegten Erhebungen von Meinungsbildern im Gesundheits- und Sozialwesen gegeben.

Aus gegebenem Anlass wurde daher im Rahmen dieser Arbeit eine onlinegestützte, anonymisierte Umfrage ins Leben gerufen (vgl. Anhang).

Die Umfrage besteht insgesamt aus 19 Items, davon 16 Pflichtitems und 3 optional zu beantwortende Items. Es zielen 6 Items auf die Erhebung von Hintergrundinformationen zu den Umfrageteilnehmern ab; Ziel war es hier, später eine eventuelle Tendenz zwischen Bildungsstand und Meinungsbild erheben zu können.

Weiterhin ist der Großteil der Items als Single Choice Antworten konzipiert (14 Items), wohingegen additional noch 5 Items mit der Option auf eine Freitextantwort zur Verfügung gestellt werden.

Die Entscheidung zu Single-Choice Fragen wurde getroffen, um bei einer ausreichend großen Teilnahmeresonanz die Möglichkeit einer statistischen Auswertung der Ergebnisse zu geben.

Die Umfrage selbst wurde auf umfrageonline.de durchgeführt, der Umfragelink auf diversen sozialen Plattformen (Facebook, twitter) und im beruflichen Umfeld der Verfasserin bei sozialpädagogischem Personal gestreut (Werkstatt für behinderte Menschen, Jugendhilfe, berufliche Rehabilitationseinrichtungen, Bildungsträger, Kommilitonen...).

Insgesamt haben 442 Personen an der Umfrage teilgenommen, davon haben 326 Personen die Umfrage vollständig zu Ende gebracht (n = 326).

Bei der Erstellung der Items wollte die Verfasserin sich so eng wie möglich an die Fragestellung dieser Arbeit halten und ergründen, was von Fachkräften in der zu betrachtenden Branche tatsächlich als adäquat und tolerabel empfunden wird und wo die Grenzen zu psychisch erkrankten Kollegen gezogen wird.

3.1.2 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben an der onlinegestützten Umfrage 441 Personen teilgenommen, davon haben allerdings nur 326 Teilnehmer (73.9 %) alle Pflichtfragen beantwortet. Daher ist nur eine Stichprobe von n = 326 auswertbar, unvollständige Beantwortungen wurden aus dem Ergebnis herausgefiltert.

Unter den 326 Teilnehmern waren 87.7% weiblich (286 Teilnehmer) und 12,3% männlich (40 Teilnehmer); am stärksten war die Altersgruppe der 30 – 39-jährigen vertreten (39.26%), dicht gefolgt von der Altersgruppe der 20 – 29-jährigen mit 37.4%. Die Altersgruppen 40 – 49 Jahre (16%) und 50 – 60 (7.4%) Jahre waren eher geringer vertreten. (s. Tabelle 1).

	20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-60 Jahre	Gesamt
Männlich	7	17	7	9	40
Weiblich	115	111	45	15	286
Gesamt	122	128	52	24	326

Tabelle 1: Aufteilung der Stichprobe. Quelle: Eigene Darstellung.

Betrachtet man die generelle Aufteilung der Geschlechter im Gesundheits- und Sozialwesen, so ist aktuell davon auszugehen, dass die hier vorliegende Stichprobe durchaus für die Grundgesamtheit der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen repräsentativ ist, da hier in der Regel weibliche Beschäftigte ebenfalls deutlich überrepräsentiert sind.

Auffällig war außerdem die hohe Beteiligung - knapp über die Hälfte – von Fachkräften, deren höchster Bildungsabschluss ein Bachelorgrad war (50.92%), während lediglich 52 Teilnehmer (16%) über einen Masterabschluss verfügten. Höhere Bildungsgrade waren nicht angegeben; zu erwähnen sind noch fünf Teilnehmer, die angaben, über ein Staatsexamen zu verfügen (1.5%).

Stark überrepräsentiert war die Gruppe der Fachkräfte, die in der Jugendhilfe tätig sind (143 Teilnehmer, 39%), gefolgt von der Behindertenhilfe mit 53 Teilnehmern (14.5%) und 12% aus der Beruflichen Bildung (Mehrfachnennung der Tätigkeitsfelder bei Überschneidung der beruflichen Inhalte waren gestattet).

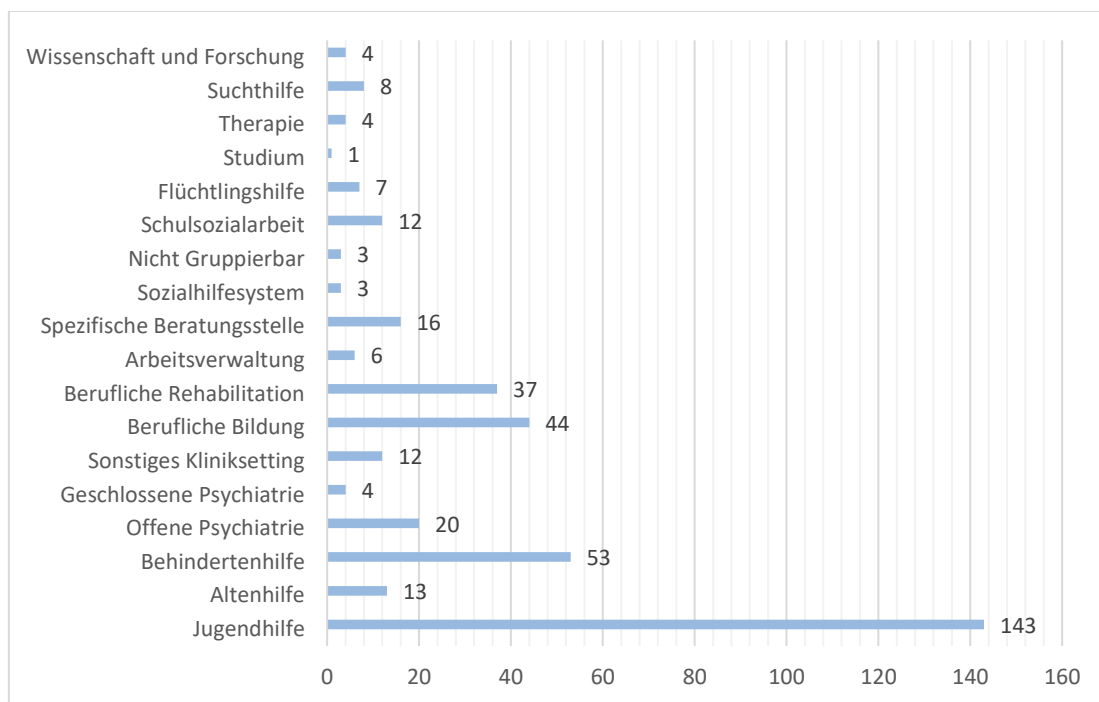


Abbildung 1: Umfrageteilnehmer nach Betätigungsfeld (tatsächliche Nennungen). Quelle: Eigene Darstellung.

3.2 Deskriptive Auswertung

3.2.1 Allgemeine Darstellung der Umfrageergebnisse

Gut 47% der Umfrageteilnehmer hatten Bedenken bezüglich der Handlungsfähigkeit und/oder Professionalität von psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. 42.3% mit weniger oder keinen Bedenken; 10.7% ohne Meinung).

Fragt man nun, ob Menschen mit psychischen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen sollten, sind 71.7% der Umfrageteilnehmer eher dafür oder definitiv dafür. Die Gruppe der Gegner dieser Aussage beläuft sich auf 1,8% (auf keinen Fall dafür) und 16.0% (eher nicht dafür). 10.4% der Umfrageteilnehmer haben keine Meinung zu der Aussage.

Verändert man die Fragestellung nun und weist explizit aus, dass es sich um „erfolgreich behandelte“ psychische Erkrankungen handelt, erhöht sich die Zahl der definitiven Befürworter sofort auf 70.2% und nur noch 1.8% sind eher nicht dafür; die Antwortmöglichkeit „auf keinen Fall“ ist nicht mehr genutzt worden. Auch die Gruppe der Teilnehmer ohne Meinung hat sich verkleinert (3.1%).

Ebenfalls erfragt wurde, ob und inwiefern die Art der psychischen Erkrankung bei psychisch erkrankten Fachkräften eine Rolle zur Meinungsbildung der Umfrageteilnehmer spielt. Zu klären war hier, ob es diagnosespezifisch anerkanntere und weniger anerkannte Erkrankungen gibt.

Auch hier war sich der Großteil der Teilnehmer einig, dass die Art der Erkrankung einen Unterschied macht (81.6%; 50.9% Ja, 30.7% eher ja).

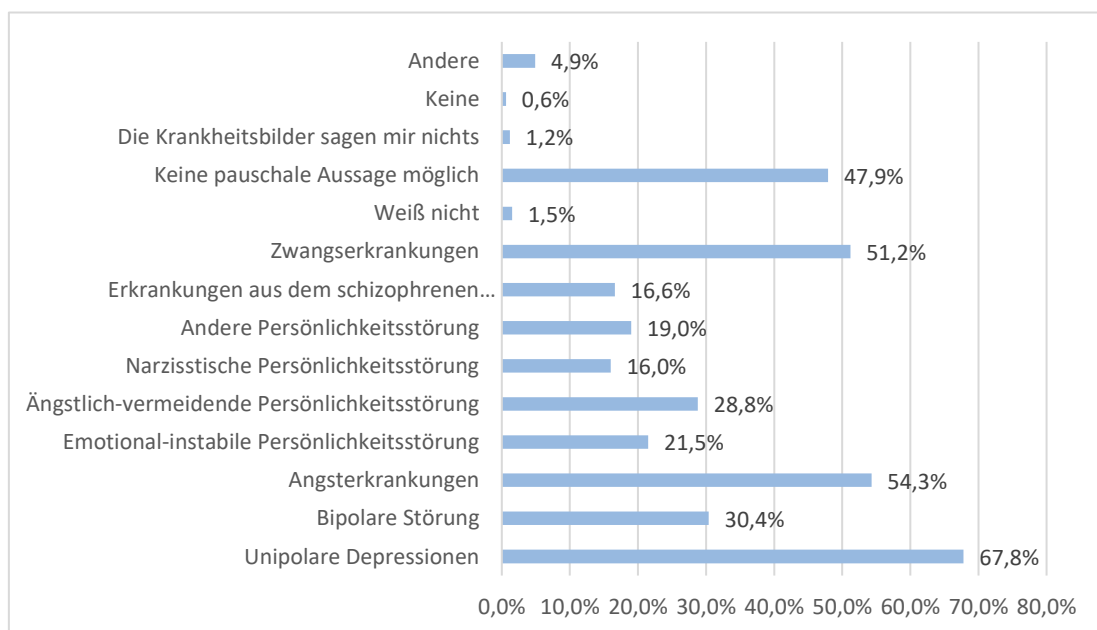


Abbildung 2: Bei Fachkräften tolerierte Erkrankungen – behandelt (in Prozent). Quelle: Eigene Darstellung.

Am ehesten werden Depressionen (67.8%) und Angststörungen (54.3%) toleriert, auf Platz drei liegen die Zwangserkrankungen mit 51.2%. Bei Frage 9 („Denken Sie, Menschen mit erfolgreich behandelten psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen?“ – vgl. Anhang: A. Umfragelayout) wurde außerdem die Möglichkeit eröffnet, bei der Auswahl „Nein“ oder „Eher nicht“ die Auswahl näher zu erläutern. Hier fällt auf, dass sehr häufig auf ein Rückfallrisiko bestimmter Erkrankungen verwiesen wird.

