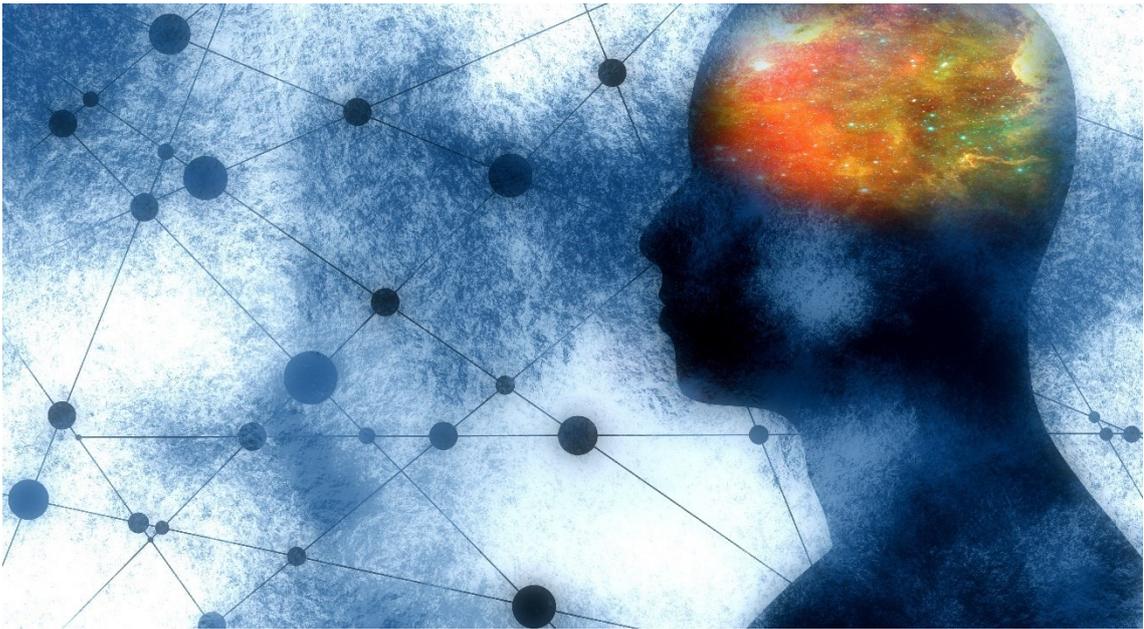


# **Psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen und der Beitrag der Betrieblichen Sozialen Arbeit an Früherkennung und Frühintervention**



Andrea Zimmermann

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

**Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang Soziale Arbeit

Kurs TZ 2017 – 2022

**Andrea Zimmermann**

**Psychisch erkrankte Mitarbeiter\*innen und der Beitrag der  
Betrieblichen Sozialen Arbeit an Früherkennung und  
Frühintervention**

Diese Arbeit wurde am 01. Dezember 2022 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

---

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive  
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



**Urheberrechtlicher Hinweis:**

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

**Sie dürfen:**



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

**Zu den folgenden Bedingungen:**



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter\*innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Dezember 2022

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## **Abstract**

Bis zu einem Drittel der gesamten Bevölkerung der Schweiz leidet im Laufe eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Ein Grossteil der Betroffenen ist erwerbstätig. Untersuchungen zeigen dementsprechend auf, dass Führungskräfte häufig mit psychisch auffälligen Arbeitnehmenden in Kontakt kommen. Ungeachtet dessen, erkennen sie die Schwierigkeiten der Betroffenen oft zu spät und bringen sie nicht mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung. Zudem sind Führungskräfte im Umgang mit den erkrankten Arbeitnehmenden meist überfordert, während Arbeitnehmende Stigmatisierung und Kündigung befürchten. Im Krankheitsverlauf kommt es deshalb schon früh zu interpersonellen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Schlussendlich dient den Arbeitgebenden die Kündigung der betroffenen Mitarbeitenden in einem Grossteil der Fälle als Problemlösung.

In der vorliegenden Literaturarbeit wird der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die Betriebliche Soziale Arbeit an Früherkennung und Frühintervention bei psychisch erkrankten Mitarbeiter\*innen leisten kann. Ausgangspunkt bildet die Auseinandersetzung mit psychischer Erkrankung und Belastung sowie die theoretische Einordnung der Früherkennung und Frühintervention. Anhand verschiedener Studien werden die Auswirkungen auf die Arbeitsbeziehungen aufgezeigt und die Interventionen und Problemlösungsversuche der Führungskräfte beleuchtet. Anhand eines Modells aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und Beispielen aus Unternehmen wird aufgezeigt, welche Früherkennungs- und Frühinterventionsmassnahmen in der Praxis umgesetzt werden. Im Anschluss werden Handlungsempfehlungen für die Betriebliche Soziale Arbeit im Rahmen der Früherkennung und Frühintervention formuliert. Früherkennung und Frühintervention ist von entscheidender Bedeutung, sollen psychisch erkrankte Personen im Arbeitsmarkt gehalten und die Belastung aller Beteiligten reduziert werden.

## **Danksagung**

Ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich bei allen Personen, die zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt Frau Dr. Christina Meyer, welche wertvolle Anregungen und Inputs während des Schreibprozesses gegeben hat und mir motivierend zur Seite stand.

Ein herzlicher Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Gregor Husi für seine Unterstützung im Arbeitsprozess dieser Bachelorarbeit.

Ein grosses Dankeschön gilt ausserdem meinen Freunden und meiner Familie, die mir während des intensiven Prozesses dieser Arbeit zur Seite standen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract .....</b>	<b>IV</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>IV</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Problemstellung und Relevanz für die Soziale Arbeit .....	4
1.3 Ziele und Fragestellungen .....	4
1.4 Abgrenzung.....	6
1.5 Aufbau .....	7
1.6 Verwendete Studien .....	7
<b>2 Betriebliche Soziale Arbeit .....</b>	<b>10</b>
2.1 Definition betrieblicher Sozialer Arbeit.....	10
2.2 Betriebliche Soziale Arbeit und Gesundheitsmanagement .....	12
2.3 Fazit.....	12
<b>3 Psychische Erkrankung und psychische Belastung .....</b>	<b>13</b>
3.1 Definitionen von psychischer Erkrankung und Belastung .....	13
3.2 Depression.....	14
3.2.1 Symptome und Diagnose .....	14
3.2.2 Vorphase und Frühsymptome.....	15
3.3 Stigmatisierung .....	16
3.4 Fazit.....	19
<b>4 Arbeit und psychische Erkrankung und Belastung.....</b>	<b>20</b>
4.1 Einfluss von Erwerbsarbeit auf die Psyche.....	20
4.1.1 Exkurs Burnout-Syndrom.....	23
4.1.2 Burnout und psychische Erkrankung .....	24
4.2 Positive Einflüsse der Erwerbstätigkeit auf die psychische Befindlichkeit .....	24
4.3 Auswirkung von psychischen Erkrankungen auf die Arbeitstätigkeit.....	25
4.4 Fazit.....	33
<b>5 Grundlagen von Prävention, Früherkennung und Frühintervention sowie Behandlung .....</b>	<b>36</b>
5.1 Ansätze der Prävention .....	36
5.1.1 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.....	37
5.1.2 Universelle, zielgruppenspezifische und indizierte Prävention .....	38
5.1.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention .....	40
5.2 Behandlung.....	41
5.3 Früherkennung und Frühintervention .....	43
5.4 Fazit.....	44
<b>6 Beitrag der Unternehmen an Früherkennung und Frühintervention .....</b>	<b>46</b>
6.1 Unternehmensinterne Massnahmen im Kontext von Früherkennung und Frühintervention .....	46

6.2	Gestuftes Aufgabenspektrum .....	47
6.3	Fazit .....	52
<b>7</b>	<b>Beitrag der betrieblichen Sozialen Arbeit an F &amp; F.....</b>	<b>53</b>
7.1	Früherkennungs- und Frühinterventionsmassnahmen.....	53
7.2	Relevante Aspekte rund um F & F.....	60
7.3	Fazit.....	60
<b>8</b>	<b>Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und Ausblick .....</b>	<b>62</b>
8.1	Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen.....	62
8.2	Ausblick.....	68
<b>9</b>	<b>Quellenverzeichnis .....</b>	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>78</b>
A)	Beispiele der verteilten Spitznamen (Liste nicht abschliessend), (BSV 2011, S. 29-30) .....	78
B)	Kategorisierung der verteilten Spitznamen nach Verhalten (BSV, 2011, S. 28) .....	79
C)	Verschlechterung des Teamklimas (in %) nach Auffälligkeiten (BSV, 2011, 59).....	80

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Ranking der Arbeitgeber (Quelle: Baer et al., 2007, zit. in Baer, 2014, S. 21) .....	18
Abbildung 2	Anteile der Erwerbstätigen in Prozent im kritischen, sensiblen und vorteilhaften Bereich des Job-Stress-Index nach Erhebungsjahr (Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 5).....	21
Abbildung 3	Arbeitsbedingungen, die in die Berechnung des Job-Stress-Index einfließen (Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 2) ....	22
Abbildung 4	Problematische Arbeitsbedingungen (Quelle: BSV, 2017, S. 103) ..	23
Abbildung 5	Wie wirken sich psychische Probleme aus, und wie früh? (BSV, 2010, S. 25) .....	27
Abbildung 6	Besonders belastende Problembereiche für Team und Vorgesetzte (BSV, 2011, S. 25) .....	28
Abbildung 7	Typologie der Interventionen (Quelle: BSV, 2011, S. 52) .....	31
Abbildung 8	Interventionstypen nach einzelnen Interventionen (Quelle: BSV, 2011, S. 52) .....	32
Abbildung 9	Betriebliches Gesundheitsmanagement bzgl. psychischer Störungen (Quelle: Berger et al., 2013, S. 1292).....	47
Abbildung 10	Sphären zu den psychischen Belastungen bei der Arbeit (Quelle: FFAW, ohne Datum b) .....	49

# 1 Einleitung

In den letzten 20 Jahren haben fortschreitende wissenschaftliche Erkenntnisse über psychische Erkrankungen und ihre Ursachen zu einer zunehmenden Aufklärung in der Allgemeinbevölkerung geführt. Dennoch sehen sich psychisch erkrankte Personen am Arbeitsplatz nach wie vor mit einer Vielzahl von Schwierigkeiten konfrontiert. Aus Unwissenheit über die eigenen Symptome sowie aus Angst vor Stigmatisierung und Stellenverlust schleichen sich viele Arbeitnehmende mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz durch, bis es zu psychosozialen Schwierigkeiten und Leistungsabfällen kommt. Auf der Seite der Arbeitgebenden werden Krankheitssymptome häufig als Charaktereigenschaften fehlinterpretiert und Betroffene stigmatisiert. Zudem sind Führungskräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden oft überfordert und reagieren zu spät und nicht situationsadäquat. Schlussendlich erfolgt in einer Mehrheit der Fälle die Kündigung der psychisch auffälligen Mitarbeitenden. Früherkennung und Frühintervention am Arbeitsplatz sind hier von entscheidender Bedeutung, um die Situation von psychisch erkrankten Personen in Unternehmen zu verbessern, interpersonellen Schwierigkeiten entgegenzuwirken und einen drohenden Arbeitsplatzverlust abzuwenden.

## 1.1 Ausgangslage

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2016) schätzt, dass bis zu einem Drittel der Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer psychischen Krankheit leidet (S. 16). Dabei handelt es sich häufig um leichtere Erkrankungen. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) zit. in Schuler et al. (2020), welche vom Bundesamt für Statistik (BFS) letztmals im Jahre 2017 durchgeführt wurde, zeigt indes auch, dass psychische Belastung und Symptome von Depressionen bei 15-34 % der Schweizer Bevölkerung vorkommen. Der Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten vor der SGB eine diagnostizierte Depression hatten, liegt bei über 5 %<sup>1</sup> (S. 31-34). Zu den häufigsten Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung gehören nach Wittchen et al. (2011) Angststörungen (14,0 %), affektive Störungen (7,8 % - mit 6,9 % hauptsächlich Depressionen), somatoforme Störungen (4,9 %) und Störungen durch Alkohol (3,4 %).

---

<sup>1</sup> Aufgrund der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen muss laut BAG (2016) davon ausgegangen werden, dass selbstberichtete Angaben eher zu einer Unterschätzung der Prävalenz führen. Zudem ist es psychisch erkrankten Personen aufgrund ihrer Lebenssituation oft nicht möglich, an Umfragen teilzunehmen (S. 15).

Laut BAG (2016) sind drei Viertel der Personen mit einer psychischen Erkrankung in der Schweiz erwerbstätig (S. 6). Trotz der hohen Fallzahlen an psychisch erkrankten Mitarbeiter\*innen zeigen Untersuchungen auf, dass Arbeitgebende sich schwertun, psychische Auffälligkeiten zu erkennen (Baer et al., 2017b, S. 4; BSV, 2011, S. 46). Einerseits befürchten Betroffene häufig Stigmatisierung und Arbeitsplatzverlust, weshalb sie ihre Erkrankung am Arbeitsplatz nicht selten verheimlichen (Obsan, 2016, S. 11; Goldberg et al., 2001, S. 1641-1642). Andererseits zeigen die Studienergebnisse von Baer et al. (2017a,b) und vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2011) auf, dass nicht wie allgemein angenommen Absenzen, sondern zwischenmenschliche Probleme, Alltagsauffälligkeiten und Leistungsprobleme die häufigsten frühen Anzeichen einer psychischen Auffälligkeit am Arbeitsplatz sind. Es sind gerade diese frühen Anzeichen, die von Arbeitgebenden häufig nicht mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung gebracht werden (BSV, 2011, S. 85).

Eine Studie des BSV (2011) legt dar, dass Arbeitgebende die Schwierigkeiten mit monate- bis jahrelanger Verzögerung bewusst als Problem wahrnehmen (S. 46). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Studie von Baer et al. (2017b): Zwar reagieren 60 % der Führungskräfte innerhalb von 30 Tagen, nachdem sie das Problem bewusst wahrgenommen haben. Doch zeigt die Befragung der Führungskräfte auf, dass der von ihnen beschriebene Problembeginn oft einem vorläufigen Endpunkt gleichkommt. Dieser ist geprägt von eskalierten Konflikten, akutem Leistungsabfall und Krankschreibungen (S. 4).

Kommt es zu Interventionen, so versuchen Führungskräfte in der Regel, das Problem im kleinsten Kreis rund um die betroffenen Mitarbeitenden zu lösen (S. 5). Behandelnde Hausärzt\*innen und Psychiater\*innen spielen je in rund 30 % eine Nebenrolle, doch werden bestehende Behandler\*innen nur selten von den Arbeitgebenden kontaktiert (Baer et al., 2017b, S. 5-6; 2017c, S. 1; BSV, 2017, S. 1). Andere Akteure wie Fachpersonen der Invalidenversicherung (IV), das Personalmanagement (HR) und der innerbetriebliche Sozialdienst werden in weniger als 10 - 23 % der Fälle in die Problemlösung miteinbezogen (Baer et al., 2017a, S. 95; BSV, 2011, S. 48). Dies ist auch der Fall, wenn es sich um schwere und langwierige Problemfälle handelt (Baer et al., 2017b, S. 5). Die Problemlösungsversuche im kleinen Kreis sind überdies problematisch, da es bei den Führungskräften häufig zu einer Überforderung kommt, in der sie sich selbst, das Team und den betroffenen Mitarbeitenden als hoch belastet wahrnehmen (ebd.). Den eigenen Vorgesetzten erleben die Führungskräfte oft als aggressiv oder vermeidend und die Arbeitskolleg\*innen teilweise als problemverschärfend (ebd.).

Diese Ergebnisse zeigen die schwierige interpersonelle Dynamik auf, welche bei einer psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz erschwerend hinzu kommen kann.

Schlussendlich erscheint die Kündigung häufig als einziger Ausweg: Wurde die Problemlage von Arbeitgebenden als *abgeschlossen* oder *gelöst* erachtet, kam es in 80 bis 89 % zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses (Baer et al., 2017a, S. 32; BSV, 2011, S. 76). In gerade einmal 28,2 % hat sich das Arbeitsverhältnis während der Problemdauer – rund 2 bis 3.5 Jahre – verbessert (BSV, 2011, S. 76 & S.72).

Neben dem menschlichen Leid, welches mit psychischen Erkrankungen verbunden ist, sind die dadurch entstehenden Arbeitsausfälle volkswirtschaftlich mit hohen Kosten verbunden. Gemäss einer vom BAG in Auftrag gegebene Studie von Wieser et al. (2014) betragen die direkten Kosten (Behandlungskosten) psychischer Erkrankungen zwischen 4,0 bis 6,3 Milliarden Franken (S. 11). Nicht eingerechnet sind hier die Kosten der Behandlung von Folgeerkrankungen, der informellen Pflege, Absentismus, Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz, frühzeitige Pensionierung und Morbidität (S. 91-92).

Laut BFS (2019) waren Krankheit und Unfälle im Jahr 2018<sup>2</sup> für 78 % des jährlichen Absenzvolumens in der Schweiz verantwortlich. In absoluten Zahlen sind dies 214 Millionen Stunden (BFS, 2022b). Die für Fehlzeiten verantwortlichen Erkrankungen werden in der Schweiz nicht weiter differenziert. Ein Blick auf den Gesundheitsreport 2021 des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) in Deutschland zeigt hingegen auf, dass psychische Erkrankungen im Jahr 2020 mit 17,5 % die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 24,6 % verursachen (S.22). Es ist anzunehmen, dass für die Schweiz ähnliche Zahlen gelten.

Die Resultate der Studien zeigen einen grossen Aufholbedarf der Unternehmen im Bereich Früherkennung und Frühintervention (F & F).

Die hohe Prävalenz zwischenmenschlicher Probleme, an denen naturgemäss mehr als eine Person beteiligt ist, weist zudem darauf hin, dass sich die Unterstützungsangebote auf individueller und struktureller Ebene bewegen sollten.

---

<sup>2</sup> Die neuesten Zahlen des BFS (2022a) aus der Erhebung des Jahres 2021 unterscheiden sich aufgrund der coronabedingten Kurzarbeit, Quarantänemassnahmen und Betriebseinschränkungen stark von früheren Jahren, weshalb in dieser Arbeit auf die Zahlen vor der Covid-19-Pandemie zurückgegriffen wird. Im Jahre 2021 betrug der Anteil der Absenzen aufgrund von Krankheit oder Unfall 42,2 %. Absenzen aufgrund von Kurzarbeit lagen bei 31,8 %. Weitere Covid-19-bedingte Abwesenheiten sowie Abwesenheiten aus persönlichen und familiären Gründen sind mit 16,2 % auf dem dritten Platz der häufigsten Abwesenheitsgründe.

## 1.2 Problemstellung und Relevanz für die Soziale Arbeit

Partizipation, Integration und Ermächtigung sind zentrale Grundsätze der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 9). Überall dort, wo diese Grundsätze in einer Gesellschaft nicht eingehalten werden, findet die Soziale Arbeit ihren Arbeitsauftrag.

Da Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders davon bedroht sind, aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen zu werden, werden sie entsprechend zu Adressat\*innen der Sozialen Arbeit. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind gemäss Berufskodex dazu verpflichtet, sich die gerechte Verteilung von Ressourcen einzusetzen, ungerechte Praktiken aufzudecken und Solidarität einzulösen (ebd., S. 10).

Wie in der Ausgangslage beschrieben wurde, handelt es sich bei psychischen Belastungen und Erkrankungen in der Arbeitswelt um ein Massenphänomen. Gleichzeitig werden diese Probleme am Arbeitsplatz häufig zu spät erkannt. Die Führungskräfte und das Team sind im Umgang mit den Betroffenen zudem oft überfordert. Dies kann nicht nur zu einer Verschärfung der Schwierigkeiten am Arbeitsplatz beitragen, sondern mündet in einem Grossteil der Fälle auch in einer Kündigung. Gleichzeitig erschwert Stigmatisierung die berufliche Wiedereingliederung der Betroffenen. Durch ihre Positionierung im Spannungsfeld zwischen Wirtschaft und Sozialer Arbeit stellt sich daher die Frage, welchen Beitrag die Betriebliche Soziale Arbeit, auf der Basis der Verwirklichung ihrer Grundsätze zur F & F im Falle von psychisch erkrankten Mitarbeitenden leisten kann.

## 1.3 Ziele und Fragestellungen

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand relevanter Forschungs- und Theoriebezüge aufzuzeigen, welchen Beitrag die Betriebliche Soziale Arbeit an Früherkennung und Frühintervention bei psychisch erkrankten Mitarbeiter\*innen leisten kann. Hierfür werden die Wechselwirkungen betrachtet, die sich aus der psychischen Belastung von Mitarbeitenden und der interpersonellen Dynamik am Arbeitsplatz ergeben, und wie Führungskräfte und Unternehmen auf diese Herausforderungen reagieren.

Aus diesen Zielen ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

*Welchen Beitrag kann die Betriebliche Soziale Arbeit an der Früherkennung und Frühintervention von psychisch erkrankten Mitarbeitenden in Unternehmen leisten?*

Um die Hauptfragestellung beantworten zu können, werden die folgenden vier Unterfragen erörtert:

1. *Wie unterscheiden sich psychische Erkrankungen und psychische Belastungen?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden folgende Themen erörtert:

- Definition von psychischer Erkrankung und Belastung
- Unterscheidung der psychischen Belastung von der psychischen Erkrankung

2. *Welche Wechselwirkungen ergeben sich aus einer Erwerbsarbeit und der Entwicklung einer psychischen Erkrankung?*

Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden folgende Themen erörtert:

- Auswirkungen des Arbeitsplatzes auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen
- Positive Einflüsse von Erwerbsarbeit auf die psychische Stabilität
- Auswirkungen von psychischen Erkrankungen und Belastungen auf die Arbeitstätigkeit

Als Nächstes wird der theoretische Zugang erörtert, woraus sich die dritte Unterfrage ergibt:

3. *Was wird unter Früherkennung und Frühintervention verstanden?*

Zur Beantwortung der Fragestellung werden folgende Themen erörtert:

- Begrifflichkeiten der Prävention und verschiedene Präventionsansätze
- Definition der Behandlung
- Definition und theoretische Einordnung der Früherkennung und Frühintervention

Anschliessend wird der Beitrag der Unternehmen an F & F erörtert und die vierte Unterfrage behandelt:

*4. Was tragen Unternehmen zur Früherkennung und Intervention im Falle von psychisch erkrankten Mitarbeitenden bei?*

**Im abschliessenden Kapitel wird der Bogen zur Hauptfrage geschlagen und mögliche Beiträge der Betrieblichen Sozialen Arbeit an F & F werden erarbeitet.**

Die Beantwortung der Fragestellungen basiert auf der Sammlung und Auswertung von Fachliteratur aus Büchern, wissenschaftlichen Artikeln, Forschungsarbeiten und Quellen aus dem Internet.

#### **1.4 Abgrenzung**

Die Positionierung der BSA innerhalb der Unternehmen wird in dieser Arbeit nicht erörtert. Ebenso wird sich im Rahmen dieser Arbeit nicht mit dem Begriff der Gesundheitsförderung und dessen Abgrenzung zur Prävention, Früherkennung und Frühintervention auseinandergesetzt.

## **1.5 Aufbau**

Auf der Basis der empirischen Ausgangslage und der Problemstellung der Sozialen Arbeit werden die vier Unterfragen und abschliessend die Hauptfragestellung beantwortet. Kapitel 2 beinhaltet eine Beschreibung der Betrieblichen Sozialen Arbeit inklusive ihrer Einbettung in das Gesundheitsmanagement. In Kapitel 3 werden die Definitionen von psychischer Erkrankung und psychischer Belastung behandelt. Als Beispiel für psychische Erkrankungen wird die Depression näher beschrieben. Anschliessend wird auf die Stigmatisierung eingegangen. In Kapitel 4 wird anhand von Forschungsergebnissen dargelegt, welche Auswirkungen der Arbeitsplatz auf die Entstehung und Verstärkung von psychischen Belastungen und Erkrankungen hat. Es folgt ein Exkurs zum Thema Burnout. Anschliessend werden die positiven Auswirkungen von Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit dargelegt. Danach wird aufgezeigt, wie sich psychische Belastungen und Erkrankungen auf den Arbeitsplatz und die interpersonelle Dynamik auswirken. Abschliessend wird in Kapitel 4 ausgeführt, wie Führungskräfte und Unternehmen auf psychisch belastete Mitarbeitende reagieren.

Gegenstand des Kapitels 5 ist eine theoretische Auseinandersetzung mit den verschiedenen Präventionsbegriffen, der Behandlung und der Früherkennung und Frühintervention. Die theoretischen Teile werden mit Beispielen aus der Praxis verknüpft. Anschliessend wird in Kapitel 6 aufgezeigt, welche unternehmensinternen Massnahmen für F & F in der Praxis ergriffen werden. Es wird ein Säulenmodell eingeführt, welches sich aus fünf übergeordneten Aspekten zusammensetzt, die für das betriebliche Gesundheitsmanagement im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden zu beachten sind. In Kapitel 7 werden die verschiedenen theoretischen und praktischen Erkenntnisse miteinander verknüpft. Es werden Massnahmen abgeleitet, welche die Betriebliche Soziale Arbeit im Rahmen von F & F anstossen und in interdisziplinärer Zusammenarbeit umsetzen kann. In Kapitel 8 wird die vorliegende Arbeit mit der zusammenfassenden Beantwortung der Fragestellungen und dem Ausblick abgeschlossen.

## **1.6 Verwendete Studien**

Wegen der Zunahme von Invalidenberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) in einem langjährigen Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung verschiedene Aspekte untersucht, welche im Rahmen dieser Arbeit behandelt werden. Zwei dieser Forschungsberichte sowie ein weiterer von Baer et al. werden in der vorliegenden Arbeit wiederholt zitiert, weshalb die drei Studien nachfolgend kurz vorgestellt werden.

