

Soziale Arbeit in der Covid-19 Pandemie

**Eine empirische Studie zur Arbeitssituation, Belastung und
Gesundheit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der
Schweiz**

Ergebnisbericht

Peter Sommerfeld, Nadja Hess & Sarah Bühler

Olten, April 2021

Kontakt

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit
Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit
Riggenbachstrasse 16, 4600 Olten

peter.sommerfeld@fhnw.ch, nadja.hess@fhnw.ch, sarah.buehler@fhnw.ch

Abstract

Der vorliegende Ergebnisbericht vermittelt einen ersten empirischen Blick auf die Folgen der Covid-19-Pandemie für die Soziale Arbeit in der Schweiz.

Im Auftrag des Berufsverbandes AvenirSocial führte das Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW zwischen dem 10. Dezember 2020 und 7. Januar eine Online-Befragung durch.

Die Ergebnisse, die sich auf 3'507 vollständig ausgefüllte Fragebogen beziehen, zeigen auf, dass sich die Covid-19-Pandemie erheblich auf das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit auswirkt. So hat sich die Kommunikation mit Fachpersonen und den Klient*innen stark verändert, mehrheitlich zum Negativen. Eine erhöhte Problemlast und eine erhöhte Nachfrage auf Seiten der Klient*innen, sowie veränderte Arbeitsabläufe und Arbeitsbedingungen führen zu zusätzlichem Arbeitsaufwand und Mehrarbeit. Dies resultiert in einer hohen Arbeitsbelastung der Fachpersonen und insbesondere des Leitungspersonals. Es zeichnet sich ab, dass bei jedem/jeder Dritten die aktuellen Arbeitsumstände dazu führen, dass sie von einem starken Risiko betroffen sind, an einem Burnout zu erkranken. Begleitet wird dieser Befund von einer ganzen Reihe weiterer gesundheitlicher Probleme, die insbesondere bei den jüngeren Fachpersonen und solchen in Ausbildung ausgeprägt sind. Diese bedenklichen Ergebnisse zum Gesundheitszustand der Sozialarbeitenden sind weiter zu beobachten.

Es wird auch deutlich, dass es einen grossen Teil an Sozialarbeitenden gibt, die gut mit den Veränderungen umgehen können. Der Umgang mit den digitalen Technologien und den damit zusammenhängenden Umstellungen wie z. B. Homeoffice, lässt ein Bild von einer Profession zeichnen, die sich den Herausforderungen der Covid-19-Pandemie stellt und mit Engagement versucht, diese Krise und deren Folgen für die Adressat*innen und die Arbeitssituation zu bewältigen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1 Einleitung.....	4
2 Empirisches Vorgehen und Erkenntnisinteresse	5
3 Stichprobenbeschreibung.....	6
4 Ausgewählte Ergebnisse	8
4.1 Rahmenbedingungen in den Einrichtungen	8
4.2 Auswirkungen auf das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit	10
4.2.1 Im Handlungsfeld mit Kolleg*innen, Vorgesetzten und Kooperationspartner*innen.....	10
4.2.2 Im Handlungsfeld bei den Adressat*innen.....	12
4.3 Arbeitsbelastung der Sozialarbeitenden während der Covid-19-Pandemie.....	17
4.3.1 Arbeitsbelastung und Burnout.....	17
4.3.2 Zum Zusammenhang von Covid-19-Pandemie, der Arbeitsbelastung und Burnout	20
4.4 Gesundheitliche Situation der Professionellen.....	22
4.5 Positive Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit	25
5 Zusammenfassung und Diskussion	27
5.1 Zusammenfassung	27
5.2 Diskussion	28
6 Referenzen.....	33
7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	34

1 Einleitung

Bedingt durch die Covid-19-Pandemie, kommen zu den grundsätzlich bereits multidimensionalen und anspruchsvollen Facetten der Tätigkeit in der Sozialen Arbeit veränderte Arbeitsabläufe bei den Beschäftigten, die Zunahme an Krisen bei den ohnehin häufig mehrfachbelasteten Adressat*innen¹ sowie strukturelle Problematiken hinzu. Wie sich diese und weitere Veränderungen auf die Arbeitssituation der Sozialarbeitenden auswirkt, ist eine höchst relevante Frage, welche im Rahmen des vorliegenden Ergebnisberichts beantwortet werden soll.

Die Studie, die dem Bericht zugrunde liegt, wurde im Auftrag des Berufsverbandes AvenirSocial vom Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, durchgeführt.

In der Schweiz sind keine vergleichbaren Studien bekannt. Eine qualitative Studie, die den Einfluss der Pandemie auf das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit im Detail untersuchen will, ist in Vorbereitung (Prof. Dr. Silke Müller, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW) und könnte die hier vorgeschlagene Studie im Laufe des nächsten Jahres ergänzen. Die vorliegende Schweizer Studie baut auf einer in Deutschland durchgeführten Studie auf, setzt aber einen stärkeren Akzent auf die Fragen der Arbeitsbelastung und der gesundheitlichen Auswirkungen.