Ebenfalls sollte im Rahmen der Erhebung eine Meinung zu Chancen und Risiken von psychischen Erkrankungen bei Fachkräften abgebildet werden. Daher zielt Frage 13 darauf ab, inwiefern psychische Vorerkrankungen sinnvoll und professionell in die Arbeitsweise der Fachkräfte einbezogen werden können oder ob die Umfrageteilnehmer denken, dass dies nicht möglich ist.

Erstaunlicherweise haben hier mehr als $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer (81.3%) angegeben, sich vorstellen zu können, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung professionell nutzbar sei; lediglich 8.2% sprachen sich dagegen aus. 10.4% hatten keine Meinung zu der Frage.

Einhergehend mit der Frage nach der professionellen Nutzung von Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen sollte außerdem dargestellt werden, inwiefern Behandlungsmöglichkeiten (generell und speziell für Fachkräfte) vorhanden bzw. bekannt sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass 66.3% der Umfrageteilnehmer der Meinung sind, Hilfsangebote seien weder ausreichend vorhanden, noch bekannt.

Zusätzlich war eine Freitexterläuterung zu dieser Fragestellung verpflichtend, Auszüge zeigen folgende Angaben:

„Wartezeiten von 6 Monaten und mehr auf einen Therapietermin, Supervision oder Coaching zur Überbrückung der Wartezeit muss i.d.R. selbst bezahlt werden.“

„Psychische Erkrankungen sind oft immer noch verpönt und in diesem Bereich eher selten toleriert. Ich habe nicht den Eindruck, dass Betroffenen gut geholfen wird und ihnen gute Angebote dargeboten werden“

„[...] Explizit für Fachkräfte im Sozialwesen kenne ich kaum Angebote [...].“

„Einen Behandlungsplatz zu bekommen ist erst einmal sehr schwierig und kann sehr lange dauern. Wenn man dann offen mit seiner Erkrankung umgeht, hätten wahrscheinlich viele Kollegen Vorurteile.“

Hier zeigt sich, dass die einhellige Meinung vertreten wird, dass Hilfsangebote nicht verfügbar sind und die Stigmatisierung bisher noch zu groß, um allgemeine Hilfsangebote offen anzunehmen (vgl. Umfragedaten).

Einher geht diese Fragestellung mit der nächsten Freitextfrage. Es sollte eruiert werden, welche Hilfsangebote überhaupt bekannt sind, um eine Idee davon zu bekommen, wie der Informationsstand bei Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen aussieht.

Auch hier zeigt sich, dass wenn überhaupt, ausschließlich allgemeine Hilfsangebote benannt werden, häufigste Nennung (Mehrfachnennung oder keine Nennung möglich) war die ambulante Psychotherapie mit 56 Nennungen, dicht gefolgt von stationären Hilfsangeboten (med. Reha, stationärer Klinikaufenthalt...).

Ebenfalls unter den drei häufigsten Nennungen war der explizite Hinweis darauf, dass keine spezifischen Angebote bekannt sind. Alle weiteren Nennungen setzen ebenfalls voraus, dass keine spezifischen Angebote vorhanden sind und man als Fachkraft trotz besonderer Anforderungen auf allgemeine Angebote zurückgreifen muss.

Lediglich drei Nennungen sind im Bereich der speziellen Angebote zu verorten (Ex-In Modell¹, Initiative Blaupause²).

Die letzte Single Choice Frage zielte darauf ab, zu erheben, inwiefern psychische Erkrankungen als Stigma angesehen werden und inwiefern es sich nach Meinung der Umfrageteilnehmer hier um ein Tabuthema handelt.

Interessanterweise gaben rund 84% der Befragten an, dass sie der Meinung seien, psychisch erkrankte Fachkräfte seien im Gesundheits- und Sozialwesen ein Tabuthema, lediglich knapp 12.6% vertraten diese Meinung nicht. 3.37% waren sich nicht sicher oder hatten keine Meinung zu der Fragestellung.

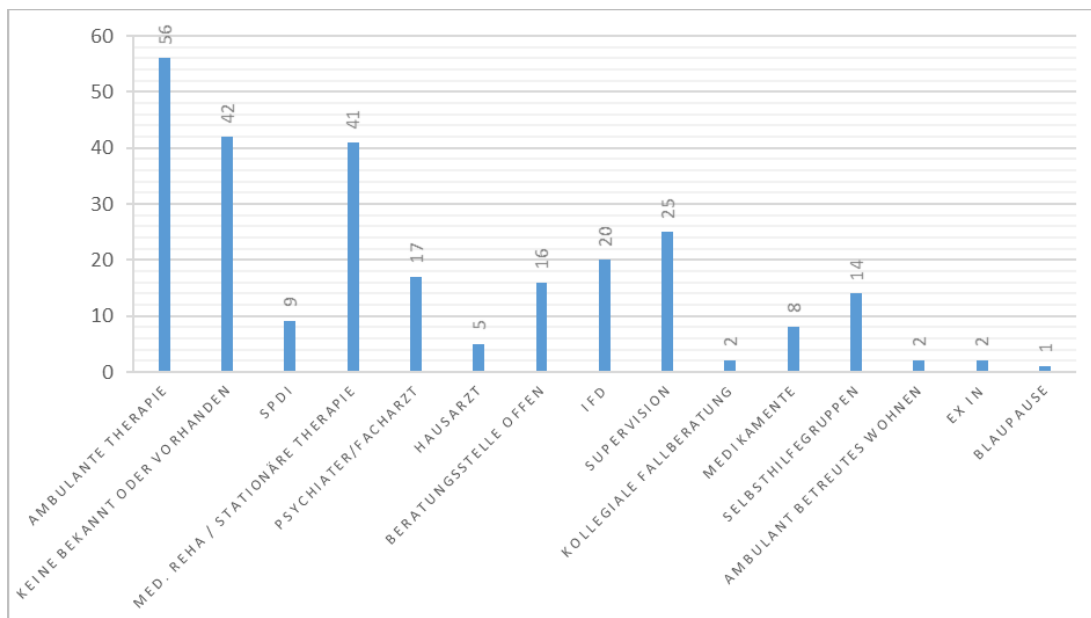


Abbildung 3: Bekannte Hilfsangebote (tatsächliche Nennungen). Quelle: Eigene Darstellung.

¹ Das Konzept „Ex-In“ (Experienced-Involvement, Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener) wurde im Rahmen eines europäischen Leonardo-da-Vinci Pilotprojekt von 2005 bis 2007 erarbeitet und basiert auf der Annahme, dass ehemals betroffene Menschen ihre Erfahrungen konstruktiv nutzen und somit Menschen begleiten können, die aktuell unmittelbar betroffen sind. Ziel ist, Psychiatrie-Erfahrene, die sowohl in der Lage sind, zu reflektieren, als auch stabil genug, um den Anforderungen gerecht zu werden, zu sogenannten „Genesungsbegleitern“ auszubilden und zur Verbesserung und Evaluation der Institution Psychiatrie auch die Erfahrungen der selbst Betroffenen einzubinden.

² Blaupause: Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen setzt sich für bessere Hilfsangebote und weniger Stigmatisierung von psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheitswesen ein. Vgl. auch <https://blaupause-gesundheit.de>

3.2.2 Dezidierte Darstellung der Umfrageergebnisse

Insgesamt hat die Onlineumfrage deutlich gezeigt, dass die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen von einem Großteil der Befragten weiterhin als Tabuthema eingeschätzt wird, obwohl gleichzeitig auch die Meinung vertreten wurde, dass eine überwundene Erkrankung durchaus als Resource in der täglichen Arbeit genutzt werden kann.

Interessant war ebenfalls, dass die Bandbreite an Hilfsangeboten speziell für erkrankte Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen als ungenügend vorhanden eingeschätzt wurden. Bei den genannten Hilfsangeboten zeigte sich außerdem, dass viele Umfrageteilnehmer kaum Wissen zu Hilfsangeboten zur Verfügung hatten. Daraus ist zu schließen, dass nicht ausreichend bekannt ist, welche Hilfsangebote man wahrnehmen kann, sollte man bei sich eine Erkrankung feststellen. Man ist erst einmal darauf angewiesen, sich selbstständig Informationen über Hilfsangebote zu beschaffen, bevor man diese überhaupt überdenken kann.

Ebenfalls aufschlussreich ist die Frage nach der am ehesten in der Arbeit tolerierten psychischen Erkrankung. Hier sieht man klar, dass Depressionen, Ängste und Zwangserkrankungen am toleriertesten sind.

Möglicherweise liegt das daran, dass gerade die Depression inzwischen eine sog. „Volkskrankheit“ geworden ist.

Viele Menschen sind inzwischen an einer Depression erkrankt, was diese Erkrankung zu einer der bekanntesten psychischen Erkrankungen macht.

Depressive oder angsterkrankte Menschen sind scheinbar weniger Stereotypen ausgesetzt als anders erkrankte Menschen, möglicherweise auch, weil diese Erkrankungen in den Medien weniger als mit Gefahr behaftet dargestellt werden. Im Rahmen der öffentlichen Stigmatisierung wurde am Anfang der Arbeit bereits der Stand der Medien im Prozess der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen

genannt. Hauptsächlich werden psychische Erkrankungen hier genutzt, um in Horrorfilmen oder Thrillern und Kriminalserien schwere Verbrechen zu erklären. Selten sieht man hier depressiv erkrankte Menschen als Täter, häufig werden schizophrene Erkrankungen oder Psychosen mit dem Stigma des Serientäters o. Ä. verknüpft.

Dies ist möglicherweise ein Grund für die stärkere Stigmatisierung dieser Erkrankungen und der geringeren Akzeptanz.

Im Folgenden sollen die Antwortmöglichkeiten der Umfrageteilnehmer nun etwas genauer analysiert werden.

Insgesamt gaben 39 Personen an, keinen Studienabschluss zu haben (5.1% kein Abschluss, 82.1% Ausbildungsabschluss, 12.8% Fachfortbildung).

Dem entgegen stand eine Gruppe von 287 Teilnehmern mit einem erfolgreich absolvierten Studium (19.9% Diplom, 2.4% Magister, 57.8% Bachelor, 18.1% Master, 1.7% Staatsexamen).

Interessant ist hierbei die Analyse anhand der Fragestellung, ob ein höherer Bildungsstand die Meinung zu psychisch erkrankten Fachkräften beeinflussen kann.

