Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit = Revue suisse de travail social

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit

Band: - (2015)

Heft: 18

Artikel: Psychische Arbeitsbelastungen und betriebliches Gesundheitsmanagement : Handlungsbedarf in der Sozialen Arbeit

Autor: Paulus, Stefan

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-832452

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Berichte aus Forschung und Praxis / Notes de recherches et de la pratique

Stefan Paulus

Psychische Arbeitsbelastungen und betriebliches Gesundheitsmanagement. Handlungsbedarf in der Sozialen Arbeit

Zusammenfassung

Einerseits beschäftigt sich dieser Beitrag mit der steigenden Anzahl psychischer Erkrankungen in Verbindung mit Belastungs- und Beanspruchungssituationen in der Arbeitswelt. Andererseits werden Schnittstellen einer betrieblichen Sozialen Arbeit in Form des betrieblichen Gesundheitsmanagements, unter besonderer Berücksichtigung des EAP (Employee Assistance Programm), aufgezeigt. Anhand von aktuellen Studien und Untersuchungen belegt dieser Beitrag die Entgrenzungen zwischen Erwerbsarbeit und Freizeit, den damit verbundenen Arbeitsstress und Leidensdruck von ArbeitnehmerInnen und somit den Handlungsbedarf einer betrieblichen Sozialen Arbeit.

1 Einleitung

Wettbewerbsdruck, Email-Konten mit Bergen unbearbeiteter Mails, schlechte Stimmung in Belegschaften, die Spaltung von Teams bis hin zur offenen Feindseligkeit, steigende Kosten und sinkende Leistungsfähigkeit von Unternehmen oder überforderte Führungskräfte sind ebenso Ausdruck von psychischen Arbeitsbelastungen wie die alarmierende Zunahme von Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt. Die WHO prognostiziert bis zum Jahr 2020 einen so starken Anstieg von psychischen Erkrankungen, dass diese dann neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen am häufigsten diagnostiziert würden. In der Schweiz verursachen die

Kosten von psychischen Erkrankungen nach konservativen Schätzungen jetzt schon etwa 1.2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, das heisst in etwa 4 000 000 000 Schweizer Franken (vgl. SECO Stressstudie 2010).

Generell sollten diese Aufzählungen Anlass genug sein, um die gesundheitlichen Aspekte der Erwerbsarbeit bzw. die gesundheitsschädlichen Wirkungen einer übermässigen Arbeitsbelastung in den Fokus zu rücken. Allerdings benennen diverse Studien – auf die im Folgenden noch genauer eingegangen wird –, dass den gesundheitsschädlichen Wirkungen von Erwerbsarbeit nur in einem unzureichenden Masse begegnet wird. Dies hat einerseits Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit und die betriebliche Handlungsfähigkeit. Andererseits zeigen diese Studien auch Möglichkeiten eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements auf, welche das Gesundheitsvermögen fördern und neben der Behandlung arbeitsbedingter Erkrankungen auch vielfältige Gesundheitspräventionsangebote beinhalten.

Im Hinblick darauf, dass das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), als Kompetenzzentrum des Bundes für alle Kernfragen der Wirtschaftspolitik, von 2014 bis 2018 einen Vollzugsschwerpunkt der eidgenössischen Arbeitsinspektion zum Thema «Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz» umsetzt, lässt sich auch die Relevanz erkennen, welche das Thema Gesundheitsprävention als Handlungsbedarf in der Sozialen Arbeit einnimmt bzw. noch einnehmen wird. Auch dadurch, dass für jüngere ArbeitnehmerInnen die Wahl des Arbeitgebers immer stärker unter den Gesichtspunkten der Ressourcen «Zeit und Gesundheit» sowie «Sinnhaftigkeit der Arbeit» erscheint, lässt sich die Relevanz des Themas erkennen. Das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) bescheinigt in ihrer Studie zum Arbeitskräftemangel 2010–2030, dass gesundheitsorientierte und familienfreundliche Unternehmen die besseren Chancen im Wettbewerb um Fachkräfte haben als Unternehmen, welche weniger altersgerechte Arbeitsbedingungen, Vaterschaftsurlaub, Teilzeitstellen, Betreuungseinrichtungen für Kinder, die Pflicht zur Weiterbildung oder gesundheitspräventive Massnahmen anbieten (vgl. Gardiol 2011).

Im Folgenden beschäftigt sich der Artikel mit diesen Ansprüchen sowie Anforderungen an eine betriebliche Soziale Arbeit, indem derzeitige Faktoren von psychischen Arbeitsbelastungen kritisch reflektiert werden, um daraus Schnittstellen und Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Sozialen Arbeit aufzuzeigen. Daher wird zuerst auf Aspekte psychischer Arbeitsbelastungen, inklusive der Belastungsfaktoren von Erwerbsarbeit (Kap. 2.1) und den Auswirkungen dieser Belastungsfaktoren auf die indi-

viduelle Gesundheit mit einem besonderen Fokus auf Burnout-Syndrome eingegangen (Kap. 2.2), um anschliessend unternehmerische Strategien gegen psychische Arbeitsbelastungen vorzustellen (Kap. 2.3). In diesem Zusammenhang wird im Anschluss der zuvor beschriebene Handlungsbedarf zur Minimierung von Arbeitsbelastungen mit Modellen und Methoden der betrieblichen Sozialen Arbeit reflektiert (Kap. 3) und bewertet (Kap. 4).

Abschliessend lässt sich festhalten, dass dieser Artikel den Thesen folgt, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Erwerbsarbeitsbedingungen keine gesellschaftlichen Randphänomene darstellen und dass psychische Erkrankungen durch Arbeitsbeanspruchungen keine medizinischen Sonderfälle sind, sondern integrale Bestandteile postmoderner Arbeitsstrukturen (vgl. Bröckling 2014, S. 197; Hillert/Marwitz 2006). Galt es in der Industrialisierung des 20. Jahrhunderts, die körperliche Unversehrtheit der LohnarbeiterInnen durch Arbeitsschutzmassnahmen zu gewährleisten, gilt es sicherlich als eine der grössten Herausforderungen im Hightech-Kapitalismus des 21. Jahrhunderts, die psychische Gesundheit von Angestellten zu erhalten (vgl. Voss/Weiss 2013). Für Fachkräfte der Sozialen Arbeit besteht die Aufgabe darin, im Spannungsfeld von Arbeitnehmer- und ArbeitgeberInneninteressen eine allparteiliche und beratende Rolle einzunehmen mit dem Ziel, auf problematische Prozesse und Strukturen hinzuweisen, Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten sowie auf das physische und psychische Wohlbefinden von MitarbeiterInnen hinzuweisen.