Anmerkungen zur Covid-19-Situation in der Schweiz zum Zeitpunkt der Befragung (zweite Welle)

Der Höhepunkt der zweiten Welle wurde im Oktober 2020 mit über 55'000 Infektionen, 1'000 Hospitalisierungen und 246 Todesfällen pro Woche erreicht.

Mit dem Aufkommen der zweiten Welle der Covid-19-Pandemie wurden im Oktober 2020 wieder restriktivere Massnahmen ergriffen, die aber im Vergleich zu anderen europäischen Ländern als moderat bezeichnet werden können. So wurde z.B. der Unterricht in den Schulen fortgesetzt, private Veranstaltungen konnten mit einer begrenzten Personenzahl abgehalten werden, die Skigebiete waren geöffnet. Die föderale Struktur des politischen Systems der Schweiz zusammen mit einer liberalen Tradition und einer wirtschaftsfreundlichen Mehrheit in den meisten Kantonen und im Bund zwangen die Behörden, einen Kompromiss zwischen den epidemiologischen Erkenntnissen und "vernünftigen" Massnahmen zu suchen. "Vernünftig" bedeutet, dass die Massnahmen sicherstellen mussten, dass das Fortschreiten der Pandemie eingedämmt werden konnte, aber gleichzeitig der wirtschaftliche Schaden minimiert und die Unterstützung der Bevölkerung für die Massnahmen aufrechterhalten werden sollten.

Durch die Massnahmen waren die Zahlen Anfang Januar auf 21 969 Infektionen, 665 Hospitalisierungen und 331 Todesfälle pro 100 000 Einwohner pro Woche gesunken (vgl. BAG, 2021).

¹ Der Begriff «Adressat*innen» wird synonym zum Begriff «Klient*innen» verwendet.

2 Empirisches Vorgehen und Erkenntnisinteresse

Die Zielsetzung und die Fragestellungen sind an die deutsche Originalstudie (Meyer & Buschle, 2020) angelehnt.

Ziel der Befragung war es, einen ersten empirischen Blick auf die Folgen der Covid-19-Pandemie für die Soziale Arbeit in der Schweiz zu erhalten. Hierfür wurden folgende übergreifende Fragestellungen verfolgt:

1. Wie wird in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit mit Kontaktbeschränkungen und Hygienevorschriften umgegangen?
2. Wie hat sich die Kommunikation mit Adressat*innen und Kolleg*innen in der täglichen Arbeit verändert?
3. Wie schätzen die Beschäftigten der Sozialen Arbeit die Folgen der Covid-19-Pandemie auf ihr Handlungsfeld ein?
4. Wie hat sich die Arbeitsbelastung während und durch die Pandemie verändert?
5. Wie wirkt sich die Pandemie und die damit einhergehende veränderte Arbeitssituation auf die gesundheitliche Verfassung der Sozialarbeitenden aus?

Die Befragung wurde online² zwischen dem 10. Dezember 2020 und dem 7. Januar 2021 durchgeführt. Über die E-Mail-Verteilerlisten der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) und des Berufsverbandes AvenirSocial wurden rund 12'000 Sozialarbeitende angeschrieben. Zusätzlich wurde ein Aufruf zur Teilnahme an der Umfrage über die elektronischen Medien breit gestreut.

Da die genaue Anzahl der Erwerbstätigen in den spezifischen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit in der Schweiz nicht bekannt ist, kann über die Repräsentativität der Stichprobe keine Aussage getroffen werden. Durch den gewählten Zugang zur Stichprobe kann ausserdem nicht von einer reinen Zufallsstichprobe gesprochen werden, was die Repräsentativität der Stichprobe mindert. Statistisch gesicherte Aussagen können daher ausschliesslich über die 3'507 Teilnehmenden getroffen werden. Verallgemeinernde Rückschlüsse auf die Sozialarbeitenden in der Schweiz können aber im Sinne plausibler Annahmen gemacht werden. Diese müssten aber in weiteren, repräsentativen Studien überprüft werden.

Für die Befragung stellte Prof. Dr. Nikolaus Meyer, Universität Fulda, das Befragungsinstrument aus seiner Studie zur Arbeitssituation von Sozialarbeitenden während der Covid-19-Pandemie zur Verfügung (vgl. Meyer & Buschle, 2020). Dieser Fragebogen wurde vom Forschungsteam an die Schweizer Verhältnisse angepasst und, aufgrund des thematischen Schwerpunktes des Instituts Soziale Arbeit und Gesundheit, um Fragen zur Arbeitsbelastung und dem gesundheitlichen Zustand der Sozialarbeitenden erweitert. Um die Befragung in einem zumutbaren Umfang zu halten, mussten dafür an anderer Stelle Fragen aus dem Originalfragenbogen gestrichen werden. Insgesamt umfasst der Fragebogen der Schweizer Studie 74 Fragen (inkl. Filterfragen). Die vorwiegend geschlossenen Fragen (mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten) wurden punktuell durch offene Fragen ergänzt.