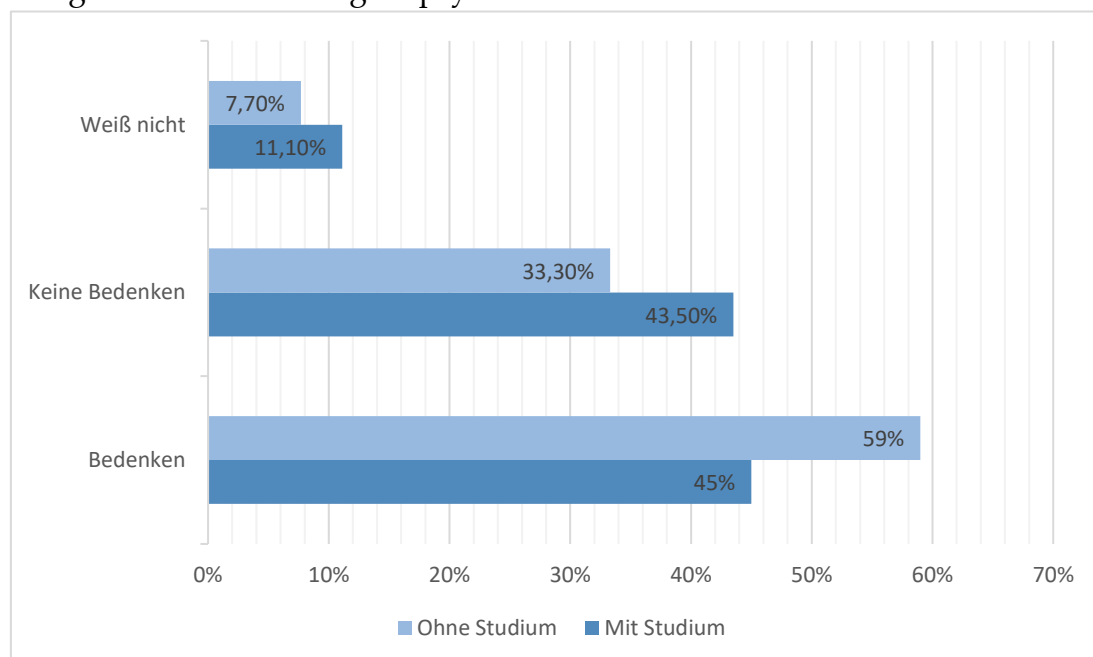


Abbildung 4: Bedenken hinsichtlich der Professionalität (nach Bildungsniveau in Prozent). Quelle: Eigene Darstellung.

Daher soll im Folgenden ein vergleichender Blick auf die Antworten der beiden Gruppierungen geworfen werden.

Insgesamt gaben rund 59% der Teilnehmer ohne Studienabschluss an, Bedenken hinsichtlich der Professionalität von psychisch erkrankten Fachkräften zu haben. Bei den Teilnehmern mit Studienabschluss äußerten hingegen lediglich 45% Bedenken (vgl. Abbildung 4).

Dennoch sind sich beide Teilnehmergruppen bei den restlichen Fragen ziemlich einig (vgl. beispielhaft Abbildung 5), sodass nicht pauschal von einem Zusammenhang des Bildungsstandes und der Meinung zu psychisch erkrankten Fachkräften gesprochen werden kann. Um eine bessere Aussage treffen zu können, werden die Ergebnisse im nächsten Kapitel in Anlehnung an eine statistische Auswertung vorbereitet.

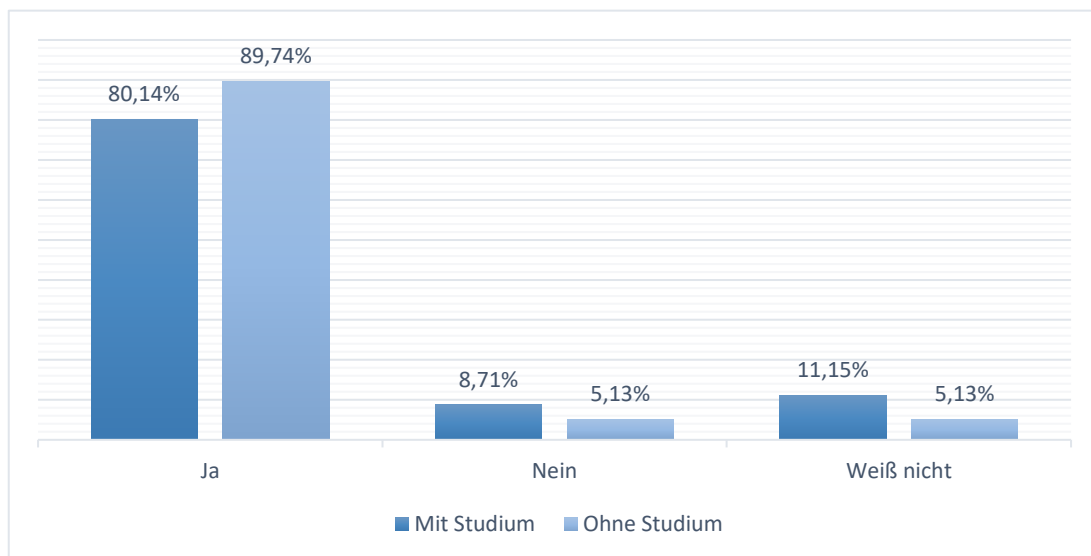


Abbildung 5: Meinungen zur professionalisierten Nutzung der Erfahrung einer psychischer Erkrankungen (nach Bildungsniveau in Prozent). Quelle: Eigene Darstellung.

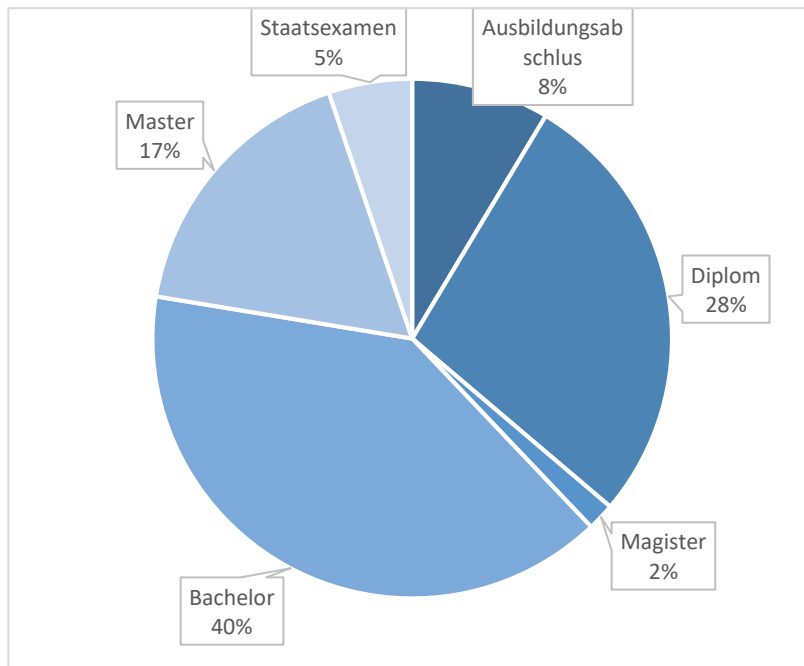


Abbildung 6: Antwortmöglichkeit "Nein" nach Bildungsniveau (in Prozent). Quelle: Eigene Darstellung.

Ebenfalls interessant erscheint die Beleuchtung der Teilnehmerantworten der Personen, die die Frage „Denken Sie, Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen?“ verneint haben (n = 58).

Von diesen Personen waren 86.2% weiblich und 13.8% männlich. Betrachtet man allerdings die Geschlechterverteilung in der gesamten Stichprobe, ist diese Aufteilung nicht ungewöhnlich, zumal im Gesundheits- und Sozialwesen Frauen bekanntermaßen überrepräsentiert sind.

Das Bildungsniveau dieser Stichprobe war ebenfalls relativ homogen; es gab keine Ausreißer, sondern die Verteilung der Abschlüsse war gleichmäßig, wie Abbildung 6 zu entnehmen ist.

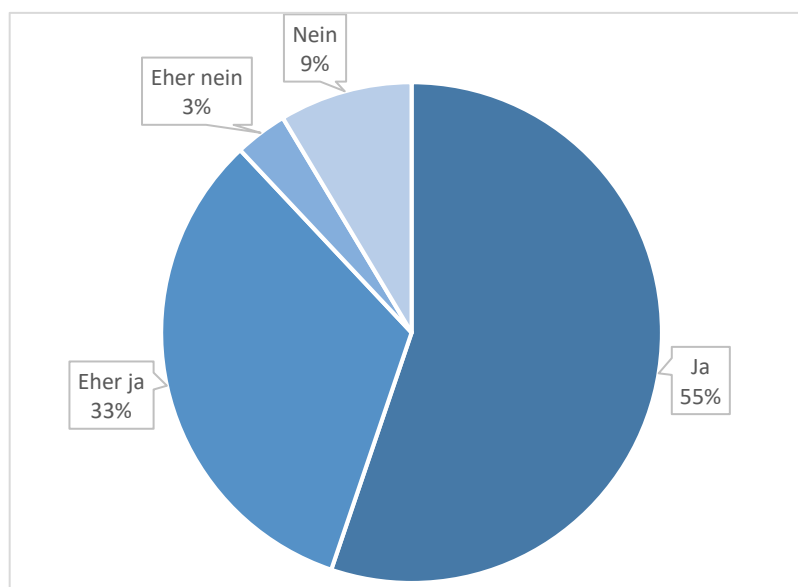


Abbildung 7: Unterscheidung nach Art der psychischen Erkrankung? (Prozent) Quelle: Eigene Darstellung.

Außerdem ist zu erwähnen, dass bei dieser Stichprobe die Antworten zur Frage Nummer 7 („Haben Sie Bedenken hinsichtlich der Handlungsfähigkeit/Professionalität [von psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen]?“) ebenfalls eher ablehnend ausfallen.

So gaben 24.14% an, definitiv Bedenken zu haben, während immerhin sogar 62.07% eher mehr Bedenken haben (gesamte Bedenken: 86.21%). Lediglich 12.06 % gaben, eher weniger oder keine Bedenken in diesem Kontext zu hegen (Keine Bedenken: 1.72%; Eher weniger Bedenken: 10.34%). 1.72% Prozent waren sich nicht sicher.

Interessanterweise gaben die Teilnehmer aus dieser Stichprobe dennoch an, dass Menschen mit behandelten Erkrankungen ruhig im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten könnten (vgl. Abbildung 2). Außerdem gaben sie an, dass die Art der psychischen Erkrankung für sie einen Unterschied bei der Frage nach der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen mache.

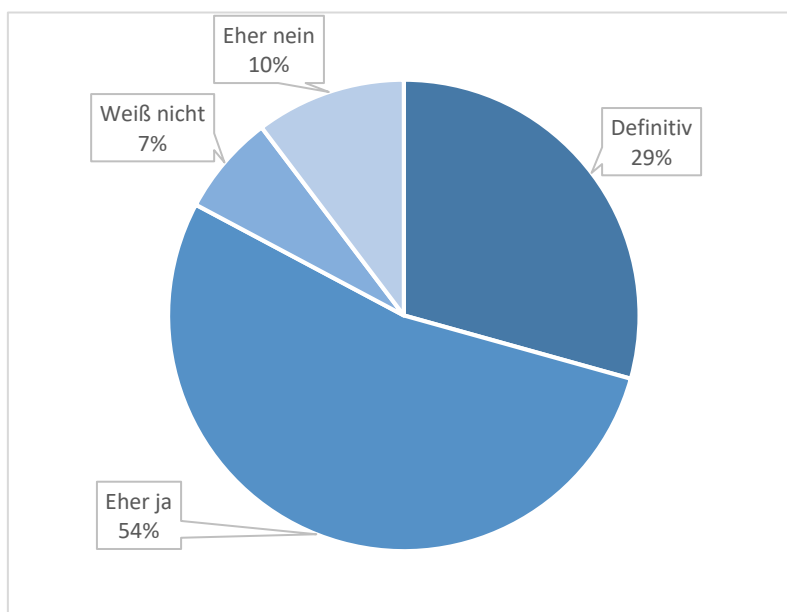


Abbildung 8: Dürfen behandelte Fachkräfte weiter in ihrer Branche arbeiten? (In Prozent) Quelle: Eigene Darstellung.