2 Aspekte psychischer Arbeitsbelastungen

In Untersuchungen und Studien zu psychischen Arbeitsbelastungen wird das Spannungs- und Konfliktverhältnis zwischen Gefährdung des Arbeitsvermögens und Humanisierung des Arbeitslebens beachtet. Nicht allein der Erhalt des Arbeitsvermögens, sondern auch dessen Entwicklung und Entfaltung im Arbeitsprozess und die Befriedigung von Bedürfnissen in der Erwerbsarbeit werden in Studien zu psychischen Arbeitsbelastungen untersucht. Problematisch an der Erforschung von Belastungen ist einerseits, dass die Arbeitssoziologie keinen Rahmen entwickelt hat, um unterschiedliche Perspektiven der Analyse von Belastungen systematisch zu bestimmen (vgl. Böhle 2010, S. 451). Andererseits wird aus arbeitspsychologischer Sicht problematisiert, dass sich arbeitswissenschaftliche Belastungskonzepte auf konkrete Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen konzentrieren und dass hierbei das Arbeitsvermögen lediglich unter dem Aspekt der *messbaren* Funktionsminderung und den *evident* krankmachenden Arbeitssituationen erfasst wird. Hierbei werden die betrieblichen

und gesellschaftlichen Bedingungen der Arbeit sowie die Empfindungen bzw. die psychischen Belastungen der ArbeitnehmerInnen vernachlässigt (vgl. Maschewsky 1983, S. 124). Im Folgenden werden daher Aspekte von Arbeitsbelastungen interdisziplinär dargestellt und dabei wird schematisch auf psychische Belastungsschwerpunkte mit Hinblick auf subjektive Wahrnehmungen und Folgen einer übermässigen psychischen Arbeitsbeanspruchung fokussiert.

2.1 *Belastungsfaktoren*

Im Kontext von Belastungsfaktoren hat das wissenschaftliche Institut der AOK, anhand der Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung mit über 20 000 Beschäftigten, Kriterien einer Belastungsskala erstellt. Das heisst, für 36.6 Prozent der Beschäftigten entstehen Belastungen durch *Arbeitsmenge, Arbeitstempo* (36.1 Prozent), *Fehler* (33.7 Prozent) sowie *ständige Aufmerksamkeit* (33.3 Prozent). Jeder fünfte Befragte fühlte sich durch die *Eintönigkeit der Arbeit* belastet (vgl. Redmann/Rehbein 2000).

Um den subjektiven Faktor von Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zu verdeutlichen, wurden bei einer EU-harmonisierten Arbeitskräfteerhebung von 2007 rund 80 000 Personen zu ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz befragt. Hierbei wurde festgestellt, dass sich besonders die Art der ausgeübten Tätigkeit wesentlich auf den Gesundheitszustand ausübt und dass psychische Belastungen im Arbeitsalltag eine grössere Rolle spielen als körperliche. Jeder achte Erwerbstätige gab an, bei der Arbeit psychischen Belastungen ausgesetzt zu sein, die sich negativ auf das Wohlbefinden und damit auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die dominierenden Faktoren sind hierbei der *Zeitdruck* und die *Arbeitsüberlastung*. Rund jeder neunte Erwerbstätige fühlte sich körperlich belastet (vgl. Destatis 2009). Empirische und theoretische Erkenntnisse aus weiteren arbeitswissenschaftlichen Untersuchen zu Arbeitsbelastung/-beanspruchung decken sich insofern mit diesen Ergebnissen und legen nahe, dass die Ursachen für starke Arbeitsbelastungen/-beanspruchungen durch die *Rahmenbedingungen der Arbeitsweise* wesentlich beeinflusst werden (vgl. Fergen/Kurzer 2005, S. 3). So belegen die Kerndaten der Repräsentativumfrage des Index «Gute Arbeit» des Deutschen Gewerkschaftsbundes (2011) unter Berücksichtigung der Angaben von 6 083 abhängig Beschäftigten in Deutschland:

- Dass 63 Prozent der Beschäftigten die Erfahrung machen, dass sie seit Jahren immer mehr in der gleichen Zeit leisten müssen.

- Dass es 34 Prozent der Beschäftigten schwer fällt, nach der Arbeit abzuschalten.
- Dass 49 Prozent der Beschäftigten innerhalb eines Jahres wiederholt auch dann zur Arbeit gegangen sind, wenn sie sich «richtig krank fühlten».
- Dass deutschlandweit sich jeder zweite Beschäftigte bei der Arbeit sehr häufig oder oft gehetzt fühlt (vgl. DGB-Index 2011, S. 2 ff.).

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 geht hervor, dass sich 4 Prozent der Schweizer Bevölkerung stark und rund 13 Prozent mittel psychisch belastet fühlen, «das bedeutet, dass bei etwa jeder sechsten Person das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht (sehr) wahrscheinlich ist» (Bundesamt für Statistik 2012, S. 3). Bei der jüngsten Umfrage des Internationalen Arbeitsamtes (IAA) von 2000 – die in 15 Mitgliedstaaten und bei einer repräsentativen Auswahl von 21 500 Erwerbstätigen durchgeführt wurde – gaben 56 Prozent an, dass der *Arbeitsrhythmus* während des grössten Teils der Arbeitszeit zu hoch sei. 60 Prozent sagten, sie müssten strikte und enge *Termine* einhalten. 1990 lagen die Zahlen noch bei 47 Prozent bzw. 49 Prozent (vgl. Ramaciotti/Perriard 2003, S. 2 ff.).

Wie aus der repräsentativen Stressstudie des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) von 2010 hervorgeht, fühlt sich ein Viertel der Schweizer Erwerbsbevölkerung emotional erschöpft und 34 Prozent der Erwerbstätigen fühlen sich chronisch gestresst. Auf die Frage «Wie sehr fühlen Sie sich imstande Ihren Stress zu bewältigen?» geben 7 Prozent der Erwerbstätigen an, sich schlecht oder eher nicht imstande zu fühlen, ihren *Stress* zu bewältigen. 10 Jahre zuvor fühlten sich 31 Prozent völlig imstande, 2010 nur noch 20 Prozent (vgl. SECO 2010, S. 28). Folgende Stressoren werden von MitarbeiterInnen hierbei am häufigsten genannt: *Multitasking, Zeitdruck, unklare Anweisungen von Vorgesetzten, Erwerbsarbeit während der Freizeit.* D.h., 17 Prozent arbeiten regelmässig in der Freizeit, 13 Prozent erhalten häufig oder sehr häufig unklare Anweisungen von Vorgesetzten. Auf die Frage «Wie häufig müssen Sie Ihre Arbeit wegen einer anderen unvorhergesehenen Aufgabe unterbrechen?» antworten 48 Prozent, dass sie ihre Erwerbsarbeit sehr häufig oder häufig und 27 Prozent ziemlich häufig unterbrechen müssen. Damit sind *Arbeitsunterbrechungen* der am häufigsten genannte Belastungsfaktor. Das Ausmass an Stress durch Zeitdruck wird deutlich, indem 40 Prozent der Erwerbstätigen angeben, dass sie 3/4 bis die ganze Erwerbsarbeitszeit unter *Termindruck* arbeiten müssen (vgl. SECO 2010, S. 107). Die Gesundheitsbefragung in der Schweiz von 2007 ergab ähnliche Ergebnisse. 41 Prozent der Erwerbstätigen geben an, ihren Beruf als psy-

chisch und nervlich belastend zu empfinden. Die häufigsten psychosozialen Risiken sind *Stress* (62%), *Spannungen am Arbeitsplatz* (36%) und *Nervosität* (33%) (vgl. SECO 2009).

Das heisst zusammenfassend, dass psychische Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit subjektiv empfundenem *Stress* und *Überforderungen* stehen, welche auf die Belastungsfaktoren Arbeitstempo und Zeitdruck bzw. Intensivierung und Extensivierung der Erwerbsarbeit zurückzuführen sind.