### **«Schwierige» Mitarbeiter, BSV (2011)**

Der Forschungsbericht des BSV behandelt die Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Im Gegensatz zu früheren Forschungsberichten werden hier erstmals Auswirkungen des als schwierig empfundenen Verhaltens von Mitarbeitenden auf den Vorgesetzten, das Team und die Zusammenarbeit sichtbar gemacht.

Vorgenommen wird eine Typologisierung der häufigsten Problemsituationen als Basis für die (spätere) Entwicklung von spezifischen Interventionsmassnahmen. Es findet eine Identifikation von betrieblichen und personenbezogenen Einflussfaktoren statt, die sich förderlich oder hinderlich auf den Problemverlauf auswirken. Es wird untersucht, welche Reaktionstendenzen bei Vorgesetzten und Personalverantwortlichen vorliegen. Weiter wird untersucht, welche Erfahrung die Vorgesetzten und Personalverantwortlichen allenfalls mit internen und externen Unterstützungsangeboten gemacht haben und wie wirksam das Verhalten der Vorgesetzten ist, auch in Abhängigkeit zu den Störungsbildern.

Die Studie basiert auf einer Onlinebefragung von Unternehmen. Insgesamt wurden 2183 Zugriffe auf der Befragungs-Homepage registriert. 1055 Personen nahmen an der Befragung teil und beantworteten diese zumindest teilweise, davon 537 Personen vollständig (51 % der Teilnehmenden). Zusätzlich konnten die Befragten als fiktive Teamleitung eines Teams in einer Simulation eine typische Situation mit einem «schwierigen» Mitarbeiter bearbeiten, was von 479 Personen genutzt wurde. Bei den Teilnehmenden handelte es sich zu 46,1 % um Personalverantwortliche mit Führungsverantwortung, zu 29,8 % um Vorgesetzte (höherer Kader). Der Rest der Teilnehmenden setzte sich aus Vorgesetzten des mittleren (8 %) und unteren Kaders (3,5 %) sowie aus Personalverantwortlichen ohne Führungsverantwortung 12,6 % zusammen. Die Unternehmen der Befragten stammen aus allen Wirtschaftssektoren.

### **Patienten mit Arbeitsproblemen, BSV (2017)**

Das BSV hat im Rahmen seiner Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit» einen weiteren Forschungsbericht veröffentlicht, in dem Psychiater\*innen zu Patienten mit Arbeitsplatzproblemen befragt werden. Der Forschungsbericht baut auf Erkenntnissen aus früheren Studien auf: Arbeitgebende stehen der Erkrankung der Mitarbeitenden häufig hilflos gegenüber. Bei der Kommunikation zwischen den Ärzten/Ärzt\*innen und den Arbeitgebenden sowie zwischen der IV und den Ärzten/Ärzt\*innen besteht Verbesserungsbedarf.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass die noch vorhandenen Potenziale der erkrankten Person anstelle des «Krankschreibens» ins Zentrum gerückt werden müssen.

Der Bericht *Patienten mit Arbeitsproblemen* geht detailliert auf die Beziehung zwischen psychiatrischen Patienten, Psychiatern/Psychiater\*innen und Arbeitgebenden ein. Es wird aufgezeigt, dass sich die Krankheitsbilder der Patienten erheblich unterscheiden und dass die behandelnden Psychiater\*innen die Arbeitssituation oft nicht in das therapeutische Setting miteinbeziehen und etwa die Arbeitgebenden zwecks Abklärung und Rehabilitationsmöglichkeiten kontaktieren.

Es handelt sich bei der Untersuchung um eine Onlinebefragung. Der Befragungsklink wurde allen Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) zugestellt. Insgesamt wurde die Befragung von über 700 Behandelnden ausgefüllt. In der Befragung sollten sie sich an einen real erlebten Verlauf eines Patienten erinnern, der psychisch bedingte Arbeitsprobleme hat oder hatte. Die Befragten sollten die generellen Indikationen und Probleme bei Krankschreibungen nennen und generelle Fragen zu typischen diagnosespezifischen Funktionsdefiziten und zu möglichen Arbeitsplatzanpassungen beantworten. Weiter sollten die Behandelnden zu den zwei jüngsten Fällen mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen Auskunft geben und zur Berichterstattung an die IV. Es sollten Fragen zur Arbeitsunfähigkeit, Invalidisierung und Behandlungsepidemiologie beantwortet werden.

**«Der tägliche Wahnsinn» – Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus der Sicht Deutschschweizer Führungskräfte, Baer et al. (2017a,b)**

Angelehnt an die Studie des BSV aus dem Jahre 2011 untersuchten Baer et al. (2017) mit grösserer Kohorte, wie sich die psychische Erkrankung auf die betroffenen Mitarbeitenden und den Problemverlauf sowie auf ihre Vorgesetzten und Arbeitskolleg\*innen auswirkt. Konkret wurden u. a. folgende Parameter untersucht: Welche Erkrankungen und Probleme von den Vorgesetzten wahrgenommen wurden, Zeitpunkt und Art der Intervention sowie daran teilnehmende Akteure, positive und negative Entwicklungen eines Falles, Ausmass der Belastung aller Beteiligten und typische Abläufe vom Beginn bis zum Ende des Problems (S. 12). Von den 3670 angefragten Führungskräften beantworteten 2057 Personen die Fragen mindestens teilweise, davon 1524 vollständig. Von diesen erinnerten sich 81 % der Vorgesetzten an eine Situation mit einem psychisch auffälligen Mitarbeitenden (ebd.).

## 2 Betriebliche Soziale Arbeit

In diesem Kapitel wird die Betriebliche Soziale Arbeit mit ihren Aufgabengebieten, Verantwortlichkeiten und Zielgruppen beschrieben. Abschliessend wird die Betriebliche Soziale Arbeit in das betriebliche Gesundheitsmanagement eingeordnet.

### 2.1 Definition betrieblicher Sozialer Arbeit

Das Leitbild der Betrieblichen Sozialen Arbeit des Berufsverbands AvenirSocial (2014) beschreibt die BSA als einen spezialisierten Bereich der Sozialen Arbeit, an deren Zielen und Prinzipien sie sich orientiert. Bei der BSA handelt es sich um eine freiwillige, nicht gesetzlich verankerte Leistung der Unternehmen; sie kann betriebsintern oder -extern organisiert sein. Die Betriebliche Soziale Arbeit unterstützt Mitarbeiter\*innen bei Schwierigkeiten die «(...) beruflicher, finanzieller, gesundheitlicher und/oder privater(...)» Natur sind (S. 2-4). Die BSA leistet damit einen Beitrag zur Produktivitätssteigerung zugunsten des Unternehmens. Bei Bedarf beraten die Sozialarbeiter\*innen Vorgesetzte und Mitarbeiter\*innen des HR in sozial anspruchsvollen Situationen und betreiben Öffentlichkeitsarbeit für die Anliegen der Sozialen Arbeit innerhalb des Betriebs (AvenirSocial, 2014; Jaepelt & Görcke, 2009, S. 28-29). Konkret beschreibt AvenirSocial (2014) die Rolle der BSA wie folgt:

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. (S. 2)

Friege (2010) nennt ausserdem die «Förderung der Gesprächs- und Konfliktkultur», welche durch Massnahmen wie die «Benennung kollegialer Ansprechpartner und Entwicklung von Regeln zum Umgang miteinander und zur Vermeidung von Mobbing» als besondere Elemente der Prävention, was jedoch oft Jahre benötigt (S. 180). Dies sind Massnahmen innerhalb des Aufgabenspektrums der betrieblichen Sozialen Arbeit, die auf eine langfristige Veränderung des Verhaltens und Erlebens auf individueller wie auch auf der Ebene des Miteinanders innerhalb des Unternehmens abzielen. Wie Verena Hufschmid (2000) darlegt, beeinflusst die BSA indirekt die Unternehmenskultur, indem «(...) sie Geschäftsleitung und Kader auf psychosoziale Problemstellungen im Unternehmen aufmerksam macht und deren offensichtliche oder vermutete Zusammenhänge zur aktuellen Unternehmenspolitik aufzeigt» (S. 27).

Trotz des breitgefächerten Arbeitsfelds der BSA zeigt sich, dass Deutschschweizer Sozialberatungen im Mittel über 68 % der Arbeitszeit für die Einzelfallberatung aufwenden. Lediglich bei 21 % der Sozialberatungen beträgt der Anteil für Einzelfallberatungen bis zu 50 % (Baumgartner & Sommerfeld, 2016, S. 152).

### **Schweigepflicht**

Die Berater\*innen der BSA unterstehen der beruflichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe von Informationen darf nur mit dem Einverständnis der direkt Betroffenen erfolgen und Ausnahmen sind vorab zu kommunizieren (AvenirSocial, 2014, S. 3). Der Schweigepflicht kommt im Rahmen des erwähnten Spannungsfelds der BSA eine besondere Bedeutung zu. Denn obwohl diese offiziell existiert, kann vonseiten der Arbeitnehmenden der Verdacht aufkommen, dass es sich bei der BSA um einen verlängerten Arm der Geschäftsleitung oder des HR handelt. Sinnvoll und vertrauensfördernd ist die Implementierung von Datenerfassungssystemen, auf die ausschliesslich die Mitarbeitenden der Betrieblichen Sozialberatung Zugriff haben. Die Einmietung der innerbetrieblichen BSA in Räumlichkeiten ausserhalb der Hauptgebäude kann Zugangshürden abbauen und vertrauensfördernd wirken (vgl. Rickmann, 2020, S. 238).

### **Zielgruppen**

Zu den Zielgruppen der BSA gehören die Mitarbeitenden, die Vorgesetzten, das HR aber auch die Unternehmensleitung. Letztere ist als Ansprechpartnerin besonders relevant, wenn die BSA auf problematische Prozesse innerhalb des Unternehmens hinweist und Verbesserungsvorschläge anstossen sowie Massnahmen und Projekte implementieren möchte. Ebenfalls ist die Geschäftsleitung relevant, wenn es um die Legitimierung der betrieblichen Sozialen Arbeit geht.

### **Begrifflichkeiten**

Während die Betriebliche Soziale Arbeit einen Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit darstellt, bezeichnet die Betriebliche Sozialberatung (BSB) organisatorisch die innerbetriebliche Arbeitseinheit der BSA (Baumgartner & Sommerfeld, 2016, S. 4). Für die Sozialarbeiter\*innen, welche für die BSB tätig sind, wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff der *Sozialberater\*innen* respektive *Sozialberatende* verwendet (vgl. Baumgartner und Sommerfeld, 2016, S. 141).

## **2.2 Betriebliche Soziale Arbeit und Gesundheitsmanagement**

Gemäss Badura et al. (1999) meint Betriebliches Gesundheitsmanagement «die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermassen zu Gute kommen» (S. 17).

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) kann als eine gesamtunternehmerische Strategie zur Gesundheitsförderung verstanden werden. Als solche obliegt ihre Leitung in der Regel einem Mitglied der Geschäftsleitung und beinhaltet Change Management (Mächler, 2022).

Wie Birchmeier et al. (2007) ausführen, umfasst das betriebliche Gesundheitsmanagement auf der operativen Ebene alle Massnahmen «in den Bereichen Prävention, Früherkennung und Behandlung, welche die Gesundheit pro-aktiv oder reaktiv beeinflussen» (S. 35). Es finden sich viele Überschneidungen mit den Aufgaben der BSA, jedoch umfasst das Gesundheitsmanagement weitere Fachbereiche (wie Medizin, vgl. ebd., S. 75). Die BSA kann somit als Teil des Gesundheitsmanagements eines Unternehmens verstanden werden, wovon im Weiteren ausgegangen wird.

## **2.3 Fazit**

Wie man an den oberen Ausführungen erkennt, befindet sich die BSA im Spannungsfeld zwischen den wirtschaftlichen Interessen der Unternehmen und den sozialen Frage- und Problemstellungen der Mitarbeitenden. In dieser Position nimmt sie eine Brückenfunktion ein. Hierin findet sich eine Überschneidung mit dem Berufskodex der Sozialen Arbeit, nach dem diese sich «an der Lösung struktureller Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Einbindung von Individuen in Soziale Systeme ergeben» (AvenirSocial, 2010, S. 6) zu beteiligen hat. Ausserdem fördert die Soziale Arbeit gemäss Berufskodex «den sozialen Wandel und Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und die Ermächtigung und Befreiung der Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen anzuheben» (ebd., S. 8). Die BSA ist demnach aus beruflicher Sicht legitimiert, die Geschäftsleitung auf psychosoziale Probleme aufmerksam zu machen und Lösungsansätze zu deren Behebung zu erarbeiten. Des Weiteren ist sie aus Sicht des Unternehmens verpflichtet, sich wirtschaftlich zu legitimieren und den Unternehmen durch ihr Handeln die Ressource Arbeitskraft zu erhalten und zu Kosteneinsparungen beizutragen.

### **3 Psychische Erkrankung und psychische Belastung**

In diesem Kapitel wird die Definitionen von psychischen Erkrankung behandelt und der Unterschied zu psychischer Belastung behandelt. Aufgrund der hohen Relevanz in der Praxis wird im Anschluss beispielhaft für psychische Erkrankungen das Krankheitsbild der Depression näher erläutert.

#### **3.1 Definitionen von psychischer Erkrankung und psychischer Belastung**

Gemäss BAG (2016) äussern sich psychische Erkrankungen (klinisch auch *Störungen*) durch «(...) krankhafte Veränderungen oder Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Verhaltens sowie (...) der Erlebnisverarbeitung» (S.12). Zudem können hirnganisch bedingte Veränderungen des Bewusstseins vorliegen (ebd.). Zur Feststellung einer psychischen Erkrankung im klinischen Sinne wird das Klassifikationssystem *Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-11* (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)(2022a) oder das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) (2013) verwendet. Im europäischen Raum wird primär die ICD-11 verwendet. Im Allgemeinen müssen für eine Diagnose Kriterien der Schwere, Dauer und Dichte der Symptome erfüllt sein und für die betroffene Person zu einem Leiden oder einer Funktionsbeeinträchtigung führen (Scharfetter, 2002; zit. in Schuler et al., 2016, S. 10). Bei Diagnosen kommt es oft zu Überlappungen (Friege, 2010, S. 167).

Psychische Erkrankungen entstehen häufig aus einem komplexen Zusammenspiel aus biologischen Faktoren (z.B. genetische Vorbelastung), Umweltfaktoren (z.B. Verlust einer nahestehenden Person, Trauma), sowie Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Neurotizismus) von Bedeutung sein (Fassino et al., 2013, S.398; BAG, 2016, S.12).

#### **Prävalenz**

Die in der Öffentlichkeit häufig vertretene Meinung, dass es über die letzten Jahre zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen gekommen sei, ist in der Fachwelt umstritten. Verschiedenste internationale Studien weisen auf eine stabile Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung hin (Jacobi et al., 2014, S.77-87; Bretschneider et al., 2018, S.394). Die Zunahme an Diagnosen wird dementsprechend mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Betroffene, sowie einer veränderten Diagnosestellung, Dokumentation und Kommunikation durch Ärzte und Ärzt\*innen erklärt (Thom et al., 2019, zit. in Schuler et al., 2020, S.10).

Andere Studien berichten hingegen von einer Zunahme von psychischen Erkrankungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen. So wird in amerikanischen Studien von einer Zunahme von Depressionen, insbesondere bei Jugendlichen, berichtet (Blue Cross Blue Shield, 2018; Weinberger et al., 2018, S.1308-1315).

### **Behandlungshäufigkeit**

Trotz der erhöhten Inanspruchnahme des Versorgungssystems werden viele psychische Erkrankungen weiterhin nicht behandelt. Daten liefert unter anderem die Bern Epidemiological At Risk (BEAR) Study: Gemäss Michel et al. (2018) sind 93% der 16- bis 40-jährigen Personen, die zum Zeitpunkt der Studie von Symptomen einer psychischen Erkrankung betroffen sind, nicht in einer psychiatrisch-psychologischen Behandlung. Davon haben 65% noch nie Kontakt zu einer Fachperson gehabt (S.1-2). Wie Michel et al. (2018) in feststellen, suchen sich viele Betroffene erst Hilfe, wenn die psychischen Beschwerden derart ausgeprägt sind, dass sie sich beruflich und psycho-sozial negativ auf die Funktionsfähigkeit auswirken (ebd.).

### **Psychische Belastung**

Von psychischen Belastungen, Beschwerden oder Problemen wird gesprochen, wenn nur ein Teil der Kriterien erfüllt, respektive die Symptome für eine Diagnose «nicht ausreichenden stark oder anhaltend sind» (Schuler et al., 2016, S. 10). Der Übergang zwischen psychischen Beschwerden und psychischer Krankheit ist fließend (Friege, 2010, S. 166).

## **3.2 Depression**

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft; sie sind weltweit eine der Hauptursachen für Behinderungen und tragen wesentlich zur globalen Krankheitslast bei (WHO, 2021). Depressionen beeinflussen die betroffenen Personen im Fühlen, Denken und Handeln und führen zu einem erheblichen Leidensdruck. Bei Personen mit Depressionen können diverse neurobiologische Veränderungen festgestellt werden (Otte et al., 2016).

### **3.2.1 Symptome und Diagnose**

Depressive Störungen sind gekennzeichnet durch eine depressive Stimmung (z. B. Traurigkeit, Reizbarkeit, Gefühl von Leere) oder Interessenverlust, begleitet von anderen kognitiven, verhaltensbezogenen oder neurovegetativen Symptomen, welche die Funktionsfähigkeit der betroffenen Person erheblich beeinträchtigen (WHO, 2021). Für eine Diagnose nach ICD-11 muss die depressive Stimmung oder das verminderte Interesse an Aktivitäten den grössten Teil des Tages fast jeden Tag über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen auftreten (ebd.).

Begleitet werden können Depressionen gemäss der ICD-11 (WHO, 2021) von anderen Symptomen wie beispielsweise

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gefühle der Wertlosigkeit oder übermässige oder unangemessene Schuldgefühle
- Hoffnungslosigkeit
- Appetitstörungen
- Schlafstörungen
- psychomotorische Unruhe
- Verlangsamung von Denk- und Bewegungsabläufen
- verminderte Energie oder Müdigkeit
- wiederkehrenden Gedanken an den Tod bis hin zu suizidalen Gedanken

Depressionen gehören zu den affektiven Störungen (WHO, 2022b). Sie werden im diagnostischen Setting auch als *Depressive Störung* oder als *Major Depressive Disorder* bezeichnet (National Institute of Mental Health (NIMH), ohne Datum). Eine Major Depression Disorder liegt dann vor, wenn die Depression unipolar ist, also kein Hinweis auf eine Bipolare Störung (auch: manische Störung) vorliegt (WHO, 2022b).

### **3.2.2 Vorphase und Frühsymptome**

Aus der Wechselwirkung verschiedener Risikofaktoren kann sich eine Depression entwickeln. Dies geschieht häufig schleichend (Stegmüller, 2017, S. 37). Die Dauer der Vorphase einer Depression variiert gemäss empirischen Untersuchungen zwischen zwei Tagen und vier Jahren (Iacoviello et al., 2010, S. 459-467; Jackson et al., 2003, S. 209-217, Syed Sheriff et al., 2015, S. 153-161).

Iacoviello et al. (2010) fanden in einer Längsschnittstudie sieben zentrale Frühsymptome bei Personen, die eine Depression entwickelten. Diese sind: Interessenverlust oder Freudlosigkeit, gedrückte Stimmung (Traurigkeit), Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Sorgen, reduzierter Selbstwert und erhöhte Reizbarkeit (S. 459-467). Auffällig ist die Deckung mit Kernsymptomen der Depression wie Antriebsminderung, Traurigkeit und Verlust der Freude oder Interessen, jedoch auch das Vorkommen von Symptomen wie zum Beispiel Reizbarkeit (Stegmüller, 2017, S. 37).

Die Ergebnisse einer qualitativen Studie von Syed Sheriff et al. (2015) bestätigen, dass die Symptome der Frühphase eine abgeschwächte Form der Kernsymptome einer Depression darstellen, die frühesten Veränderungen jedoch von diesen verschieden sind (S.153-160).

Die auffälligsten Symptome waren anfänglich Ratlosigkeit und Verwirrung und danach Traurigkeit und Reizbarkeit. Ein häufiges Muster war eine verringerte Fähigkeit der Studienteilnehmer\*innen, ihre Rolle zu erfüllen, was mit Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und einem reduzierten Selbstwertgefühl einherging (Syed Sheriff et al., 2015, S. 153-160).

Bei 82 bis 88 Prozent der Personen, die von einer Depression betroffen sind, bleiben Restsymptome zurück (Fava et al., 1994, S. 1295-1299; Gastó et al., 2003, S. 15-19). Diese erhöhen die Eintrittswahrscheinlichkeit einer weiteren depressiven Episode und wirken sich ungünstig auf den Schweregrad der Erkrankung aus (DGPPN, 2015, S. 47; Israel, S. 2429-2430). Je länger die Depression anhält, desto wahrscheinlicher ist das Übrigbleiben von Restsymptomen und desto höher ist die Rückfallwahrscheinlichkeit (Israel, 2010, S.2428-2429). In der Depressionsbehandlung und Prävention sind deshalb eine schnelle Erkennung der Symptomatik und das Einleiten einer (therapeutischen) Intervention zentral.

### **3.3 Stigmatisierung**

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind oft in zweifacher Hinsicht mit Schwierigkeiten konfrontiert: Einerseits müssen sie ihre Krankheitssymptome überwinden, andererseits sind sie in der Öffentlichkeit und privat häufig Stigmatisierung ausgesetzt. Public Health Schweiz definiert Stigmatisierung als:

Ein körperliches, psychisches, soziales oder verhaltensbezogenes Merkmal einer Person, das ihr von anderen zugeschrieben wird und das die Person in Folge von anderen unterscheidet, herabsetzt oder ausgrenzt sowie der Person weitere (Verhaltens-) Regeln zuschreibt. (Public Health Schweiz, 2012, S. 3)

Die Zuschreibung negativer Eigenschaften geschieht unabhängig davon, ob diese tatsächlich vorhandene Merkmale oder Verhaltensweisen der stigmatisierten Personen darstellen (Vuille, 2009, S. 6). Die negativen Einstellungen, die den Merkmalsträgern und Merkmalsträger\*innen entgegengebracht werden, führen dazu, dass diese Personen nicht mehr als Individuen mit eigenen Persönlichkeiten wahrgenommen werden, sondern lediglich als Träger\*innen eines Stigmas (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247).

Ursache für die negativen Zuschreibungen ist ein «kollektives Normverständnis darüber, wie eine Person zu sein hat, um in der Gemeinschaft als vollwertiges Mitglied akzeptiert zu werden» (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247). Entsprechen Personen den normativen Erwartungen aufgrund bestimmter Eigenschaften nicht, erfolgt eine negative Zuschreibung.

Es geht demnach nicht um das Merkmal selbst, in dem sich die Person zur «normalen» Bevölkerung unterscheidet, sondern um die negative Definition dieses Merkmals (vgl. Goffman, 1967, S. 13 f.). Brühlhart (2015) hält dazu fest: «Über diese negative Definition eines Merkmals werden der Person weitere negative Eigenschaften zugeschrieben» (S. 13).

Obwohl das Allgemeinwissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zugenommen hat, zeigen Studien auf, dass negative Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen nach wie vor weit verbreitet sind (Schomerus et al., 2012; Angermeyer et al., 2013; Pescosolido, 2010). Beispielsweise wird Menschen, die an Depressionen leiden, nachgesagt, dass sie willensschwach seien. Menschen mit einer Schizophrenie gelten dagegen als besonders unkontrollierbar und gefährlich (Angermeyer et al., 2004, S. 175-182). Bei solchen stigmatisierenden Zuschreibungen handelt sich um verallgemeinernde und vereinfachte Vorstellungen und Wissensstrukturen, die in der Sozialpsychologie als *Stereotyp* bezeichnet werden (Aydin & Fritsch, 2015, S. 247).

Aydin und Fritsch (2015) führen an, dass diese Zuschreibungen nicht notwendigerweise zu einer tatsächlichen Benachteiligung stigmatisierter Personen führen. Erst wenn die Merkmale mit negativen Emotionen der zuschreibenden Personen verbunden werden, entsteht durch ein Stereotyp ein Vorurteil. Wenn aufgrund der Vorurteile Verhaltensweisen abgeleitet werden, beispielsweise dass eine psychisch erkrankte Person am Arbeitsplatz ausgegrenzt wird, spricht man von Diskriminierung (S. 247).

In einer Studie von Baer aus dem Jahre 2007 (zit. in Baer, 2014) wurden Arbeitgebende aus 750 Klein- und Mittelunternehmen (KMU) im Kanton Basel gefragt, wen sie aus einer Liste möglicher Kandidaten und Kandidat\*innen anstellen würden (S. 21). Die Ergebnisse (Abbildung 1, siehe nächste Seite) zeigen eindrücklich, dass Personen mit psychiatrischen Diagnosen besonders stark stigmatisiert werden und in der Folge von Diskriminierung betroffen sind.