3.3 Induktive Auswertung der Ergebnisse

3.3.1 Aufbereitung der Ergebnisse

Um tatsächlich eine statistisch verwertbare Aussage zu Zusammenhängen der Antwortmöglichkeiten mit anderen Merkmalen der Umfrageteilnehmer treffen zu können, wurden alle Single-Choice Items der Umfrage in Aussagen umformuliert (s. Tabelle 2). So soll gewährleistet sein, dass bei der Erfassung der Ausprägung der Items keine Verwechslung bzgl. der Richtung der Ausprägung erfolgt.

Item	Originalfragen	Umformulierte Fragen
1	Wie stehen Sie zu psychisch erkranktem Personal im Gesundheits- und Sozialwesen? Haben Sie diesbezüglich Bedenken hinsichtlich der Handlungsfähigkeit/Professionalität?	Ich habe Bedenken hinsichtlich Handlungsfähigkeit/Professionalität bei psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen.
2	Denken Sie, Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen?	Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen.
3	Denken Sie, Menschen mit erfolgreich behandelten psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen?	Menschen mit erfolgreich behandelten psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen.
4	Macht für Sie die Art der psychischen Erkrankung bei der Frage nach der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen einen Unterschied ?	Die Art der psychischen Erkrankung macht bei der Frage nach einer Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen einen Unterschied für mich.
5	Denken Sie, die Erfahrung einer psychischen Erkrankung könnte sinnvoll im Zuge einer professionellen Handlungsweise genutzt werden?	Die Erfahrung einer psychischen Erkrankung kann sinnvoll im Zuge einer professionellen Handlungsweise genutzt werden.
6	Denken Sie, dass die Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote für psychisch erkrankte Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen ausreichend vorhanden und anerkannt sind?	Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote für psychisch erkrankte Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sind ausreichend vorhanden und anerkannt.
7	Denken Sie, dass die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen bei Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen ein Tabuthema ist?	Psychische Erkrankungen bei Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen sind ein Tabuthema.

Tabelle 2: Umformulierte Single-Choice Items. Quelle: Eigene Darstellung.

Außerdem wurde die Nummerierung der Items entsprechend angepasst, um in der späteren Auswertung ausschließlich die Single-Choice Items zu berücksichtigen und zu codieren.

Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse der Umfrage für die o.g. Items, sowie die Merkmale Geschlecht, Alter und Bildungsstand in eine Excel-Liste¹ übertragen und entsprechend eines vorher festgelegten Schema codiert (vgl. Tabelle 3).

Codierungsschema Antworten	
Antwortmöglichkeit	Codierung
Definitiv / Ja	4
Eher ja	3
Weiß nicht	0
Eher nein	2
Nein	1

Tabelle 3: Codierungsschema der Antwortmöglichkeiten.
Quelle: Eigene Darstellung.

Grundlage für das Codierungsschema der Antworten war der Gedanke, anhand der Zahl der Ausprägung auch direkt die Stärke der Ausprägung feststellen zu können. Daher wurden sowohl die umformulierten Items als auch die Codierung der Antwortmöglichkeiten darauf ausgelegt, bei höherer Zahl eine höhere Ausprägung (Zustimmung) des Items anzuzeigen.

Die Antwortmöglichkeit „Weiß nicht“ wurde mit „0“ codiert, da hier keine Ausprägung des entsprechenden Items aus der Antwort abgeleitet werden kann.

Nach Abschluss der Codierung aller Items und Antworten wurden zuerst die Mittelwerte der Ausprägungen aller Items gebildet, um grundsätzlich zu eruieren, wie die Meinung aller Umfrageteilnehmer im Durchschnitt ausgefallen ist und um einen allgemeinen Vergleichswert für die Ausprägungen bei spezifischen Merkmalen zu haben.

3.3.2 Auswertung der Ergebnisse

3.2.3.1 Bildungsstand und Meinungsausprägung

Um den Verdacht aus Kapitel 3.2.2 zu überprüfen, der Bildungsstand der Teilnehmer könnte mit der dargebotenen Meinung korrelieren, wurden Mittelwerte für die Merkmalsträger „Akademiker“ und „Nicht Akademiker“ gebildet.

¹ Aufgrund der technischen Gegebenheiten stand für die Auswertung ausschließlich das Programm MS Office Excel zur Verfügung.

Zur Gruppe der Akademiker wurden alle Teilnehmer mit den folgenden Ausprägungen des Merkmals „Bildungsstand“ gezählt: Bachelor, Master, Diplom, Magister, Staatsexamen, Promotion und Habilitation.

n_{Gesamt} 326

$n_{\text{Akademiker}}$ 287

$n_{\text{Nicht Akademiker}}$ 39

Tabelle 4: Stichprobengrößen. Quelle: Eigene Darstellung.

Die Gruppe der Nicht Akademiker setzt sich zusammen aus Teilnehmern mit den Ausprägungen „Kein Abschluss“, „Ausbildungsabschluss“ und „Fachwirt“ (da formal kein akademischer Abschluss).

Für beide Gruppen wurde die jeweilige Ausprägung im Rahmen des arithmetischen Mittels für die Items 1 – 7 (umformuliert) erhoben, um in einem Vergleich auf Hinweise bezüglich möglicher Zusammenhänge zu stoßen.

Bei näherer Betrachtung der Mittelwerte $\mu_{\text{Akademiker}}$ und $\mu_{\text{Nicht Akademiker}}$, sowie Vergleich mit μ_{Gesamt} sind kaum relevante Ausreißer vorhanden. Lediglich aus der Mittelwertdifferenz bei Item 1 lässt sich bei $\Delta = 0.24$ eine Hypothese ableiten.

Ausprägung	Itemnummer						
	1	2	3	4	5	6	7
μ_{Gesamt}	2,22	2,78	3,59	3,22	3	1,35	3,16
$\mu_{\text{Akademiker}}$	2,19	2,79	3,59	3,23	2,96	1,37	3,15
$\mu_{\text{Nicht Akademiker}}$	2,43	2,71	3,53	3,18	3,3	1,23	3,23

Tabelle 5: Ausprägungen Akademiker und Nicht Akademiker (arithmetisches Mittel). Quelle: Eigene Darstellung.

Hypothese 1

$n_{\text{Akademiker}}$ haben weniger Bedenken hinsichtlich Handlungsfähigkeit und Professionalität bei psychisch erkrankten Fachkräften als $n_{\text{Nicht Akademiker}}$.

($H_1: \mu_{\text{Nicht Akademiker}} - \mu_{\text{Akademiker}} > 0$; $H_0: \mu_{\text{Nicht Akademiker}} - \mu_{\text{Akademiker}} \leq 0$)

Um die obige Hypothese zu überprüfen, wurde zuerst ein F-Test zur Prüfung der Voraussetzung für den t-Test (Varianzhomogenität) durchgeführt. Dieser ergab $p = 0.36$ bei einem kritischen Wert von 1.44, sodass von Varianzhomogenität auszugehen ist. Daher wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben unter Annahme von gleicher Varianz angeschlossen.

Dieser zeigt bei einem kritischen Wert von 1.65 einen t-Wert von $t = 1.28$ ($\alpha = 0.05$; $p = 0.02$, einseitig). Demnach ist die Nullhypothese nicht zu verwerfen, es kann kein signifikanter Zusammenhang angenommen werden.

3.2.3.2 Alter und Meinungsausprägung

Die nächste Überlegung war, abzuprüfen, inwiefern ein bestimmtes Alter spezifische Meinungen zum vorliegenden Thema beeinflussen bzw. damit korrelieren.

Daher wurden die Antworten nach Altersspannen gruppiert, sodass für die Merkmale „20-29 Jahre“, „30-39 Jahre“, „40-49 Jahre“ und „50-60 Jahre“ die Mittelwerte der Ausprägungen aller Items erhoben wurde (vgl. Tabelle 7).

n_{Gesamt}	326
n_{20-29}	122
n_{30-39}	127
n_{40-49}	53
n_{50-60}	24

Tabelle 6: Stichprobengrößen.
Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt erschienen die Ausprägungen relativ homogen, Ausreißer waren jedoch bei diesem Durchlauf μ_{20-29} für Item 1, μ_{20-29} für Item 5 und μ_{50-60} für Item 7.

Ausprägung	Itemnummer						
	1	2	3	4	5	6	7
μ_{Gesamt}	2,22	2,78	3,59	3,22	3	1,35	3,16
μ_{20-29}	2,36	2,77	3,68	3,22	2,85	1,25	3,12
μ_{30-39}	2,14	2,81	3,63	3,16	3,12	1,37	3,16
μ_{40-49}	2,13	2,79	3,45	3,34	3,13	1,55	3,17
μ_{50-60}	2,16	2,7	3,2	3,25	2,79	1,41	3,33

Tabelle 7: Ausprägungen nach dem Merkmal "Alter" (arithmetisches Mittel). Quelle: Eigene Darstellung.

Hypothese 2

Bei Item 1 beträgt die Differenz von μ_{20-29} zu den restlichen Merkmalen $\Delta = 0.2$ bis 0.23. Eine hohe Ausprägung könnte bedeuten, dass die Gruppe der 20-29-jährigen eher Bedenken hinsichtlich der Professionalität von psychisch erkrankten Fachkräften haben als ihre älteren Kollegen. Hieraus kann man folgende Hypothese ableiten:

20 – 29-jährige haben größere Bedenken bezüglich der Professionalität von psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen als 40-60-jährige.

($H_1: \mu_{20-29} - \mu_{40-60} > 0$; $H_0: \mu_{20-29} - \mu_{40-60} \leq 0$)

Zur weiteren Überprüfung der Hypothese auf überzufälliges Auftreten der Differenz wurden weitere, statistische Tests durchgeführt.

Die Durchführung des F-Test zeigt keine signifikante Abweichung der Varianzen ($p = 0.221$, kritischer F-Wert 0.715) voneinander, damit ist die grundsätzliche Voraussetzung für den t-Test erfüllt.

Der t-Test selbst zeigt $t = 1.39$ (Kritischer Wert von 1.65 bei $p = 0.08$, $df = 197$ und $\alpha = 0.05$). Somit ist die Nullhypothese nicht zu verwerfen, der Unterschied ist nicht als überzufällig zu bewerten.

Hypothese 3

Eine weitere Überlegung eines Zusammenhangs war, inwiefern die Ausprägung von Item 5 eine Altersabhängigkeit zeigt. Die Mittelwerte von n_{20-29} und n_{30-49} zeigen deutliche Unterschiede ($\Delta = 0.27$ bis $\Delta = 0.28$), dies könnte ein Indiz dafür sein, dass ältere Befragte eher dazu neigen, psychische (Vor-) Erkrankungen als Instrument professioneller Handlungsweise zuzulassen als jüngere Befragte.

Aus dieser Vermutung lässt sich folgende Hypothese ableiten:

30 - 49-jährige glauben eher, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung professionell in der Arbeit genutzt werden kann, als 20 – 29-jährige.

($H_1: \mu_{30-49} - \mu_{20-29} > 0$; $H_0: \mu_{30-49} - \mu_{20-29} \leq 0$)

Die Anwendung des F-Tests zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen bei der Stichproben zeigt keine signifikante Abweichung der Varianzen voneinander bei $p = 0.016$ (Kritischer F-Wert: 1.31).

Demnach sind die Kriterien für die Durchführung eines t-Tests erfüllt.