Die Ausfüllzeit betrug zwischen 10 und 15 Minuten. Aufgrund der zeitlichen Beschränkungen (möglichst zeitgleiche Erhebung mit den Niederlanden und Deutschland) wurden bei der Modifizierung

² Für die Erstellung des Fragebogens wurde das Online-Befragungstool EFS Survey verwendet. Für die wertvolle Arbeit beim Einrichten/ Programmieren des Fragebogens danken wir Riccarda Neff herzlich.

des Befragungsinstruments Entscheidungen getroffen, die zu Lasten des empirischen Gehalts der Ergebnisse gehen. Auch war aus Zeitgründen nur ein sehr verkürzter und eingeschränkter Pretest möglich.

Die quantitative Auswertung erfolgte mit Hilfe des IBM SPSS Statistik Programms (Version 27). Die Antworten auf die offenen Fragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz (2016) ausgewertet.

3 Stichprobenbeschreibung

Die Mehrheit der Teilnehmenden ordnet sich dem weiblichen Geschlecht zu (71.7 %), 27.9 % dem männlichen Geschlecht und 0.4 % dem Geschlecht anderes³.

Knapp die Hälfte der Teilnehmenden (n = 1159)⁴ ist 34 Jahre und jünger, die Altersgruppen 35-44 Jahre und 45-64 Jahre bilden jeweils ungefähr ein Viertel der Teilnehmenden ab.

Die Befragten kommen aus allen 26 Kantonen der Schweiz. Am stärksten vertreten sind die Kantone Bern (20.7 %), Zürich (17.4 %), Basel (10.4 %) und Aargau (10 %).

Bei der Berufsposition ordnet sich die Mehrzahl der Befragten als Fachperson ein (58.3 %), nicht ganz ein Fünftel hat eine Leitungsposition inne (23.9 %) und 14.9 % befinden sich noch in Ausbildung. Die Berufspositionen «andere» beinhaltet mit 2.9 % unter anderem «Lehre und Forschung» sowie «Selbstständige».

Unter den Arbeitsfeldern (siehe Abb. 1; Systematik des Berufsverbands AvenirSocial) ist der Behindertenbereich mit 21.1 % unter den Befragten am stärksten vertreten. Ungefähr ein Zehntel der Befragten arbeitet in der Heimerziehung (12.8 %) oder der Sozialhilfe (9.0 %). Alle weiteren Arbeitsfelder sind mit deutlich weniger als 10% vertreten⁵.

³ Da unter den Teilnehmenden die Gruppe «anderes Geschlecht» sehr klein ist (n=13), wurde bei der Analyse von Gruppenunterschieden die binäre Form verwendet (männlich 28 % und weiblich 72 %).