## Ranking der Arbeitgeber

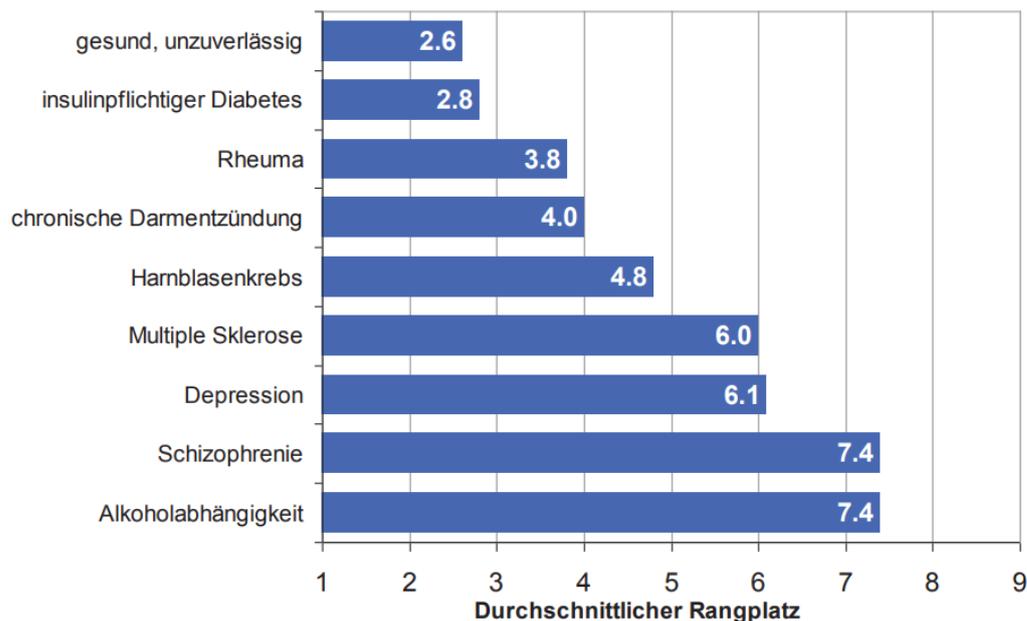


Abbildung 1 Ranking der Arbeitgeber (Quelle: Baer et al., 2007, zit. in Baer, 2014, S. 21)

Stigmatisierung schränkt die Lebensziele von Betroffenen ein und resultiert in einem deutlich verringerten Selbstwertgefühl (Corrigan & Wassel, 2008, S. 42-48; Link et al., 2001, S. 1621-1626). Sie stellt ausserdem eine Zugangshürde für das rechtzeitige Aufsuchen professioneller Hilfe dar, was zur Chronifizierung und Verschärfung der Krankheit führen kann (Public Health Schweiz, 2012, S. 5; Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien [BASS], 2016, S. XV). Die Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes besteht gemäss Public Health Schweiz demnach nicht nur in der Erkrankung selbst, sondern in der erlebten Stigmatisierung (ebd.).

### Selbststigmatisierung

Selbststigmatisierung liegt vor, wenn eine stigmatisierte Person die negativen Zuschreibungen und Vorurteile verinnerlicht (Aydin & Fritsch, 2012, S. 250). Infolgedessen können sich bei den Betroffenen Selbstvorurteile entwickeln. Diese führen häufig zum Verlust des individuellen Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit (Vogel et al., 2013, 311-316). Gemäss Aydin & Fritsch (2012) sind depressive Symptome, gesteigerte Scham und insbesondere verminderter Selbstwert typische Folgen der Verinnerlichung von Stereotypen und Vorurteilen (S. 250). Neben diesen Symptomen bringt Selbststigmatisierung eine Reihe von weiteren psychischen und sozialen Konsequenzen mit sich. So zeigen Personen bei denen Selbststigmatisierung vorliegt vermehrt Rückzugstendenzen und Vermeidungsverhalten.

Auch ohne Vorliegen dieser Verhaltensweisen kann die «ängstliche Erwartungshaltung an ihre soziale Umwelt dazu führen, dass ihre negative Selbsteinschätzung bestätigt wird» (ebd., 251). Eine ausgeprägte Selbststigmatisierung kann in der Therapie zudem eine geringere Krankheitseinsicht zur Folge haben, da die Patienten und Patient\*innen besorgt sind, dass der/die Behandler\*in die negative Bewertung teilt (Aydin & Fritsch, 2012, 251).

### **3.4 Fazit**

Das Beispiel der Depression zeigt auf, wie unterschiedlich sich eine psychische Erkrankung äussern kann. Dies erschwert eine frühe Erkennung. Zudem können sich Stigmatisierung und Selbststigmatisierung bei den Betroffenen erschwerend auf die psychische Erkrankung auswirken; sie werden durch das Umfeld mit negativen charakterlichen Zuschreibungen konfrontiert, während Erleben und Verhalten durch die Internalisierung der Vorurteile beeinflusst wird. Es entsteht ein Teufelskreis, der die Erkrankung mitaufrechterhalten und die F & F erschweren kann. Es ist deshalb wichtig, entstigmatisierende Interventionen wie die Aufklärungsarbeit des Umfelds in die F & F einzubinden. So können frühe Symptome der Erkrankungen eher erkannt und die Betroffenen im Umgang damit unterstützt werden. In Folge wird der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst und die Wahrscheinlichkeit krankheitsverstärkender Folgen wie sozialer Rückzug und Arbeitsplatzverlust verringert.

## **4 Arbeit und psychische Erkrankung und Belastung**

In diesem Kapitel wird erörtert, welche Rolle Erwerbsarbeit bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen spielt. Es folgt ein Exkurs zum Burnout und anschliessend werden die positiven Auswirkungen von Erwerbsarbeit auf die psychische Stabilität dargelegt. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Darstellung der Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die Arbeitstätigkeit. Depressionen gehören zwar zu den häufigsten Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, doch beziehen sich die Studien aus der Schweiz auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen, weshalb diese im nachfolgend vorgestellt werden. Wo möglich, werden Bezüge zur Depression hergestellt.

### **4.1 Einfluss von Erwerbsarbeit auf die Psyche**

In den letzten Jahren ist der Einfluss von Arbeit auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und insbesondere von Depressionen vor allem durch das Burnout-Syndrom (kurz: Burnout) in den Fokus gerückt. Ein Exkurs zum Burnout findet sich im Kapitel 4.1.1. Im Zentrum der medialen Aufmerksamkeit befinden sich die Strukturmerkmale des heutigen Arbeitsmarktes.

Wie in Kapitel 3.1 dargelegt wurde, ist bisher unklar, ob psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung tatsächlich zunehmen. Gleichzeitig zeigen Studien jedoch auf, dass Arbeitnehmende heute vermehrt psychosozialen Risiken und Stress am Arbeitsplatz ausgesetzt sind (Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 2-5). Durch den steigenden Konkurrenzdruck eines globalisierten Marktes sowie durch die technische Beschleunigung wird den Arbeitnehmenden immer mehr Leistung in gleicher Zeit sowie ein hohes Mass an Flexibilität abverlangt.

Stress kann als ein Ungleichgewicht zwischen den vorhandenen Belastungen und den für deren Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen verstanden werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 2). Stress beeinträchtigt das Wohlbefinden und erhöht auf Dauer das Risiko der Betroffenen, psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen und Angsterkrankungen (DGPPN, 2016, S. 1), oder ein Burnout zu entwickeln (Keck, ohne Datum). Gemäss Seiler (2014) erhöht sich durch Stress das relative Risiko, aufgrund von chronischen psychosozialen Arbeitsbelastungen an einer Angst- oder depressiven Störung zu erkranken, über alle Studien hinweg um einen Faktor zwischen 1,3 und 1,8. Eine vorsichtige Schätzung kommt demnach auf eine Erhöhung des Risikos um etwa 50 % (S. 43).

Psychosoziale Risiken sind Faktoren der Umwelt, welche zu Stress und damit zu einer negativen Beeinflussung der Gesundheit führen können. Zu den psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz gehören gemäss dem Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) beispielsweise eine unzulängliche Arbeitsgestaltung und -organisation sowie ein ungünstiges soziales Umfeld (ohne Datum).

In der Schweiz fliesst die Erhebung von psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz in die Ermittlung des Job-Stress-Index mit ein. Dieser wird seit 2014 regelmässig von der Gesundheitsförderung Schweiz ermittelt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 1). Zuletzt wurde der Job-Stress-Index im ersten Quartal 2020 errechnet, noch vor der akuten Phase der Covid-19-Pandemie.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die prozentualen Anteile der Erwerbstätigen, deren Arbeitsbelastungen die vorhandenen Arbeitsressourcen übersteigen, seit 2014 signifikant gestiegen sind, nämlich von 24,8 auf 29,6 % (Abbildung 2). Bei 45,5 % der Erwerbstätigen halten sich Belastungen und Ressourcen die Waage. Nur 25 % der Erwerbstätigen erleben am Arbeitsplatz mehr Ressourcen als Belastungen. Der Anteil der emotional Erschöpften liegt im Jahr 2020 bei 28,7 %.

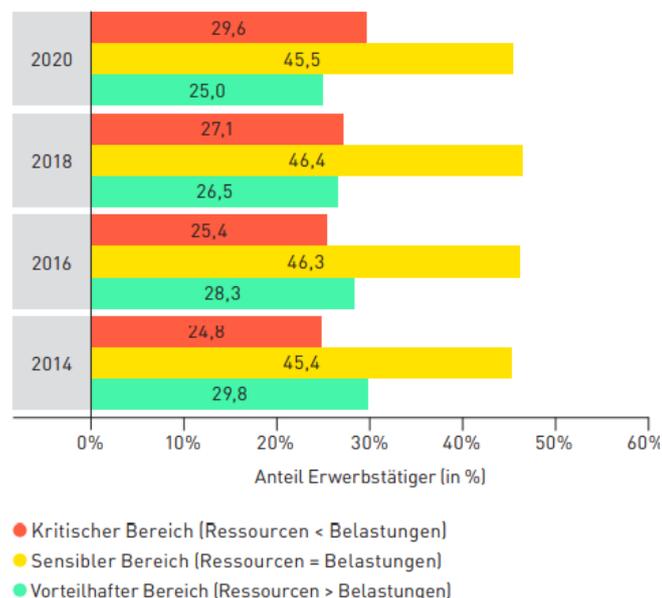


Abbildung 2 Anteile der Erwerbstätigen in Prozent im kritischen, sensiblen und vorteilhaften Bereich des Job-Stress-Index nach Erhebungsjahr (Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 5)

In Abbildung 3 sind die Arbeitsressourcen und Arbeitsbelastungen ersichtlich, die in die Berechnung des Job-Stress-Index einfließen.

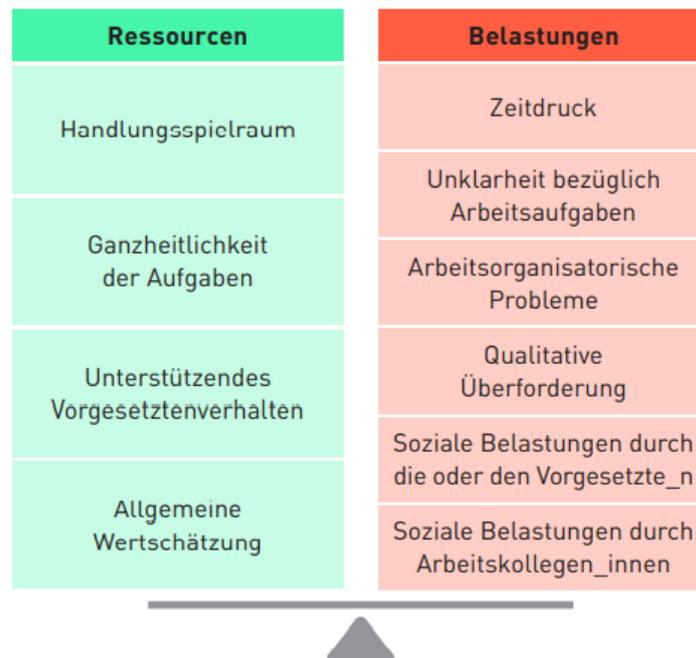


Abbildung 3 Arbeitsbedingungen, die in die Berechnung des Job-Stress-Index einfließen (Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, 2020, S. 2)

In der Befragung von Psychiater\*innen zu *Patienten mit Arbeitsproblemen* wurde ebenfalls gefragt, welche problematischen Arbeitsplatzbedingungen sich bei den Patienten besonders häufig zeigen (BSV, 2017, S. 102). Bei den problematischen Arbeitsbedingungen (Abbildung 4, siehe nächste Seite) ist die häufigste Nennung die mangelnde Wertschätzung und Anerkennung durch die Vorgesetzten; sie ist zugleich auch mit Abstand die wichtigste (BSV, 2017, S. 104). Am zweitwichtigsten waren hingegen Mobbing-Erfahrungen – ein gemäss Baer et al. bisher selten genanntes Problem. Mobbing wird in über 25 % der Fälle als Arbeitsproblematik angegeben und ist, wenn es besteht, in der Regel auch das bedeutendste Problem. Für den übermässigen Workload und die stetig steigenden Arbeitsanforderungen gilt Ähnliches: Wenn es dazu kommt, ist es relativ häufig das wichtigste Problem am Arbeitsplatz. Gleichzeitig wird im Bericht festgehalten: «Bemerkenswert ist aber dennoch die besonders grosse Bedeutung der Wertschätzung durch die Führungskraft, welche rund dreimal so häufig die wichtigste negative Arbeitsbedingung ist wie die nächstfolgenden» (BSV, 2017, S. 104).

Die Patienten, die besonders konflikthafte, aggressive und undisziplinierte Problemmuster am Arbeitsplatz zeigen, haben laut Psychiater\*innen besonders häufig unter mangelnder Wertschätzung, einer ungeschickten Kommunikation durch den Vorgesetzten und unter einem schlechten Teamklima gelitten (BSV, 2017, S. 104).

### Häufigkeit der problematischen Arbeitsbedingungen (N = 2192) bei N = 397 Patient\*innen



Abbildung 4 Problematische Arbeitsbedingungen (Quelle: BSV, 2017, S. 103)

#### 4.1.1 Exkurs Burnout-Syndrom

In der ICD-11 (WHO, 2022c) wird das Burnout-Syndrom unter dem Code QD85 definiert als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt werden konnte. Gekennzeichnet ist Burnout durch drei Dimensionen: 1) Gefühle von Energiemangel oder Erschöpfung; 2) erhöhte mentale Distanz zur eigenen Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug darauf; 3) ein Gefühl von Ineffektivität und mangelnder eigener Leistung (ebd.).

Burnout bezieht sich auf Phänomene im beruflichen Kontext von Erwerbsarbeit und wird in der Kategorie «Factors influencing health status» gefasst (WHO, 2022c). Burnout wird demnach nicht als eigenständige Erkrankung kategorisiert, und Erschöpfungszustände, die durch andere, private Lebensbereiche zustande kommen, fallen nicht unter die Burnout-Definition (ebd.).

#### **4.1.2 Burnout und psychische Erkrankung**

Maske et al. (2015) zeigen auf, dass bei 59 % der Personen, bei denen ein Burnout diagnostiziert wurde, auch eine Angststörung besteht. Bei 58 % wurden affektive Störungen festgestellt, also Formen von Depression oder eine depressive Episode, und bei 27 % eine somatoforme Störung (S. 18-24). Gemäss den Ergebnissen der Metaanalyse von Koutsimani et al. (2019) ist es zudem möglich, dass Personen, die anfälliger für ein höheres Mass an Angst sind, auch eher an Burnout erkranken. Nach Koutsimani et al. (2019) können die Ähnlichkeiten zwischen Burnout und Depression sowie zwischen Burnout und Angst zu Fehldiagnosen führen (S. 13-14). Eine klare Abgrenzung zwischen psychischen Störungen und arbeitsbedingten Erkrankungen wie Burnout erweist sich als schwierig (ebd., S. 2-3). Beispielsweise kommt es bei Depressionen wie auch beim Burnout häufig zu Energie- und Interessenverlust am Arbeitsplatz, zu Konzentrationsstörungen und zu gedrückter Stimmung (ebd.). Gleichzeitig deuten die Ergebnisse von Koutsimani et al. (2019) darauf hin, dass es sich bei Burnout und Depression sowie bei Burnout und Angsterkrankungen um unterschiedliche Konstrukte handelt und Burnout damit keine Unterkategorie von Depression und/oder Angsterkrankungen ist (ebd., S. 14). In der ICD-11 wird Depression als Ausschlussdiagnose für einen Burnout festgehalten (WHO, 2022c).

In Bezug auf die psychischen Probleme am Arbeitsplatz weisen Baer et al. (2017a) darauf hin, dass die meisten psychischen Probleme einen wiederkehrenden oder anhaltenden Verlauf aufweisen; so handelt es sich beispielsweise bei älteren Mitarbeitenden mit einem «Burnout» häufig nicht um ein erstmaliges, sondern um ein akutes Problem mit einer langen Vorgeschichte (S. 20-21).

#### **4.2 Positive Einflüsse der Erwerbstätigkeit auf die psychische Befindlichkeit**

In den öffentlichen Diskussionen rund um Stress und psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz wird häufig vergessen, dass Arbeit für die psychische Stabilität eine wichtige positive Funktion erfüllt. Wie Berger et al. (2013) anmerken, hat eine erfüllende und fehlbelastungsarme berufliche Tätigkeit einen stabilisierenden Effekt auf das psychische Wohlbefinden (S. 1291).

Baer et al. (2017a) führen aus, dass Arbeit zur Bildung der persönlichen Identität, zu Sozialkontakten, zum Erleben von Zugehörigkeit und zu einem Kompetenzgefühl führt: «Wer im Arbeitsmarkt ist und «etwas beiträgt», ist gesellschaftlich integriert» (S. 20-21). Schlussendlich wird mit Arbeit auch ein Einkommen erwirtschaftet, was eine gewisse finanzielle Sicherheit mit sich bringt (ebd.).

Wie Schuler et al. (2020) festhalten, weisen arbeitslose oder invalide Personen dementsprechend ein 1,7- bis 3,5-mal so hohes Risiko auf, von psychischen Beschwerden betroffen zu sein, wie jene, die einer («guten») Erwerbstätigkeit nachgehen (S. 52).

Laut Baer et al. (2017a) besteht zudem ein starker Zusammenhang zwischen der Genesung psychisch erkrankter Personen und dem Nachgehen einer Erwerbstätigkeit. Für psychisch erkrankte Personen, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, ist die Dauer der ambulanten oder stationären Behandlung deutlich kürzer als jene der stellenlosen psychisch erkrankten Personen. Dieses Ergebnis zeigt sich unabhängig von der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung (S. 20-21). Auch lassen sich bei erwerbstätigen Patient\*innen in der kürzeren Zeit die besseren Behandlungsfortschritte feststellen (ebd.).

Anzumerken ist hierbei, dass die psychische Gesundheit auch bei sogenannten *bad jobs* leidet. *Bad jobs* oder auch *poor quality jobs* sind Erwerbstätigkeiten mit schlechten Rahmenbedingungen wie niedriger Bezahlung, unsicherem Anstellungsverhältnis, ungünstigen Arbeitszeiten oder mehreren psychosozialen Risikofaktoren (Grün et al., 2010, S. 285-306; Chandola & Zhang, 2018, S. 47-57).

### **4.3 Auswirkung von psychischen Erkrankungen auf die Arbeitstätigkeit**

Wie Friege (2010) darlegt, werden psychisch erkrankte Personen am Arbeitsplatz oft als unfähige Kollegen, Simulanten oder «Drückeberger» angesehen. Dementsprechend werden Krankheitszüge (und Frühsymptome) vom Umfeld häufig als Charaktereigenschaften fehlinterpretiert (S. 171). Da die Betroffenen ihre Krankheit häufig lange Zeit verschweigen oder selbst nicht erkennen, wird das Bild des Umfelds in solchen Fällen lange Zeit nicht korrigiert (Goldberg et al., 2001, S. 1641-1642; Friege, 2010, S. 171). Dies treibt die negative Selbstwahrnehmung [und Fremdwahrnehmung] weiter an (Friege, 2010, S. 171).

Vorgesetzte und Teammitglieder der Betroffenen reagieren auf das veränderte Verhalten und einen etwaigen Leistungsabfall dementsprechend häufig mit Leistungsappellen, Unverständnis und Wut. Allerdings sind auch Besorgnis, Mitleid und Hilfeimpulse häufige Reaktionen auf psychisch belastete Mitarbeitende (BSV, 2010, S. 47, 55-57).

Angesichts der Tabuisierung, welcher psychische Erkrankungen und Belastungen am Arbeitsplatz nach wie vor unterliegen, erstaunen die häufig negativen Reaktionen am Arbeitsplatz trotz der epidemiologischen Lage nicht.

Nachfolgend werden der Verlauf, die wahrgenommenen Probleme («Symptome») mitsamt ihren Auswirkungen auf das Team, die Vorgesetzten respektive HR-Verantwortlichen sowie die Lösungsversuche dargestellt. Dafür werden primär die zu Beginn dieser Arbeit skizzierten Studien *Schwierige Mitarbeiter* des BSV (2011), *Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften* von Baer et al. (2017a,b) und der Forschungsbericht des BSV zu *Patienten mit Arbeitsproblemen* (2017) zitiert.

### **Problemverlauf**

In den Angaben der HR-Verantwortlichen und Vorgesetzten kristallisierten sich **drei hauptsächliche Verlaufstypen** heraus (BSV, 2010, S. 46):

- akute Probleme nach unauffälligem Verhalten
- schleichende Verschlechterungen
- schwankende Verläufe

Nur der erste Verlaufstyp, bei dem es nach unauffälligem Verhalten zu Schwierigkeiten kommt, wird von den Befragten relativ schnell erkannt. Kommt es zu schleichenden Verschlechterungen oder schwankenden Verläufen, werden die Probleme gemäss den Autoren erst mit monate- bis jahrelanger Verzögerung als relevant wahrgenommen (BSV, 2010, S. 46).

In der Studie von Baer et al. (2017b) berichteten die Führungskräfte vor allem von schwerwiegenden Fällen mit wiederkehrenden Problemen, dennoch wurden die Schwierigkeiten in einem Drittel der Fälle kaum oder nie angesprochen (S. 3). Von den intervenierenden Führungskräften reagierten 60 % frühestens zwei Monate, nachdem sie das Problem erkannt hatten, in einem Fünftel aller Fälle frühestens sechs Monate danach (ebd., S. 4).

Bezüglich des Problembeginns halten Baer et al. kritisch fest:

Allerdings zeigen die Schilderungen der Chefs, dass die von ihnen als Problembeginn beschriebene Situation oft einer Eskalation länger andauernder Probleme gleichkommt. Was Führungskräfte als Problembeginn beschreiben, ist tatsächlich oft schon ein vorläufiger Endpunkt. Dieser ist unter anderem gekennzeichnet durch Verstösse gegen die Arbeitsordnung, eklatante Konflikte, akuten Leistungsabfall, Drohungen, Krankschreibungen, Trunkenheit am Arbeitsplatz, akute Instabilität oder Weinkrämpfe. (Baer et al., 2017b, S. 4)

## Auswirkungen auf den Arbeitsplatz

In Bezug auf die Probleme, welche sich am Arbeitsplatz durch psychische Belastungen und Erkrankungen zeigen, wird in der Praxis oft davon ausgegangen, dass es früh zu Absenzen kommt. Die Untersuchung des BSV (2011) zeigt hingegen auf, dass bei den arbeitsbedingten Problemen aufgrund einer psychischen Erkrankung bzw. Belastung primär zwischenmenschliche Probleme von Bedeutung sind (S. 23-25). Insgesamt kommt es in 80 % der erfassten Fälle zu interpersonellen Schwierigkeiten (ebd., S. 24). In 30 % der Fälle besonders früh bemerkbar gemacht (Abbildung 5). Zu wiederholten Kurzabsenzen kam es hingegen nur in etwa 15 % der Fälle besonders früh. Zu Langzeitabsenzen, die im Bericht als «klassische Auslöser für Interventionen» (BSV, 2011, S. 23) verortet werden, kam es in 59 % der Fälle überhaupt nicht. Nur in 9 % aller Problemsituationen ist es besonders früh zu Langzeitabsenzen gekommen. Zu ungenügendem Arbeitsverhalten (Unzuverlässigkeit) und Leistungsproblemen kam es lediglich bei 19 % aller Fälle besonders früh (ebd.).

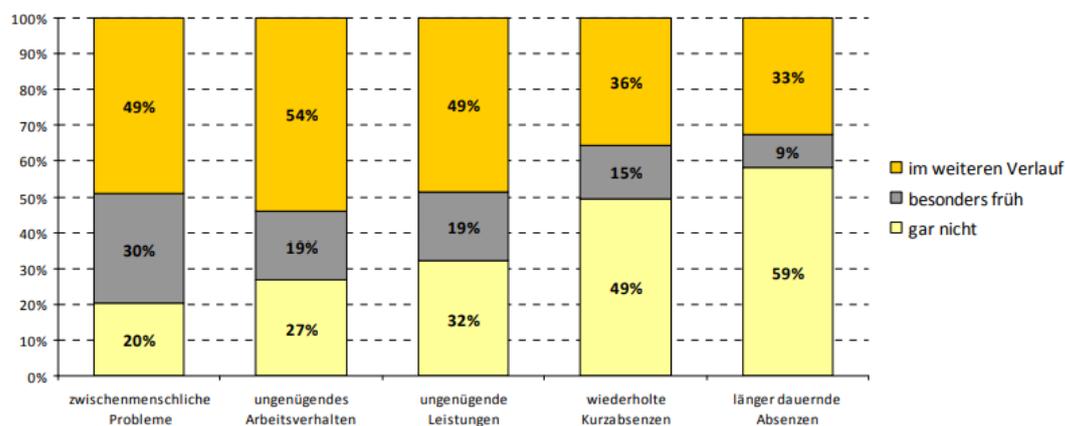


Abbildung 5 Wie wirken sich psychische Probleme aus, und wie früh? (n = 761-771) (BSV, 2011, S. 25)

Die zwischenmenschlichen Probleme (Abbildung 6) sind es schlussendlich auch, welche die Vorgesetzten respektive Personalverantwortlichen wie auch das Team mit Abstand «am meisten Nerven kosten» (BSV, 2011, S. 25).