Dieser ergab für die o.g. Stichproben folgendes Ergebnis. Bei $\alpha = 0.05$, $df = 300$ und $p = 0.02$ beläuft sich der t-Wert auf $t = 1.93$ bei einem kritischen t-Wert von 1.64 (einseitig). Demnach ist die Nullhypothese zu verwerfen, es scheint einen signifikanten Zusammenhang der Variablen zu geben. Weiterhin ergab sich $\delta = 0.22$ (kleine Effektstärke) und eine Korrelation von $r = -.13$ (geringe Korrelation).

3.2.3.3 Zusammenhänge innerhalb der Itemausprägungen

Im nächsten Schritt wollte die Verfasserin untersuchen, ob die Ausprägungen von verschiedenen Items miteinander im Zusammenhang stehen, i.e. ob eine hohe Ausprägung von Item X signifikant damit korreliert, dass Item Y ebenfalls hochgradig ausgeprägt ist (oder sehr gering). Es soll geprüft werden, ob Ausprägungen sich gegenseitig signifikant beeinflussen und die Ausprägung eines bestimmten Items ermöglicht, die Ausprägung eines weiteren Items vorauszusagen.

Hypothese 4

Für das erste Item Paar wird daher folgende Arbeitshypothese aufgestellt:

Personen, die eine hohe Ausprägung von Item 2 zeigen, erreichen auch eine hohe Ausprägung von Item 5.

($H_1: \mu_{\text{Item 2}} - \mu_{\text{Item 5}} = 0$; $H_0: \mu_{\text{Item 2}} - \mu_{\text{Item 5}} \neq 0$)

Da es sich hierbei um abhängige Stichproben handelt, wird hier der t-Test für abhängige Stichproben angewandt. Dieser zeigt einen t-Wert von $t = 2.75$ bei einem kritischen Wert von 1.967 (zweiseitig). Demnach ist die Nullhypothese zu verwerfen, es scheint einen überzufälligen Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der beiden Items zu geben.

Weitergehende Berechnungen zeigen einen Wert von $\delta = 0.05$ (kleine Effektstärke) und $r = .32$ (mittlere Korrelation).

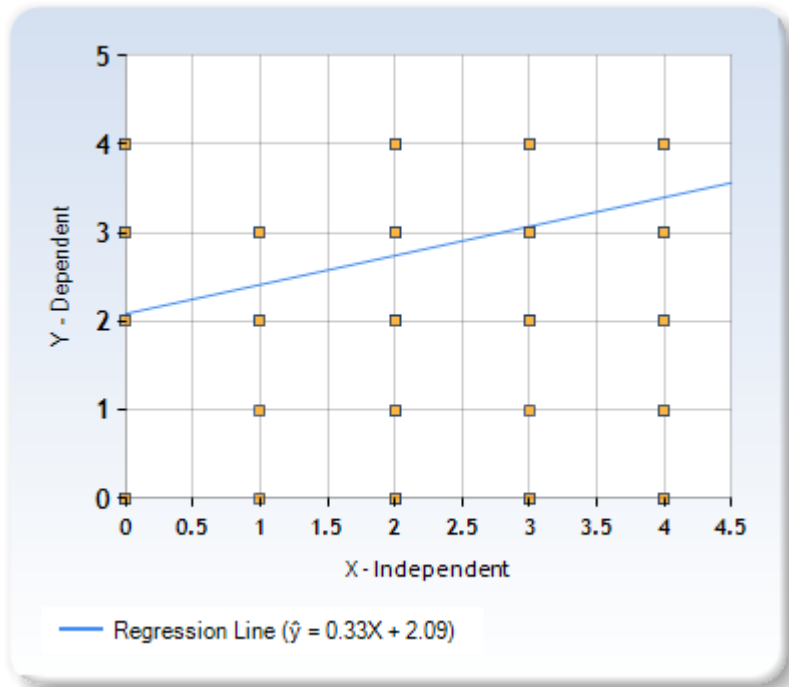


Abbildung 9: Regressionsgraph für Hypothese 3 (Darstellung von <https://www.socscistatistics.com/tests/regression>)

Die lineare Regressionsanalyse zeigt für die Werte x = „Wert aus Item 2“ und y = „Wert aus Item 5“ die Funktion $\hat{y} = 0.33x + 2.09$ zur Vorhersage von durchschnittlichen Ausprägungswerten in Item 5 auf Grundlage der Ausprägungswerte aus Item 2.

Auch grafisch (vgl. Abbildung 9) ist zu erkennen, dass mathematisch im

Durchschnitt ein leichter, linearer Zusammenhang zwischen den Werten aus Item 2 und den Werten aus Item 5 besteht.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Umfrageteilnehmer bei einer hohen Ausprägung von Item 2 auch eher dazu neigen, eine Antwort zu geben, die eine ebenfalls hohe Ausprägung bei Item 5 nach sich zieht, wohingegen niedrige Ausprägungen bei Item 2 auch eher niedrige Ausprägungen bei Item 5 bedingen (positive Steigung).

Hypothese 5

Eine weitere Überlegung wäre es, abzuprüfen, inwiefern eine hohe Ausprägung des Item 1 („Ich habe Bedenken hinsichtlich Handlungsfähigkeit/Professionalität bei psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen.“) mit einer geringen Ausprägung von Item 5 („Die Erfahrung einer psychischen Erkrankung kann sinnvoll im Zuge einer professionellen Handlungsweise genutzt werden.“)

korreliert. Daher wurde erneut eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt (s. Abbildung 10).

Diese zeigt eine Tendenz dahingehend, dass größere Ausprägungen des Wert x („Item 1“) zu geringeren Ausprägungen von Wert y („Item 5“) führen.

Daher wurde im Anschluss ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt.

Dieser zeigt einen t-Wert von $t = 8.01$ bei einem kritischen Wert von 1.96. Die Korrelation ist bei $r = -.134$ niedrig, spiegelt aber die negative Steigung des Graphen wider. Die Effektstärke Cohen's d geht mit $\delta = 0.000065$ aber eher gegen Null.

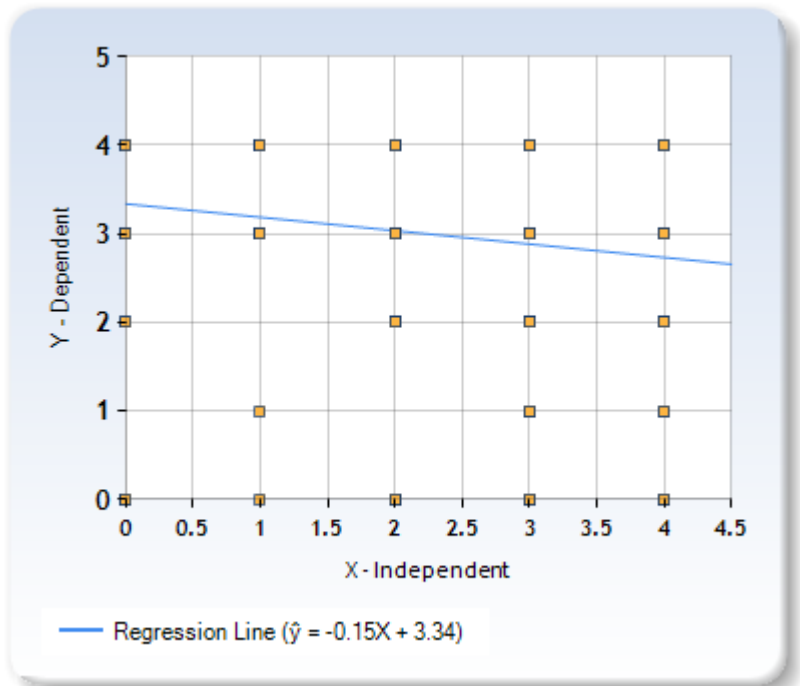


Abbildung 10: Regressionsgraph für Hypothese 4 (Darstellung von <https://www.socscistatistics.com/tests/regression>)

3.3.3 Schlussbemerkung zur Induktiven Auswertung

Tatsächlich wäre eine breiter angelegte Auswertung der Datensätze vermutlich noch viel aufschlussreicher gewesen. Im vorangegangenen Abschnitt konnten nur Stichprobenartig ausgewählte Hypothesen gewählt und überprüft werden. Leider war es aufgrund eingeschränkter Ressourcen nicht möglich, eine breit angelegte Analyse der Daten durchzuführen, um auf etwaige Zusammenhänge zu stoßen.

Der Verfasserin stand zur Auswertung lediglich Excel, sowie diverse, onlinegestützte Auswertungsverfahren über www.socscistatistics.com zur Verfügung. Zugriff auf SPSS oder ähnliche Software bestand nicht, daher war eine breit angelegte Analyse nicht uneingeschränkt möglich.

3.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Nachdem vorab eingehende Auswertungen der Umfrageergebnisse erfolgt sind, soll sich folgendes Unterkapitel mit der Interpretation der Auswertungsergebnisse befassen.

Insgesamt konnte herausgearbeitet werden, dass der Bildungsstand der Umfrageteilnehmer augenscheinlich nicht mit der abgegebenen Meinung zum Forschungsthema korreliert. Insbesondere die Frage danach, ob sich Akademiker und Nicht Akademiker in ihren Bedenken bezüglich psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen unterscheiden, musste verneint werden, da die statistischen Tests einen nicht signifikanten und rein zufälligen Zusammenhang der Ausprägungen mit dem Bildungsstand anzeigten. Dies gilt allerdings nur für die zusammengefassten Gruppen der Akademiker und Nicht Akademiker, möglicherweise wäre es interessant, in einer breiter angelegten Studie noch einmal nach tatsächlichen Bildungsabschlüssen (z.B. Bachelor ODER Master ODER Diplom...) bzw. nach spezifischer Fachrichtung zu differenzieren.

Auch die Frage nach einem Zusammenhang zwischen dem Alter der Umfrageteilnehmer und ihrer Meinung zum Umfragethema wurde im Rahmen von mehreren Hypothesen überprüft.

Hierbei wurde zum einen abgeprüft, ob jüngere Umfrageteilnehmer (zwischen 20 und 29 Jahren) eher Bedenken hinsichtlich der Professionalität von psychisch erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen haben als ihre älteren Kollegen zwischen 40 und 60 Jahren. Diese Hypothese war jedoch nicht haltbar, sodass zumindest hinsichtlich der Bedenken kein Zusammenhang mit dem Alter anzunehmen ist.

Ebenso sollte überprüft werden, ob ältere Kollegen (zwischen 30 und 49 Jahren) eher daran glauben, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung professionell in die tägliche Arbeit eingebunden werden kann als ihre jungen Kollegen (zwischen 20 und 29 Jahren).

Diese Hypothese konnte tatsächlich als bestätigt angesehen werden, die statistischen Tests zeigten, dass es hier tatsächlich einen Zusammenhang zwischen der Altersgruppe und der Meinung zur Verwendung von einschlägigen Vorerfahrungen in der täglichen Arbeit gibt – auch wenn die Effektstärke sehr gering ausgeprägt war.

Dennoch ist dies aufgrund der kleinen Teilnehmeranzahl bisher nur als Indiz zu sehen und es kann nicht klar differenziert werden, ob der ausschlaggebende Faktor hier tatsächlich das Lebensalter ist oder möglicherweise andere Faktoren, die nicht im Rahmen der Umfrage erhoben wurden (z.B. andere Studieninhalte aufgrund der Altersdifferenz, mehr Fortbildungen aufgrund der längeren Berufserfahrung, o.Ä.).