2.2 *Auswirkungen von psychischen Arbeitsbelastungen*

Laut WHO verursachen stressbedingte Morbiditäts- und Mortalitätsmuster gegenwärtig 15 Prozent der Gesundheitskosten in der Europäischen Union. Die WHO prognostiziert bis zum Jahr 2020 eine so starke Zunahme von psychischen Erkrankungen (zu denen allerdings auch Krankheitsbilder gezählt werden, welche nicht durch arbeitsbedingten Stress hervorgerufen werden), dass diese Erkrankungen nach Herz-Kreislauf-Leiden zu den zweithäufigsten weltweit werden (vgl. WHO 2006, S. 5 f.).

Die Auswirkungen von psychischen Arbeitsbelastungen in Form von *erwerbsarbeitsbedingten Ausfällen* und die damit entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich in der Schweiz, laut Untersuchungen des IAA, vorsichtig geschätzt auf 2 bis 4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die SECO Stressstudie schätzt die Behandlungskosten und die Kosten wegen Produktionsausfällen aufgrund von Stress-Symptomen auf mehr als 4 Milliarden Franken (1.2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts). Das sind Kosten bis zu 4 300 Franken pro Jahr und Person. Im KMU Magazin von 2009 wird sogar von 18 Milliarden Franken und 4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts gesprochen (vgl. Josuran et al. 2009, S. 48 ff.). Generell lässt sich bei den Auswirkungen nach Branche und Diagnose unterscheiden.

Die Auswertung der Krankheitsdaten der deutschen Krankenkassen von 2013 ergibt folgende krankheitsbedingte Staffelung von Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft (eine vergleichende Auswertung für die Schweiz liegt m. E. nicht vor): In den Branchen Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau lag der Krankenstand am höchsten. Ebenfalls hohe Krankenstände verzeichneten öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung, Verkehr und Transport sowie das verarbeitende Gewerbe. Der niedrigste Krankenstand ist in der Branche Banken und Versicherungen zu finden. Die häufigste Einzeldiagnose, die im Jahr 2013 zu Arbeitsunfähigkeit führte, waren akute Infektionen der oberen Atemwege. Die zweithäu-

figste Diagnose sind Rückenschmerzen sowie weitere Krankheitsbilder aus dem Bereich der Muskel- und Skeletterkrankungen. Neben diesen Erkrankungen sind auch psychische Erkrankungen unter den häufigsten Einzeldiagnosen anzutreffen. Zunehmend werden in diesem Zusammenhang Krankheiten eingeordnet, welche in der ICD-10-Klassifikation unter der Diagnosegruppe Z73 auftauchen. D.h., «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung» und «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen». Der Diagnoseschlüssel, der erstmals seit 2013 in der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) der WHO angewandt wird, erfasst Probleme, welche durch Stress, körperliche oder psychische Belastung, Mangel an Entspannung oder Freizeit, soziale Rollenkonflikte, unzulängliche soziale Fähigkeiten, welche anderenorts nicht klassifiziert werden können, ausgelöst werden (vgl. ICD-10: Z73.0). Im allgemeinen Sprachgebrauch werden diese Erkrankungen als *Burnout* bezeichnet (vgl. Meyer et al. 2014, S. 323 ff., 368).

Burnout bedeutet einen Zustand der totalen Erschöpfung in Verbindung mit spezifischen arbeitsbezogenen Stresssyndromen, der durch eine dauerhafte starke emotionale Beanspruchung verursacht wird (vgl. Schaufeli/Enzmann 1998). Das heisst, psychische Arbeitsbelastungen drücken sich in zunehmendem Masse in Stresssyndromen aus, welche zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Die neuste Studie zum Schweizer Job-Stress-Index 2014 belegt diese Zunahme, indem 24.8 Prozent der Erwerbstätigen an ihrem Arbeitsplatz verhältnismässig mehr Belastungen als Ressourcen haben. D.h., die *Erschöpfungsrate* von 2014 besagt, dass mehr als eine Million Menschen in der Schweiz ziemlich oder stark erschöpft sind (vgl. Igic et al. 2014).

Allerdings wird ein Burnout nicht als eigenständige Krankheit klassifiziert. Dies bedeutet für die Betroffenen, dass Burnout eine Rahmendiagnose ist, die nicht durch Krankenkassen unterstützt behandelt wird. Daher beschreibt die Arbeitspsychologin Antje Ducki Burnout auch als «Übergangssyndrom» (vgl. Ducki 2014), das zu Folgekrankheiten wie Medikamentenabhängigkeit, Hypertonie oder Depression führen kann, welche erst eine Behandlungsdiagnose zulassen. Benannt und klassifiziert wurde dieser Zustand der völligen Erschöpfung erstmals von den amerikanischen Psychologen Christina Maslach und Herbert Freudenberger. Freudenberger griff den Begriff «Burnout» im Kontext von Untersuchungen zu Arbeitsstress auf, um sein subjektives Erleben in Bezug auf seine eigenen psychischen und physischen Leiden durch Arbeitsstress zu erklären. In

daran anschliessenden Untersuchungen mit Dienstleistern hat er symptomatische Verhaltensmuster bzw. Bewältigungsstrategien im Umgang mit Arbeitsstress klassifizieren können (vgl. Freudenberger 1974, 1975, 1977). Im Wesentlichen beschreiben diese Klassifizierungen eine Reihe typischer Symptome wie Erschöpfung, Reizbarkeit und Zynismus (vgl. Freudenberger 1974, S. 159 ff.). Als Maslach fast zeitgleich Interviews mit Angestellten in sozialen Berufen (Krankenhauspersonal, SozialarbeiterInnen, PsychiaterInnen) durchführte, konnte auch sie ein charakteristisches Vorliegen bestimmter Krankheitszeichen in Bezug auf das Scheitern im Umgang mit Arbeitsstress entdecken (vgl. Maslach 1976, 1978): Im Wesentlichen erkannte sie ein dreistufiges Phasenmodell, das die Angestellten durchlaufen. Das erste Kernsymptom, *die emotionale Erschöpfung*, entwickelt sich durch emotionale Belastungen, welche die Angestellten in ihren Beziehungen zu den Patienten/Klienten erfahren und der damit verbundenen Asymmetrie in der Beziehung, den ausbleibenden Erfolgserlebnissen oder Undank. Eine Schutz- und Abwehrreaktion bzw. eine Bewältigungsstrategie darauf sind negative Wahrnehmungen und Gefühle gegenüber den Patienten/Klienten sowie deren Abwertung. Damit wird das zweite Kernsymptom benannt, eine *ethische Erschöpfung*. Schreitet dieser Umgang mit den beruflichen Anforderungen fort, beschreiben die Interviewten, dass sie ihre berufliche Kompetenz in Frage stellen, Gefühle der inneren Leere oder der Sinnlosigkeit entstehen, woraus Maslach das dritte Kernsymptom ableitet, die *physische Erschöpfung* einhergehend mit sinkender Arbeitsleistung, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit und Motivationsverlust sowie starken Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit bis hin zu starken Depressionen oder Selbstmordgedanken (vgl. auch Steinicke 2008, S. 5).