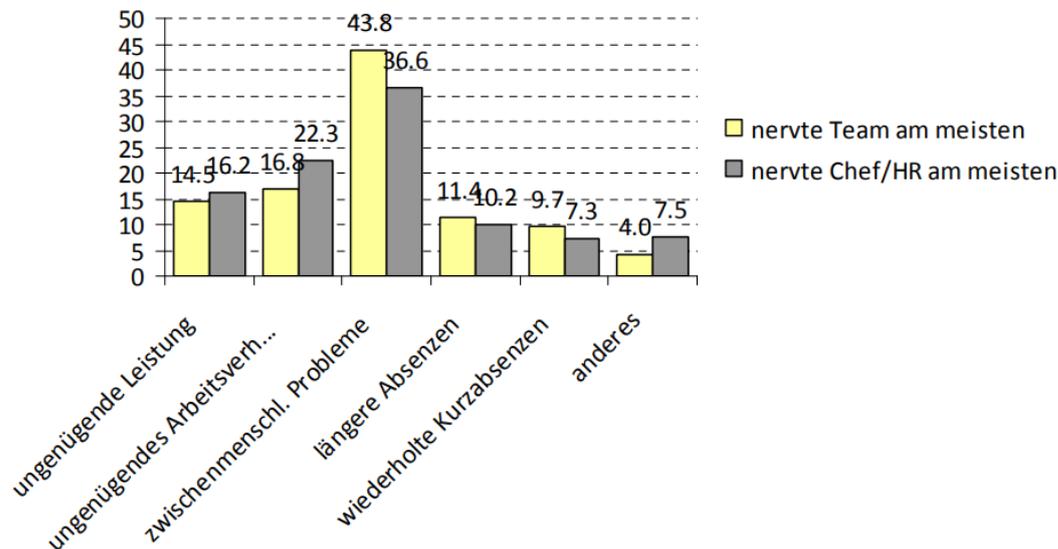


Abbildung 6 Besonders belastende Problembereiche für Team und Vorgesetzte Team (n = 352) und Vorgesetzte (n = 413) (BSV, 2011, S. 25)

Wie die Pilotstudie aufzeigt, werden nicht in erster Linie die psychischen Probleme als «schwierig» empfunden, sondern «Alltagsauffälligkeiten», die oft gar nicht mit einer psychischen Störung assoziiert werden, das Umfeld jedoch fast zwangsläufig in Mitleidenschaft ziehen (BSV, 2011, S. XII).

Gemäss den Angaben der Vorgesetzten sind die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Mitarbeitenden (BSV, 2011, S. XII):

- eigene Fehler abstreiten und den anderen die Schuld geben (in 46 % der Fälle)
- starke und unvorhersehbare Stimmungsschwankungen und Launenhaftigkeit (in 39 % der Fälle)
- Konzentrationsprobleme (in 35 % der Fälle)
- «aufmüpfig» sein bei Anweisungen (in 34 % der Fälle)

Aus allen 30 möglichen Auffälligkeiten wurde eine Typologie mit 5 unterschiedlichen Problemmustern erstellt (BSV, 2011, S. XII):

- Problem-Typ 1 (32 % der Fälle): wenige, aber spezifische Auffälligkeiten
- Problem-Typ 2 (23 % der Fälle): «Charakterprobleme» – gute Arbeitsleistung
- Problem-Typ 3 (19 % der Fälle): ausschliesslich Leistungsversagen
- Problem-Typ 4 (13 % der Fälle): «Charakterprobleme» – Leistungsprobleme
- Problem-Typ 5 (13 % der Fälle): Antriebslosigkeit, Depression

Bemerkenswert ist die Häufigkeit von «Charakterproblemen» am Arbeitsplatz. Gemäss der Studie des BSV (2011) könnte es sich bei diesen Problem-Typen auch um Menschen mit Persönlichkeitsstörungen handeln (S. XII). Die Autorin dieser Bachelorarbeit merkt hierzu an, dass es in Anbetracht der verschiedenen Studienergebnisse fraglich ist, ob die Mehrheit von Arbeitgebenden spezifische Verhaltensauffälligkeiten wie Gereiztheit oder Kritikempfindlichkeit überhaupt mit einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer Depression (Problem-Typ 5) in Verbindung bringt. Das von den Befragten erwähnte «aufmüpfige Verhalten» könnte neben den individuellen Krankheitssymptomen bereits das Resultat eines länger andauernden Konflikts sein, welcher individualisiert den psychisch belasteten Mitarbeitenden zugeordnet wird.

Dass die Ursache der Auffälligkeiten im Charakter der Mitarbeitenden verortet wird, verdeutlichen auch die Antworten der Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen auf die Frage, ob sie in einem solchen Fall in Zukunft die Unterstützung der Invalidenversicherung (IV) suchen würden: 62,8 % gaben hierauf an, dass sie «die Problematik der betreffenden Mitarbeitenden nicht als krankheitswertig ansehen, sondern als Ausdruck eines «schlechten Charakters» oder mangelnden Willens» (BSV, 2011, S. 104). «Für einen beachtlichen Teil der Befragten schliessen sich «Persönlichkeit/Charakter» und Krankheit gar gegenseitig aus» (BSV, 2011, S. 85).

Einen deutlichen Hinweis auf die «schwierigen» Verhaltensweisen geben die Spitznamen, welche den betroffenen Mitarbeitenden von den Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen zu Beginn der Befragung gegeben wurden (BSV, 2011, S. XII). Die Spitznamen, wie zum Beispiel «Schlange», «Sünneli» oder «Heulsuse» (ebd.) geben einen Hinweis auf die Belastung der Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen und können ihnen gemäss der Autor\*innen der Studie als emotionales Ventil dienen (ebd.). Sie geben des Weiteren Hinweise auf charakterliche Zuschreibungen.

Eine Liste der Spitznamen und eine Aufstellung der prozentualen Verteilung der Verhaltensaussprägungen, die in den Spitznamen zum Ausdruck kommt, finden sich in Anhang A und B.

Wie negativ sich die Verhaltensaussprägung auf das Teamklima auswirkt, hängt gemäss der Untersuchung des BSV (2011) zum einen von den spezifischen Verhaltensauffälligkeiten des Mitarbeitenden ab (Anhang C), zum anderen von der Fehlerkultur innerhalb des Teams (S. 58-59, S. 62). In Teams, in denen laut HR-Verantwortlichen und Vorgesetzten eine offene Fehlerkultur gepflegt wird, führte das Problemverhalten <nur> in 19 % zu einer Spaltung im Team und <nur> in 30 % zu einer Klimaverschlechterung. In Teams, in denen Fehler verheimlicht werden, war dies in 33 % respektive in 45 % der Situationen der Fall (ebd., S. 62). Die psychisch belasteten Mitarbeitenden werden durch die Vorgesetzten in 80 % der Fälle als sehr oder extrem belastet wahrgenommen (Baer et al., 2017b, S. 3). Die Führungskräfte selbst fühlten sich von den Arbeitskollegen der betroffenen Mitarbeitenden in rund 30 Prozent der Fälle nicht unterstützt und erlebten diese öfters als problemverschärfend (S. 5). Vom eigenen Vorgesetzten fühlten sich die Führungskräfte in rund 45 Prozent der Fälle wenig oder gar nicht unterstützt (ebd., S. 5).

### **Problemlösung**

Baer et al. (2017a) zeigen in ihrer Untersuchung auf, dass die Problembearbeitung am Arbeitsplatz häufig im engsten Kreis stattfindet, selbst wenn es sich um schwere und langandauernde Problemfälle handelt. Akteur\*innen sind die Führungskräfte selbst, ihre eigenen Vorgesetzten sowie die betroffene Person und deren Arbeitskollegen /Arbeitskolleg\*innen. Behandelnde Hausärzte/Hausärzt\*innen und Psychiater\*innen spielen je in rund 30 % eine Nebenrolle. Alle anderen Akteur\*innen wie die BSB kommen selten vor (S.15). Aus der Studie geht jedoch nicht hervor, wie hoch der Anteil der Unternehmen ist, in denen eine BSB existiert. Gemäss Baer et al (2017a) ist die IV in weniger als 10 % der Fälle in die Problemlösung involviert (S. 15).

Aus den von den Vorgesetzten und HR-Verantwortlichen eingesetzten Interventionen kristallisierten sich in der Studie des BSV (2011) vier unterschiedliche Ausprägungen von Interventionsstrategien heraus (S. 52, vgl. Abbildung 7).

Variable	Ausprägung	Prozent (%)
Typologie der Interventionen (n=655)	Aktivismus	14.8
	Zuwarten	24.0
	Leistung einfordern	46.9
	Professionelle Hilfe	14.4

Abbildung 7 Typologie der Interventionen (Quelle: BSV, 2011, S. 52)

Fast die Hälfte aller Vorgesetzten und Personalverantwortlichen gehört zum Interventionstyp «Leistung einfordern». Diese Gruppe appelliert an das Pflichtgefühl der Arbeitnehmenden und an ihre Leistungsmotivation. Die zweithäufigste Gruppe ist im Vergleich zu den anderen Typen durch wenig aktives Eingreifen charakterisiert. Die Situation wird stattdessen beobachtet und (zunächst) zugewartet. Etwa jeder siebte Verantwortliche gehört schliesslich zur Gruppe der von Aktivismus geprägten Vorgesetzten, die unspezifisch verschiedenste Interventionen durchführen (ausser «Zuwarten»). Beinahe gleich viele zählen zur Gruppe derjenigen, die aktiv professionelle Hilfe hinzuziehen und auch die Mitarbeitenden zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung auffordern (BSV, 2011, S. XIV).

Anhand der Abbildung 8 lassen sich die einzelnen Interventionstypen in ihren Reaktionstendenzen miteinander vergleichen (BSV, 2011, S. 52).

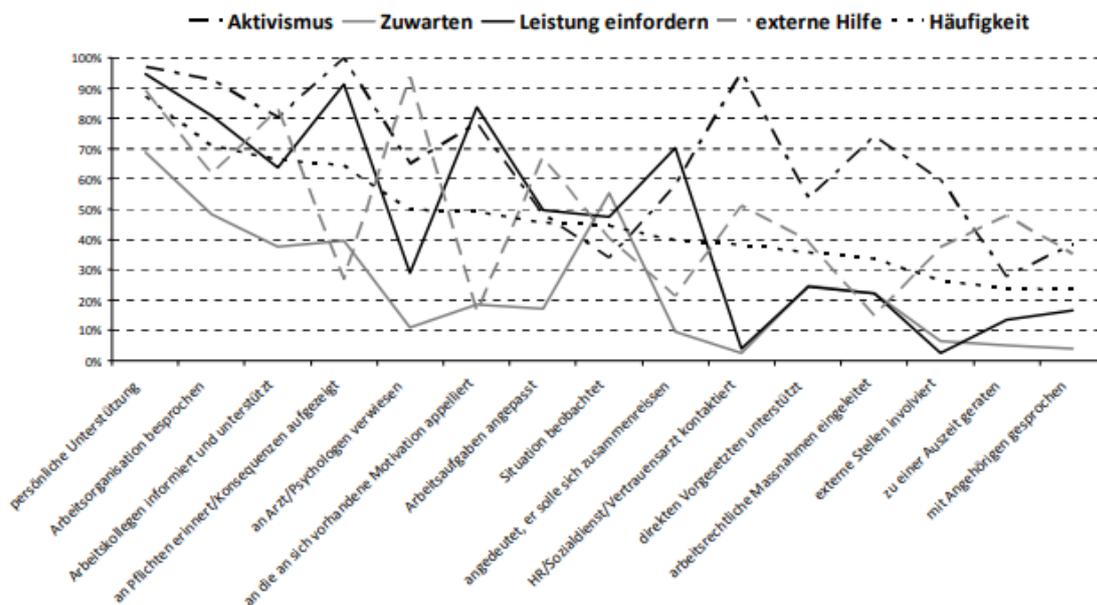


Abbildung 8 Interventionstypen nach einzelnen Interventionen (Quelle: BSV, 2011, S. 52)

Wie in der Auswertung erkennbar ist, suchen die Verantwortlichen – sofern interveniert wird – sehr häufig das persönliche Gespräch und versuchen die betreffenden Mitarbeitenden persönlich zu unterstützen. Zudem werden mit diesen häufig arbeitsorganisatorische Belange besprochen, sie an ihre Pflichten erinnert sowie allfällige Konsequenzen des «schwierigen» Verhaltens angesprochen. Auch wird das Team der betroffenen Mitarbeitenden informiert und unterstützt. Hervorsticht, dass in fast der Hälfte aller Fälle den betreffenden Mitarbeitenden angedeutet worden ist, sie sollten sich «zusammenreissen». Dies geschah vor allem bei Auffälligkeiten aus dem depressiven Spektrum wie «fehlender Eigeninitiative, mangelnder Ausdauer, Energielosigkeit und Passivität» (BSV, 2011, S. 47) sowie bei vermuteter Suchtproblematik und bei Persönlichkeitsproblemen («rastete bei Kritik völlig aus, war aufmüpfig bei Anweisungen», ebd.). Bei den Verhaltensauffälligkeiten, die auf eine mögliche Depressivität hindeuten, wurde zudem in über 70 % der Fälle auch an die Leistungsmotivation appelliert (BSV, 2011, S. 47). Die Autorin dieser Bachelorarbeit merkt an, dass die Ergebnisse zu den häufigen Ansprachen der Probleme durch die Vorgesetzten (BSV, 2011, S. 52) im Widerspruch zu den Ergebnissen der Studie von Baer et al. stehen. Gemäss diesen werden die Schwierigkeiten in 30 % kaum oder nie angesprochen (Baer et al., 2017b, S. 3).

Wie im Bericht der BSV festgehalten wird, reagieren Vorgesetzte und HR-Verantwortliche nicht in Abhängigkeit von der gezeigten Problematik, sondern gemäss ihrem generellen

Führungsstil (BSV, 2011, XV). Passend zu diesen Ergebnissen konnten Baer et al. (2017a) aufzeigen, dass im Nachhinein zwar eine innerpsychische Reflexion der Führungskräfte in Bezug auf ihren Führungsstil stattfindet, diese ihre zukünftigen Interventionen jedoch dahingehend anpassen würden, dass sie *noch mehr* der gleichen, bisher gezeigten Interventionsversuche umsetzen würden (S. 17): Abwartende «Laisser-faire-Chefs» würden länger zuwarten und «achtsam» (ebd.) intervenieren, leistungseinerfordernde, disziplinierende Vorgesetzte würden künftig das Problem noch früher zur Sprache bringen, noch klarere Vorgaben machen und deren Einhaltung noch mehr kontrollieren, und helfend veranlagte Vorgesetzte würden noch viel mehr unterstützen (ebd.).

Nach Einschätzung der Führungskräfte führte in einem Viertel der Fälle die Einsicht der betreffenden Mitarbeitenden zur positiven Wende (Baer et al., 2017a, S. 157). Nach Baer et al. zeigen sich je nach Art der psychischen Auffälligkeit gewisse Muster, was die von den Führungskräften beschriebenen positiven Wendepunkte betrifft. So erfolgte bei depressiv-ängstlichen Mitarbeiter\*innen die positive Wende häufig durch den Beizug externer Unterstützung. Bei Mitarbeitenden mit «Impulskontrollstörungen» wurde vor allem ein «mutiges, klares respektive disziplinierendes Verhalten» der Vorgesetzten als hilfreich empfunden (ebd., S. 159-160). Die Arbeitskolleg\*innen tragen eher selten zum positiven Wendepunkt bei: In grösseren Unternehmen ist dies in rund 20 % der Fälle. In kleinen Betrieben tragen die Arbeitskolleg\*innen laut den Führungskräften in nur 5 % der Fälle zu einem positiven Wendepunkt bei. Baer et al. leiten aus den Ergebnissen ab, dass die Problembewältigung sich in den kleinen Betrieben vor allem zwischen dem\*der Vorgesetzten und der psychisch belasteten Person abgespielt hat (ebd.).

Ungeachtet der positiven Wendepunkte ergab die Studie von Baer et al. (2017b), dass das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt der Untersuchung in zwei Drittel der Fälle aufgelöst worden war (S. 3). Handelte es sich um wiederkehrende Probleme oder wurde das Problem nicht oder kaum angesprochen, kam es gar in mehr als 80 Prozent der Fälle zur Kündigung (Baer et al., 2017b, S. 3). Zu ähnlichen Ergebnissen kam bereits die Studie des BSV (2011). In 89 % der Fälle, in denen die Problemsituation als «gelöst» beschrieben wurde, war das Arbeitsverhältnis aufgelöst worden. Dies war bei 53 % der Situationen der Fall (BSV, 2011, S. 75-76).

#### **4.4 Fazit**

Da Menschen in der Regel einen beträchtlichen Teil ihres Lebens bei der Arbeit verbringen, wirken sich psychische Beschwerden und Erkrankungen oft unmittelbar auf die Arbeitstätigkeit aus. Gleichzeitig können auch ungünstige Umweltfaktoren wie psycho-soziale Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz die Entwicklung von psychischen Belastungen und Erkrankungen fördern.

Zu den psycho-sozialen Belastungen gehören qualitative und quantitative Überforderung, soziale Belastungen durch Vorgesetzte oder Teammitglieder, arbeitsorganisatorische Probleme und Unklarheiten bezüglich Arbeitsaufgaben. Diese Belastungen haben bei Arbeitnehmenden in der Schweiz von 2014 bis 2020 zu einem signifikanten Anstieg von Stress geführt. Der Anteil der Arbeitnehmenden, bei denen die Belastungen die Ressourcen überstiegen, liegt 2020 bei 29,6 % gegenüber 24,8 % im Jahre 2014. Stress erhöht auf Dauer wiederum das Risiko der Arbeitnehmenden, eine psychische Erkrankung wie beispielsweise eine Depression zu entwickeln.

Werden Psychiater\*innen zu Patienten mit Arbeitsproblemen befragt, so ist die mangelnde Wertschätzung und Anerkennung durch die Vorgesetzten die häufigste problematische Arbeitsbedingung. Mobbing wird zudem in über 25 % der Fälle als Arbeitsproblematik angegeben und ist, wenn es dazu kommt, auch die wichtigste Problematik. Aus der Sicht von Führungskräften sind es primär die zwischenmenschlichen und charakterlichen Probleme, die für die Problematik am Arbeitsplatz von Bedeutung sind. Es sind deshalb nicht primär die psychischen Schwierigkeiten, sondern Alltagsauffälligkeiten, die am Arbeitsplatz wahrgenommen und als schwierig empfunden werden. Es zeigt sich zudem, dass Arbeitgebende diese Auffälligkeiten mit monate- bis jahrelanger Verzögerung als relevant wahrnehmen. Kommt es zu Interventionen, steht an deren Anfang häufig ein länger andauernder Problemverlauf mit akuten und häufig schwerwiegenden Problemen. Zu Fehlzeiten kommt es eher selten, obwohl die Anwendung des Absenzmanagements zu Zwecken der Früherkennung weit verbreitet ist.

Problemlösungsversuche finden häufig durch das unmittelbar betroffene Team statt, ohne Einbezug anderer unterstützender Instanzen. Sie erfolgen häufig erst, wenn die Arbeitssituation durch Eskalationen untragbar geworden ist. Vorgesetzte reagieren in der Art ihrer Interventionen krankheitsunspezifisch. Über 46 % reagieren mit Leistungsappellen, die zweitgrösste Gruppe der Vorgesetzten wartet zu und die übrigen Führungskräfte sind zu gleichen Teilen auf die Interventionstypen professionelle Hilfe und Aktivismus verteilt.

Bei den Verhaltensauffälligkeiten, die auf eine mögliche Depressivität hindeuten, wurde zudem in über 70 % der Fälle auch an die Leistungsmotivation appelliert. Die Teammitglieder und Vorgesetzten reagieren auf Verhaltensänderungen und Leistungsabfälle häufig mit Wut und Unverständnis, jedoch auch mit Hilfsangeboten. Die interpersonellen Schwierigkeiten und charakterlichen Zuschreibungen in den beschriebenen Problemverläufen weisen auf eine komplexe Dynamik hin, welche das Risiko von Missverständnissen und Mobbing birgt. Schlussendlich kommt es häufig zu einer Überforderung aller Beteiligten. Als vermeintliche Lösung des Problems dient in über 80 % der Fälle die Kündigung der psychisch belasteten Mitarbeitenden.

Dies ist in vielfacher Hinsicht problematisch. Wer einer Erwerbstätigkeit nachgeht, gilt in unserer Gesellschaft meist als integriert. Gleichzeitig trägt eine belastungsarme Erwerbstätigkeit zur psychischen Stabilität und zu einer gewissen finanziellen Sicherheit von Arbeitnehmenden bei. Kommt es aufgrund psychischer Belastungen zu einer Kündigung, ist die berufliche Wiedereingliederung meist erschwert (BSV, 2011, S. 3), was wiederum weitere negative Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit hat. Da sich psychische Erkrankungen häufig schleichend entwickeln und es gerade dieser schleichende Verlauf ist, der für Führungskräfte besonders schwer zu erkennen ist, ist es umso wichtiger für alle Beteiligten, Frühwarnzeichen rechtzeitig zu erkennen und mit einer psychischen Belastung in Verbindung zu bringen. Die nachfolgenden Interventionen müssen auf die jeweilige psychische Problematik abgestimmt sein, was einer sorgfältigen Klärung der Ausgangslage bedarf.

Da mit jeder neuen Einarbeitung Kosten entstehen und potenziell wertvolles Know-how verloren geht, liegt es auch im Interesse von Arbeitgebenden, die Ressource Personal bei möglichst geringer Belastung aller Beteiligten zu erhalten. Mit ihrer Nähe zu den relevanten Akteuren kann die Betriebliche Soziale Arbeit aus den verschiedenen Perspektiven einen wertvollen Beitrag leisten. Betriebliche Sozialberatende können durch ihre Rolle einen ganzheitlichen Blick auf das Geschehen legen, Ausgangslagen und Sichtweisen klären, eine vermittelnde Rolle einnehmen und begleitende Unterstützung anbieten.

## 5 Grundlagen von Prävention, Früherkennung und Frühintervention sowie Behandlung

Im vorliegenden Kapitel wird die F & F anhand einer theoretischen Auseinandersetzung beschrieben und in die Konzepte der Prävention und Behandlung eingeordnet. Zu diesem Zweck werden zunächst die zentralen Begriffe der Prävention und Behandlung definiert und unterschiedliche Auslegungen beschrieben. Anschliessend erfolgt die Auseinandersetzung mit der F & F und deren theoretische Einordnung.

### 5.1 Ansätze der Prävention

Prävention leitet sich vom lateinischen Begriff *praevenire* (zuvorkommen, verhüten) ab (Institut Suchtprävention, ohne Datum). In der Literatur lassen sich verschiedene Auslegungen des Präventionsbegriffs finden, die sich oft in der Abgrenzung zum Begriff der Intervention und dem der Behandlung unterscheiden. Nachfolgend werden häufig erwähnte Interpretationen vorgestellt und die in der Literatur beschriebenen Kategorien der Prävention beschrieben.

Nach Leppin (2014) ist «der Prototyp der Prävention die Verhinderung des Neuauftretens einer Krankheit» (S. 36). Darüber hinaus lässt sich der Präventionsbegriff aber auch dort finden, wo es um die Verhinderung der Ausbreitung einer Erkrankung bis zum Tod geht (S. 36).

In der Prävention werden Schutz- und Risikofaktoren bestimmt, denen in der Gegenwart ein positiver oder negativer Einfluss auf die befürchtete zukünftige Entstehung [oder Ausbreitung] des zu verhindernden Problems zugesprochen wird (Hafen, 2013, S. 87). Die Intervention «richtet sich auf die Verhinderung und Abwendung von Risiken für die Krankheitsentstehung und -ausbreitung» (Hurrelmann et al., 2014, S. 14). Voraussetzung hierfür ist die Kenntnis der Entwicklungs- und Verlaufsstadien des Krankheitsgeschehens (ebd.).

Wie Dallmann (2011) festhält, besteht eine Schwierigkeit der Prävention darin, die kausalen Mechanismen für die Entstehung von Erkrankungen zu bestimmen, damit präventive Interventionen geplant und Indikatoren für die Früherkennung festgelegt werden können (S. 38). Noch komplexer als in der Medizin ist die Festlegung von Risikofaktoren bei sozialen und psychisch bedingten Konflikten (ebd.), wie sie Mitarbeitende mit sich, den Teammitgliedern und Vorgesetzten haben. Je mehr über Risikofaktoren bekannt ist, umso schwieriger wird es nach Dallmann, einzelne zu isolieren und mit Interventionen daran anzuknüpfen (ebd.).

Die in der Feldstudie von Baumgartner und Sommerfeld (2016) befragten Unternehmen nennen als allgemeine präventive Aufgabenfelder der BSB «Information oder Aufklärung zu Präventionsthemen» sowie «Seminare oder Schulungen zu Präventionsthemen» (S. 150-

151). Aus den Untersuchungen geht jedoch nicht hervor, inwieweit sich diese Präventionsmassnahmen auf psychische Erkrankungen beziehen.

### **5.1.1 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention**

Nach Caplan (1964) wird je nach Zeitpunkt der Präventionshandlung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Leppin hält hierzu Folgendes fest: Die Primärprävention «umfasst alle jene Massnahmen, die vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustands, wie einer Erkrankung, durchgeführt werden» (Leppin, 2014, S. 37) und die Senkung der Inzidenz zum Ziel haben. Die Adressaten der primärpräventiven Massnahmen sind demnach Personen ohne manifeste Symptomatik (ebd.). Zu den primärpräventiven Massnahmen gehören beispielsweise allgemeine Workshops zur Aufklärung über die Symptomatik von und den Umgang mit psychischen Erkrankungen.

Die Sekundärprävention dient nach Leppin (2014) der Früherkennung der Krankheit und ihrer Eindämmung (S. 37). Die Betroffenen haben zu diesem Zeitpunkt oft noch keine wahrnehmbare Krankheitssymptomatik im klinischen Sinne, obwohl die Entstehung der Krankheit bereits ihren Anfang genommen hat (ebd.). Die sekundärpräventiven Massnahmen kommen demnach in einem Vor-/Frühstadium einer Erkrankung zum Zuge. Zur Sekundärprävention gehören beispielsweise Massnahmen, um interpersonellen Schwierigkeiten im Team entgegenzuwirken, wenn es zu Verhaltensveränderungen bei Mitarbeitenden kommt.

Tertiärprävention ist angezeigt, wenn eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand mit manifesten Symptomen einhergeht (Leppin, 2014, S. 37). Adressat\*innen sind dementsprechend Personen mit einer akuten oder chronischen Erkrankung. Die tertiärpräventiven Massnahmen zielen darauf ab, «Folgeschäden bzw. weitere Manifestationen zu vermeiden» (ebd.), die «Konsequenzen einer Erkrankung in ihrer Intensität» (ebd.) abzuschwächen oder «Rückfällen vorzubeugen» (ebd.).