Schlussendlich wollte die Verfasserin dann noch überprüfen, inwiefern die Antworten von verschiedenen Items voneinander abhängig waren, also ob eine Tendenz erkennbar ist, inwieweit bestimmte Antworten einer spezifischen Frage tendenziell voraussagen lassen, wie die Antwort auf eine andere Frage ausfallen wird.

Zuerst wurde daher überprüft, ob Teilnehmer, die eher der Meinung sind, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen sollten auch dazu tendieren, die Nutzung der Erfahrung einer psychischen Erkrankung professionell zu befürworten.

Mithilfe von verschiedenen, statistischen Tests konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse der beiden Items mittelstark miteinander korrelieren. Außerdem zeigte sich, dass die Hypothese vorerst zuzutreffen scheint, wenn auch mit einer geringen Effektstärk. Dennoch erscheint hier die Tendenz, dass Umfrageteilnehmer, die der

Erwerbstätigkeit von psychisch (vor-)erkrankten Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen positiv gegenüber stehen auch eher ressourcenorientiert denken und die Möglichkeit sehen, dass die Erfahrung der psychischen Erkrankung durchaus auch nutzbar gemacht werden kann.

Zuletzt wurde noch überprüft, inwieweit Umfrageteilnehmer mit großen Bedenken hinsichtlich der Handlungsfähigkeit und Professionalität von erkrankten Fachkräften dazu neigen, einer Erkrankung keine Nutzbarkeit im Rahmen professioneller Handlungsweise einzuräumen.

Auch diese Items korrelierten signifikant miteinander (wenn auch mit geringer Effektstärke), sodass die Tendenz erkennbar ist, dass ein negativer, linearer Zusammenhang zwischen den Meinungen besteht.

4. Reflexion und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden sollen sowohl die Durchführung des empirischen Teils, als auch das Forschungsdesign abschließend reflektiert und festgehalten werden, wie es hätte besser gemacht werden können.

Außerdem will die Verfasserin noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassen, mit den Ergebnissen des induktiven Teils zusammenführen und daraus Schlüsse für weitere Forschungen oder Maßnahmen aus diesem Themenbereich geben.

4.1 Reflexion des Umfragedesigns

Rückblickend betrachtet, erscheint das Design der Onlineumfrage nicht sehr geschickt gewählt. Dies ist bedingt dadurch, dass der Verfasserin vorerst nicht klar war, dass eine statistische Auswertung der Daten sinnvoll erscheinen könnte. Daher wurde bei der Erstellung der Umfrage auch nicht darauf geachtet, Items zu entwickeln, die eine statistische Auswertung komplementieren.

So wurden zum Beispiel einige Items nicht trennscharf und definiert genug formuliert, sodass Rückschlüsse auf spezifische Zusammenhänge nur ungenau gezogen werden können.

Ebenfalls fiel der Verfasserin im Verlauf der Erarbeitung der Niederschrift und der Datenanalyse auf, dass es noch Fragemöglichkeiten gegeben hätte, die in der Umfrage gefehlt haben, um Rückschlüsse sicherer zuzulassen. So zum Beispiel die Frage danach, ob die Teilnehmenden selbst von psychischer Erkrankung betroffen sind oder persönliche Kontakte zu einem oder mehreren Betroffenen pflegen. Dieses Item wäre hilfreich gewesen, um zu identifizieren, inwiefern Antworten von einem sogenannten „bias“ betroffen sind, also aufgrund der persönlichen Betroffenheit einer Verzerrung unterliegen und damit die Merkmalsausprägungen beeinflussen.

Ebenfalls ungünstig erscheint der Verfasserin die mangelnde Erhebung von expliziten Daten zum Bildungshintergrund der Umfrageteilnehmer. So war zwar anzugeben, welchen Abschluss die Teilnehmer erreicht hatten, jedoch wurde nicht erhoben, in welcher Fachrichtung dieser Abschluss einzuordnen war. So ist es durchaus möglich, dass die Umfrage von Teilnehmenden absolviert wurde, die fachfremd im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten und aufgrund einer fachfremden Studienrichtung nur wenig bis kein Fachwissen über psychische Erkrankungen aufweisen. Diese Teilnehmer könnten das Ergebnis ebenfalls zu Ungunsten der fachlich versierten Teilnehmer verzerren, ohne, dass eine dezidierte Aufarbeitung dieser Tatsache möglich ist.

Ein weiterer Fehler, der die Umfrageauswertung beeinflusst hat, war die Wahl der Antwortskalen. Im Rahmen der vorliegenden Umfrage sind bei den Single-Choice Items jeweils fünf Antwortmöglichkeiten skaliert. Dies könnte ungünstig sein, da Teilnehmende möglicherweise dazu neigen, die mittlere Antwortkategorie als „Fluchtkategorie“ zu nutzen, insbesondere bei der Betitelung „weiß nicht“, wie in der durchgeführten Umfrage geschehen (Franzen, 2014, pp. 701-711).

Nicht zuletzt zeigte sich, dass die Umfrage nicht unbedingt davon profitiert hat, einen Methodenmix (Single-Choice, Multiple-Choice und Freifelder) zu verwenden. Eine stringent als Single-Choice mit adäquater Antwortskalierung ausgelegte Umfrage hätte vermutlich sowohl die Auswertung als auch die Interpretation und Einordnung der Ergebnisse erleichtert und möglicherweise die Aufgabe eines Pre-Test Designs für weitere Forschungen in diesem Themenfeld erfüllen können.

Dennoch sind die Ergebnisse im Ansatz als erster Aufschlag zur Erschließung des Forschungsgebietes zu verstehen und dafür im explorativen Sinn auch durchaus geeignet, und wenn es nur darum geht, bei anderen Forschern das Interesse daran zu wecken, eine groß angelegte Studie zu diesem Thema durchzuführen.

4.2 Inhaltliches Resümee: Psychische Erkrankungen – Chance oder Risiko?

Nachdem sich das zweite Kapitel mit der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen beschäftigt hat und im Empirischen Teil dann gezeigt wurde, dass durchaus viele Umfrageteilnehmer den Eindruck haben, eine Stigmatisierung liege auch bei Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen vor, soll im folgenden Teil nun genauer beleuchtet werden, ob die Erfahrung einer psychischen Erkrankung mehr Risiko als Nutzen birgt oder ob es nicht doch möglich ist, die Erfahrungen positiv und nutzbar umzudefinieren.

Zu allererst soll hier noch einmal verdeutlicht werden, dass im Rahmen dieser Arbeit das „durchwurschteln“ trotz akuter Erkrankungsphase glorifiziert werden soll. Vielmehr soll die Arbeit im Gesamten dazu beitragen, ein Umdenken anzustoßen, welches als Folge eben jenes „durchwurschteln“ vermindert – durch Abbau von Ängsten vor Stigmatisierung durch Kollegen und die Erkenntnis, nicht vor dem Ruin zu stehen, nur, weil man als Fachkraft im Gesundheits- und Sozialwesen psychisch erkrankt ist.

Akut krank zu sein und trotzdem weiterzuarbeiten birgt durchaus ein sehr großes Risiko. Von der Gefahr, die eigenen Wahrnehmungen auf den Klienten/Patienten zu projizieren, bis hin zu Situationen, in denen Fachkräfte ihre Stellung nutzen, um ihre eigenen, verzerrten Bedürfnisse mithilfe der Patienten/Klienten zu befrieden. So betrachte man zum Beispiel den emotional-instabil erkrankten Psychotherapeuten, der die Patientenbeziehung zur Befeuerung seiner emotional-instabilen Züge nutzt und somit eine für den Patienten dysfunktionale und destruktive Arbeitsbeziehung schafft, die dem sowieso anfälligen Patienten noch mehr schadet. Oder den schwer depressiven Sozialarbeiter, der nicht in der Lage ist, seinen Klienten auf dem Weg aus der Krise zu begleiten oder die Signale des Klienten wahrzunehmen, da er

mit seinem eigenen Grübelzwang so intensiv beschäftigt ist, dass er die zwischenmenschlichen Signale des Klienten schlichtweg übersieht. Wer an Erkältung erkrankt ist, geht zum Arzt. Wer psychisch erkrankt ist, geht... nirgendwo hin?

Es ist wichtig, immer wieder zu betonen, dass man sich Hilfe holen sollte, wenn man psychisch erkrankt ist und merkt, dass man durch die Erkrankung eingeschränkt ist. Man darf sich Hilfe holen, auch, wenn man im Gesundheits- und Sozialwesen arbeitet, wenn man Psychotherapeut ist, Facharzt für Psychiatrie oder Sozialarbeiter.

Denn der erste Schritt, um trotz Erkrankung als Fachkraft im Gesundheits- und Sozialwesen zu verbleiben, ist, sich adäquate Hilfe zu holen und die Probleme und Erkrankung/en zu bearbeiten.

Wichtig ist auch, sich klar zu machen, dass manche Erkrankungen nie vollständig remittieren werden. Dennoch ist es fraglich, ob es eine gute Lösung ist, alle psychisch erkrankten Menschen einer Prohibition der Berufstätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen zu unterwerfen. Prohibition schafft Trotz und dies schafft Nährboden für die vielen, akut erkrankten Fachkräfte, die sich im hier und jetzt nicht trauen, sich Hilfe zu suchen.

Dies zu vermeiden, würde bedeuten, eine liberalere Einstellung gegenüber Psychischen Erkrankungen zu schaffen und genauer zu differenzieren zwischen Menschen, die akut krank oder ohne jegliche Krankheitseinsicht sind und denen, die sich aktiv Hilfe gesucht haben oder aber nach eingehender Behandlung durchaus in der Lage sind, ihre Erkrankung bzw. ihre Symptome differenziert und reflektiert zu betrachten.

Als Hinweis auf die Nutzung von Erfahrungen als Ressource, sei auf die Theorie des Peer Support verwiesen, welche postuliert, dass „[Peer Support] ein System aus

Hilfe leisten und annehmen ist, basierend auf den Schlüsselprinzipien Respekt, gemeinsame Verantwortung und gegenseitiges Verständnis davon, was als hilfreich anzusehen ist. Peer Support basiert nicht auf psychiatrischen Modellen oder diagnostischen Kriterien. Es geht vielmehr darum, die Situation des Anderen zu verstehen, weil man ähnliche Erfahrungen mit emotionalem und psychologischem Schmerz gemacht hat. Wenn Menschen eine Verbindung zueinander finden und das Gefühl haben, dass sie [emotional und psychisch] „gleichartig“ sind, fühlen sie eine Verbindung zueinander.“ (Mead, et al., 2001, freie Übersetzung durch Verfasserin)

„Peer support is a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful. Peer support is not based on psychiatric models and diagnostic criteria. It is about understanding another’s situation empathically through the shared experience of emotional and psychological pain. When people find affiliation with others they feel are “like” them, they feel a connection.“ (Mead, et al., 2001)

Peer Support wird schon lange sehr erfolgreich in diversen Kontexten eingesetzt (u. A. im Selbsthilfegruppenkontext) und es kann durchaus davon ausgegangen werden, dass Peer Support zu positiven Effekten führt.

Wieso also nicht psychisch erkrankten Fachkräften zugestehen, dass sie ebenfalls in der Lage sind, diese positiven Effekte für sich zu nutzen?