In den nun 30 Jahren Burnout-Forschung sind über 50 verschiedene Definitionen von Burnout entstanden und es wurden mehr als 130 verschiedene psychische und physische Symptome beschrieben (vgl. Burisch 2006). Aufgrund der vielschichtigen Symptomvarianten lässt sich kritisch sagen, dass keines der genannten Symptome burnoutspezifisch ist und demnach die Rahmendiagnostik vage bleibt, weil es zu Überschneidungen mit anderen Messgrössen wie *Arbeitsunzufriedenheit* oder *Psychotizismus* kommen kann. Auch lässt sich nicht punktgenau diagnostizieren, ab wann sich der Übergang von einer Arbeitsbelastung durch eine dauernde Überlastung zum Burnout vollzieht oder warum manche ArbeitnehmerInnen resilienter reagieren – also die Fähigkeit haben, Krisen aufgrund von persönlichen und sozial vermittelten Ressourcen zu meistern – als andere. Das heisst, dass das Burnout-Syndrom keinen klar erfassbaren Ablauf

einer Krankheit beschreibt, sondern einerseits ähnliche Krankheitsprozesse in vergleichbaren Fällen und anderseits eine *Bewältigungsstrategie im Umgang mit Stressoren.* Schaufeli/Enzmann beurteilen aufgrund ihrer Analyse von Burnout-Untersuchungen die Burnout-Forschung so: «Im Verhältnis zum gewaltigen Umfang der empirischen Studien (mehr als 500!) ist unser Erkenntnisstand über Ursachen und Folgen von Burnout und über die zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen ziemlich dürftig» (Schaufeli/Enzmann 1998, S. 190 zitiert nach Burisch 2006, S. 226). Gründe sehen die Autoren darin, dass die statistischen Modelle zu einfach sind, um dem vielschichtigen Phänomen Burnout gerecht zu werden. Als wissenschaftlich problematisch sehen sie auch die *individuelle Pathologisierung* und Typisierung der Charaktereigenschaften von Betroffenen, die ein durchgängig negatives Bild von «Burnout-Patienten» erzeugen und dadurch Betroffene stigmatisieren. Letztlich müsste ein Umdenken in der Erforschung und Behandlung stattfinden, indem Burnout-Symptome als Coping bzw. als Bewältigungsstrategien – wenn auch im Scheitern begriffene – sowie als Schutz- und Abwehrreaktionen verstanden werden. Ein wesentlicher Punkt ist auch, statt auf die individuellen Symptome zu fokussieren, den sozialen Bedingungen und Entwicklungen in Betrieben nachzugehen. Gerade hier zeigen sich jedoch die stärksten Wechselbeziehungen und auch der höchste Nachholbedarf in der Erfassung und Behandlung von psychischen Arbeitsbelastungen: die *Extensivierung und Intensivierung der Arbeitsbeanspruchungen* in Unternehmen (vgl. Rösing 2003, Steingen 2013, S. 278) und die damit einhergehenden Ansatzpunkte einer betrieblichen Sozialen Arbeit.

Wie die bisherigen Statistiken und Untersuchungen zeigen, sind gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Erwerbsarbeitsbedingungen keine gesellschaftlichen Randphänomene. Gründe für die Extensivierung und Intensivierung der Arbeitsbeanspruchungen in Unternehmen sehen die Arbeitssoziologen G. Günther Voss und Hans J. Pongratz in den derzeitigen wirtschaftlichen Bedingungen, mit denen Unternehmen und Belegschaften konfrontiert sind und in deren Zusammenhang sich *Zeitstrukturen* verändern und somit Erwerbsarbeit ohne feste Arbeitszeit, individuell zu gestaltende Zeitkorridore, Wochenendarbeit oder Arbeit auf Abruf entsteht. D.h., Modelle zur Flexibilisierung des Arbeitsortes wie Telearbeit, Home-Offices, mobile Büro-Einheiten und die Mobil- und Aussendienstarbeit oder virtuelle Unternehmensstrukturen lösen die Bindungen an feste Arbeitsstrukturen auf. Die Erbringung der Arbeitsleistung bleibt im Wesentlichen der Selbst-Kontrolle und Selbst-Ökonomisierung der Lohn-

abhängigen überlassen (vgl. Voss 1998, S. 479; Voss/Pongratz 1998, S. 131 ff.). Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, geht diese Art der Arbeitsorganisation mit den wesentlichen Belastungsfaktoren von Multitasking, Arbeitsunterbrechungen, Zeitdruck und Erwerbsarbeit während der Freizeit einher (vgl. auch SECO 2010, S. 22). D.h. wiederum, es existiert ein Widerspruch zwischen den neoliberalen Unternehmenskonzepten von Flexibilisierung und «Just-in-Time» und dem Wunsch bzw. dem Bedürfnis von Erwerbstätigen, in Ruhe und unterbrechungsfrei Arbeiten zu erledigen.

Wie aus den bisherigen Forschungsergebnissen deutlich wurde, liegt die Verantwortung für erwerbsbedingte Ausfallzeiten nicht bei den Betroffenen, auch wenn diese ihr Scheitern nicht in den äusseren Bedingungen sehen, sondern oftmals in der eigenen Unzulänglichkeit (vgl. Paulus 2012, S. 315–370). Katalysatoren von psychischen Arbeitsbelastungen sind vielmehr in den Unternehmenskulturen und in den unternehmerischen Wirtschaftsstrategien zu finden: Die Zerlegung und Technisierung von Produktionsprozessen in viele kleine Einzelverrichtungen, sodass die Arbeitstätigkeit nicht mehr als sinnhaft empfunden wird oder im Produktionsprozess nur das zählt, was ein Produkt oder eine Dienstleistung kostet und nicht, wie sie verrichtet wird:

Gesellschaftsanalytisch lässt sich diese Entwicklung auch so interpretieren, dass das, was Marx im 19. Jahrhundert «Verelendung» nannte (und was man einer längst vergangenen Epoche glaubt zuschreiben zu können), nun erneut am Horizont der Geschichte auftaucht – dieses Mal allerdings nicht länger als sozioökonomisches Elend mit im engeren Sinne körperlichen Auswirkungen, die in erster Line die Angehörigen einer Unterschicht betreffen (ein Problem das natürlich nach wie vor existiert), sondern als psychosoziale Verelendung grosser gesellschaftlicher Gruppen vor allem in der sogenannten «Mitte» und sogar im oberen Segment des Statusgefüges. (Voss/Weis 2013, S. 48 f.)

Zusammenfassend lässt sich Schlussfolgern: Wenn bei Unternehmen gesundheitliche Ausfälle von Beschäftigten infolge von Stresssymptomen auftreten, sind oftmals Schädigungen für das Unternehmen da, die kurzfristig nicht behoben werden können. Es ist mit langen Fehlzeiten zu rechnen und diese fallen bei kleinen und mittelständischen Unternehmen stärker ins Gewicht als bei grösseren Konzernen, welche die anfallenden Arbeiten möglicherweise auf mehrere Schultern verteilen können. Damit werden die Arbeitsbelastungen für die verbleibenden arbeitsfähigen Mitar-

beiterInnen erhöht. Zugespitzt lässt sich dieser Verelendungskreislauf auf folgende Formeln bringen:

› Kurzfristige Profitmaximierung = erhöhte Arbeitsbelastungen = mehr Fehlzeiten = höhere Lohnnebenkosten = Minimierung der Wettbewerbsfähigkeit

Im Folgenden soll daher auf unternehmerische Strategien in Bezug auf die Minimierung der Arbeitsbelastungen und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen eingegangen werden.