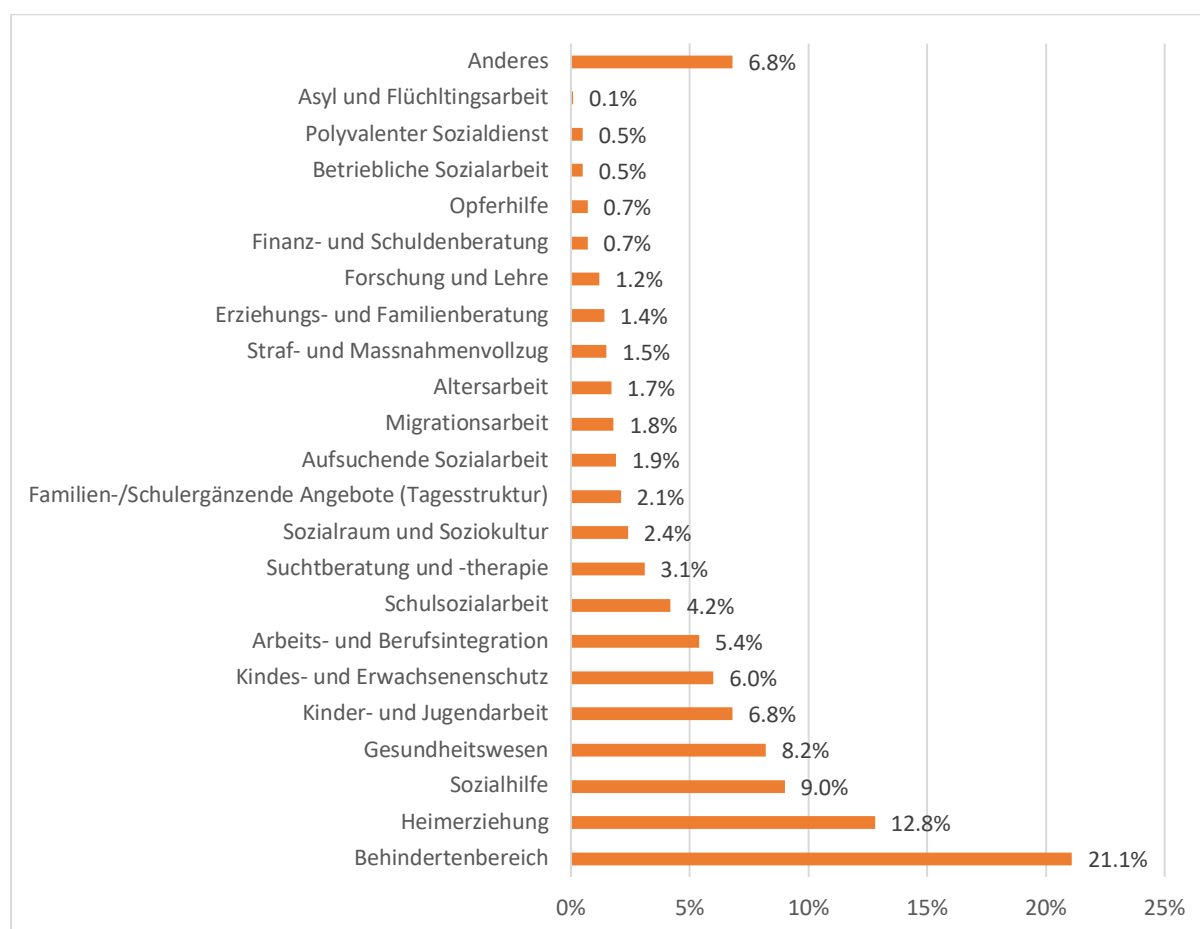
⁴ Durch eine unbekannte Voreinstellung des Betreibers der Befragungssoftware wurden versehentlich einige Daten vom Beginn der Befragung bis zum 31. Dezember gelöscht, u. a. die Angaben des Alters. Es konnte nur ein Teil der Daten wiederhergestellt werden.

⁵ Da viele der Arbeitsfelder nur durch wenige Teilnehmende vertreten sind, wurde bei der weiteren Analyse weitgehend nur nach den folgenden sechs Handlungsfeldern, die am stärksten unter den Teilnehmenden vertreten waren, unterschieden: (1) Arbeits- und Berufsintegration, (2) Behindertenbereich, (3) Gesundheitswesen, (4) Heimerziehung, (5) Kindes- und Erwachsenenschutz, (6) Sozialhilfe. Die anderen Arbeitsfelder wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 1: Stichprobenmerkmale

	N	%
Geschlecht (N=3491)		
Männlich	975	27.9
Weiblich	2503	71.7
Anderes	13	0.4
Altersgruppen (in Jahre) (N=1159)		
18 - 24	81	7.0
25 - 34	496	42.8
35 - 44	274	23.6
45 - 54	174	15.0
55 - 67	134	11.6
Berufsposition (N=3491)		
Leitungspersonen	835	23.8
Fachpersonen	2036	58.1
Fachpersonen in Ausbildung	520	14.8
Andere	100	2.9
	N	%
Familienstand (N=3490)		
Lebt mit minderjährigen Kindern im Haushalt	1019	29.1
Lebt ohne minderjährige Kinder im Haushalt	2471	70.5
Kantone (N=3486)		
AG	348	9.9
AR	14	0.4
BE	721	20.6
BL	261	7.4
BS	363	10.4
FR	46	1.3
GE	58	1.7
GL	5	0.1
GR	58	1.7
JU	9	0.3
LU	214	6.1
NE	9	0.3
NW	7	0.2
OW	6	0.2
SH	7	0.2
SO	215	6.1
SZ	23	0.7
SG	115	3.3
TG	51	1.5
TI	1	0.0
UR	9	0.3
VD	233	6.6
VS	57	1.6
ZG	48	1.4
ZH	608	17.3

Abbildung 1: Zuordnung nach Arbeitsfeld (n= 3'507)