Ein Psychotherapeut, Facharzt oder Sozialarbeiter, der selbst eine psychiatrische Krise überwunden und eingehend reflektiert hat, könnte Patienten/Klienten in scheinbar ausweglosen Situationen als positives Rollenmodell dienen.

Das Bild vom psychisch Kranken, der von der Gesellschaft gemieden wird und nichts mehr erreichen kann, würde aufgebrochen werden, ein Teil der erkrankten Menschen könnte neuen Mut schöpfen und neuen Willen finden, die Behandlung positiv zu nutzen. Ein solches Rollenmodell kann durchaus als Perspektive fungieren.

Auch bietet eine durchlebte Erkrankung die Chance, lebensweltorientierter und empathischer mit den Klienten/Patienten arbeiten zu können. Die Fachkraft ist dazu befähigt, nachzuempfinden, was der Klient/Patient durchlebt und vor welchen Hürden er möglicherweise mental steht. Dadurch kann gezielter interveniert und assistiert werden, sodass der Patient/Klient wieder in die Lage versetzt werden kann, die Behandlung zu beginnen oder fortzuführen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass dies nicht bedeuten soll, Fachkräfte ohne psychische Vorerkrankungen seien schlechtere Fachkräfte. Im Gegenteil: es soll auf die breite Vielfalt und Diversität der Menschen und ihrer Erfahrungen hingewiesen werden und daran appelliert werden, jedem Menschen die Chance zu geben, seine Ressourcen nutzen zu können.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Reflektiv betrachtet, gibt es im Bereich des Gesundheitsbewusstseins gerade was psychische Erkrankungen betrifft, noch viel Nachholbedarf. Gerade was professionell ausgebildete Kräfte im Gesundheits- und Sozialwesen betrifft, bedarf es noch viel Aufklärungsarbeit, um die aktuellen Missstände in diesem Bereich zu verbessern.

Nicht nur, dass die allgemeine Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen bekämpft werden muss, vor allem das Image des psychisch kranken Beschäftigten, der dann nicht mehr in der Lage ist, trotz Stabilisierung seiner Arbeit nachzugehen, gilt es aufzulösen.

Durchaus wird es immer Menschen geben, die nach oder aufgrund fortwährender psychischer Erkrankung oder Krise nicht mehr in der Lage sind, ihren Beruf auszuüben. So lange Fachkräfte jedoch trotz Erkrankung fachlich bleiben und sich fähig zeigen, mit ihrer Erkrankung reflektiert umzugehen, sollte die Gesellschaft und vor allem die Kollegen ihnen auch die Chance geben, weiter in ihrem Bereich zu bleiben und ihre Erfahrungen – wenn möglich – sogar als Ressource zu nutzen.

Um jedoch diesen utopisch angefärbten Idealzustand zu erreichen, bedarf es noch viel Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen und damit einhergehend auch nicht zuletzt noch mehr Forschung auf diesem speziellen Gebiet. Die Umfrage, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt und ausgewertet wurde, hat zwar einen ersten Überblick geschafft, allerdings fast noch mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet.

Welche Einflussfaktoren sorgen für eine größere Akzeptanz psychisch erkrankter Fachkräfte? Wieso sind viele erkrankte Profis der Stigmatisierung ihrer Kollegen ausgesetzt, obwohl diese es – als Profis auf dem Gebiet des Sozial- und Gesundheitswesen – doch besser wissen müssten? Könnte hier ein typischer Mechanismus der menschlichen Psyche Einfluss nehmen: Angst?

Angst davor, dass sich die sichere Trennung in „die“ [Erkrankten] und „wir“ [Profis] aufweicht und man sich möglicherweise damit konfrontiert sieht, dass man auch als Profi im Gesundheits- und Sozialwesen nicht gegen psychische Erkrankungen immun ist?

Segregation macht es Menschen leicht, sich mit den Problemen anderer Gruppen nicht befassen zu müssen, es bietet ihnen die Möglichkeit, eventuelle Risikofaktoren und damit einhergehende Ängste, Sorgen und andere unangenehme Gefühle gänzlich auszublenden.

Ist dies möglicherweise einer der Gründe für die starke Abneigung von erkrankten Kollegen im Gesundheits- und Sozialwesen?

Ebenfalls als kritisch anzusehen sind die fehlenden Hilfsangebote speziell für erkrankte Profis – ein Punkt, der durch viele Umfrageteilnehmer als Problem benannt wurde. Als Fachkraft im Gesundheits- und Sozialwesen ist man speziellen Anforderungen und besonderen Arbeitsstrukturen ausgesetzt. Außerdem besitzt man spezifisches Vorwissen, sodass allgemeingültige Hilfsangebote unter Umständen nicht greifen.

Ein Psychotherapeut, der selbst psychisch erkrankt ist, benötigt wohl kaum eine in einfachste Grundlagen zerlegte Psychoedukationseinheit. Hier wäre Psychoedukation auf einem ganz anderen Niveau erforderlich als bei Patienten, die kaum oder kein Vorwissen zu dieser Thematik haben.

Vielmehr müsste hier der Fokus speziell darauf liegen, den erkrankten Psychotherapeuten an die ihm bereits bekannten Konzepte andersartig heranzuführen und seine selbstreflektierenden Kompetenzen zu stärken, um die ihm bereits bekannten Konzepte zu reframe und sich selbst darin wiederzufinden.

Auch der anfänglich in der Arbeit genannten Doppelrolle der erkrankten Profis (Patientenrolle versus Kollegen-/Beraterrolle) müsste bei der Gestaltung von speziellen Hilfsangeboten mehr in den Vordergrund gerückt werden.

Betrachtet man die aktuelle Lage in unserem Gesundheitswesen, wird schnell klar, dass die Hemmschwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, schon für Menschen hoch ist, die nicht in dieser Branche arbeiten.

Viele Therapeuten, Ärzte und Kliniken nehmen ausschließlich Patienten aus dem unmittelbaren Umkreis auf. Sobald man als hilfesuchende Fachkraft aber alleine schon im selben Landkreis wohnt, in dem man auch seiner Beschäftigung nachgeht, kommt es zu Überschneidung und somit einem Konflikt der beiden Rollen, die der Hilfesuchende innehat.

Daraus folgen in der Regel drei Handlungsoptionen und anschließende Szenarien, die im Folgenden beschrieben seien.

A: Die erkrankte Fachkraft begibt sich in die Klinik/zum Arzt/Therapeuten am Wohnort und läuft Gefahr, auf eigene Patienten/Klienten zu treffen. Dies setzt zum einen die hilfesuchende Person immens unter Druck („Hoffentlich treffe ich keinen Klienten/Patienten/Kollegen.“) und konfliktiert andererseits mit der etablierten Arbeitsbeziehung der erkrankten Fachkraft und des Klienten/Patienten, der vielleicht doch getroffen wurde.

Außerdem beeinflusst es die kollegiale Beziehung, falls man etwaige Netzwerkpartner oder Kollegen trifft, während man selbst in der Rolle des Patienten unterwegs ist, die Kollegen aber weiterhin die professionelle Rolle innehaben.

B: Die erkrankte Fachkraft versucht, einen Klinik-/Therapieplatz außerhalb des Wohnortgebietes zu akquirieren und wird tatsächlich genommen (selten). In der Regel folgt dann die in den Anfangskapiteln beschriebene Geheimhaltung der Behandlung. Im schlimmeren Fall wird die erkrankte Fachkraft aber von Klini-

ken/Ärzten/Therapeuten außerhalb des Wohnortgebietes abgewiesen, da die Wartelisten im Gesundheitswesen lang sind und die Therapieplätze knapp. Demzufolge kann die Fachkraft nun auf Handlungsoption A oder C zurückgreifen, welche im Anschluss ebenfalls beschrieben wird.

C: Die erkrankte Fachkraft entscheidet sich nach Abwägen von für und wider und dem Wissen um den Stand des Gesundheitswesens dazu, lieber keine Hilfe in Anspruch zu nehmen und erst einmal „so“ weiterzumachen wie bisher. Oft führt diese Handlungsoption allerdings dazu, dass die Fachkraft sich bei Verschlimmerung der Symptome erneut Gedanken über ihre Handlungsoptionen machen muss. Hat man sich aber oft genug für C entschieden und nicht das Glück, eine Spontanremission ohne jegliche Behandlung zu erleiden, folgt jedoch irgendwann häufig der Zusammenbruch des unter größter Anstrengung aufrechterhaltenen System, was zu einer Akutaufnahme bis hin zur Notwendigkeit der Beruflichen Rehabilitation führen kann.

Nicht nur, dass diese Krise das Gesundheitssystem sehr viel Geld kostet – man bedenke nur die sich häufenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Akutaufnahme, die anschließende medizinische Rehabilitation, sowie die berufliche Rehabilitation, inklusive Kosten für das Erlernen eines neuen Berufes, falls der ursprüngliche Beruf schlicht nicht mehr möglich ist. Auch für die erkrankte Fachkraft selbst hat dieses Szenario psychisch (Verlust des Selbstwert), gesellschaftlich (Verlust der gesellschaftlichen Stellung bei „angesehenen“ Berufen und finanziellen Absicherung durch den bisherigen Verdienst) und sozial (Verlust von Sozialkontakten, die durch die Beschäftigung entstanden sind und sozialer Stellung) immense Nachteile.

Wie sind nun die Inhalte und Ergebnisse dieser Arbeit einzuordnen?

Die Forschungslandschaft zum Thema psychisch kranke Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen steckt noch in den Kinderschuhen. Es bedarf viel mehr und

viel größerer Studien zu diversen Themen, die im Rahmen dieser Arbeit lediglich angerissen werden konnten.

Die psychische Situation von psychisch kranken Fachkräften zu verbessern, bedeutet an vielen Baustellen zu arbeiten. Nicht nur, dass die Anforderungen des Gesundheits- und Sozialwesens, sowie die Hürden für die Inanspruchnahme von therapeutischen und medizinischen Hilfen müssen evaluiert und verbessert werden müssen, auch Einflussfaktoren für die Meinungsbildung (wie auf den vorherigen Seiten aufgezeigt) müssen identifiziert und modifiziert werden. Nicht zuletzt kann dies nur gelingen, wenn Meinungen durch Aufklärung und Fakten verändert werden. Daher wäre auch hier die Notwendigkeit einer Studie zur Professionalität der Arbeit von Fachkräften mit psychischen Vorerkrankungen zu sehen, sowie eine Untersuchung dazu, inwieweit es möglich ist, diese Erfahrungen tatsächlich als Ressource in der täglichen Arbeit zu nutzen.

Das Themengebiet beinhaltet daher durchaus Potential und beweist gleichzeitig eine fortwährende Praxisrelevanz, die nicht ignoriert werden sollte.

Literaturverzeichnis

Braun, M. et al., 2010. *Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists*. [Online]

Available at:

https://www.researchgate.net/publication/292218241_Does_depression_affect_clinical_practice_A_survey_of_women_psychotherapists

[Zugriff am 13.09.2018].

Bundesverwaltungsgericht: Urteil 2 C 16.12 (30.10.2013).

DAK-Gesundheit, 2015. *Psychoreport 2015*. [Online]

Available at: <https://www.dak.de/dak/download/dak-psychoreport-2015-1718180.pdf>

[Zugriff am 26. Oktober 2018].

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. & Rowe, M., 2006. Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), pp. 443 - 450.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018. *Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie*. [Online]

Available at:

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/328e6e8b7b11297a3c719fb27e01ec9abad629aa/Factsheet_Psychiatrie.pdf

[Zugriff am 09.13.2018].