2.3 *Unternehmerische Strategien gegen übermässige Arbeitsbeanspruchungen*

Die Ergebnisse der aktuellen INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) Befragung zum Thema «Was ist gute Arbeit und welche Arbeitsbedingungen und Aspekte sind massgeblich für gute Arbeit und fördern psychisches Wohlbefinden und erhalten die Mitarbeiter gesund?» beschreiben Schnittpunkte und Möglichkeiten von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen. Bei dieser Befragung mit 5 400 Erwerbstätigen stellt sich an erster Stelle heraus, dass für 92 Prozent der Erwerbstätigen ein sicherer Arbeitsplatz am wichtigsten ist, welcher die *Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Gesundheit* und *Bildung* ermöglicht. 85 Prozent betonen, dass sie in ihrer Erwerbsarbeit einen *Sinn* sehen bzw. etwas Sinnhaftes machen wollen. 84 Prozent wollen respektvoll behandelt werden. An vierter Stelle steht für 74 Prozent der Befragten ein *betrieblicher Gesundheitsschutz*, der die Gestaltung der Arbeitsorganisation, der sozialen Beziehungen, den Führungsstil sowie Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten beinhaltet (vgl. INQA 2008).

Bei nachhaltig geführten Unternehmen werden in diesem Zusammenhang seit den 2000er Jahren die beschriebenen Bedürfnisse nach Sicherheit, Vereinbarkeit, Respekt, Partizipation und Gesundheit vermehrt mit Programmen – zumindest in Bezug zur Förderung der Gesundheit und der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Sorgearbeit – im Kontext von sogenannten *Work-Life-Balance Massnahmen* aufgegriffen. Konkret bedeuten diese Massnahmen, dass auf der betrieblichen Ebene spezifisch ausgestaltete Arbeitszeit- und Arbeitsmodelle zur Vereinbarung von Beruf und Privatleben sowie gesundheitspräventive Leistungen (Fitnessangebote, Betriebssport, Programme zur Förderung gesundheitlicher Kompetenzen oder Gesundheits-Checks) installiert werden, um den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen und bspw. psychosoziale oder gesundheitliche Probleme aufzugreifen (vgl. BMFSFJ 2005). Bei den Beschäftigten sollen diese Massnahmen die Arbeitsmotivation erhöhen sowie Fehlzeiten und Personalfluktuationen verringern. Damit soll eine Win-win-Situation

für Unternehmen, für Beschäftigte und für die Volkswirtschaft hergestellt werden. Zugespitzt lässt sich die Gleichung von Work-Life-Balance Massnahmen auf diese Formeln bringen:

- Gesunde Beschäftigte = weniger Fehlzeiten = weniger Lohnnebenkosten
- Gesunde Beschäftigte = Steigerung der Erwerbsarbeitsproduktivität = mehr Wettbewerbsfähigkeit (vgl. Paulus 2011, S. 63)

Die Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, sind, ob nicht gerade die geforderten flexibilisierten Arbeitsbedingungen und die Hoffnung auf eine erhöhte Arbeitsproduktivität zu psychischen Arbeitsbelastungen führen, und ob die Interessen der Beschäftigten nicht widersetzlich zu den ökonomischen Interessen des Betriebs sind? Die Beantwortung der Fragen bzw. der Widerspruch, welcher in diesen Fragen aufscheint, soll im Folgenden ausgeklammert werden, um im Gegensatz vielmehr auf ein *Leitbild* bzw. Handlungsfeld *der betrieblichen Sozialarbeit* hinzuweisen:

Betriebliche Sozialarbeit leistet einen Beitrag zum Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und zum Arbeitsergebnis. Sie ist Bestandteil der Unternehmenskultur und trägt zur Erhaltung und Verbesserung von Motivation und Arbeitsleistung bei. Sie übernimmt im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen (Auftrag Unternehmen, Anliegen Ratsuchende usw.) eine allparteiliche, beratende Rolle. Betriebliche Sozialarbeit weist auf problematische Prozesse und Strukturen hin und erarbeitet Verbesserungsvorschläge. Neben der individuellen Beratung beteiligt sie sich an der Entwicklung und Umsetzung präventiver Massnahmen. Betriebliche Sozialarbeit bedient sich der innerbetrieblichen Kommunikation und Strukturen; sie zieht interne und externe Hilfsquellen und Angebote bei oder vermittelt sie. (AvenirSocial 2014, S. 2)

Das heisst zusammenfassend, dass der Auftrag der betrieblichen Sozialen Arbeit im Spannungsverhältnis von Unternehmensführung und ArbeitnehmerInnen zu verorten ist, indem sie Möglichkeiten zur gemeinsamen Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfeldes bietet und in der betrieblichen Schnittstelle zwischen Arbeitsanforderungen und individueller Gesundheit mit sinnvollen Interventionen agiert. Die Frage, die sich hierbei stellt, ist, wie sich im Spannungsverhältnis von betrieblichen Anforderungen und psychischen Beanspruchungen ein Gesundheitsschutz systematisch im Betrieb aufbauen lässt, der die Interessen der ArbeitnehmerInnen wahren kann?

3 Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Sozialen Arbeit

Die zunehmende Anzahl an Tagungen und Kongressen zum Thema «Betrieb und Gesundheit», wie die nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2014, oder, dass das SECO von 2014 bis 2018 einen Vollzugsschwerpunkt der eidgenössischen Arbeitsinspektionen zum Thema «Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz» vollzieht (vgl. Leuthold 2014, SECO 2013, S. 8), verdeutlichen die Relevanz und den Stellenwert, welchen die *Minimierung von Arbeitsbelastungen als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit* einnimmt.

Vor dem beschriebenen Hintergrund der bisherigen Studien zu Arbeitsintensivierung und -extensivierung und den subjektiven Wahrnehmungen der psychischen Arbeitsbelastungen kann ein Ensemble von Verbesserungsmöglichkeiten als Handlungsfelder der Sozialen Arbeit skizziert werden:

Kennzeichen eines gesundheitspräventiven Ansatzes stellt die Förderung von subjektiven sowie kontextbezogenen Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit dar. Im Wesentlichen gehören folgende Faktoren hierzu:

- die aktive Vermeidung von Stressoren durch präventives Gesundheits- und Vorsorgeverhalten;
- Möglichkeiten, um sich an Arbeitsbedingungen anpassen zu können oder diese gegebenenfalls aktiv zu verändern;
- die Verfügung über materielle Ressourcen zur Sicherung von Gesundheit;
- die soziale Unterstützung, soziale Integration und aktive Teilnahme an Entscheidungs- und Kontrollprozessen (vgl. Fuchs 2006).

Bei gesundheitlichen oder psychosozialen Schwierigkeiten auf beruflichem Gebiet gibt es weitreichende Möglichkeiten der Sozialen Arbeit, gesundheitspräventive Massnahmen im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) betriebsintern anzubieten: Diese reichen vom Case Management, Coaching, der Entwicklung eines salutogenetischen Unternehmensbildes bis hin zu Stressbewältigungstrainings, der Schulung von Führungskräften im Umgang mit psychisch belasteten MitarbeiterInnen, ergonomischen Schulungen, Suchtprävention, Sozialberatung oder Mitsprachemöglichkeiten (vgl. Badura 1999).