Insbesondere bei der Tertiärprävention wird die Überschneidung mit dem Begriff der medizinisch-therapeutischen Behandlung offensichtlich. Wie Leppin (2014) ausführt, gibt es keine «echten» präventiven oder kurativen Massnahmen, da es auf den Blickwinkel und das Ziel der Massnahme ankommt, ob eine Intervention als präventiver oder kurativer Eingriff verstanden werden kann (S. 37).

Aufgrund dieser Abgrenzungsschwierigkeiten plädieren Mrazek und Haggerty (1994) auch dafür, auf den Begriff Tertiärprävention ganz zu verzichten (S.21-23).

### **5.1.2 Universelle, zielgruppenspezifische und indizierte Prävention**

Aufgrund der Überdehnung des Präventionsbegriffs kritisiert bereits Gordon (1983) die Kategorisierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (S. 107-109). Als Alternative entwickelt er eine dreiteilige Kategorisierung nach Kosten/Nutzen der Massnahmen für die jeweiligen Zielgruppen, indem er zwischen universeller, zielgruppenspezifischer und indizierter Prävention unterscheidet (Gordon, 1983, S. 108). Caplan wie auch Gordon fokussierten bei ihren Auslegungen auf klassische medizinische Erkrankungen.

Mrazek und Haggerty (1994) nehmen die Begrifflichkeiten in ihrem Bericht für das Institute of Medicine (IOM) auf und passen ihre Auslegung an die Prävention von psychischen Erkrankungen an (S. 23-26). Die Kategorisierung von Massnahmen in universelle, zielgruppenspezifische und indizierte Prävention findet heute im Präventionsbereich weite Verbreitung und wird beispielsweise im Suchtbereich der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA 2019) verwendet.

Universelle Prävention für psychische Erkrankungen setzt bereits vor dem Auftreten eines bestimmten Problems bei den Zielgruppen an, die weder eine Auffälligkeit noch ein erhöhtes Risiko für eine Krankheitsentstehung aufweisen. Es wird demnach auf eine kriterienbezogene Auswahl der Adressaten verzichtet und versucht, flächendeckende Prävention zu leisten (Mrazek & Haggerty, 1994, S. 24-25). Der Fokus liegt auf der Aufrechterhaltung der Gesundheit durch die Stärkung der Ressourcen. Hierzu zählen beispielsweise Vorträge, Informationsmaterialien oder Kampagnen (Institut Suchtprävention, ohne Datum).

Zielgruppenspezifische (selektive) Prävention für psychische Erkrankungen richtet sich an Personen, bei denen bereits Risikofaktoren für eine Krankheitsentwicklung erkennbar sind. Diese Personen weisen gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko auf, tatsächlich zu erkranken (Mrazek & Haggerty, 1994, S. 25). Gemäss den Autoren sind selektive Interventionen dann am besten geeignet, wenn sie ein moderates Kostenniveau nicht überschreiten (ebd.).

Indizierte Prävention für psychische Erkrankungen richtet sich an Personen mit hohem Risiko, bei denen minimale, aber nachweisbare Anzeichen oder Symptome festgestellt wurden, die auf eine psychische Erkrankung hindeuten, oder biologische Marker bestehen, die auf eine Prädisposition für psychische Störungen hindeuten, die jedoch aktuell nicht die diagnostischen Kriterien erfüllen (Mrazek & Haggerty, 1994, S. 25). Indizierte Eingriffe können auch dann sinnvoll sein, wenn die Eingriffskosten hoch sind und der Eingriff mit einem gewissen Risiko verbunden ist (ebd.).

Die Konzepte der universellen und selektiven Prävention von Mrazek und Haggerty (1994) sind im Wesentlichen die gleichen wie in Gordons System. Das Konzept der indizierten Prävention ist jedoch dahingehend angepasst, dass es eben jene Interventionen einschliesst, die auf Personen mit hohem Risiko abzielen, welche die diagnostischen Kriterien für eine Störung nicht erfüllen, jedoch nachweisbare Marker aufweisen, die vor einem Ausbruch warnen (S. 25).

Mrazek und Haggerty (1994) halten fest, dass indizierte präventive Interventionen von Ärzten oft als Frühintervention oder Frühbehandlung bezeichnet werden (S. 25). Weiter räumen sie ein, dass bei einigen Personen in den Gruppen, die für universelle, selektive oder indizierte präventive Interventionen vorgesehen sind, bereits eine psychische Erkrankung vorliegt. Wenn die Zielpersonen der Massnahmen jedoch aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Hochrisikogruppe (selektiv) oder aufgrund früher Symptome (indiziert) für die Intervention ausgewählt werden, gilt die Intervention als präventiv (S. 26). Sie postulieren weiter, dass eine gute Behandlung präventive Elemente beinhalten sollte, um die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer Behinderung zu verringern. Gleichzeitig betonen sie, dass Interventionen, die auf der Grundlage einer bestehenden Störung vorgenommen werden, eher als Behandlung denn als Prävention betrachtet werden sollten (ebd.).

Das übergeordnete Ziel der drei Arten von präventiven Interventionen – universell, selektiv und indiziert – ist gemäss Mrazek und Haggerty (1994) die Verringerung des Auftretens neuer Fälle (S. 26). Ein weiteres (untergeordnetes) Ziel könnte neben der absoluten Vermeidung von Neuerkrankungen auch die Verzögerung des Krankheitsbeginns und die kurzfristige Reduktion von Neuerkrankungen sein. Darüber hinaus könnten die Ziele indizierter vorbeugender Massnahmen darin bestehen, die Dauer der Frühsymptomatik zu verkürzen und ein Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen (ebd.).

### 5.1.3 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Neben den bereits vorgestellten Klassifikationen kann Intervention auch nach den Interventionsebenen in Verhaltens- und Verhältnisprävention differenziert werden. Die beiden Präventionsarten können indiziert und selektiv angewendet werden.

Wie Leppin (2014) ausführt, gelten selektive Ansätze inzwischen für eine erfolgreiche Präventionsarbeit als unabdingbar. Die Eingrenzung der Zielgruppen kann anhand von soziodemografischen und soziokulturellen Merkmalen sowie nach Risiko- und Kontextmerkmalen geschehen (S. 39).

Nach Leppin (2014) wird mit der Verhaltensprävention versucht, das individuelle Gesundheitsverhalten zu beeinflussen (S. 40). In der Verhaltensprävention bei psychischen Erkrankungen dominieren psychoedukative Verfahren, die auf Einsicht und Veränderungsmotivation setzen (ebd., S. 41). Psychoedukation wird im Rahmen der Behandlung von psychischen Erkrankungen wie der Depression mit grossem Erfolg angewendet (Losekam & Konrad, 2017, S. 16-17). Sie kann auch in einem Früh- und Vorstadium einer Erkrankung im Rahmen der selektiven Prävention einen wertvollen Beitrag dazu leisten, betroffene Mitarbeiter\*innen und ihr Umfeld für mögliche Risikofaktoren und Frühwarnzeichen zu sensibilisieren und gleichzeitig das Verständnis für Erkrankungen wie die Depression zu fördern. Wie Losekam und Konrad (2017) erläutern, ist Psychoedukation die strukturierte Vermittlung von wissenschaftlichem Wissen über psychische Erkrankungen im Einzel- und Gruppensetting (S. 15-17). Es werden Ursachen, Krankheitssymptome, Frühwarnzeichen sowie Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Weiter wird ein konstruktiver Umgang mit den eigenen Krankheitssymptomen durch Verhaltens- und Selbstmanagementtraining vermittelt (Berger et al., 2013, S. 1618; Leppin, 2014, S. 41-42).

Psychoedukation hat unter anderem zum Ziel, bei den Betroffenen und gegebenenfalls bei ihren Angehörigen Hoffnung und Zuversicht in die vorgeschlagene Behandlung zu wecken, den Betroffenen zu ermöglichen, den Verlauf der Erkrankung zu erkennen, Eigenverantwortung für die Beeinflussbarkeit der Erkrankung zu übernehmen und gut informierte Entscheidungen zu treffen (Losekam & Konrad, 2017, S. 17). Insbesondere in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen ist Psychoedukation fester Bestandteil der Therapie psychischer Erkrankungen wie der Depression (Trabert & Vieweg, 2001, 139-140). Psychoedukation gilt als gut evaluiert. Sie erzielt signifikante Effekte auf die Rückfallhäufigkeit und auf die Verbesserung der psychischen Erkrankung (Bäumli & Pitschel-Walz 2012, S. 289). Psychoedukation kann auch im Vorstadium einer Therapie im Rahmen der F & F angewandt werden um das Risiko des Übergangs von psychischer Belastung zu psychischer Erkrankung zu minimieren (ebd.).

Sie wird in der Praxis auch durch klinische Sozialarbeiter\*innen in der psychoedukativen Gruppenarbeit angewandt (Pauls, 2004, S.17; Walsh, 2009). So zum Beispiel in der Arbeit mit Familien, in denen ein Familienmitglied psychisch erkrankt ist oder in der Durchführung von Skills-Gruppen durch klinische Sozialarbeitende als Unterstützung in der Therapie von Patienten/Patient\*innen mit Borderline-Störung (Walsh, 2009; Interview Psychiatrie, Dr. Bader 2022). In Skills-Gruppen wird der Umgang mit Anspannungszuständen, verursacht durch schwierige Gefühlslagen und Stress, systematisch eingeübt (PDAG, ohne Datum).

Die Durchführung der psychoedukativen Gruppenarbeit durch klinische Sozialarbeitende ist insbesondere im amerikanischen Raum weit verbreitet (Walsh, 2009). Doch auch in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz wird sie durch klinische Sozialarbeitende geleistet (Interview Psychiatrie Dr. Bader 2022). Es wird deshalb davon ausgegangen, dass betriebliche Sozialarbeitende mit entsprechender Zusatzausbildung dazu befähigt sind, psychoedukative Interventionen durchzuführen.

In der Verhältnisprävention wird angestrebt, die «ökologischen, sozialen, ökonomischen oder kulturellen Umweltbedingungen zu verändern und somit indirekt Einfluss auf Entstehung und Entwicklung von Krankheiten zu nehmen» (Franzkowiak, 2003, Laaser & Hurrelmann, 2006, zit. in Leppin, 2014, S. 40). Verhältnisprävention wird auch als strukturorientierte Prävention bezeichnet (Institut Suchtprävention, ohne Datum). Im beruflichen Kontext bedeutet dies, die Arbeitsbedingungen dahingehend anzupassen, dass sie der Entstehung und Verstärkung psychischer Erkrankungen sowie deren Folgeschäden am Arbeitsplatz entgegenwirken. Hierbei werden sozioedukative Massnahmen angewendet. Sie versuchen präventive Prozesse in Gruppen oder Organisationen zu initiieren. Da Psychoedukation auch bei Angehörigen von psychisch erkrankten Personen angewandt wird, wird der Begriff in der vorliegenden Arbeit auch für sozioedukative Massnahmen in Unternehmen verwendet.

## **5.2 Behandlung**

Bevor im Kapitel 5.3 die Früherkennung und Frühintervention verortet werden kann, macht es Sinn, zunächst den Begriff der Behandlung näher zu erörtern. Hierfür wird ausschliesslich die Definition der Behandlung von Hafén herangezogen.

Mangels Alternativen verwendet Hafén (2015) den Begriff der Behandlung trotz der Nähe zur medizinischen Terminologie im Rahmen der Sozialen Arbeit (S. 64).

Da bei der Behandlung wie auch bei der Prävention versucht wird, in bestehende Verhältnisse zu intervenieren, sieht Hafén die Intervention als Überbegriff für Prävention und Behandlung (Hafén, 2015, S.64).

Anders als in den Definitionen von Caplan, Gordon sowie Mrazek und Haggerty spricht sich Hafén (2015) für eine verstärkte Abgrenzung der Begriffe Prävention und Behandlung aus (S. 64). Gemäss Hafén beginnt eine Behandlung dann, wenn ein (soziales) Problem bereits aufgetreten ist (ebd.). Die Behandlung setzt beispielsweise ein, wenn es aufgrund der Auswirkungen einer psychischen Belastung oder Erkrankung am Arbeitsplatz zu Leistungsabfällen kommt, die betroffene Person interpersonelle Schwierigkeiten erlebt oder wenn sie von Mobbing betroffen ist. Sie richtet sich demnach an bestehende Symptome und Personen, die einen direkten Problembezug haben (ebd., S. 66). Adressat einer Behandlung kann dementsprechend nicht nur die betroffene Person selbst sein, sondern auch ihr unmittelbares Umfeld. Die Massnahmen der Behandlung zielen darauf ab, «die Symptome und wenn möglich die Ursachen des Problems zu beseitigen» (Hafén, 2015, S. 64). Gelingt dies nicht, so kann es «eine Aufgabe der Behandlung [...] sein, die Verstärkung des Problems [ausgeprägte Leistungsabfälle, häufigere Fehlzeiten] oder Folgeprobleme [Arbeitsplatzverlust] zu verhindern» (ebd.).

In Abgrenzung zur Behandlung hat es die Prävention nach Hafén (2015) ausschliesslich mit Problemen zu tun, die in der Zukunft auftreten (S. 64). Sie zielt nicht primär darauf ab, eine problematische Gegenwart dahingehend beeinflussen, dass sie sich nicht verschlimmert oder dass sie sich sogar verbessert. Vielmehr hat sie die Aufgabe, eine an sich erwünschte Gegenwart ohne aktuellen Problemdruck durch die Bestimmung von Schutz- und Risikofaktoren zu verändern (Hafén, 2015, S. 64-65). Trotz der von ihm vollzogenen Abgrenzung der Begriffe betont Hafén, dass eine klare Unterscheidung zwischen Prävention und Behandlung nur dann möglich ist, wenn bestimmt wird, worauf sich die zur Diskussion stehenden Massnahmen beziehen (ebd.). Wenn eine Aufgabe der Behandlung sein kann, der Verstärkung eines Problems entgegenzuwirken, bedeutet dies gleichzeitig auch, dass jede Behandlung immer auch präventive Aspekte, und jede Prävention auch behandelnde Aspekte umfasst (Hafén, 2015, S. 64-65). Er sieht Prävention und Behandlung denn auch als zwei Seiten einer Unterscheidung, die sich nicht ausschliessen, sondern wechselseitig bedingen (ebd.).

Der zentrale Aspekt des Perspektivenwechsels lässt sich am Beispiel einer Mobbing-Intervention in einem Unternehmen erläutern: Liegt der Fokus der Intervention auf dem Problem *Mobbing* selbst, handelt es sich um eine behandelnde Massnahme, die versucht, das bestehende Problem Mobbing zu beseitigen (vgl. Hafén, 2015, S. 66).

Wenn man berücksichtigt, dass Mobbing am Arbeitsplatz ein erwiesener Risikofaktor für die Entstehung von Depressionen ist (Gullander et al., 2014, S. 1258-1265), so erscheint die Mobbing-Intervention als Präventions- respektive Frühinterventionsmassnahme bezüglich der Depression (vgl. Hafén, 2015, S. 66).

### 5.3 Früherkennung und Frühintervention

«Mit Früherkennung und Frühintervention sollen problematische Verhaltensweisen und Entwicklungen, aber auch individuelle Gefährdungen möglichst früh erkannt und angemessene Interventionen eingeleitet werden» (Bachmann et al., 2011, S. 4). Die zwei Schritte bilden ein Paar, welches Bachmann et al. (2011) als Bindeglied zwischen Primärprävention/universeller Prävention und Behandlung einordnen (S. 3-4). Des Weiteren integriert F & F «individuumszentrierte und strukturorientierte Verfahren und Herangehensweisen» (ebd.).

Der Früherkennung und Frühintervention wird eine grosse Bandbreite an unterschiedlichen Massnahmen zugeordnet (Bachmann et al., 2011, S. 4). Insbesondere die Auslegung des Begriffs «früh» ist relativ und abhängig von der Bestimmung des Präventionsbegriffs in der Literatur und Praxis. Bachmann et al. (2011) halten mit Verweis auf Hafen fest, dass zwischen Frühintervention und Behandlung in der Regel keine klaren Grenzen gezogen werden. Die Grenzen hängen dabei, wie in Kapitel 5.2 erwähnt, vom jeweiligen Beobachtungsstandpunkt ab (S. 4-5).

Bachmann et al. (2011) betonen, wie wichtig es ist, dass Früherkennung und Frühintervention nicht als einseitige Strategie auf die Verhaltensveränderung von Betroffenen abzielt, sondern als Ansatz verstanden wird, der «an den sozialen Strukturen ansetzt, so dass diese zu einer gesunden Entwicklung beitragen» (S. 3-4). Sie plädieren für F & F als Gemeinschaftsaufgabe, die nicht einfach an Fachstellen delegiert werden kann (S. 3): «Basis gelingender Früherkennung und Frühintervention ist eine Haltung der Mitverantwortung, eine Kultur des Hinschauens und Handelns» (ebd.).

Wie Bachmann et al. (2015) festhalten, geht es in der F & F als Erstes darum, Anzeichen einer Gefährdung wahrzunehmen und zu evaluieren. Bei Bedarf werden als Zweites angemessene Interventionen eingeleitet und vermittelt (S. 5). Hafen (2015) spricht in diesem Zusammenhang auch von einer «*universellen*» oder «*primären*» Früherkennung. Sie erfolgt, bevor konkrete Hinweise auf ein Problem vorliegen, für welches diagnostische Mittel wie Fragebögen zum Einsatz kommen (S.67).

Diese universelle Früherkennung beinhaltet die Beobachtung von Anzeichen einer Gefährdung, den Austausch über die Beobachtungen und schliesslich das Einleiten von Massnahmen (Hafen, 2015, S. 67). Voraussetzung für eine erfolgreiche F & F ist eine gute Kenntnis der Risikofaktoren für das jeweilige Problem (Bachmann et al., 2011, S. 5).

Anders als bei Ärzten und Therapeuten wird durch die Betrieblichen Sozialberatenden im Rahmen der F & F keine Diagnosestellung vorgenommen. Vielmehr geht es darum, die

Betroffenen Personen wie auch ihr Umfeld für mögliche Frühwarnsymptome zu sensibilisieren, damit Unterstützungsangebote frühzeitig veranlasst werden können. Des Weiteren kann F & F das Umfeld darin unterstützen, einen adäquaten Umgang mit der psychischen Belastung der betroffenen Person zu finden. Eine mögliche Frühinterventionsmassnahme ist die Durchführung von begleitenden Gesprächen, die durch die BSA über einen gewissen Zeitraum regelmässig mit dem betroffenen Mitarbeitenden geführt werden. Gleichzeitig können die Betrieblichen Sozialberatenden auch als Mediatoren oder Coaches für die Führungskraft auftreten, um Veränderungsprozesse zu begleiten.

#### **5.4 Fazit**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich je nach Blickwinkel und Ziel der Interventionen um eine Früherkennungs- und Interventionsmassnahme oder um eine behandelnde Massnahme handelt. F & F bilden ein Paar, mit dem problematische Entwicklungen und individuelle Gefährdungen möglichst früh erkannt und angemessene Massnahmen eingeleitet werden. Die Ansicht von Bachmann et al. (2011, S. 3-4), dass eine erfolgreiche FE und FI nur stattfinden kann, wenn sie als Gemeinschaftsaufgabe verstanden wird, ist überzeugend. Diese Grundhaltung beinhaltet die Umsetzung von verhaltens- und verhältnispräventiven Massnahmen. Dies bedeutet wiederum, dass Mitarbeitende mit psychischen Beschwerden nicht einfach an Fachstellen «wegtriagiert» werden können. Bei den Folgen von psychischer Belastung am Arbeitsplatz handelt es sich immer auch um ein systeminhärentes Problem, welches nur dort bearbeitet werden kann.

Bevor die BSB Interventionen der F & F planen kann, müssen zunächst die Risikofaktoren identifiziert werden, die eine problematische Entwicklung am Arbeitsplatz fördern. Anhand der vorgestellten Studien lassen sich Risikofaktoren identifizieren, die sich nachteilig auf die psychische Belastung der betroffenen Mitarbeitenden auswirken. Sie können zu einer Belastung aller Beteiligten führen, interpersonelle Schwierigkeiten verstärken und die weitere Anstellung der betroffenen Person erschweren.

Zu diesen Risikofaktoren gehören nach Ansicht der Autorin unter anderem (Liste nicht abschliessend):

- Unwissenheit der Vorgesetzten bezüglich (Früh-)Symptomen und Behandlung psychischer Erkrankungen
- Späte Interventionen, die nicht der vorliegenden individuellen Problematik angepasst werden
- Geringer Einbezug von teamfernen Akteuren wie der BSB, Ärzten, der IV
- Weite Verbreitung von Vorurteilen gegenüber psychisch belasteten Personen
- Verantwortung für Problematik wird einseitig einer Partei zugewiesen
- Fehlende Einsicht aufseiten der psychisch belasteten Person
- Fehlender Willen zur Veränderung aufseiten der psychisch belasteten Person oder des Arbeitgebenden
- Geringe Fehlerkultur im Team
- Atmosphäre des Misstrauens

## **6 Beitrag der Unternehmen an Früherkennung und Frühintervention**

Im vorliegenden Kapitel wird dargelegt, inwieweit Massnahmen im Kontext von F & F in der Praxis umgesetzt werden. Weiters werden die relevanten Aspekte eines Praxismodells vorgestellt, welches für das betriebliche Gesundheitsmanagement erarbeitet wurde. Die relevanten Aspekte des Praxismodells werden anhand von konkreten Früherkennungs- und Frühinterventionsmassnahmen vorgestellt.

### **6.1 Unternehmensinterne Massnahmen im Kontext von Früherkennung und Frühintervention**

Generell lässt sich festhalten, dass «ein offener Umgang mit Erschöpfung und Schwäche sowie ein Enttabuisieren des Themas ‹psychische Störungen› z. B. mit Informationen der Belegschaft über die Themen Depressionen, Ängste, psychische Gesundheit» (Riechert, 2015, S. 9) eine gute Basis für F & F von psychischen Erkrankungen in Unternehmen legen. Ebenso sind eine mitarbeiterorientierte Führungskultur, eine offene Fehlerkultur im Team und das rechtzeitige Ansprechen von Mitarbeitenden, die belastet wirken (ebd.), wichtige Bausteine für eine erfolgreiche F & F. Riechert (2015) betont zudem die Vorteile eines gemeinsamen Vorgehens: Alle Beteiligten können für die vereinbarten Unterstützungsmassnahmen ihren Beitrag leisten. Des Weiteren kann durch transparente Vereinbarungen Abstimmungsbedarf zwischen den einzelnen Parteien ermittelt und damit ein Zeitverlust vermieden werden (S. 9). Notwendige Absprachen können unmittelbar erfolgen und den Beteiligten dazu verhelfen, gemeinsam *an einem Strang* zu ziehen.

Wie bereits festgehalten wurde, ist krankheitsspezifisches sowie zielgruppenorientiertes Vorgehen der F & F von zentraler Bedeutung. In der Recherche für diese Arbeit fällt auf, dass wenige konkrete Informationen zu zielgruppen- und krankheitsspezifischen Massnahmen der F & F aus Unternehmen vorliegen. Wo diese durch Unternehmen bekannt gegeben werden, konzentriert sich die F & F primär auf psychosoziale Risikofaktoren, physische Gefahrenquellen am Arbeitsplatz und Absenzmanagement. Letzteres findet im Rahmen von F & F in Unternehmen weiterhin breite Anwendung. Es wird von BGM-Beratungsdiensten, wie dem der SwissLife (ohne Datum), beworben als Mittel zur «frühzeitigen Erkennung», «Vorbeugung von Absentismus und Präsentismus» und für die «Lieferung von Fakten für die Ausarbeitung der Schwerpunkte von präventiven Massnahmen» (S. 1). Stufenpläne scheinen sich in der Schweiz vorrangig in der Suchtprävention von Unternehmen durchgesetzt zu haben.

Aufgrund der wenigen Informationen über konkrete Massnahmen Schweizer Unternehmen wird nachfolgend ein Modell der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,

Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) skizziert, welches für das BGM erarbeitet wurde.

## 6.2 Gestuftes Aufgabenspektrum

Die DGPPN hat im Rahmen einer Taskforce fünf übergeordnete Aspekte (Abbildung 9) für den Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeiter\*innen durch das betriebliche Gesundheitsmanagement erarbeitet (Berger et al., 2013, S. 1291-1292). Die dargestellten dienen der Schaffung einer grundlegenden Struktur, mit deren Hilfe unternehmensinterne und -externe Massnahmen von der Früherkennung bis zur Wiedereingliederung kategorisiert werden können. Eine erfolgreiche Begleitung von psychisch belasteten (und erkrankten) Mitarbeiter\*innen sollte alle fünf Aspekte beinhalten. Aufgrund der Einschränkung dieser Arbeit auf F & F liegt der Fokus in der nachfolgenden Erläuterung auf den Säulen I-III. Es werden Beispiele von konkreten Massnahmen erläutert, die je nachdem, welches Krankheitsbild im Zentrum F & F steht, angepasst werden können. Der Lesefreundlichkeit halber wird das Modell nachfolgend als *Fünf-Säulen-Modell* bezeichnet.



Abbildung 9 Betriebliches Gesundheitsmanagement bzgl. psychischer Störungen (Quelle: Berger et al., 2013, S. 1292)

Wie Berger et al. (2013) darlegen, umfassen die Säulen I und II primär Massnahmen der innerbetrieblichen Verhaltens- und Verhältnisprävention (ebd., S. 1292), wie sie in der F & F eingesetzt werden können.

Demgegenüber richten sich die Säulen III bis IV an einzelne Mitarbeiter\*innen, die an psychischen Belastungen leiden (Säule III, indizierte Prävention) oder bereits im klinischen Sinne psychisch erkrankt sind (Säule IV, Behandlung, vgl. Berger et al., 2013, S. 1291-1292).