Franzen, A., 2014. Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In: N. Baur & J. Blasius, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, pp. 701-711.

Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G., 2008. *Psychologie*. München: Pearson.

Gilroy, P. J., Murra, J. & Carroll, L., 2008. *Does Depression Affect Clinical Practice? A Survey of Women Psychotherapists*. [Online]

Available at:

https://www.researchgate.net/publication/292218241_Does_depression_affect_clinical_practice_A_survey_of_women_psychotherapists

[Zugriff am 22.08.2018].

Goffman, E., 1963. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. [Online]

Available at: <https://www.freelists.org/archives/sig-dsu/11-2012/pdfKhTzvDli8n.pdf>

[Zugriff am 2018.09.13].

Kleimann, A., 2013. *Wie regelmäßig nehmen Patienten mit bipolarer Störung ihre Medikation?*. [Online]

[Online]

Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs15005-013-0638-9.pdf>

[Zugriff am 13.09.2018].

Knieps, F. & Pfaff, H. Hrsg., 2017. In: *BKK Gesundheitsreport 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, p. 37 ff.

Marston, A. R., 1984. What makes therapists run? A model for analysis of motivational styles. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Band 21(4), pp. 456-459.

Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L., 2001. Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), pp. 134 - 141.

Robert-Koch-Institut (Hrsg), 2008. *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. [Online]

Available at:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/psychauffaelligk.pdf?__blob=publicationFile

[Zugriff am 13.09.2018].

Robert-Koch-Institut (Hrsg), 2014. *Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung*. [Online]

Available at: <http://edoc.rki.de/176904/1894>

[Zugriff am 13.09.2018].

Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A. & Angermeyer, M. C., 2004. Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. Elektronisches Zusatzkapitel.. In: M. Berger, Hrsg. *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie*. München: Elsevier.

Statistisches Bundesamt, 2017. *Gesundheitspersonal 2015*. [Online]

Available at:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile

[Zugriff am 13.09.2018].

Anhang

INHALTSVERZEICHNIS

A. Umfragelayout	i
C. Analysedaten.....	viii
C.a Hypothese 1	viii
C.b Hypothese 2	viii
C.c Hypothese 3.....	ix
C.d Hypothese 4	x
C.e Hypothese 5	x

A. Umfragelayout

Psychisch erkrankte Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen

Seite 1

Liebe/r Teilnehmer/in, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an meiner Umfrage teilzunehmen.
Damit helfen Sie mir sehr bei der Erstellung meiner Masterarbeit!

Die Umfrage richtet sich an Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, bzw. eng verwandten Bereichen.

Worum geht es?

Ich beleuchte die Stellung von psychischen Erkrankungen bei Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen und freue mich sehr, dass Sie mir ebenfalls Ihre Meinung zu dem Thema mitteilen möchten!

Und nun viel Spaß bei der Umfrage!

Seite 2

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? *

Seite 3

Bitte geben Sie Ihr Alter an. *

- ☐ Unter 20
- ☐ 20 - 29 Jahre
- ☐ 30 - 39 Jahre
- ☐ 40 - 49 Jahre
- ☐ 50 - 60 Jahre
- ☐ Über 60

Seite 4

Bitte nennen Sie Ihren höchsten Bildungsstand. *

- ☐ Kein Abschluss
- ☐ Ausbildungsabschluss
- ☐ Fachwirt/Fachfortbildung
- ☐ Diplom
- ☐ Magister
- ☐ Bachelor
- ☐ Master
- ☐ Promotion
- ☐ Habilitation
- ☐ Staatsexamen

Seite 5

In welcher Branche arbeiten Sie? *

- ☐ Öffentlicher Dienst
- ☐ Sozialwesen
- ☐ Gesundheitswesen
- ☐ Sonstiges

Seite 6

In welchem spezifischen Tätigkeitsfeld arbeiten Sie? *

Mehrfachnennungen möglich!

- ☐ Jugendhilfe
- ☐ Altenhilfe
- ☐ Behindertenhilfe
- ☐ Offene Psychiatrie
- ☐ Geschlossene Psychiatrie
- ☐ Sonstiges Kliniksetting
- ☐ Berufliche Bildung
- ☐ Berufliche Rehabilitation
- ☐ Sonstiges:

Seite 7

Welcher Tätigkeitsebene würden Sie sich zuordnen? *

- ☐ Helfer
- ☐ Fachkraft ohne Entscheidungsverantwortung
- ☐ Fachkraft mit mittlerer Entscheidungsverantwortung
- ☐ Fachkraft mit hoher Entscheidungsverantwortung
- ☐ Führungskraft
- ☐ Sonstiges:

Seite 8

**Wie stehen Sie zu psychisch erkranktem Fachpersonal im Gesundheits- und Sozialwesen? Haben Sie dies-
bezüglich Bedenken hinsichtlich der Handlungsfähigkeit/Professionalität? ***

- ☐ Nein
- ☐ Eher weniger
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher mehr
- ☐ Definitiv

Seite 9

Denken Sie, Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen? *

- ☐ Definitiv
- ☐ Eher ja
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher nein
- ☐ Auf keinen Fall

Seite 10

Denken Sie, Menschen mit erfolgreich behandelten psychischen Erkrankungen sollten im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten dürfen? *

- ☐ Definitiv
- ☐ Eher ja
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher nein
- ☐ Auf keinen Fall

Wenn Nein: Bitte begründen Sie!

Seite 11

Macht für Sie die Art der psychischen Erkrankung bei der Frage nach der Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen einen Unterschied? *

Zum Beispiel ein Beschäftigter mit Borderline vs. ein Beschäftigter mit einer Depression.

- ☐ Ja
- ☐ Eher ja
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher nein
- ☐ Nein

Seite 12

Welche Erkrankungen würden Sie - behandelt - bei Fachkräften tolerieren? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- ☐ Depressionen
- ☐ Bipolare Störung
- ☐ Angststörungen
- ☐ Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung ("Borderline")
- ☐ Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung
- ☐ Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- ☐ Andere Persönlichkeitsstörung
- ☐ Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- ☐ Zwangsstörungen
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Keine pauschale Aussage möglich
- ☐ Die Krankheitsbilder sagen mir nichts
- ☐ Keine
- ☐

Sonstiges:

Seite 13

Denken Sie, die Erfahrung einer psychischen Erkrankung könnte sinnvoll im Zuge einer professionellen Handlungsweise genutzt werden? *

- ☐ Ja
- ☐ Eher ja
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher nein
- ☐ Nein

Seite 14

Denken Sie, dass die Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote für psychisch erkrankte Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen ausreichend vorhanden und anerkannt sind? *

- ☐ Ja
- ☐ Eher ja
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher nein
- ☐ Nein

Bitte begründen Sie! *

Welche Hilfsangebote sind Ihnen bekannt?

Seite 15

Denken Sie, dass die Betroffenheit von psychische Erkrankungen bei Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen ein Tabuthema sind? *

- ☐ Ja
- ☐ Eher ja
- ☐ Weiß nicht
- ☐ Eher nein
- ☐ Nein

Seite 16

Was sollte sich Ihrer Meinung nach im Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Fachkräften im Gesundheitsund Sozialwesen ändern? *

Seite 17

Was Sie sonst noch mitteilen möchten:

C. Analysedaten

C.a Hypothese 1

Zwei-Stichproben F-Test

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	2,43589744	2,19860627
Varianz	1,25236167	1,16671134
Beobachtungen	39	287
Freiheitsgrade (df)	38	286
Prüfgröße (F)	1,07341176	
P(F<=f) einseitig	0,36150913	
Kritischer F-Wert bei einseitigem Test	1,4471884	

Zweistichproben t-Test unter der Annahme gleicher Varianzen

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	2,43589744	2,19860627
Varianz	1,25236167	1,16671134
Beobachtungen	39	287
Gepoolte Varianz	1,17675675	
Hypothetische Differenz der Mittelwerte	0	
Freiheitsgrade (df)	324	
t-Statistik	1,28174806	
P(T<=t) einseitig	0,10042375	
Kritischer t-Wert bei einseitigem t-Test	1,64957018	
P(T<=t) zweiseitig	0,2008475	
Kritischer t-Wert bei zweiseitigem t-Test	1,96731277	

C.b Hypothese 2

Zwei-Stichproben F-Test

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	2,36065574	2,14285714
Varianz	1,07546403	1,2556391
Beobachtungen	122	77
Freiheitsgrade (df)	121	76
Prüfgröße (F)	0,85650728	
P(F<=f) einseitig	0,22177419	
Kritischer F-Wert bei einseitigem Test	0,71566982	

Zweistichproben t-Test unter der Annahme gleicher Varianzen

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	2,36065574	2,14285714
Varianz	1,07546403	1,2556391
Beobachtungen	122	77
Gepoolte Varianz	1,14497319	
Hypothetische Differenz der Mittelwerte	0	
Freiheitsgrade (df)	197	
t-Statistik	1,39847966	
P(T<=t) einseitig	0,08177066	
Kritischer t-Wert bei einseitigem t-Test	1,65262522	
P(T<=t) zweiseitig	0,16354132	
Kritischer t-Wert bei zweiseitigem t-Test	1,97207903	

C.c Hypothese 3

Zwei-Stichproben F-Test

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	2,85245902	3,12777778
Varianz	1,77970465	1,25173805
Beobachtungen	122	180
Freiheitsgrade (df)	121	179
Prüfgröße (F)	1,42178681	
P(F<=f) einseitig	0,01616571	
Kritischer F-Wert bei einseitigem Test	1,31058627	

Zweistichproben t-Test unter der Annahme gleicher Varianzen

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	3,12777778	2,85245902
Varianz	1,25173805	1,77970465
Beobachtungen	180	122
Gepoolte Varianz	1,46468458	
Hypothetische Differenz der Mittelwerte	0	
Freiheitsgrade (df)	300	
t-Statistik	1,93988707	
P(T<=t) einseitig	0,02666523	
Kritischer t-Wert bei einseitigem t-Test	1,64994867	
P(T<=t) zweiseitig	0,05333045	
Kritischer t-Wert bei zweiseitigem t-Test	1,96790301	

Standardabweichung 1,118811 1,33405571

Cohen's d = 0.223628

C.d Hypothese 4

Zweistichproben t-Test bei abhängigen Stichproben (Paarvergleichstest)

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	3	2,78527607
Varianz	1,49538462	1,424521
Beobachtungen	326	326
Pearson Korrelation	0,32044193	
Hypothetische Differenz der Mittelwerte	0	
Freiheitsgrade (df)	325	
t-Statistik	2,75208213	
P(T<=t) einseitig	0,0031271	
Kritischer t-Wert bei einseitigem t-Test	1,64955562	
P(T<=t) zweiseitig	0,0062542	
Kritischer t-Wert bei zweiseitigem t-Test	1,96729008	

C.e Hypothese 5

Zweistichproben t-Test bei abhängigen Stichproben (Paarvergleichstest)

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Mittelwert	3	2,22699387
Varianz	1,49538462	1,17908447
Beobachtungen	326	326
Pearson Korrelation	-0,1343989	
Hypothetische Differenz der Mittelwerte	0	
Freiheitsgrade (df)	325	
t-Statistik	8,0162394	
P(T<=t) einseitig	9,9168E-15	
Kritischer t-Wert bei einseitigem t-Test	1,64955562	
P(T<=t) zweiseitig	1,9834E-14	
Kritischer t-Wert bei zweiseitigem t-Test	1,96729008	