Wie aus einer Studie des Instituts für Qualitätsmanagement und Angewandte Betriebswirtschaft der Fachhochschule St. Gallen hervorgeht (vgl. Grutsch et al. 2013), ergreifen ca. 60 Prozent der in der Ostschweiz

befragten mittelständischen Unternehmen bereits Massnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Allerdings hat sich in der gesamten Schweiz das BGM bisher «noch nicht restlos etablieren können. Vielfach sind es Grossunternehmen, die sich bis anhin dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz gewidmet haben, (...) wohingegen KMU eher weniger Massnahmen zur Gesundheitsförderung ergreifen» (Grutsch et al. 2013, S. 107). Dies liegt möglicherweise auch daran, dass der Wunsch nach bzw. Bedarf an gesundheitsförderlichen Massnahmen betrieblicherseits nicht stark ausgeprägt ist, nicht erkannt wird oder auf der MitarbeiterInnen-Seite Vorbehalte gegenüber dem betrieblichen Zugriff auf die persönliche Gesundheit existieren (vgl. Ulich/Wülser 2009, S. 131).

Im Folgenden soll daher ein Schlaglicht auf ein relativ neuartiges Programm im Kontext des BGM geworfen werden, welches auf die persönliche Sichtbar- und Haftbarmachung von Gesundheitszuständen reagiert. Aktuelle Studien belegen, dass dieses Programm effizient und praktikabel für Unternehmen *und* MitarbeiterInnen arbeitet: Das Employee Assistance Programm (EAP) – die externe MitarbeiterInnen-Beratung.

Das EAP ist eine ausserbetriebliche MitarbeiterInnen-Beratung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit, auf die ein Unternehmen und seine MitarbeiterInnen bei Problemen am Arbeitsplatz oder im privaten Umfeld zugreifen können. Die Arbeitsbereiche des EAP reichen dabei von Hilfestellungen bei psychosozialer Belastung, über Konflikt- und Suchtberatung bis hin zu Unterstützung bei privaten Problemen (Vereinbarkeitsmassnahmen, Pflege von Angehörigen usw.). Die Formen der Beratung reichen von einer anonymen Online-Beratung oder anonymer telefonischer Kontaktaufnahme seitens der Betroffenen mit ausgebildeten BeraterInnen bis hin zu persönlichen Gesprächen. Gestellt werden die BeraterInnen von einem betriebsunabhängigen EAP-Anbieter. Die Vorteile, die ein EAP bieten kann, liegen einerseits auf der Ebene der Belegschaft durch den *anonymen und niedrigschwelligen Zugang zur Beratung* und in der Sicherheit, dass kein Zugriff auf die Daten durch das Unternehmen sowie keine Beeinflussung durch das Unternehmen entsteht. Auch dadurch, dass bei psychischen Problemen MitarbeiterInnen in der Regel monatelang auf einen Termin bei einem Facharzt warten müssen, werden die Vorteile des EAP ersichtlich: Hier kann eine erheblich schnellere Beratung angeboten und Vermittlungen hergestellt werden, wenn Kooperationsverträge zwischen den Unternehmen, Krankenkassen und Fachärzten bestehen. Andererseits liegt der Vorteil des Unternehmens in den geringen Kosten bzw. in der Kostenkontrolle für das Unternehmen. Das EAP wird über monatliche Pauschalbe-

träge, abhängig von der Anzahl der MitarbeiterInnen und dem Umfang der Sozialberatung, finanziert. Das Unternehmen erhält anonyme Berichte über die Schwerpunkte der Fragestellungen und erbrachten Leistungen. Dadurch können weitere Empfehlungen für betriebliche Gesundheitsmassnahmen und für Verbesserungen in der Arbeitsorganisation sowie Qualifikationsanforderungen eines Personalmanagements abgeleitet werden. EAP-Anbieter bewerben ihre Leistungen als Return-on-Investment für Unternehmen. Eine Langzeitstudie über vier Jahre in 22 Unternehmen mit ca. 100 000 ArbeitnehmerInnen zum Health and Productivity Management der Shepell FGI (EAP-Anbieter in Kanada, USA und global) von 2008 belegt, dass ArbeitnehmerInnen, die EAP nutzen, umfangreicher unterstützt werden und dass Fehltage bei psychischen Erkrankungen durch die EAP-Nutzung um 13–19 Tage reduziert wurden (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2012).

Bezogen auf den Fokus dieses Artikels – Darstellung von Schnittstellen zur Minimierung von psychischen Arbeitsbelastungen als Handlungsfelder der betrieblichen Sozialen Arbeit – ist die Studie des EAP-Anbieters ICAS interessant. ICAS berät weltweit 4.5 Millionen ArbeitnehmerInnen und hat von 2007 bis 2011 in der Schweiz 21 798 MitarbeiterInnen mit 27 310 verschiedenen Anliegen beraten. Die Auswertung der Daten zeigt, welche Anliegen die MitarbeiterInnen am häufigsten belasten. Ergebnis dieser Studie ist, dass emotionale (Beziehungsprobleme) und psychische Probleme (Leiden und klinische Störungen) vor allem bei und während der Erwerbsarbeit zunehmen. D. h., «in 4 Jahren haben die emotionalen und psychischen Anliegen um 71% zugenommen. Die arbeitsbezogenen sogar stärker (78%) als die privaten emotionalen, psychischen Anliegen (67%). (...) Die wichtigsten fünf Anliegen sind: Arbeitsbelastung 10%, Konflikte 8%, Kommunikationsprobleme 7%, Entlassung 5% und Mobbing 4%. (...) Bei der gesonderten Betrachtung der psychischen Anliegen dominieren gemäss den ICAS-Statistiken die Leiden Depression, Burnout, Stress und Ängste» (Boëthius 2013). Mit diesen Anliegen sind auch die Handlungsfelder und die damit verbundenen Arbeitsaufträge an die Soziale Arbeit klar umrissen.

Auch Evaluationen, welche den Vorher-Nachher-Effekt des gesundheitlichen Wohlbefindens untersuchen und Rückschlüsse auf die Behandlung bzw. auf die Therapiewirksamkeit von Burnout-Syndromen zulassen, weisen auf das Handlungsfeld der betrieblichen Sozialen Arbeit hin: Betroffene fühlen sich während und kurz nach der therapeutischen Behandlung besser. Allerdings befindet sich ein Grossteil ehemaliger Burn-

out-PatientInnen nach einem Jahr Erwerbsarbeit wieder in einem ähnlichen oder gleichen Zustand der Überbeanspruchung (vgl. Hinterberger 2014). Dies legt den Umkehrschluss nahe, dass betriebliche Strukturen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche und psychosoziale Wohlbefinden von ArbeitnehmerInnen ausüben und Therapien zwar kurzfristig das Leiden mindern können, wenn sich aber die betrieblichen Strukturen nicht ändern, die Gefahr einer erneuten psychischen Überbeanspruchung bestehen bleibt. Das heisst, ein hoher Anteil von Belastungen und Erkrankungen lassen sich auf ein fehlendes Gesundheitsbewusstsein auf betrieblicher Ebene, auf die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsweisen sowie auf die Addition von Stressfaktoren aus dem betrieblichen Bereich zurückführen. Zu klären wäre hierbei, mit welchen Methoden sinnvolle Interventionen seitens der betrieblichen Sozialen Arbeit erarbeitet werden können, welche es ermöglichen, individuelles Wohlbefinden zu erhalten, auf Stressoren einzuwirken und Rahmenbedingungen zu gestalten.