4 Ausgewählte Ergebnisse

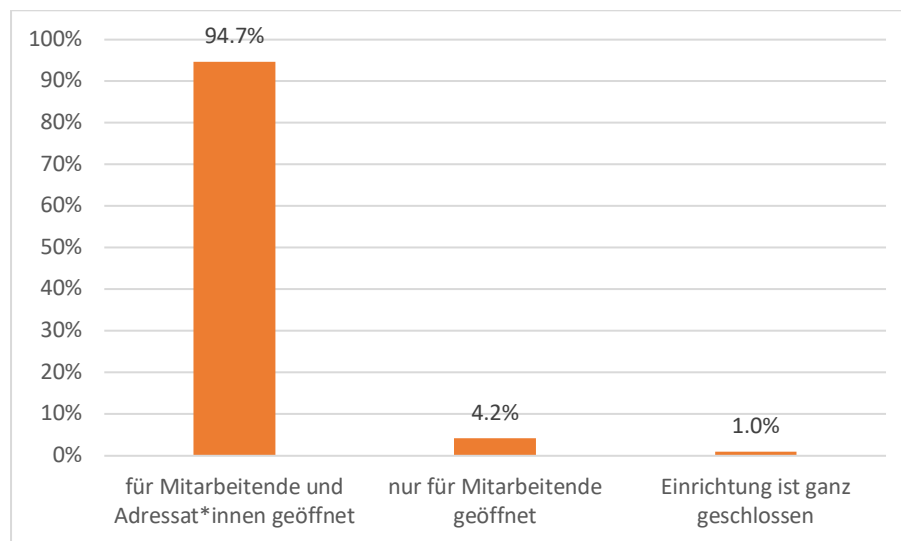
In diesem Kapitel wird eine Reihe von Ergebnissen präsentiert, die jeweils für sich genommen interessant sind. Vor allem soll damit aber ein Bild der Lage der Sozialarbeitenden während der Covid-19 Pandemie entstehen. So beleuchtet Kapitel 4.1 die Rahmenbedingungen, unter denen Soziale Arbeit zum Zeitpunkt der zweiten Welle geleistet wird. Im Kapitel 4.2 werden dann die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen auf das Handlungsfeld beschrieben. Die Arbeitsbelastung der Sozialarbeitenden ist Gegenstand des Kapitels 4.3. Kapitel 4.4 nimmt die gesundheitliche Situation der Sozialarbeitenden in den Blick. Abschliessend fokussiert das Kapitel 4.5 die positiven Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit, welche die Sozialarbeitenden gerne nach der Pandemie beibehalten möchten.

4.1 Rahmenbedingungen in den Einrichtungen

Zum Zeitpunkt der Umfrage waren nahezu alle Einrichtungen (94,7 %) für Mitarbeitende und Adressat*Innen geöffnet (s. Abb. 2), auch wenn 60.2 % ihre Angebote begrenzen mussten.

Damit stellen Einrichtungen der Sozialen Arbeit – mit wenigen Ausnahmen – neben Einrichtungen für die medizinische Versorgung und Ladengeschäften für die Grundversorgung eine der wenigen Ausnahmen dar, die während des zweiten Lockdowns geöffnet blieben.

Abbildung 2: Öffnungsstatus der Einrichtung (n= 3'455)



Neben der Begrenzung der Angebote, brachte die Covid-19-Pandemie im Sinne von Kontaktbeschränkungen und Hygienevorschriften auch die Notwendigkeit weiterer Umstrukturierungen von Rahmenbedingungen mit sich, auf die im Folgenden eingegangen wird: u. a. wurde die Möglichkeit von Homeoffice geschaffen und der Einsatz von digitalen Technologien erheblich vorangetrieben.

Schutzkonzepte

Bei fast allen Teilnehmenden (97.0 %) existiert ein Schutzkonzept in der Einrichtung. Der Mehrheit gelingt es auch, dieses Konzept umzusetzen. 13.3 % geben jedoch an, dass sie das Schutzkonzept nicht einhalten können. Bei der Frage nach den Gründen verteilten sich die Stimmen wie folgt auf die Antworten (Mehrfachantworten waren möglich):

- Abstand einhalten nicht möglich (94.0 %).
- Keine oder zu wenig Desinfektionsmittel (5.1 %)
- Keine oder zu wenig Schutzkleidung (8.5 %)
- Keine oder zu wenig Masken (4.3 %)
- andere (29.1 %).

Die Antwort «andere» konnte durch die Teilnehmenden in einem offenen Antwortfeld erläutert werden. Durch die Kommentare wurde deutlich, dass, abgesehen von der oben genannten Verfügbarkeit der Masken, die Maskenpflicht von Adressat*innenseite nicht immer umgesetzt wird, weil die Adressat*innen aufgrund einer schweren Beeinträchtigung keine Masken tragen können; die Adressat*innen das Maskentragen verweigern oder weil die sozialarbeiterische Intervention das Wohnen der Adressat*innen begleitet und ein dauerhaftes Tragen der Maske im „eigenen Wohnraum“ nicht zumutbar wäre. Von einzelnen Sozialarbeitenden wird auf das Tragen der Maske verzichtet, da es die Kommunikation aus ihrer Sicht zu sehr behindert.