### **Säule I – Edukation**

Wie Berger et al. (2013) betonen, ist das Wissen um Frühwarnzeichen von psychosozialen Stress und um die Symptome, die einer Krankheit vorausgehen, die Grundlage für die Förderung psychischer Gesundheit [und Verhinderung von Krankheit] am Arbeitsplatz. Wie Riechert (2015) betonen auch Berger et al. (2013) die zentrale Bedeutung einer für psychische Erkrankungen offenen Betriebskultur, sollen gefährdete Mitarbeitende erfolgreich unterstützt werden (S. 1292). Als unternehmensübergreifendes Beispiel in Deutschland nennen Berger et al. die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). Sie sensibilisiert im Rahmen ihrer Arbeitsschutzziele gezielt Unternehmen und Führungskräfte mit Motivations- und Informationskampagnen zu psychischen Erkrankungen (Berger et al., 2013, S. 1292).

Im Bereich der verhältnispräventiven Frühintervention werden laut Berger et al. (2013) überwiegend Gruppeninterventionen angeboten, die mit der Vermittlung von Entspannungsverfahren, Werteorientierung und Selbstfürsorge auf eine Verhaltensänderung der Mitarbeitenden abzielen (S. 1292) und somit gemäss den üblichen Definitionen (BZgA, 2018) in die Gesundheitsförderung fallen.

### **Säule II – Überlastungserkennung**

Um arbeitsbedingte gesundheitliche Risiken zu minimieren, haben sich in kontrollierten Studien gemäss Berger et al. (2013) Massnahmen der Verhältnisprävention als besonders wirksam erwiesen (S. 1294). Ab wann berufsbedingte Faktoren wie Stress krank macht und wie sich die Symptome individuell äussern, lässt sich jedoch nicht mit der gleichen Objektivität ermitteln wie zum Beispiel bei Belastung durch Gefahrenstoffe oder Lärm. Wie Berger et al. festhalten, wird seitens der Praxis ein grosser Bedarf nach erfolgreich anwendbaren Verfahren zur Ermittlung der psychischen Belastungen mitgeteilt. Die Autoren bezeichnen die Gefährdungsanalyse psychischer Belastungen entsprechend als *gemeinsamen Lernprozess* (S. 1294). Ein *von ihnen genanntes Beispiel* zur Erfassung psychischer Belastungen und Belastungsfolgen am Arbeitsplatz ist der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (ebd.).

In Deutschland bietet die Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften (FFAW) die Durchführung der Befragung seit 2005 als Dienstleistung für Unternehmen an. Bisher wurde der Fragebogen von über 530'000 Beschäftigten ausgefüllt (FFAW, ohne Datum a).

In Abbildung 10 sind die verschiedenen Sphären ersichtlich, die anhand des Fragebogens bearbeitet werden. Die Standardversion kann auf Wunsch um Fragemodule zu den Bereichen *Home-Office*, *Schule und Erziehung* (Lärm- und Stimmbelastung, Qualität von Konferenzen, Kooperation mit Eltern), *Kundenkontakt* (bzw. Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürger), *sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz* sowie zu Angeboten der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* ergänzt werden (FFAW, ohne Datum b).

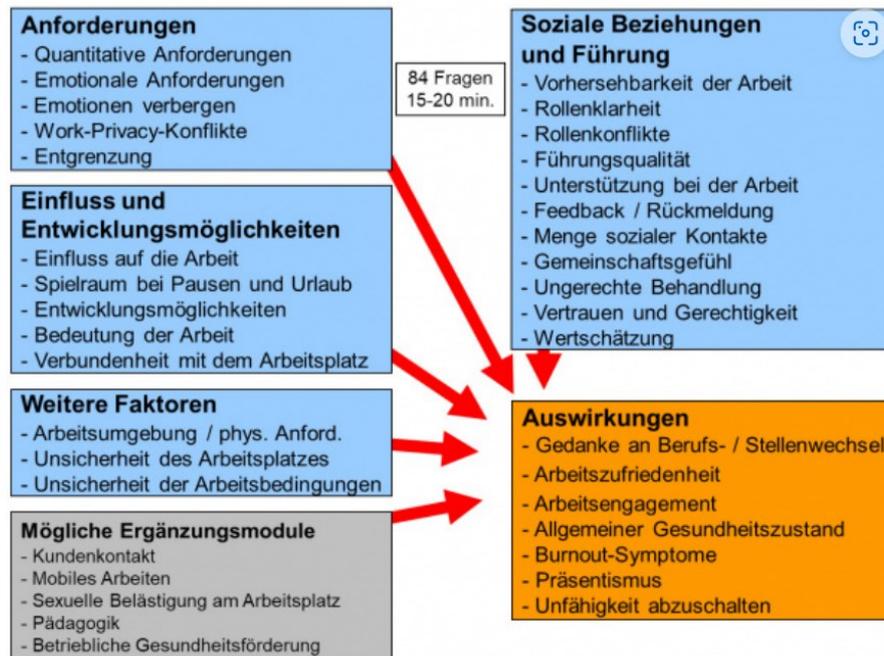


Abbildung 10 Sphären zu den psychischen Belastungen bei der Arbeit (Quelle: FFAW, ohne Datum b)

Gemeinsam mit dem Unternehmen werden die Parameter wie Berufsgruppen und Betriebsgröße festgelegt, worauf der Test für die Mitarbeitenden freigeschaltet wird (FFAW, ohne Datum c). Der Befragungszeitraum umfasst in der Regel vier Wochen. Die Ergebnisse werden anonym an die FFAW weitergeleitet und im Anschluss auf Gesamt- und Gruppenebene ausgewertet. Die Werte des Unternehmens werden mit Werten aus der COPSOQ-Referenzdatenbank verglichen und die Angaben der Neubefragten in anonymisierter Form in die Datenbank aufgenommen (ebd.).

Aus dem externen Vergleich des Betriebsergebnisses mit den Werten aus der Datenbank und dem internen Gruppenvergleich gehen die Stärken und Schwächen (Gefährdungen) des jeweiligen Unternehmens hervor (FFAW, ohne Datum c). Auf Wunsch des Unternehmens werden danach Kooperationspartner empfohlen, um innerbetriebliche Massnahmen umzusetzen (ebd.).

Ein weiteres Beispiel für eine objektive Erfassung von psychischen Belastungen ist die Nutzung der *Checkliste zur Erfassung psychischer Fehlbelastungen bei der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen*, welche für Verantwortliche in Verkehrsunternehmen des Verbandes Deutscher Verkehrsunternehmen entwickelt wurde (Berger et al., 2013, S. 1294).

Bevor eine sinnvolle Gefährdungsbeurteilung für psychische Belastungen durchgeführt werden kann, ist es gemäss Berger et al. (2013) notwendige Voraussetzung, dass ein gemeinsames Grundverständnis aller Beteiligten im Unternehmen sowie die Bereitschaft, umsetzbare Massnahmen abzuleiten, entwickelt wird (S. 1294). Weiter halten die Autoren fest, dass zur Beurteilung einer Überlastungssituation nicht nur die arbeitsplatzbezogenen Faktoren zu berücksichtigen sind, sondern auch die Ressourcen und die Resilienz der einzelnen Mitarbeitenden (ebd.). Sie empfehlen neben den personenunabhängigen Gefährdungsanalysen den Einsatz von anlassbezogenen individuellen Situationsanalysen, beispielsweise nach Anzeige durch den Betroffenen Mitarbeitenden (ebd.).

### **Säule III – Individuelle Unterstützung**

Im Rahmen der individuellen Unterstützung sollen Mitarbeiter\*innen mit psychischen Problemen, die noch nicht im klinischen Sinne psychisch erkrankt sind, Beratung und Unterstützung erhalten (Berger et al., 2013, S. 1294), um Folgeerscheinungen wie zum Beispiel eine Depression nach einer längeren Überlastungssituation oder Teamprobleme und Kündigungen zu verhindern. Nach der Früherkennung kann eine zeitlich begrenzte Phase von regelmässigen Gesprächen mit der BSB erfolgen, damit die psychisch belastete Person in Veränderungsprozessen unterstützt werden kann und mögliche positive oder negative Veränderungen wahrgenommen werden können. Laut Berger et al. sollten in der individuellen Beratung eine Veränderung von Arbeitsbedingungen oder verbesserte Bewältigungsstrategien (z. B. Zeitmanagement, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.) angestrebt werden (ebd.).

Das medizinische Gesundheitssystem könne in diesem Stadium nur bedingt Lösungen anbieten, da es zu wenig Einfluss auf die Arbeitsgestaltung im Unternehmen ausüben kann. Innerbetrieblichen Anlaufstellen wie der betrieblichen Sozialberatung und den Betriebsärzten wird eine entscheidende Bedeutung beigemessen (Berger et al., 2013, S. 1294).

Eine mögliche Frühinterventionsmassnahme in der Einzelfallberatung ist die *Systematische Stressanalyse*, wie sie Söling-Hotze (2020) in ihrer Arbeit als Sozialberaterin beschreibt (S. 158-160). Bei dieser Methode analysieren die Beratenden zusammen mit den gefährdeten Mitarbeitenden, auf welchem Niveau sich ihr Stress bewegt und wie genau sich das Stressniveau im Alltag verändern lässt. Es geht hierbei um eine Veränderung auf Verhaltens- und Verhältnisebene. In der Praxis kann dies bedeuten, dass Stressoren reduziert werden, indem Aufgaben umverteilt werden oder Stressfolgeerscheinungen durch das Erlernen von Entspannungstechniken entgegengewirkt wird (ebd.).

Die Beratungsmethode, die bei der Stressanalyse zum Einsatz kommt, beruht auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Söling-Hotze, 2020, S. 158). Stressoren, welche «das Fass zum Überlaufen bringen» (ebd.), werden analysiert. In einer Verhaltensanalyse werden gemeinsam mit den einzelnen Mitarbeitenden die den Stress aufrechterhaltenden Umstände untersucht. Weiter wird nach sämtlichen Gedanken gefragt, die in diesem stressigen Moment auftreten. Innere Treiber (Glaubenssätze und Muster) sollen systematisch aufgedeckt und stressende Gedanken durch entstressende ersetzt werden (Söling-Hotze, 2020, S. 158-160). Diese Methode ist für die Mitarbeitenden sehr anstrengend, da der Prozess des Umdenkens sehr bewusst vollzogen werden soll, um Automatismen zu überwinden und eine kognitive Umstrukturierung möglich zu machen (ebd., S. 160). Gleichzeitig stellt die Anwendung einer solchen Technik hohe Ansprüche an die Beratungskompetenz der Sozialberatenden.

### **6.3 Fazit**

Aus der Recherche zu unternehmensinternen Massnahmen der F & F zu psychischen Erkrankungen ergeben sich wenige konkrete Informationen – ausgenommen zu Suchterkrankungen. Konkrete Interventionen werden vor allem im Bereich des Absenzmanagements genannt. Weitere Beispiele zu Handlungsebenen der Betriebe ergeben sich vor allem durch unternehmensexterne Ressourcen wie Verbänden, BGM-Beratungsdiensten und aus der Literatur zu Sozialer Arbeit und Psychologie zum Thema psychische Erkrankung und Arbeit. Interventionen der F & F betreffen die Handlungsebenen Edukation, Überlastungserkennung und individuelle Unterstützung.

Sollen Massnahmen der F & F geplant und umgesetzt werden, ist ein gemeinsames Vorgehen und eine transparente Kommunikation aller Beteiligten wichtig, um zeitnah Absprachen zu treffen und Synergien nutzen zu können. Gleichzeitig wird Doppelspurigkeit entgegengewirkt. Massnahmen sollen zudem an die jeweilige Erkrankung und den Zielgruppen entsprechend angepasst werden. Eine Einbettung der Interventionen in ein ganzheitliches Aufgabenspektrum des Gesundheitsmanagements erscheint sinnvoll. Neben einer optimalen Begleitung der betroffenen Mitarbeitenden fördert dies die Entwicklung eines enttabuisierenden Klimas im Unternehmen, was eine erfolgreiche F & F wiederum wahrscheinlicher macht.

## **7 Beitrag der Betrieblichen Sozialen Arbeit an F & F**

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welchen Beitrag die Betriebliche Soziale Arbeit zu F & F bei psychisch erkrankten Mitarbeiter\*innen leisten kann. Es werden Empfehlungen für Massnahmen beschrieben, welche die BSA im Rahmen der F & F konzipieren und in interdisziplinären Kooperationen umsetzen kann. Als Basis dienen die theoretischen Erkenntnisse und Praxisbeispiele, die in dieser Arbeit dargelegt sind, sowie Praxisbeispiele aus der Suchtberatung und das Fünf-Säulen-Modell der DGPPN.

### **7.1 Früherkennungs- und Frühinterventionsmassnahmen**

Betrachtet man das Fünf-Säulen-Modell der DDGPN (2013) in Kapitel 6.2, eröffnen sich im Rahmen der F & F Handlungsfelder für die Betriebliche Soziale Arbeit. Soll F & F als Gemeinschaftsaufgabe umgesetzt werden und ist hierfür eine Haltung der Mitverantwortung, eine Kultur des Hinschauens und Handelns notwendig (Bachmann, et al., 2011, S. 3-4), so wird deutlich, dass es einer umfassenden strukturellen Vorgehensweise bedarf, um F & F in Unternehmen umzusetzen.

Angelehnt an die Praxisbeispiele, welche in dieser Arbeit vorgestellt werden, sowie an das gesichtete Vorgehen aus der Suchtberatung werden nachfolgend mögliche Massnahmen der F & F durch die BSB vorgeschlagen, dies unter Einbezug des Fünf-Säulen-Modells der DGPPN (2013, S. 1292).

#### **Edukation in der Früherkennung und Frühintervention (Säule I – Edukation)**

Wie Friege (2010) ausführt, besteht ein Problem bei psychisch Erkrankten darin, dass ihr negatives Selbstbild gut mit den Wahrnehmungen des Umfeldes von den Betroffenen übereinstimmt (S. 171). Da sie, wie in ausgeführt wurde, ihre Krankheit häufig verschweigen oder Frühwarnsymptome im subklinischen Bereich von den Betroffenen und Vorgesetzten nicht als solche erkannt werden, wird das negative Fremd- und Selbstbild in solchen Fällen lange Zeit nicht korrigiert (Goldberg et al., 2001, S. 1641-1642; BSV, 2011, S. 85; Friege, 2010, S. 171). Gleichzeitig steigt das Risiko interpersoneller Schwierigkeiten und in der Folge auch das Risiko einer Überforderung aller Beteiligten (BSV, 2011; BSV, 2017).

Wie in Kapitel 5.1.3 näher erläutert wurde, ist Psychoedukation die strukturierte Vermittlung von wissenschaftlichem Wissen über psychische Erkrankungen und wird in psychoedukativen Interventionen auch von Sozialarbeitenden angewandt.

Laut Friege (2010, S. 179) sollte die Aufklärung über psychische Erkrankungen eine Kernkomponente der Präventionsmassnahmen der BSA darstellen. Sie entspricht so auch dem ersten Aspekt *Edukation* des Fünf-Säulen-Modells der DGPPN. Mittels Psychoedukation kann die Sozialberatung einerseits Mitarbeitende und ihre Vorgesetzten für mögliche eigene und fremde Frühwarnzeichen oder Krankheitssymptome sensibilisieren. Andererseits fördert sie damit, wie Friege (2010) ausführt, auch die Inanspruchnahme von Beratungen und das Verständnis für Betroffene im Unternehmen (S. 179). Ihr kommt damit in einer psychologischen und psychosozialen Dimension eine Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktion auf Verhaltens- und Verhältnisebene zu.

Nachfolgend werden verschiedene edukative Elemente beschrieben, die im Rahmen einer F & F von der BSB empfohlen und umgesetzt werden können.

### **Schulung von Vorgesetzten**

Führungskräfte kommen durch ihre Funktion besonders häufig mit psychisch belasteten und erkrankten Mitarbeitenden in Kontakt (Baer et al., 2017 b, S. 3). Diese Interaktionen werden häufig als belastend wahrgenommen werden (ebd.). Deshalb ist es notwendig, Führungskräfte im Rahmen einer primären oder universellen Früherkennung (Hafen, 2015, S. 67) in der Erkennung von Frühwarnzeichen zu schulen und im Anschluss den adäquaten Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden als Frühinterventionsmassnahme zu vermitteln. Es kann davon ausgegangen werden, dass Vorgesetzte gerade bei Neueintritt in ein Unternehmen während der Einarbeitungszeit relativ offen für die Prozesse sind. Eine in der Einarbeitungszeit verankerte Schulungsreihe, beispielsweise zum Thema *Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden und Depression am Arbeitsplatz*, erscheint deshalb sinnvoll. Die Schulung kann dabei von der Sozialberatung in Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen durchgeführt und umgesetzt werden.

Auf Basis der Ausgangslage sowie der in dieser Arbeit dargelegten Studienergebnisse lassen sich Aspekte herleiten, die im Rahmen der Edukation der Führungskräfte beachtet werden sollten (Liste nicht abschliessend):

- 1) Frühsymptome und Vermittlung des Einflusses früher Intervention.** Wie anhand der geschilderten Studienergebnisse deutlich wird, ist es besonders wichtig, den Fokus edukativer Elemente auf mögliche Frühwarnsymptome zu legen und die Bedeutung einer möglichst frühen Intervention hervorzuheben. Die Erläuterung von Frühwarnsymptomen ermöglicht es den Vorgesetzten, ein besseres Verständnis für die Krankheitsentstehung zu entwickeln.

Gleichzeitig sollte in diesem Zusammenhang auf die Gefahr einer möglichen Psychopathologisierung des Mitarbeitenden hingewiesen werden. Ziel sollte sein, eine Normalisierung des Themas psychische Belastung herbeizuführen und eine Enttabuisierung von Erkrankungen wie der Depression zu unterstützen. Diagnosestellungen durch Führungskräfte oder Teammitglieder sollen vermieden werden.

- 2) Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses vom Begriff der Frühwarnsymptome.** Besonders schwierig ist es im Rahmen der Edukation, die Balance von Wachsamkeit und Empathie vs. Aktivismus und Stigmatisierung zu halten. Ist es beispielsweise bereits krankheitswertig, wenn ein Mitarbeiter ein *Giftzweig* (Anhang A) ist oder das Verhalten einer Person einer *Achterbahn* (ebd.) gleichkommt? Es ist wichtig, dass ein gemeinsames Grundverständnis davon entwickelt wird, *ab wann* es sich um eine psychische Problematik handeln könnte, die einer Intervention bedarf. Das entwickelte Grundverständnis unterliegt zudem einem fortwährenden Aushandlungsprozess, der unter Führungskräften reflektiert werden sollte. Es geht hierbei nicht um eine Diagnosestellung, sondern um die Identifizierung problematischer Verläufe.
- 3) Vorstellung der Studienergebnisse zu Führungsstilen und Interventionen** durch Vorgesetzte zur Objektivierung von Führungsverhalten.
- 4) Gefahr der Individualisierung von belastungsbedingten Problematiken am Arbeitsplatz.** Gerade im Rahmen der Psychoedukation bei Führungskräften besteht die Gefahr, die Individualisierungstendenzen weiter zu verstärken. Es gilt hier mit möglichst objektiven Mitteln aufzuzeigen, dass psychisch bedingte Arbeitsprobleme wie zum Beispiel Teamkonflikte aus einer Dynamik heraus entstehen können, bei der die psychisch belastete Person aufgrund ihrer Verhaltensveränderungen auf Unverständnis, Wut und Ausgrenzung trifft. Die Entwicklung einer ganzheitlichen Sicht auf die Probleme am Arbeitsplatz, die auch strukturelle Aspekte des Unternehmens betrifft, sollte möglichst gefördert werden.
- 5) Vertiefte Vorstellung der Angebote der Invalidenversicherung im Rahmen der Frühintervention.** Die Aussagen der Führungskräfte, dass sie die Fälle trotz relativer Schwere als «nicht IV-relevant» einstufen, deutet auf eine Wissenslücke in Bezug auf die Angebote der IV hin. Eine Beschreibung der teils niederschweligen Frühinterventionsmassnahmen wie zum Beispiel Job Coaching, Beratung von Vorgesetzten etc., die bereits vor einer Diagnose durch die IV finanziert werden, ist sinnvoll.

### **Tutorensystem (Säule I – Edukation)**

Koppenhöfer und Eichhorn (2020) stellen ein Tutorensystem mit Lehrlingen vor, welches im Peer-to-Peer-Verfahren mit grossem Erfolg für die Suchtberatung bei der BASF eingesetzt wird (S. 117-120). Das Tutorensystem basiert auf der Annahme, dass die Lehrlinge Informationen eher annehmen, wenn sie von Gleichaltrigen kommen (ebd.).

Ähnlich wie das Modell der BASF könnte ein Peer-to-Peer-System für Themen wie zum Beispiel *Psychische Belastung und Depression* durch die BSA initiiert werden. Lehrlinge können sich dabei freiwillig melden, um sich entsprechend zu Tutoren ausbilden zu lassen. Neben den Fachkenntnissen zum Thema *Psychische Belastung und Depression* erhalten sie eine Schulung zu Beratungsmethodik und zur Durchführung von Workshops. Die Tutoren geben ihrerseits allen Lehrlingen eines Jahrgangs Schulungen zum Thema *Psychische Belastung und Depression* (vgl. Koppenhöfer und Eichhorn, 2020, S. 117-120). Da Burnout gesellschaftlich besser akzeptiert und häufig nur schwer von der Depression abzugrenzen ist, macht eine Einbindung der Burnout-Thematik in diesem Beispiel Sinn.

Die Aussage einer sozialberatenden Person bei BASF verdeutlicht den weitreichenden Effekt des Tutorensystems:

Die Tutoren werden als Ansprechpartner akzeptiert und wirken zusätzlich als «Türöffner» für Auszubildende, die den Weg zur betrieblichen Sozialberatung der BASF scheuen. Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass auch Auszubildende mit anderen Problemen zur Beratung kommen. Themen wie Probleme mit Eltern, Essstörungen, Selbstverletzendes Verhalten und andere werden angesprochen, weil die Tutoren sensibilisiert sind. (Koppenhöfer und Eichhorn, 2020, S. 119)

Wie die Erfahrungen aus der BASF zeigen, tragen die erlernten Gesprächsmethoden und die selbstständige Durchführung der Workshops zur Entwicklung der sozialen Kompetenz der Auszubildenden bei, die nachhaltig über die Zeit der Ausbildung weiterbesteht (Koppenhöfer & Eichhorn, 2020, S. 119-120). Führungskräfte der BASF berichten von ersten positiven Eindrücken über ehemalige Tutoren; die jungen Mitarbeitenden werden als «hilfreich und unterstützend» (ebd.) erlebt.

### **Qualifizierung der Führungskräfte – Handlungsleitfaden (Säule I – Edukation)**

Um die Art und das Mass der Intervention durch die direkten Vorgesetzten und Personalverantwortlichen so weit wie möglich einheitlich und krankheitsbezogen zu gestalten, ist die Erstellung eines Interventionsleitfadens ähnlich dem der Suchtberatung bei der Continental AG anzudenken (Rickmann, 2020, S. 236-237).

Dies kann durch die Sozialberatung angestossen werden und in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung, dem HR, den Vorgesetzten und dem Einbezug externer Fachpersonen anderer Disziplinen geschehen.

Im Leitfaden wird verbindlich festgehalten, bei welchen Auffälligkeiten Führungskräfte wie vorzugehen haben. Dies gibt Handlungssicherheit und kann den Vorgesetzten Entlastung bringen (vgl. Rickmann, 2020, S. 236-237). Wichtig ist auch hier die Betonung einer auf Unterstützung und Wertschätzung ausgelegten Betriebskultur. Vermieden werden muss die Erarbeitung von Massnahmen, die zur Leistungskontrolle genutzt werden oder gar zur Blossstellung der Betroffenen durch Vorgesetzte führen könnten.

### **Qualifizierung der Führungskräfte – Qualifizierungsmassnahme (Säule I – Edukation)**

Damit der Handlungsleitfaden diskutiert und ein grösseres Verständnis für belastete Mitarbeitende erarbeitet werden kann, ist eine mehrtägige Qualifizierungsmassnahme für Führungskräfte, Mitglieder der Personalabteilung sowie die Geschäftsleitung bzw. Betriebsräte sinnvoll (vgl. Rickmann, 2020, S. 236). Besonders innovativ und erfolgversprechend ist die Durchführung der Massnahme in einer Klinik für beispielsweise Depression und Angsterkrankungen (ebd., S. 236-237). Dort könnten die Teilnehmenden zusammen mit Patienten der Klinik verschiedene Aspekte der Erkrankung und des adäquaten Umgangs damit bearbeiten. Wichtig ist hier der Fokus auf Situationsbeschreibungen durch die Betroffenen, um das Verständnis für die Dynamik am Arbeitsplatz zu fördern. Ein enger Kontakt zwischen den Teilnehmenden und den Patienten ist zwecks Sensibilisierung wünschenswert (vgl. ebd.). Neben Patient\*innen könnten auch Angehörige zu Wort kommen, die ihr Leben mit den Betroffenen schildern (ebd.).

Den Führungskräften kann in diesem Rahmen das notwendige Werkzeug für den betrieblichen Umgang mit den Betroffenen mitgegeben und schwierige Gespräche können trainiert werden. Gleichzeitig wird das Verständnis für die Betroffenen und ihre arbeitsplatzbezogenen Probleme auf beispielhafte Art und Weise in einem professionellen Rahmen gefördert. Der persönliche Kontakt kann zudem helfen, Vorurteile und Berührungsängste gegenüber belasteten und erkrankten Mitarbeitenden abzubauen. Die Sensibilisierung der Führungskräfte kann dazu verhelfen, dass Probleme am Arbeitsplatz früher angesprochen werden (vgl. Rickmann, 2020, S. 236-237).

### **Fallreflexion (Säule I – Edukation, Säule III – individuelle Unterstützung)**

Wie in [4.3](#) festgehalten ist, würden Vorgesetzte, die bereits mit psychisch belasteten Mitarbeitenden gearbeitet haben, beim nächsten die gleichen Interventionen in höherer Intensität durchführen (Baer et al., 2017a, S. 17).