Kritisch betrachtet ergeben sich in diesem Zusammenhang unterschiedliche Fallstricke der betrieblichen Sozialen Arbeit. Auf die Gesundhaltung der MitarbeiterInnen als «Humanressource» bzw. auf Reproduktion des sogenannten «Humankapitals» zum Zweck der Profitmaximierung soll hierbei nicht weiter eingegangen werden (vgl. kritisch hierzu Paulus 2011, 2012, S. 223 ff., 297). Dies würde grundsätzlich eine Diskussion über das aktuelle Leitbild der betrieblichen Sozialen Arbeit erfordern. Ein hier genannter Fallstrick, den es bei Implementierungen eines BGM zu beachten gilt, sind die Ängste, welche mit Beratungen bzw. Befragungen entstehen können. Aus Furcht vor Konsequenzen der Meinungsäusserung oder der Erfassung von personenbezogenen Daten kann die eigene Meinung verfälscht oder geschönt dargestellt werden. Als Konsequenz für die Implementierung von gesundheitspräventiven Massnahmen hätte dies weitreichende Folgen, indem z. B. Gesundheitsstrategien nicht passgenau auf die Interessen der Belegschaft zugeschnitten werden, Beratungen nicht greifen und letztlich Massnahmen ins Leere laufen. Die Arbeitspsychologen Ulich und Wülser beschreiben, dass die Beteiligung an der Implementierung von betrieblichen Gesundheitsmassnahmen sowie die Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen ausschlaggebend für ihre Akzeptanz sind, denn was «mit hoher Wahrscheinlichkeit die vorhandene Motivation der Projektmitarbeitenden und anderer beteiligter Personen korrumpiert, ist ein ‹pseudopartizipativer› Einbezug dieser Personengruppen bei der Entscheidungsfindung» (Ulich/Wülser 2009, S. 131).

Als Beteiligungsmethoden bietet gerade die Soziale Arbeit vielfaltige Ansätze, welche die *«Mit-Untersuchung»* der MitarbeiterInnen an ihren je eigenen und gemeinsamen Bedürfnissen ermöglicht. Folglich würde «Mit-Untersuchung» bedeuten, dass die Belegschaft nicht von einem Gesundheitsmanagement geführt bzw. «bevormundet» wird, sondern dass sie selbst zu Handelnden werden (vgl. Lewin 1948, S. 280; Moser 1978, S. 147f.). Konkret würde ein partizipatives Handeln die Beschreibung und Bewertung des aktuellen Ist-Zustands im Betrieb sowie die der jeweiligen lebenspraktischen Ausgangsprobleme beinhalten. Damit lässt sich schlussfolgern, dass die Chance der betrieblichen Sozialen Arbeit in der Schaffung eines Problembewusstseins für restriktive Erwerbsarbeitssituationen sowie deren gesundheitsbezogenen, salutogenetischen Konsequenzen liegt und somit auch in der Erweiterung bzw. Verbesserung von betrieblichen Gesundheitsstrategien als auch in der Gestaltung von partizipativen Rahmenbedingungen. Ob diese Form der betrieblichen Sozialen Arbeit umzusetzen wäre, setzt eine Diskussion über die Art und Weise, wie wir arbeiten möchten, voraus.

4 Fazit

Abschliessend möchte ich ein Dilemma von ArbeitnehmerInnen zum Anlass nehmen, um ein Fazit zu formulieren: Paradoxerweise nehmen ArbeitnehmerInnen oftmals über die Massen stressige Arbeitssituationen in Kauf, weil sie unter dem Druck stehen, «am Ball zu bleiben», um sich in ihrer Freizeit Entspannung und Wohlbefinden leisten zu können oder am gesellschaftlichen Leben in Form von Gesundheit und Bildung teilhaben zu können. Auf der individuellen Ebene bleibt durch den Zwang, gesellschaftliche Verhältnisse bzw. gesundheitsschädliche Verhältnisse zu akzeptieren, allzu oft die *Angst als Bündnispartnerin der Erwerbsarbeit* übrig. Das heisst, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Leistungsdruck, finanziellen Einbussen oder Angst vor einer persönlichen Ressourcenerschöpfung sind ständige Begleiterscheinungen im Hightech-Kapitalismus. Das kann wiederum bedeuten, dass ArbeitnehmerInnen zur Herstellung ihrer Lebensbedingungen ihre eigene Schädigung selbst stärken, indem sie Verhältnisse bestätigen, die letztlich ihre Handlungsfähigkeit über die je eigenen Lebensinteressen einschränken. Hierbei kristallisiert sich die Logik dieses Dilemmas heraus: Bestätigen sie diese Verhältnisse nicht, gefährden sie ihren sozialen Status. Dieses Dilemma werden Akteure der Sozialen Arbeit vermutlich nicht auflösen. Allerdings können durch Zugänge zu Beratungsangeboten und durch betriebliche Gesundheitsmassnahmen

Belastungen frühzeitig erkannt und Multiplikatoren von Überbeanspruchungen minimiert werden.

Aufgrund der vorgestellten Studien und den damit beschriebenen psychischen Arbeitsbelastungen lässt sich schlussfolgern, dass in der betrieblichen Praxis noch Zurückhaltung bezüglich Massnahmen zur Gesundheitsförderung herrscht. Gerade der Einsatz von Instrumenten des betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. die Implementierung dieser Instrumente erfordert qualifizierte Fachkräfte und verlangt die Herstellung einer gemeinsam – von der Belegschaft und der Unternehmensführung – getragenen Gesundheitsstrategie. Die Leitbilder und Methoden der Sozialen Arbeit können hierfür einen wichtigen Beitrag leisten. Als Resümee lässt sich festhalten, dass sich aus den geschilderten Belastungsfaktoren und Anliegen von MitarbeiterInnen der priorisierte Auftrag an die Soziale Arbeit ableitet, auf die bereits vorhandenen und tendenziell weiter fortschreitenden psychischen Arbeitsbelastungen zu reagieren.

Kritisch zu hinterfragen wäre hierbei, inwiefern die Ausbildungen von SozialarbeiterInnen auf arbeitsmedizinische, -psychologische und -soziologische Themen zugeschnitten sind und ob es entsprechende Lehrangebote während des Studiums oder spezifische Weiterbildungsmodule gibt, die neben gesundheitlichen und ökonomischen Themen auch Themen der Vereinbarkeit oder geschlechtsspezifische Angebote enthalten, um SozialarbeiterInnen auf die beschriebenen Problemfelder und den anstehenden Handlungsbedarf optimal vorzubereiten.

Literaturverzeichnis

AvenirSocial (2014). *Leitbild Betriebliche Sozialarbeit – Soziale Arbeit Schweiz.* Bern: AvenirSocial.

Badura, Bernhard (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis.* Berlin: Edition Sigma.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005). *Work-Life-Balance – Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung der Ergebnisse.* Berlin: Bertelsmann.