Weitere Kommentare bezogen sich auf das Schutzkonzept «allgemein» und nicht auf einen bestimmten inhaltlichen Aspekt des Schutzkonzeptes. Folgendes Spektrum an Gründen wurde aufgeführt: Widerstand der Kolleg*innen oder der Adressat*innen; Adressatinnen sind (aufgrund ihres Alters oder einer Beeinträchtigung) nicht im Stande, das Schutzkonzept einzuhalten; das Konzept ist

nicht spezifisch genug bzw. widersprüchlich; mangelnde Kommunikation; Mangel an zeitlichen oder personellen Ressourcen; Fehlende Konsequenzen bei Regelbruch.

Homeoffice

Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten 2.5 % der befragten Sozialarbeitenden immer und 36 % der Befragten teilweise im Homeoffice (n = 3'507).

Von den Personen, die im Homeoffice arbeiten, sind 83 % der Meinung, dass sie die Zeit im Homeoffice effektiv zur Erledigung ihrer Arbeit nutzen können. Jedoch haben nur 43.5 % von dem/der Arbeitgeber*in die notwendige Ausstattung erhalten. Eine finanzielle Ausgleichszahlung erhielten lediglich 8 %.

Digitale Technologien

Was den Einsatz von digitalen Technologien angeht, sind die Kompetenzen bei den Sozialarbeitenden grösstenteils vorhanden und die grosse Mehrheit der Befragten hat keine Berührungängste, jedoch mangelt es an der technologischen Ausstattung.

Nur 5.9 % der Befragten (n = 3'488) gibt an, nicht ausreichend Wissen für den erfolgreichen Einsatz von digitalen Technologien zu haben. 15.5 % fühlen sich zumindest teilweise kompetent und 78.6 % ganz.

Ausserdem geben 77.8 % der Befragten an, dass sie keine Angst vor dem Einsatz digitaler Technologien haben.

Anders sehen die Voraussetzungen bei der Ausstattung aus: Nur 54.9 % der Befragten (n = 3'455) sind der Ansicht, die nötige technologische Ausstattung von ihren Arbeitgebenden erhalten zu haben, um digitale Technologien bei der Arbeit einsetzen zu können. Bei 21.1 % trifft dies nur teilweise zu und 24.0 % haben gar keine entsprechende Ausstattung erhalten.

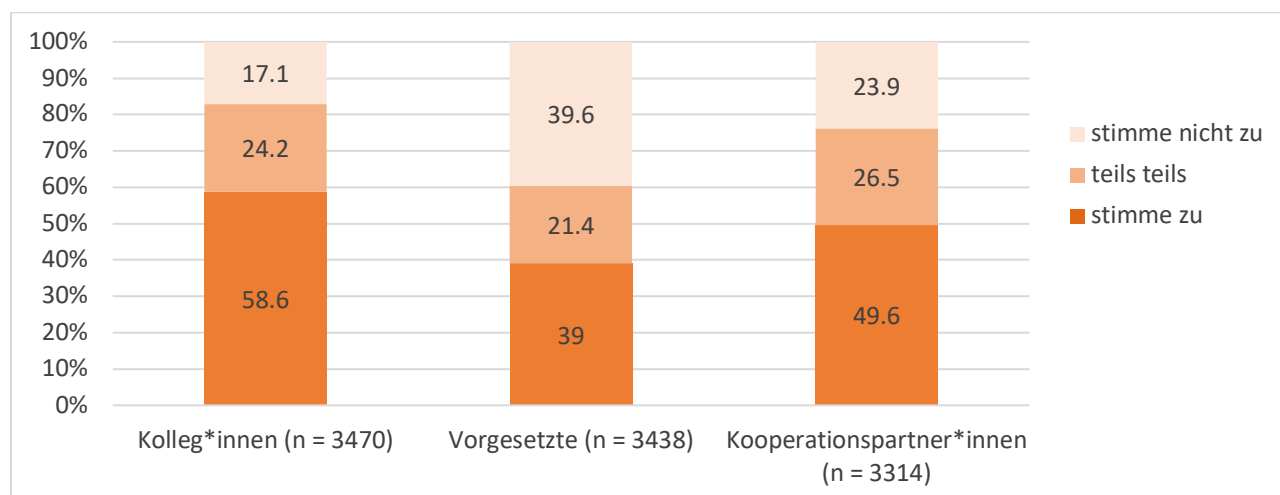
4.2 Auswirkungen auf das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit

Im Rahmen dieses Kapitels soll beleuchtet werden, wie sich die Covid-19-Pandemie und die damit einhergehenden veränderten Rahmenbedingungen auf das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit auswirken. Dies sowohl in Bezug auf die Kommunikation mit anderen Fachpersonen als auch auf die Kommunikation und Interaktion mit den Klient*innen. Weiterhin werden die Veränderungen hinsichtlich der Problemlagen bzw. Handlungsmuster dargestellt, welche die Pandemie auf Seiten der Adressat*innen mit sich bringt.