Die Interventionen basieren dabei primär auf individuellen Verhaltensmustern, die kaum etwas mit den spezifischen Problemen der belasteten Mitarbeitenden zu tun haben (ebd.). Diese Erkenntnisse zeigen auf, wie wichtig ein professionell angeleiteter Reflexionsprozess der vergangenen Fälle für die Vorgesetzten ist, damit sinnvolle Frühinterventionsmassnahmen umgesetzt werden können.

Die BSB könnte folgende Formate aufbauen, um der professionellen Reflexion Priorität und Raum zu geben:

### **1) Reflexionsworkshops für Führungskräfte**

Betroffene Führungskräfte können sich anhand von selbsterlebten und allenfalls betriebsfernen Fallstudien austauschen. Die Vorgesetzten verpflichten sich bei ihrer Teilnahme zur Verschwiegenheit. Ein Nebeneffekt ist die Förderung einer Feedbackkultur auf der Ebene der Führungskräfte. Wichtig ist auch hier eine professionell angeleitete Moderation, durch die eine kritische Reflexion unterstützt wird.

### **2) Supervision**

Im Einzelsetting kann die Führungskraft laufende und vergangene Fälle reflektieren.

### **Coaching der Führungskräfte im Einzelfall (Säule II u. Säule III)**

Die BSB kann den Führungskräften in der Umsetzung von Gesprächen beratend zur Seite stehen. Die Sozialberatenden treten in diesem Fall als Coach auf (vgl. Traub-Martin, 2020, S. 256-258). Wichtig ist, dass Führungskräfte die Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitenden weitestmöglich selbst führen (ebd.), um das Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden. Sollte dabei keine sinnvolle Zusammenarbeit mit dem belasteten Mitarbeitenden möglich werden, können Gespräche zusammen mit der Sozialberatung durchgeführt werden.

Wie Riemer (2020) festhält, stellt sich für Führungskräfte die Frage, inwieweit sie sich der Beratungsperson öffnen können. Erstens sind die internen Berater\*innen selbst Teil des Unternehmens (S.125).

Dies kann zu Vertrauensproblemen des Coachees gegenüber der Beratungsperson führen. Zweitens werden in den Beratungen sensible Punkte und Schwächen der Führungsperson angesprochen (Riemer, 2020, S. 125).

### **Überlastungserkennung (Säule II)**

Um zu einer frühen Überlastungserkennung beizutragen, kann sich die BSB innerhalb ihres Unternehmens für die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen mittels Fragebogen wie dem COPSOQ (siehe Kapitel 6.1) einsetzen (FFAW, ohne Datum a). Wie von Berger et al.

(2013) festgehalten wird, muss zuvor ein gemeinsames Verständnis der zu erhebenden psychischen Belastung entwickelt und das Commitment aller Verantwortlichen, umsetzbare Massnahmen abzuleiten, abgeholt werden (S. 1294).

### **Einzelfallgespräche für betroffene Mitarbeitende (Säule III)**

Wie Baumgartner & Sommerfeld (2016) feststellen, wird in der Schweiz im Durchschnitt 68 % Prozent der Arbeitszeit der Betrieblichen Sozialberatungen für Einzelfallberatung aufgewendet (S. 152). Einzelfallgespräche können auf Basis von Eigeninitiative der Betroffenen, Empfehlungen oder bei zunehmender Eskalation auch als verbindliche Massnahme für psychisch belastete Mitarbeitende oder deren Teammitglieder (und Vorgesetzte) stattfinden. Im Rahmen der Frühintervention kommt sie zum Zuge, bevor die betroffenen Personen im klinischen Sinne erkrankt sind und eine Veränderung der Arbeitsbedingungen oder verbesserte Bewältigungsstrategien angestrebt werden (Berger et al., 2013, S. 1294). Wird mit den Betroffenen selbst gearbeitet, ist besonderes Augenmerk auf den Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu legen. Die Abklärung der Belastungssituation kann mit Stressanalysen (Söling-Hotze, 2020, S. 168-170) ergänzt werden. Der Einsatz der Systemischen Beratungsmethode ist besonders sinnvoll, um Muster aufzudecken, Sichtweisen zu klären und das Verständnis für die anderen Parteien zu fördern. Nicht zuletzt ist sie für die Schaffung von Möglichkeitsräumen dienlich (Systemische Gesellschaft, ohne Datum).

Eine besondere Funktion nimmt die Einzelfallberatung in der Vorbereitung zur Psychotherapie ein. Laut der Untersuchung des BASS (2016) erachten 85 % der befragten Psychiater\*innen «Scham und Angst vor Stigmatisierung» (S. XXV) und 55 % den Widerwillen der Betroffenen, mit einer psychischen Erkrankung aktenkundig zu werden, als «mittlere bis grosse Zugangshürde» (ebd.). Wie Wolfram Schulze (2010) ausführt, kann BSB hier dazu beitragen, Ängste und Vorurteile abzubauen und die Motivation zur Therapie zu fördern (S. 11). Bei Mitarbeiter\*innen, die auf einen Therapieplatz warten müssen (ebd.), kann die BSB zudem die Betreuungslücke schliessen.

## **7.2 Relevante Aspekte rund um F & F**

### **Evaluation**

Um die Wirksamkeit einer betriebs- und abteilungsweiten Intervention zu überprüfen, ist eine fortlaufende Evaluation erforderlich. Massnahmen müssen entsprechend den Erfordernissen und Rückmeldungen aus den unternehmens- und teamweiten Interventionen angepasst werden.

### **Vernetzung**

Sinnvoll ist auch die Beteiligung der BSB an regional vorhandenen Arbeitskreisen und Netzwerken zum Thema psychische Erkrankung. Dies stärkt die Reflexion der innerbetrieblichen Abläufe und fördert die Fachkompetenz und betriebsinterne Stellung der betrieblichen Sozialberatung (vgl. Rickmann, 2020, S. 240). Der gute Ruf führt dazu, dass die Sozialberatung unternehmensintern weiterempfohlen wird, und senkt die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme (Baumgartner und Sommerfeld, 2016; Klein und Appelt, 2020). Eine gute interdisziplinäre Vernetzung fördert ausserdem die Beratung und das Triagieren von psychisch belasteten Mitarbeitenden. Gleichzeitig sollte die BSB über ein umfassendes innerbetriebliches Kommunikationskonzept verfügen (vgl. Rickmann, 2020, S. 239), um über verschiedene Aspekte von psychischen Belastungen und die eigenen Aktivitäten zu informieren. Die verstärkte Sichtbarkeit kann zur innerbetrieblichen Vernetzung zu beitragen.

## **7.3 Fazit**

Auf Basis des Fünf-Säulen-Modells der DDGPN (siehe [Kapitel 6](#)) und der Grundsätze der Sozialen Arbeit ergeben sich im Rahmen der F & F Handlungsfelder für die Betriebliche Soziale Arbeit.

In Anbetracht der dargelegten Folgeerscheinungen von psychischen Erkrankungen und Belastungen am Arbeitsplatz sollte die BSB ihre Bemühungen über die Einzelfallhilfe hinaus im Bereich der verhältnispräventiven Frühinterventionen verstärken. Sie sollte einen Fokus auf die Konzeption und Implementierung von verhältnispräventiven Massnahmen zum Zwecke der F & F legen. Nur wenn sich auch der Umgang mit den betroffenen Mitarbeitenden ändert und frühzeitig Massnahmen ergriffen werden, erscheint es realistisch, betroffene Mitarbeitende im Unternehmen zu halten und krankheitseindämmende Interventionen zu begleiten.

Wie mehrfach aufgezeigt wurde, wirkt eine offene Konfliktkultur und Kommunikation Belastungen im Team entgegen. Gleichzeitig wird das Vertrauen zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten gefördert, so dass sich psychisch belastete Mitarbeitende den Vorgesetzten eher anvertrauen. Ein für die BSA wichtiges Ziel ist somit die Stärkung der innerbetrieblichen

Kommunikationskultur und der Transparenz als Basis für gelingende F & F. Mitarbeitende und Führungskräfte sollen in ihrer individuellen und kollektiven Problembewältigung gestärkt werden, Wissen über psychische Erkrankungen ausgebaut und die gesellschaftliche Teilhabe am Arbeitsplatz verbessert werden. In diesen Massnahmen eingeschlossen sind Interventionen, die dazu beitragen, der Ausbreitung einer Erkrankung entgegenzuwirken, wie die Förderung des Veränderungswillens und der Therapiemotivation bei betroffenen Personen.

Wichtig ist die Ausarbeitung eines Gesamtkonzepts als ganzheitliche unternehmensweite Massnahme, in der die F & F als Teilgebiet sinnvoll eingebettet ist. Da der Einfluss der BSB auf die unternehmensinternen Strukturen begrenzt ist, ist eine Einbindung der Geschäftsleitung und anderer betriebsinterner Instanzen dafür unerlässlich. Die innerbetriebliche BSB kann als beratende Instanz aufgrund der in Kapitel 2.1 dargelegten Aufgaben der BSA dennoch als legitimiert erachtet werden, die Erarbeitung eines solchen Gesamtkonzepts anzustossen und bei der Erarbeitung ihren Beitrag zu leisten.

Im Rahmen der F & F sind Massnahmen für die Bereiche Edukation, Überlastungserkennung und individuelle Unterstützung zu erarbeiten. Die konkreten Massnahmen müssen dabei unter Berücksichtigung der Zielgruppe auf die Spezifik der Erkrankung angepasst werden. Hierzu sind der Beizug externer therapeutischer Fachpersonen und eine starke interdisziplinäre Vernetzung notwendig.

## 8 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen und Ausblick

In diesem Kapitel werden die zu Beginn dieser Arbeit aufgestellten Fragen zusammenfassend beantwortet und ein Ausblick auf mögliche weiterführende Fragestellungen in Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit gegeben.

### 8.1 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen

Nachfolgend werden zunächst die vier Unterfragen beantwortet.

1. *Wie unterscheiden sich psychische Erkrankungen und psychische Belastungen?*

Psychische Erkrankungen äussern sich durch krankhafte Veränderungen oder Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Verhaltens und der Erlebnisverarbeitung. Sie führen bei Zudem können hirnorganisch bedingte Veränderungen des Bewusstseins vorliegen. Damit eine Diagnose gestellt werden kann, müssen die vorhandenen Symptome in der Regel die Kriterien der Schwere, Dauer und Dichte der Symptome erfüllt sein. Zudem müssen die Symptome für die betroffene Person zu einem Leiden oder einer Funktionsbeeinträchtigung führen. Die Ursachen für psychische Erkrankungen liegen üblicherweise in einer Kombination von Umweltfaktoren, genetischen Faktoren und Charaktereigenschaften. Von psychischen Belastungen wird gesprochen, wenn die Symptome für eine Diagnose nicht ausreichend stark oder anhaltend sind. Die Grenze zwischen psychischer Belastung und Erkrankung verläuft fließend.

2. *Welche Wechselwirkungen ergeben sich aus einer Erwerbsarbeit und der Entwicklung einer psychischen Erkrankung?*

Am Arbeitsplatz können psychosoziale Risikofaktoren dazu führen, dass die Belastungen grösser sind als die Ressourcen, was allgemein als Stress bezeichnet wird. Stress kann eine erhebliche psychische Belastung darstellen und langfristig zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung wie der Depression beitragen. Zu den psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz gehören qualitative und quantitative Überforderung, soziale Belastungen durch Vorgesetzte oder Teammitglieder, arbeitsorganisatorische Probleme und Unklarheiten bezüglich Arbeitsaufgaben. Diese Belastungen haben bei Arbeitnehmenden in der Schweiz in den letzten Jahren zu einem signifikanten Anstieg von Stress geführt. Gleichzeitig erfüllt die Erwerbsarbeit eine wichtige Funktion für die psychische Stabilität.

Sie schafft eine Tagesstruktur, kann sinnstiftend sein und trägt wesentlich zur gesellschaftlichen Integration bei.

Kommt es zu psychischen Belastungen oder gar zu einer Erkrankung am Arbeitsplatz, sind interpersonelle Probleme und der Arbeitsplatzverlust eine häufige Folge. Vorgesetzte nehmen die Problematik meist erst als relevant wahr, wenn es zu Eskalationen mit der psychisch belasteten Person kommt. Die Schwierigkeiten werden dabei oft im Charakter des jeweiligen Mitarbeitenden verortet und nicht mit einer psychischen Thematik in Zusammenhang gebracht wird. Dies ist selbst dann der Fall, wenn es sich um schwerwiegende Problemverläufe handelt. Stigmatisierung kann die Erkennung der psychischen Faktoren erschweren und die schwierige interpersonelle Dynamik weiter vorantreiben. Kommt es zu Interventionen, finden diese häufig im kleinsten Kreis und ohne Einbezug externer Fachpersonen statt. Die gezeigten Interventionsstile der Führungskräfte weisen dabei keinen Zusammenhang zur vorliegenden Problematik des Mitarbeitenden auf. Zudem werden belastete Mitarbeitende von den Vorgesetzten häufig dazu aufgefordert, sich zusammenzureißen. Dies ist besonders häufig der Fall, wenn es sich nach Ansicht der Führungskräfte um eine depressive Symptomatik handelt. Ebenfalls wird häufig an die Leistungsmotivation der Mitarbeitenden appelliert. Von den Vorgesetzten besonders positiv bewertet werden die Einsicht und der Veränderungswille des betroffenen Mitarbeitenden.

Werden Psychiater\*innen zu Patient\*innen mit Arbeitsproblemen befragt, so ist die mangelnde Wertschätzung und Anerkennung durch die Vorgesetzten die häufigste problematische Arbeitsbedingung für ihre Patienten. Auch Mobbing und quantitative Überforderung können, sofern sie bestehen, die wichtigsten Problematiken für die Patient\*innen darstellen. Die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz werden von dem/der Vorgesetzten als sehr belastend für den betroffenen Mitarbeitenden, das Team und die/den Vorgesetzte/n selbst wahrgenommen.

Die interpersonellen Schwierigkeiten und charakterlichen Zuschreibungen in den beschriebenen Problemverläufen weisen auf eine komplexe Dynamik hin, die Missverständnisse fördert und eine konstruktive Problemlösung erschwert. Als vermeintliche Lösung des Problems dient schlussendlich in über 80 % der Fälle die Kündigung der psychisch belasteten und erkrankten Mitarbeitenden.

*3. Was wird unter Früherkennung und Frühintervention verstanden?*

Früherkennung und Frühintervention haben das Ziel, die ersten Anzeichen von problematischen Entwicklungen möglichst früh wahrzunehmen und den Handlungsbedarf zu klären, damit geeignete Massnahmen ergriffen werden können. Zu diesem Zweck werden Risikofaktoren bestimmt, anhand derer sich eine ungünstige Entwicklung festmachen lässt. Früherkennung und Frühintervention integriert individuumszentrierte und strukturorientierte Verfahren. Voraussetzung für eine erfolgreiche F & F ist eine gute Kenntnis der jeweiligen Risikofaktoren und des möglichen Krankheitsverlaufs. Früherkennung und Frühintervention kann als Gemeinschaftsaufgabe verstanden werden, was sich in einer Haltung der Mitverantwortung, des Hinschauens und Handels ausdrückt. Hierzu bedarf es einer für psychische Themen offenen Betriebskultur.

*4. Was tragen Unternehmen zur Früherkennung und Intervention im Falle von psychisch erkrankten Mitarbeitenden bei?*

Ausserhalb der Suchtprävention ergeben sich aus der Recherche zu dieser Arbeit wenige konkrete Informationen zu unternehmensinternen Massnahmen der F & F zu psychischen Belastungen und Erkrankungen. Beispiele zu möglichen Interventionen der Unternehmen stammen vor allem aus unternehmensexternen Ressourcen, zum Beispiel aus der Literatur zur Sozialen Arbeit und Psychologie sowie von Verbänden und BGM-Beratungsdiensten.

Interventionen der F & F betreffen die drei Handlungsebenen Edukation, Überlastungserkennung und individuelle Unterstützung. Auf der Ebene der Edukation finden durch unternehmensinterne und -externe Akteure mehrheitlich Interventionen im Gruppensetting statt. In der Überlastungserkennung findet das Absenzmanagement weiterhin breite Anwendung. Gleichzeitig führen Unternehmen flächendeckend Gefährdungsanalysen mittels Befragungen wie dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) durch. Im Rahmen der individuellen Unterstützung finden beratende Gespräche statt und werden Stressanalysen durchgeführt.

*Welchen Beitrag kann die Betriebliche Soziale Arbeit an der Früherkennung und Frühintervention bei psychisch erkrankten Mitarbeitenden leisten?*

Wie in der vorliegenden Arbeit ausgeführt wurde, ist der Einsatz verhältnispräventiver Massnahmen für eine erfolgreiche F & F unabdingbar. Die dargestellten Forschungsergebnisse zu den Folgen von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz unterstreichen die Notwendigkeit von strukturorientierten Verfahren nochmals. Die BSB sollte ihre Bemühungen über die Einzelfallhilfe hinaus im Bereich der verhältnispräventiven Frühinterventionen verstärken, um den beruflichen Grundsätzen der Ermächtigung, Partizipation und Integration Folge zu leisten (AvenirSocial, 2010, S. 9). Ein Fokus der F & F sollte auf die Konzeption und Implementierung von verhältnispräventiven Massnahmen gelegt werden. Dass dies bisher nur unzureichend geschieht, zeigt die in dieser Arbeit erwähnte Befragung von Baumgartner und Sommerfeld (2016) zu den Arbeitsbereichen der BSB auf (S. 151-152). Nur wenn sich auch der Umgang mit den betroffenen Mitarbeitenden ändert und frühzeitig strukturorientierte Interventionen stattfinden, erscheint es realistisch, die betroffenen Mitarbeitenden im Unternehmen zu halten und krankheitseindämmende Interventionen zu begleiten.

Medizinische und therapeutische Versorgungssysteme können im frühen Stadium einer Erkrankung wenig Einfluss auf die innerbetrieblichen Prozesse nehmen. Innerbetrieblichen Beratungsdiensten wie dem der BSB kann deshalb eine wesentliche Rolle im Rahmen der F & F zugesprochen werden.

In dieser Arbeit wurden Forschungsergebnisse des BSV dargelegt, die aufzeigen, dass eine offene Konfliktkultur und Kommunikation Belastungen im Team entgegenwirkt. Es ist anzunehmen, dass sich Mitarbeitende ihren Vorgesetzten eher anvertrauen, wenn im Unternehmen ein konstruktiver Umgang mit Fehlern gepflegt wird. Für die BSA wichtige Ziele sind somit die Stärkung der innerbetrieblichen Kommunikationskultur und Transparenz als Basis für gelingende F & F. Mitarbeitende und Führungskräfte sollen in ihrer individuellen und kollektiven Problembewältigung gestärkt werden, das Wissen über psychische Erkrankungen ausgebaut und die gesellschaftliche Teilhabe am Arbeitsplatz verbessert werden. In diesen Massnahmen eingeschlossen sind Interventionen, die dazu beitragen, der Ausbreitung einer Erkrankung entgegenzuwirken, wie die Förderung des Veränderungswillens und der Therapiemotivation bei der betroffenen Person. Für eine erfolgreiche F & F ist es dementsprechend notwendig, ein Gesamtkonzept zu erarbeiten.

Die innerbetriebliche BSB kann als beratende Instanz aufgrund der in Kapitel 2 dargelegten Aufgaben der BSA als legitimiert erachtet werden, die Erarbeitung eines solchen

Gesamtkonzepts anzustossen und bei der Erarbeitung und Implementierung ihren Beitrag zu leisten. Da der Einfluss der BSB auf die unternehmensinternen Strukturen begrenzt ist, ist eine Einbindung der Geschäftsleitung und anderer betriebsinterner Instanzen für den Aufbau eines umfassenden Konzepts unerlässlich.

Im Rahmen der F & F sind Massnahmen für die Bereiche Edukation, Überlastungserkennung und individuelle Unterstützung zu erarbeiten. Die konkreten Massnahmen müssen dabei unter Berücksichtigung der Risikofaktoren und der zu erreichenden Zielgruppen auf die Spezifik der Erkrankung angepasst werden. Hierzu sind der Beizug externer therapeutischer Fachpersonen und eine starke interdisziplinäre Vernetzung notwendig.

Zum Zweck Edukation sollte die Betriebliche Sozialberatung die Psychoedukation implementieren. Damit sensibilisiert sie Mitarbeitende und Vorgesetzte für mögliche eigene oder fremde Frühwarnzeichen und Krankheitssymptome. In diesem Zuge können psychosoziale Folgen von psychischer Belastung thematisiert werden. Neben der Psychoedukation ist eine Schulung zum Einfluss verschiedener Interventionsstile an konkreten Beispielen angezeigt. Ebenfalls sinnvoll ist eine Schulung zu den Angeboten der IV, damit diese im Rahmen von Frühintervention als möglicher Akteur im Hilfesystem der Mitarbeitenden und des Unternehmens wahrgenommen wird. Es erscheint sinnvoll, Schulungseinheiten während der Einarbeitungszeit von Führungskräften zu etablieren. Peer-to-Peer-Interventionen wie die Einführung eines Tutorensystems bei Lehrlingen tragen ebenfalls zur Edukation und Früherkennung von psychischen Belastungen bei. Bleiben die Tutoren nach der Ausbildung im Unternehmen, kann dies zu einer für psychische Belastungen und Erkrankungen offenen Unternehmenskultur beitragen.

Für Führungskräfte sollten Handlungsleitfäden erstellt werden, um ihnen im Fall von psychisch belasteten und erkrankten Mitarbeitenden Orientierung und eine verstärkte Handlungssicherheit zu bieten. Die Erstellung eines Interventionsleitfadens kann durch die Sozialberatung angestossen werden. Die Ausarbeitung muss aufgrund der dafür notwendigen Fachkenntnisse und innerbetrieblichen Entscheidungskompetenzen in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung, dem HR, den Vorgesetzten und externen Fachpersonen aus Medizin, Psychologie und BGM erarbeitet werden.

Im Rahmen der Edukation ist es sinnvoll, mit Führungskräften eine mehrtägige Qualifizierungsmassnahme durchzuführen. Dabei können sie ihre Handlungskompetenzen in Übungen erproben und ein grösseres Verständnis für belastete Mitarbeitende aufbauen. Besonders innovativ ist dabei die Zusammenarbeit mit einer Klinik und deren Patient\*innen. Mittels Coachings, Reflexionsworkshops und Supervision können Führungskräfte ihre Handlungskompetenzen verbessern und Problemverläufe reflektieren.

Die Überlastungserkennung sollte bei gefährdeten und verhaltensauffälligen Mitarbeitenden in der Einzelfallberatung sowie unternehmensweit mit Gefährdungsbeurteilungen durch externe Anbieter umgesetzt werden. Die BSB kann sich intern für die Implementierung der unternehmensweiten Massnahmen einsetzen. Vor der Umsetzung muss im Unternehmen ein gemeinsames Verständnis der zu erhebenden psychischen Belastungen entwickelt und das Commitment, sinnvolle Massnahmen abzuleiten, abgeholt werden.

Coaching und Einzelfallberatung von Führungskräften und Mitarbeitenden sind als Kerngeschäft der BSA weiterhin auch im Rahmen der F & F umzusetzen. Bei belasteten Mitarbeitenden sollen eine Veränderung der Arbeitsbedingungen oder verbesserte Bewältigungsstrategien angestrebt werden. Ist eine therapeutische Begleitung des Mitarbeitenden angezeigt, kann die Erhöhung der Therapiemotivation Gegenstand der Beratung sein. Ängste und Vorurteile können angesprochen und bearbeitet werden.

Eine regelmässige Evaluation sowie die interne und externe Vernetzung durch die BSB sind notwendig, um die Interventionen erfolversprechend umsetzen zu können.

Die BSB sollte sich zudem an Arbeitskreisen und Netzwerken zu psychischen Erkrankungen beteiligen. Dadurch wird ihre eigene Fachkompetenz gefördert und die Reflexion der innerbetrieblichen Abläufe gestärkt. Gleichzeitig sollte die BSB über ein umfassendes innerbetriebliches Marketingkonzept verfügen, um über verschiedene Aspekte von psychischen Belastungen sowie über die eigenen Aktivitäten hinsichtlich der F & F zu informieren und die innerbetriebliche Vernetzung zu stärken.

### **Fachliche Voraussetzungen der Betrieblichen Sozialberater\*innen**

Um die Chancen in diesem Aufgabenfeld wahrnehmen zu können, brauchen Mitarbeiter\*innen der betrieblichen Sozialen Arbeit sehr gute Kenntnisse über psychische Erkrankungen und deren Therapiemöglichkeiten. Vertiefte Fachkenntnisse beispielsweise im Bereich der Klinischen Sozialen Arbeit, im Job Coaching, der Psychologie und auch im Sozialversicherungsrecht sowie von verschiedenen Beratungsmethoden unterstützen die Berater\*innen der BSA bei einer fachgerechten Umsetzung verschiedener Früherkennungs- und Interventionsmethoden. Zusätzlich sind gute Kenntnisse in den Bereichen Betriebswirtschaft und Projektmanagement von Vorteil, wenn die BSA ihre prozess- und strukturorientierten Aufgabengebiete ausbauen möchte. Es ist zudem notwendig, für verschiedene Module externe Fachpersonen wie Psycholog\*innen und Fachpersonen der IV hinzuziehen und eine starke interdisziplinäre Vernetzung anzustreben.

Nur mit den entsprechenden Fachkenntnissen und einer guten Vernetzung zum Versorgungssystem ausserhalb des Unternehmens sowie einer guten innerbetrieblichen Positionierung und Vernetzung der BSA kann das Potenzial ausgeschöpft werden, welches sie in der Arbeit mit psychisch erkrankten Mitarbeiter\*innen hat.