Boëthius, Stefan (2013). *Was stresst uns und hält uns von der Arbeit ab?* http://interviewonline.ch/artikel/was-stresst-uns-und-h%C3%A4lt-uns-von-der-arbeit-ab.html (08.07.15).

Böhle, Fritz (2010). Arbeit und Belastung. In: Fritz Böhle & Anna Hoffmann (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie.* Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 451–481.

Bröckling, Ulrich (2014). Der Mensch als Akku, die Welt als Hamsterrad. In: Sighard Neckel & Greta Wagner (Hrsg.), *Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft.* Berlin: Suhrkamp, S. 179–200.

Bundesamt für Statistik (2012). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012.* Neuchâtel: BFS.

Bundespsychotherapeutenkammer (2012). *EAP – Employee Assistance Programs. Psychische Gesundheit von Mitarbeitern mit Beratungsprogrammen fördern.* Berlin: bptk.

Burisch, Matthias (2006).Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe. Heidelberg: Springer.

Destatis (Statistisches Bundesamt) (2009). *Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz.* https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009_09/Arbeitsmarkt2009_09.html (08.07.15).

DGB-Index (2011). *DGB-Index Gute Arbeit. Der Report. Ergebnisse der Repräsentativumfrage zur Ermittlung des DGB-Index Gute Arbeit.* Berlin: Inst. DGB-Index Gute Arbeit.

DIN EN ISO 10075 (2000). *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung.* Berlin: Beuth.

Ducki, Antje (2014). *Burnout. Wenn Engagement zur Falle wird.* Präsentation zum Vortrag auf dem Kongress «Burnout und Resilienz», am 23.05.2014, Akademie Heiligenfeld, Bad Kissingen.

EAGSA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) (2000). *Stress am Arbeitsplatz, Zusammenfassung eines Berichts der Agentur.* http://re.srb-group.com/web/images/pdf/infomaterialien/osha-d/facts8_de.pdf (08.07.15).

Fergen, Andrea & Kurzer, Brigitte (2005). *Psychische Belastungen beurteilen – aber wie? Eine betriebliche Handlungshilfe für Gefährdungsbeurteilungen.* Frankfurt a. M.: Industriegewerkschaft Metall.

Freudenberger, Herbert (1974). Staff Burn-Out. In: *Journal of Social Issues,* 90(1), S. 159–165.

Freudenberger, Herbert (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. In: *Psychotherapy. Theory, Research & Practice,* 12(1), S. 73–82.

Freudenberger, Herbert (1977). Burn-out. The organizational menace. In: *Training & Development Journal,* 31(7), S. 26–27.

Fuchs, Tatjana (2006). *DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsqualität aus Sicht von Beschäftigten.* Stadtbergen: Internationales Institut für empirische Sozialökonomie.

Gardiol, Lucien (2011). *Arbeitskräftemangel 2010–2030. Modellierung der Auswirkungen möglicher Gegenmassnahmen.* Bern: BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien).

Grutsch, Markus et al. (2013). Das Ganze ist nicht Summe seiner Teile. Schritte zum ganzheitlichen BGM. In: *Tagungsband 7. Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen*: Dornbirn, S. 107–117.

Hillert, Andreas & Marwitz, Michael (2006). *Die Burnout-Epidemie oder Brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: Beck.

Hinterberger, Thilo (2014). *Forschung Burnout.* Symposium mit Kurzvorträgen von Prof. Dr. Thilo Hinterberger et al. im Rahmen des Kongresses «Burnout und Resilienz» der Akademie Heiligenfeld vom 22. – 25. Mai 2014, Audio-CD. Bad Kissingen.

Igic, Ivana et al. (2014). *Job-Stress-Index 2014. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz.* Arbeitspapier 26. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (2008). *Was ist gute Arbeit? – Das erwarten Erwerbstätige von ihrem Arbeitsplatz.* Berlin: INQA.

Josuran, Ruedi et al. (2009). Burn-out kostet die Schweiz 18 Milliarden Franken im Jahr. In: *KMU-Magazin,* 2, S. 48–51.

Leuthold, Beat (2014). *Präsentation «Betriebliche Gesundheitsförderung»,* EMBA-Management-Forum, am 10. Juni 2014. Frauenfeld.

Lewin, Kurt (1948). Tat-Forschung und Minderheitenprobleme. In: Kurt Lewin (Hrsg.), *Die Lösung sozialer Konflikte.* Bad-Neuheim: Christian Verlag, S. 278–298.

Maschewsky, Werner (1983). Ein integriertes Belastungskonzept – Methoden seiner

Realisierung. In: *Forum Kritische Psychologie*, 12, S. 123–146.

Maslach, Christina (1976). Burned-out. In: *Human Behavior*, 5(9), S. 16–22.

Maslach, Christina (1978). Job burn-out. How people cope. In: *Public Welfare*, 36, S. 56–58.

Meyer Markus et al. (2014). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In: Badura Bernhard et al. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014*. Berlin/ Heidelberg: Springer, S. 323–512.

Moser, Heinz (1978). *Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften*. München: Kösel.

Paulus, Stefan (2011). Work-Life-Balance als neuer Herrschaftsdiskurs. Eine kritische Diskursanalyse eines Regierungsprogramms. In: Rosa-Luxemburg-Stiftung (Hrsg.), *Work in Progress – Work on Progress*. Berlin: Dietz, S. 57–68.

Paulus, Stefan (2012). *Das Geschlechterregime. Eine intersektionale Dispositivanaylse von Work-Life-Balance-Massnahmen*. Bielefeld: transcript.

Ramaciotti, Daniel & Perriard, Julien (2003). *Die Kosten des Stresses in der Schweiz*. Genf: SECO.

Redmann, Alexander & Rehbein, Isabel (2000). *Gesundheit am Arbeitsplatz. Eine Analyse von mehr als 100 Mitarbeiterbefragungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK 1995–1998*. Bonn: WIdO.

Rösing, Ina (2003). *Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung*. Heidelberg: Asanger.

Schaufeli, Wilmar & Enzmann, Dirk (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.

SECO (2009). *Arbeit und Gesundheit – Zusammenfassung der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung*. Bern: SECO.

SECO (2010). *Stressstudie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen – Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Bern: SECO.

SECO (2013). *Arbeitsaufsicht – Berichterstattung 2013*. Bern: SECO.

Steingen, Ulrich (2013). *Längsschnittforschung in der Psychologie. Eine methodenkritische Analyse am Beispiel von Burnout*. Dissertation. Hamburg: Universität Hamburg.

Steinicke, Kerstin (2008). Kollateralschäden der Globalisierung? Psychische Erkrankungen durch Lohnarbeit nehmen zu. In: *Direkte Aktion*, 190, S. 1–5.

Ulich, Eberhard & Wülser, Marc (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Gabler.

Voss, G. Günter (1998). Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 31(3), S. 473–487.

Voss, G. Günter & Pongratz, Hans J. (1998). Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der «Ware Arbeitskraft»?. In: *KZfSS*, 50(1), S. 131–158.

Voss, G. Günter & Weiss, Cornelia (2013). Burnout und Depression. Leiterkrankungen des subjektivierten Kapitalismus oder: Woran leidet der Arbeitskraftunternehmer? In: Sighard Neckel & Greta Wagner (Hrsg.), *Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft*. Berlin: Suhrkamp, S.29–57.

WHO (2006). *Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. Referat Veröffentlichungen. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.