4.2.1 Im Handlungsfeld mit Kolleg*innen, Vorgesetzten und Kooperationspartner*innen

Es lässt sich feststellen, dass die Covid-19-Pandemie einen grossen Einfluss auf die Kommunikation unter Fachkräften hat, dies sowohl intern (unter Kolleg*innen oder mit dem Vorgesetzten) als auch mit Kooperationspartner*innen (s. Abb. 3).

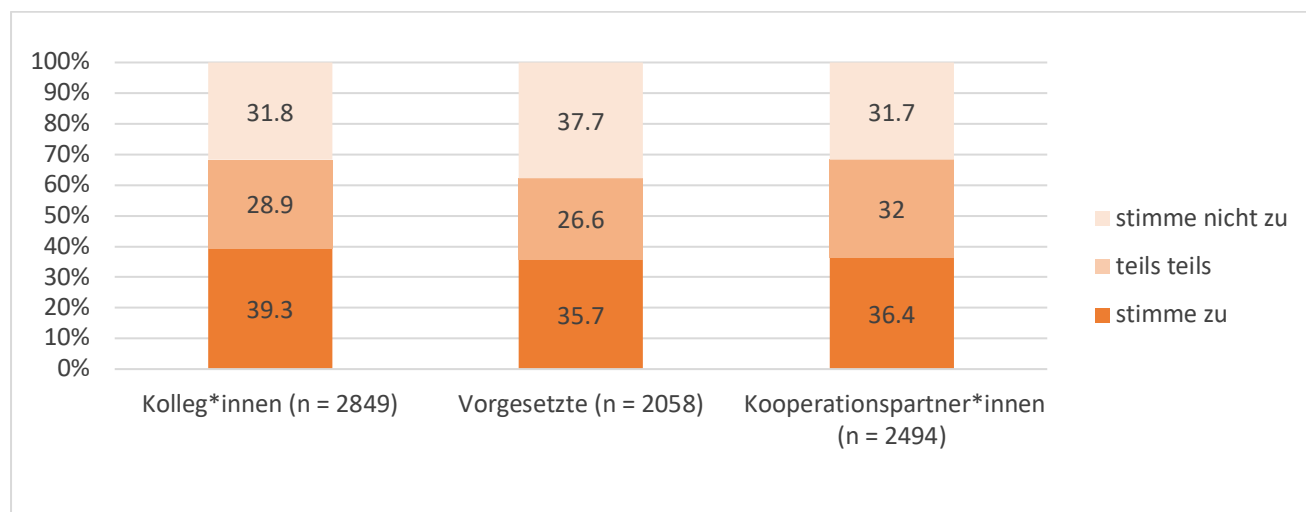
Abbildung 3: Zustimmung zur Aussage «Der fachliche Austausch mit ... hat sich verändert»⁶



Von den Befragten, die mindestens teilweise eine Veränderung feststellen, gibt es eine starke Tendenz, diese Veränderung negativ zu erleben (s. Abb. 4), vor allem hinsichtlich des fachlichen Austausches mit den Kolleg*innen und den Kooperationspartner*innen. Hier stellen weniger als ein Drittel keine negative Veränderung fest.

Einzelne Nennungen im Kommentierungsfeld geben Hinweise auf mögliche Erklärungen. Es wird bemängelt, dass der informelle Austausch wegfällt und es für Austausch mehr Organisationsaufwand bedarf.

Abbildung 4: Zustimmung zur Aussage «Der fachliche Austausch mit ... hat sich negativ verändert»⁷



⁶ Die Antwortmöglichkeit «weiss nicht» wurde nicht berücksichtigt.

⁷ Die Antwortmöglichkeit «weiss nicht» wurde nicht berücksichtigt.

4.2.2 Im Handlungsfeld bei den Adressat*innen

Die Covid-19-Pandemie hat einen grossen Einfluss auf die Kommunikation mit den Adressat*innen. Nur 19.6 % der Befragten stimmen der Aussage „Die Kommunikation mit meinen Adressat*innen hat sich seit dem Ausbruch der Pandemie verändert“ nicht zu⁸ (s. Abb. 5).

46.6% % sind der Meinung, dass die Kommunikation mit den Adressat*innen sich negativ verändert hat und 31.1 % stimmen dem teilweise zu⁹.

Abbildung 5: Kommunikation mit Adressat*innen hat sich verändert (n = 3'461)