## **8.2 Ausblick**

Der BSA kann eine grosse Bandbreite an Aufgabengebieten zugesprochen werden. Häufig bewegt sie sich entlang der Schnittstellen zu anderen Fachgebieten. Im Rahmen einer Forschungsarbeit wäre herauszufinden, welche Weiterbildungen und beruflichen Werdegänge die betrieblichen Sozialberatenden mitbringen und ob die Betriebliche Soziale Arbeit im Curriculum der Bachelorstudiengänge vertreten ist. Weiter stellt sich die Frage, inwiefern die Studierenden im Bachelorstudium der Sozialen Arbeit auf berufliche Tätigkeiten mit psychisch erkrankten Personen vorbereitet werden.

## 9 Quellenverzeichnis

- Aydin, Nilüfer & Fritsch, Katrin (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60, 245–257. DOI 10.1007/s00278-015-0024-9
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing Incorporated. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angermeyer, Matthias, Matschinger, Herbert, Schomerus, Georg (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over decades. *The British Journal of Psychiatry* 203 (2). 146–151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122978>
- Angermeyer Matthias, Matschinger, Herbert & Corrigan, Patrick (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research* 69 (2-3), 175–182. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00186-5](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00186-5)
- AvenirSocial (2014). *Leitbild Betriebliche Sozialarbeit*. Autor. [https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/AS\\_DE\\_BSA\\_def\\_17-1-14\\_1.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/AS_DE_BSA_def_17-1-14_1.pdf)
- Bachmann, Alwin, Kläusler-Senn, Charlotte & Fabian, Carlo (2011). Früherkennung und Frühintervention: Wo stehen wir heute? *SuchtMagazin*, 37 (5), 4-9. <http://doi.org/10.5169/seals-800300>
- Badura, Bernhard, Ritter, Wolfgang & Scherf, Michael. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfadens für die Praxis*. Edition Sigma.
- Baer, Niklas, Bachmann, Kurt, Keller, Ines & Frick, Ulrich (2017c). Psychisch kranke Arbeitnehmer: Prozess und Resultate eines Forschungsprojektes. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 17 (2), 1-4.
- Baer, Ulrich Frick, Auerbach, Sarah & Basler, Monica (2017a). «Der tägliche Wahnsinn» *Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften*. Psychiatrie Baselland, Hochschule Luzern [https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Fachthemen/HSLU\\_2017\\_Psychisch\\_kranke\\_MA\\_Studie.pdf](https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen-Bibliothek/Fachthemen/HSLU_2017_Psychisch_kranke_MA_Studie.pdf)
- Baer, Ulrich Frick, Auerbach, Sarah & Basler, Monica (2017b). *Management Summary. «Der tägliche Wahnsinn» Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften*. Psychiatrie Baselland, Hochschule Luzern. <https://www.hslu.ch/-/media/campus/common/files/dokumente/sa/institute/isp/praevention-und-gesundheit/der-taegliche-wahnsinn-management-summary.pdf?la=de-ch>
- Baer, Niklas (2014). „Schwierige“, psychisch auffällige Mitarbeiter. *Hintergründe und praktische Tipps*. Psychiatrie Baselland. [https://www.aknw.ch/fileadmin/files/pdf/Newsletter/Praesentation\\_Niklas\\_Baer.pdf](https://www.aknw.ch/fileadmin/files/pdf/Newsletter/Praesentation_Niklas_Baer.pdf)
- Baumgartner, Edgar & Sommerfeld, Peter (2016). *Betriebliche Soziale Arbeit. Empirische Analyse und theoretische Verortung*. Springer VS.

- Bäumli, Josef & Pitschel-Walz, Gabriele (2012). Psychoedukation, quo vadis? *Psychotherapeut* 57 (4), S. 289-290. <https://doi.org/10.1007/s00278-012-0923-y>
- Berger, Mathias, Gravert, Christian, Schneller, Carlotta & Maier, Wolfgang (2013). Prävention und Behandlung Psychischer Störungen am Arbeitsplatz. Gestuftes Aufgabenspektrum. *Nervenarzt*, 13 (11), 1291-1298.
- Birchmeier, Sonja, Hartmann, Nicole & Zürcher, Andrea (2007). *Gesundheitsmanagement – Bedrohung oder Chance für die betriebliche Sozialarbeit. Wie kann sich die Sozialarbeit im Hinblick auf das Gesundheitsmanagement positionieren?* Hochschule Luzern.
- Blue Cross Blue Shield (2018). *Major Depression: The Impact on Overall Health*. Autor
- Bretschneider, Julia, Janitza, Silke, Jacobi, Frank, Thom, Julia, Hapke, Ulfert, Hapke, Kurth, Tobias & Maske, Ulrike (2018). Time trends in depression prevalence and health related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. *BMC Psychiatry*, 18 (1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1973-7>
- Brühlhart, Beatrice (2015). *Interpersonale Dynamik in Arbeitsbeziehungen bei Menschen mit psychischen Auffälligkeiten. Eine explorative Untersuchung der beruflichen Exklusion aus Sicht der Betroffenen*. [Masterarbeit - Hochschule Luzern Soziale Arbeit]. <https://www.soziothek.ch/interpersonale-dynamik-in-arbeitsbeziehungen-bei-menschen-mit-psychischen-auffaelligkeiten>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Autor.
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] (2011). «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. *Forschungsbericht Nr. 1/11. BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT. Bericht im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)*. Autor. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen.exturl.html?lang=de&lnr=01/11#pubdb>
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] (2017). *Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. Forschungsbericht Nr. 11/17. BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT*. Autor. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-69232.html>
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] (2019). *IV-Statistik*. Autor. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2022a). *Absenzen*. Autor. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/arbeitszeit/absenzen.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2022b). *Jährliches Absenzvolumen der Arbeitnehmenden nach ausgewählten Abwesenheitsgründen, Geschlecht, Nationalität und Beschäftigungsgrad*. Autor. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/arbeitszeit/absenzen.assetdetail.22708593.html>

- Bundesamt für Statistik [BFS] (2019). *Jährliches Absenzenvolumen der Arbeitnehmenden nach Abwesenheitsgründen, Verteilung in %*. Autor. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.8546602.html>
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien [BASS]. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit. [https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/BAG\\_2016\\_Versorgungssituation\\_psychisch\\_erkrankter\\_Personen\\_in\\_der\\_Schweiz\\_Schlussbericht\\_BASS.pdf](https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/BAG_2016_Versorgungssituation_psychisch_erkrankter_Personen_in_der_Schweiz_Schlussbericht_BASS.pdf)
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018). *Gesundheitsförderung 1: Grundlagen*. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>
- Caplan, Gerald (1964). *Principles of Preventive Psychiatry* (5th ed.). Basic books.
- Chandola, Tarani & Zhang, Nan (2018). Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study. *International Journal of Epidemiology*, 47 (1), 47-57. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx150>
- Corrigan, Patrick & Wassel, Abigail (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46 (1), 42-48.
- Dachverband der Betriebskrankenkassen [BKK] (2021). *Gesundheitsreport 2021. Krise – Wandel – Aufbruch*. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/bkk-gesundheitsreport-2021>
- Dallmann, Hans-Ulrich (2011). «Fürsorgliche Belagerung». *SuchtMagazin*, 11 (37), 37-41. <https://www.e-periodica.ch/cntmng?pid=sum-003%3A2011%3A37%3A%3A399>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde [DGPPN] (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung* (2. Aufl.). Autor. <https://www.leitlinien.de/themen/depression/2-auflage/kapitel-1>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde [DGPPN] (2016). *Pressemitteilung, Psyche unter Druck: wie die modernen Lebensumstände unsere Gesundheit beeinflussen*. Autor. [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/53fee63e3b5700e5815d07a7dcc50651d069e702/2016-11-24\\_Pressemappe\\_Lifestyle.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/53fee63e3b5700e5815d07a7dcc50651d069e702/2016-11-24_Pressemappe_Lifestyle.pdf)
- Europäische Beratungsstelle für Drogen und Drogensucht [EMCDDA] (2019). *Europäischer Qualitätsstandard zur Suchtprävention. Ein Manual für Fachkräfte der Suchtprävention und Interessierte – angepasst an Thüringer Gegebenheiten*. Autor. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/Europäische Qualitätsstandards zur Suchtprävention\\_deutsche Übersetzung EDPQS.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/Europäische_Qualitätsstandards_zur_Suchtpraevention_deutsche_Uebersetzung_EDPQS.pdf)
- Fava, Giovanni, Grandi Silvana, Zielezny, Michael, Canestrari Renzo & Morphy, Murray (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1295-1299. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1295>

- Fassino, Secondo, Amianto, Federico, Sobrero, Cinzia, Abbate Daga, Giovanni (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Medica*, 55, 397-413).
- Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften [FFAW] (ohne Datum a). *Die Befragung zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Willkommen beim COPSOQ*. <https://www.copsoq.de/>
- Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften [FFAW] (ohne Datum b). *Was ist COPSOQ? Der Fragebogen zu psychischen Belastungen bei der Arbeit*. <https://www.copsoq.de/inhalte/>
- Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften [FFAW] (ohne Datum c). *Wie läuft die Befragung ab? Die Befragung in Zusammenarbeit mit der FFAW*. <https://www.copsoq.de/ablauf/>
- Friege, Lars (2010). Betriebliche Sozialarbeit mit psychisch erkrankten Mitarbeitern. In Susanne Klein & Hans-Jürgen Appelt (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliche Sozialarbeit* (7. Aufl., S. 165-180). Asanger Verlag.
- Gastó, Cristobal, Navarro, Victor, Portella, Maria & Marcos, Teodor (2003). Residual symptoms in elderly major depression remitters. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 108 (1), 15-19. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00068.x>
- Gesundheitsförderung Schweiz (2020). *Job-Stress-Index 2020. Monitoring von Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Autor. [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/bgm/faktenblaetter/Faktenblatt\\_048\\_GFCH\\_2020-09\\_-\\_Job-Stress-Index\\_2020.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/bgm/faktenblaetter/Faktenblatt_048_GFCH_2020-09_-_Job-Stress-Index_2020.pdf)
- Goffman, Erving (1967). *Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp.
- Goldberg, Richard & Steury, Steven (2001). Depression in the Workplace: Costs and Barriers to Treatment. *Psychiatric Services*, 52 (12) 1639-1643. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1639>
- Gordon, Robert (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98 (2) 107-109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>
- Grün, Carola, Hauser, Wolfgang & Rhein, Thomas (2010). *Is Any Job Better than No Job? Life Satisfaction and Re-employment*. <https://doi.org/10.1007/s12122-010-9093-2>
- Gullander, Maria, Høgh, Annie, Hansen, Åse Marie, Persson, Roger, Rugulies, Reiner, Kolstad, Henrik Albert, Thomsen, Jane, Willert, Morten Veis, Grynderup, Matias, Mors, Ole & Bonde, Jens Peter. Exposure to Workplace Bullying and Risk of Depression (2014). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56 (12), 1258-1265. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000339>
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2., überarb. Aufl.). Carl-Auer.

- Hafen, Martin (2015). Risikomanagement in der Sozialen Arbeit durch Prävention und Früherkennung. In Hanspeter Hongler & Samuel Keller (Hrsg.), *Risiko und Soziale Arbeit. Diskurse, Spannungsfelder, Konsequenzen* (S. 63-79). Springer.
- Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4.vollst. überarb. Aufl., S. 13-24). Hans Huber / Hogrefe
- Iacoviello, Brian, Alloy, Lauren, Abramson, Lyn, & Choi, Jimmy (2010). The early course of depression: A longitudinal investigation of prodromal symptoms and their relation to the symptomatic course of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (3), 459-467. <https://doi.org/10.1037/a0020114>
- Institut Suchtprävention PRO MENTE OOE (ohne Datum). *Was bedeutet der Begriff Prävention?* <https://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/der-begriff-praevention>
- Israel, Joshua, The Impact of Residual Symptoms in Major Depression. *Pharmaceuticals*, 3 (8): 2426-2440. <https://doi.org/10.3390/ph3082426>
- Jackson, Alison, Cavanagh, Jonathan & Scott Jan (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74 (3), 209-217. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00266-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00266-5)
- Jacobi, Frank, Höfler, Michael, Strehle, Jens, Mack, Simon, Gerschler, Anja, Scholl, Lucie, Busch, Markus, Hapke, Ulfert, Maske, Ulrike, Seiffert, Ingeburg, Gaebel, Wolfgang, Meier, Wolfgang, Wagner, Michael, Zielasek, Jürgen & Wittchen, Hans-Ulrich (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85 (1), 77-87.
- Jaepfelt, Alexandra, & Görcke, Manuela (2009). *Die neue Generation der betrieblichen Sozialarbeit: Das Employee Assistance Program als innovativer Baustein unternehmerischer Gesundheitsförderung*. Lit Verlag.
- Keck, Martin E. (ohne Datum). *Burnout*. Max-Planck-Institut für Psychiatrie. [https://www.psych.mpg.de/2319598/Burnout\\_BroschureA5\\_171024LOW.pdf](https://www.psych.mpg.de/2319598/Burnout_BroschureA5_171024LOW.pdf)
- Koutsimani, Panagiota, Montgomery, Anthony & Georganta, Katerina (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10 (284), 10-19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Leppin, Anja (2014). Konzepte und Strategien der Prävention. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. vollst. überarb. Aufl., S. 37-44). Hans Huber / Hogrefe
- Link, Bruce, Struening, Elmer, Neese-Todd, Sheree, Asmussen, Sarah & Phelan, Jo (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1621-1626. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
- Losekam, Stefanie & Konrad, Carsten (2017). Psychoedukation. In Carsten Konrad (Hrsg.), *Therapie der Depression* (S. 15-30). Springer.

- Maske, Ulrike, Riedel-Heller, S. G., Seiffert, Ingeburg, Jacobi, Frank & Hapke, Ulfert (2015). Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout Syndrom. *Psychiatrische Praxis*, 43 (1), 18-24. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552702>
- Mayo Clinic (ohne Datum). *Depression (major depressive disorder)*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Mächler, Anke (2022). *Betrieblicher Gesundheitsmanager: Aufgaben und Kompetenzen. Haufe*. [https://www.haufe.de/arbeitschutz/gesundheit-umwelt/betrieblicher-gesundheitsmanager-aufgaben-und-kompetenzen\\_94\\_496536.html](https://www.haufe.de/arbeitschutz/gesundheit-umwelt/betrieblicher-gesundheitsmanager-aufgaben-und-kompetenzen_94_496536.html)
- Michel, Chantal, Schnyder, Nina, Schmidt, Stefanie, Groth, Nicola, Schimmelmann, Benno, & Schultze-Lutter, Frauke (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry*, 54, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.009>
- Mrazek, Patricia & Haggerty, Robert (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/2139>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (ohne Datum). *Depression. Overview*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- Nationale Versorgungsleitlinien (ohne Datum). *S3-Leitlinien/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage. Grundlagen*. <https://www.leitlinien.de/themen/depression/2-auflage>
- O'Connell, Mary Ellen, Boat, Thomas & Warner, Kenneth (2009). *Research Advances and Promising Interventions. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32789/>
- Otte, Christian, Gold, Stefan, Penninx, Brenda, Pariante, Carmine, Etkin, Amit, Fava, Maurizio, Mohr, David & Schatzberg, Alan (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Juventa Verlag.
- PDAG (ohne Datum). *DBT-Skillsgruppentraining*. <https://www.pdag.ch/fuer-patientinnen-patienten-und-angehoerige/alle-angebote/offers/dbt-skillsgruppentraining/>
- Pescosolido Bernice, Martin Jack, Long, Scott, Medina, Tait, Phelan, Jo & Link, Bruce (2010). «A disease like any other»? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (11), 1321-1330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743>
- Public Health Schweiz (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung. Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit*. Autor. [https://public-health.ch/documents/232/Entstigmatisierung\\_Arbeitspapier\\_DEF.pdf](https://public-health.ch/documents/232/Entstigmatisierung_Arbeitspapier_DEF.pdf)

- Rickmann, Jan (2010). Alkohol im Betrieb – betriebliche Suchtprävention. In Susanne Klein & Hans-Jürgen Appelt (Hrsg.), *Praxishandbuch betriebliche Sozialarbeit* (7. Aufl., S. 231-241). Asanger.
- Riechert, Ina (2015). Psychische Störungen bei Mitarbeitern. *Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung* (2., überarb. Aufl.). Springer.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre & Peter, Claudio (2020). *Obsan Bericht 15/2020. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan\\_15\\_2020\\_bericht\\_2.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf)
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie, Camenzind, Paul (2016). *Obsan Bericht 72. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-2>
- Schomerus, Georg, Schwahn, Christian, Holzinger, Anita, Corrigan, Patrick, Grabe, Hans Jörgen, Carta, Mauro & Angermeyer, Matthias (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analyses. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 125, 440-452.
- Seiler, Kai & Jansing, Paul-Josef (2014). *Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastung. Transfer 4*. Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen. [https://www.lia.nrw.de/\\_media/pdf/service/Publikationen/lia\\_transfer/LIA\\_transfer\\_4.pdf](https://www.lia.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/lia_transfer/LIA_transfer_4.pdf)
- Söling-Hotze, Annette (2020). Stressprävention – ein Beispiel aus der Praxis. In Susanne Klein & Hans-Jürgen Appelt (Hrsg.), *Praxishandbuch betriebliche Sozialarbeit* (7. Aufl., S. 151-164). Asanger Verlag.
- Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) (ohne Datum). *Psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz*. Autor. <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/gesundheitschutz-am-arbeitsplatz/Psychosoziale-Risiken-am-Arbeitsplatz.html>
- Stegmüller, Veronika (2017). *Früherkennung der Depression. Spezifische Risikofaktoren und Charakteristika der Prodromalphase*. Medizinische Fakultät der Universität München. [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/21730/1/Stegmueller\\_Veronika.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/21730/1/Stegmueller_Veronika.pdf)
- SwissLife AG, Fachstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement Unternehmenskunden (ohne Datum). *Absenzenmanagement – Absenzen systematisch erfassen, auswerten und erfolgreich managen*. Autor.
- Syed Sheriff, Rebecca, McGorry, Patrick, Cotton, Sue & Yung, Alison (2015). A Qualitative Study of the Prodrome to First-Episode Major Depressive Disorder in Adolescents. *Psychopathology*, 48, 153-161. <https://doi.org/10.1159/000373894>

- Systemische Gesellschaft. Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (ohne Datum). *Systemische Methoden*. <https://systemische-gesellschaft.de/systemischer-ansatz/methoden/>
- Trabert, Werner & Vieweg, Thomas (2001). Zur Bedeutung der Psychoedukation in der kognitiven Verhaltenstherapie der Depression. In Anil Batra & Gerhard Buchkremer (Hrsg.), *Die therapeutische Vielfalt in der Depressionbehandlung* (S.139-152). Springer.
- Traub-Martin, Peter (2010). Organisationsinternes Coaching – eine Zusatzaufgabe. In Susanne Klein & Hans-Jürgen Appelt (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliche Sozialarbeit* (7. Aufl., S. 243-260). Asanger.
- Vogel, David, Bitman, Rachel, Hammer, Joseph, Wade, Nathaniel (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60 (2), 311-316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
- Vuille, Michel (2009). NFP 51 Integration und Ausschluss. «*Bulletin NFP 51*» – *aktuelle Informationen zum Nationalen Forschungsprogramm NFP 51*. Schweizerischer Nationalfonds. [https://www.snf.ch/media/de/zR7SIDKXHuMhUew3/NFP51\\_Bulletin7\\_d.pdf](https://www.snf.ch/media/de/zR7SIDKXHuMhUew3/NFP51_Bulletin7_d.pdf)
- Walsh, Joseph (2009). *Psychoeducation in Mental Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.317>
- Weinberger, Andrea, Gbedemah, Misato, Martinez, Adriana, Nash, Denis, Galea, Sandro & Goodwin, Renee (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, 48 (8), 1308-1315.
- Wieser, Simon, Tomonaga, Yuki, Riguzzi, Marco, Fischer, Barbara, Telser, Harry, Pletscher, Mark Eichler, Klaus, Trost, Melanie & Schwenkglens, Matthias (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht*. ZHAW, Polynomics, Universität Zürich. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-nichtuebertragbare-krankheiten.html>
- Wittchen, Hans-Ulrich, Jacobi, Frank, Rehm, Jürgen, Gustavsson, Anders, Svensson, Mikael, Jönsson, Bengt, Olesen, Jes, Allgulander, Christer, Alonso, Jordi, Faravelli, Carlo, Fratiglioni, Laura, Jennum, Poul, Lieb, Roselind, Maercker, Andreas, van Os, Jim, Preisig, Martin, Salvador-Carulla, Luis, Simon, Roland & Steinhausen, Hans-Christoph (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization [WHO] (2021). *Depression*. Autor. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization [WHO] (2022a). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information*. Autor. <https://icd.who.int/en>

World Health Organization [WHO] (2022b). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Depressive disorders*. Autor.  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f.%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>

World Health Organization [WHO] (2022c). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. QD85 Burnout*. Autor.  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f.%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f129180281>

## 10 Anhang

### A) Beispiele der verteilten Spitznamen (Liste nicht abschliessend), (BSV 2011, S. 29-30)

**Tabelle 7: Beispiele der verteilten Spitznamen**

<b>aggressiv, offensiv</b>	<b>giftig, böse, hinterhältig</b>	<b>angeberisch</b>	<b>süchtig</b>	<b>Negativ, nörgelnd</b>
Domina	Hässig	Beau	Alki	Frusti
Frech	Barsch	Besserwisser	Blau	Griesgram
Aggressor	Coucou	Blender	Blue	Grimmig
Ausrufer	Bissig	Boss	Cola	Mauli
Boxer	Fuchs	Chef	Durst	Mekker
Danger	Füxli	Cowboy	Gamer	Motzki
Destroy	Geier	Ego	Haschi	Moxkäfer
Forsch	Gift	Egoist	Joint	Mozzi
Frech	Gifti	Graf	Kater	Muffi
Hammer	Giftzwerg	GröVaz	Sangria	Muffig
Hart	Hässig	Guru	Suffi	Muhler
Keck	Hexe	Häuptling	Tabakpfeife	Nörg
Knurr	Immerloyal	Hengst	Wein	Nörgeli
KungFu	Kröte	Herzog		Stinker
Laut	Maulwurf	Hirsch		Zweifel
Rambo	Mobby	King		
Reiber	Ratte	Klassenbester		
Rocky	Sauer	Lady		
Stalk	Schlange	Macho		
	Skorpion	Madame		
	Spitz	Meister		
	Spitzi	Mister		
	Viper	Monsieur		
		Mr. Unfehlbar		
		Patron		
		Primadonna		
		Prinz		
		Ranger		
		Selbssicher		
		Stapler		
		Super		
		Überzeugt		
		Wichtig		
<b>dumm, ungeschickt</b>	<b>zwanghaft, ängstlich</b>	<b>instabil</b>	<b>manisch, nervös</b>	<b>depressiv</b>
Blindi	Angsthase	Achterbahn	Fahri	Blacky
Brainy	Genau	Bordi	Dauerrednerin	Depri
Chnorzi	Steif	Chamäleon	Fidibus	Dösi
Dumm	Intro	Chaotin	Hektisch	Down
Esel	Introvertiert	Dramaqueen	Helikopter	Emo
Fail	Komplex	Fragil	ImmerStress	Ernst
Fläsche	korrekt	Jojo	Lufti	Heulsuse
Gaston	Korrekt	Krise	Nervoso	Kummer
Halbschuh	Kritisch	Labil	Nicht Cool	Lady in black
Keine Ahnung	Monk	Labilichen	Rauchendes Huhn	Negativ
Lapi	Pflicht	Launisch	Renner	Phlegi
Löbli	Reserviert	Mimo	Schwall	Schatten

Lulatsch	Selbstwert	Speedy	Schlafkappe	
Lumpi	Stille	Stress	Schlaftablette	
Mungo	Stiller	Suppehuen	Schwarz	
Pflaume	Streng	Ticktack	Sleepy	
Spaski	stumm	Wind	Sorgenfalte	
Tschumpeli	Stummi	Wirbel	Träne	
	Stur	Wirbelwind	Traurig	
	Tiefflieger	Zappel		
	Vorsicht	Zwirbel		
<b>mühsam</b>	<b>unehrlich, undiszi-</b>	<b>seltsam</b>	<b>aufgestellt, fröhlich</b>	<b>umgänglich, nett</b>
Ärger	Fauler Ei	Almöhi	Aufgestellt	Ängeli
Essig	Faultier	Anders	Flott	Friend
Intensiv	Filou	Bitter	Freudig	Goldig
Mühsam	Klauer	Eigenbrödler	Froh	Gut
Nervensäge	Lama	Eigenbrot	Fröhli	Gutherz
Quälgeist	Langsamkeit	Gaga	Funny	Gutmütig
Schwierig	Larve	Gnom	Happy	Herzig
Tam Tam	Lüge	Seltsam	Heiter	Lieb
Zuviel	Luuser	Knorri	Lucky	Lieulich
	Märlitante	Komisch	Lustig	Nett
	Pseudo	Psycho	Munter	Nettig
	Schnurri	Spez	Sonne	Umgänglich
	Spät	Spezi	Sonnenschein	
	Späti	Spezial	Sorgenfrei	
	Treulos	Speziell	Sorglos	
	Viertelabachtli	Vogel	Sünneli	
			Sunny	

**B) Kategorisierung der verteilten Spitznamen nach Verhaltensausrprägung (BSV, 2011, S. 28)**

Variable	Ausprägung	Prozent (%)
Kategorisierung der Spitznamen nach Art des wahrgenommenen Verhaltens (n=358)	aggressiv, offensiv	6.7
	giftig, böse, hinterhältig	9.0
	instabil	3.7
	manisch, nervös	6.5
	depressiv	7.9
	angeberisch	11.2
	zwanhaft, ängstlich	6.2
	dumm, ungeschickt	5.1
	mühsam	5.6
	negativ, nörgelnd	4.8
	unehrlich	3.1
	seltsam	7.3
	süchtig	5.1
	aufgestellt, fröhlich	11.8
	undiszipliniert	1.7
	umgänglich, nett	4.5

### C) Verschlechterung des Teamklimas (in %) nach Auffälligkeiten (BSV, 2011, 59)