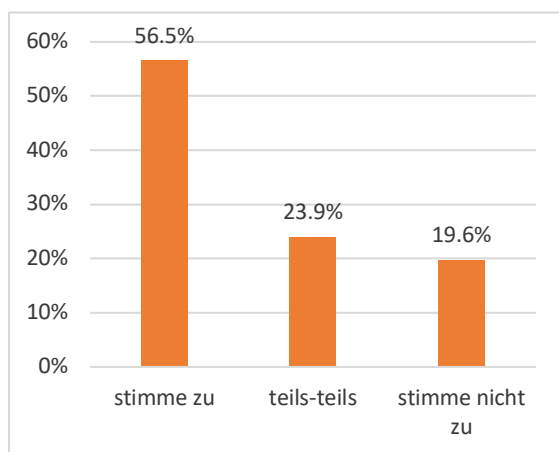
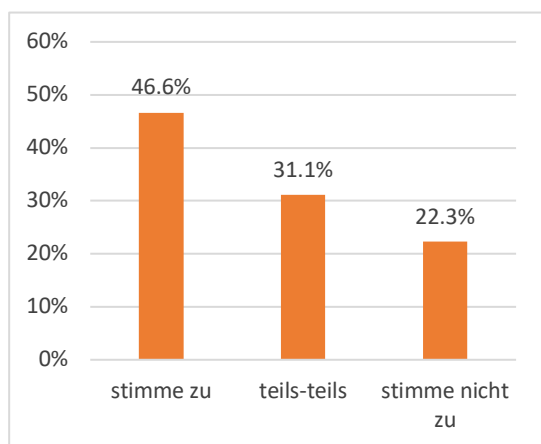


Abbildung 6: Kommunikation mit Adressat*innen hat sich negativ verändert (n = 2'768)



Interaktion mit Adressat*innen

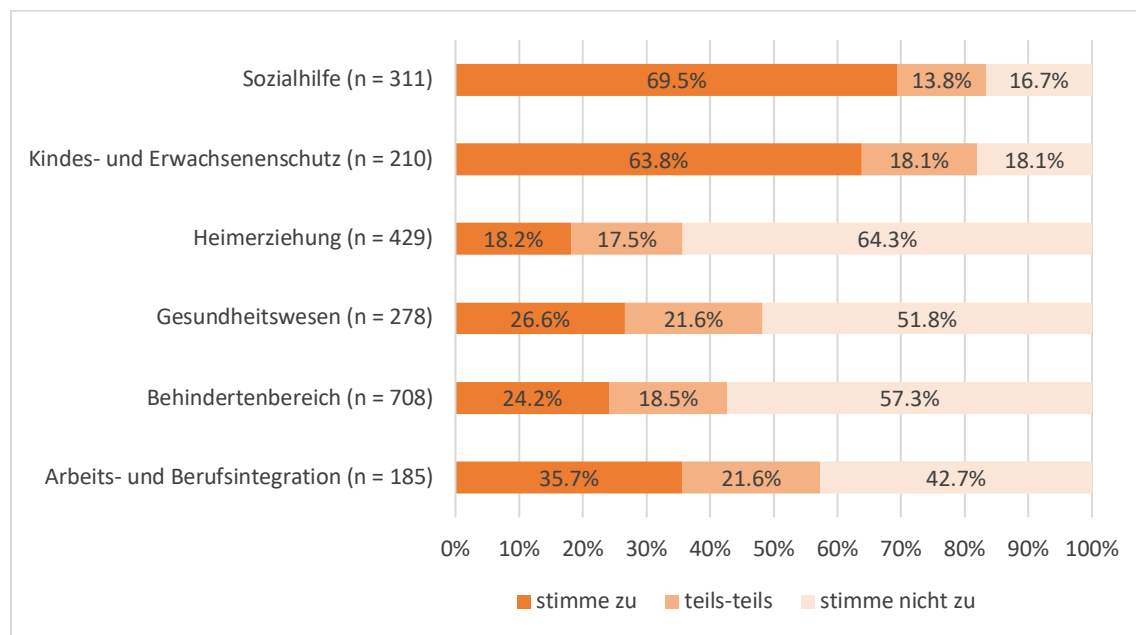
Auch die Interaktion mit den Adressat*innen hat sich seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie verändert. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (n = 3'504) stimmen der Aussage, dass sich die Kontakte zu den Klient*innen verringert haben, ganz (36.9 %) oder teilweise (18.1 %), zu. Bei 42.1 % der Befragten hat sich die Covid-19-Pandemie nicht auf die Quantität der Kontakte ausgewirkt, 2.9 % können dazu keine Aussage treffen.

⁸ Die Antwortmöglichkeit "weiss nicht" (n = 44) wurde nicht berücksichtigt.

⁹ Die Antwortmöglichkeit "weiss nicht" (n = 65) wurde nicht berücksichtigt.

Dabei gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern (s. Abb. 7; $\chi^2(10, N = 2'121) = 370.58, p = .000$). Während in der Sozialhilfe und beim Kindes- und Erwachsenenschutz fünf von sechs Befragten zumindest teilweise eine Reduktion der Kontakte feststellt, haben in der Heimerziehung, im Gesundheitswesen und im Behindertenbereich mehr als die Hälfte mindestens gleich viele Kontakte wie vor der Pandemie.

Abbildung 7: Zustimmung zur Aussage «die Häufigkeit der Kontakte zu meinen Adressat*innen hat sich verringert» nach Arbeitsfeld (n = 2'121)¹⁰

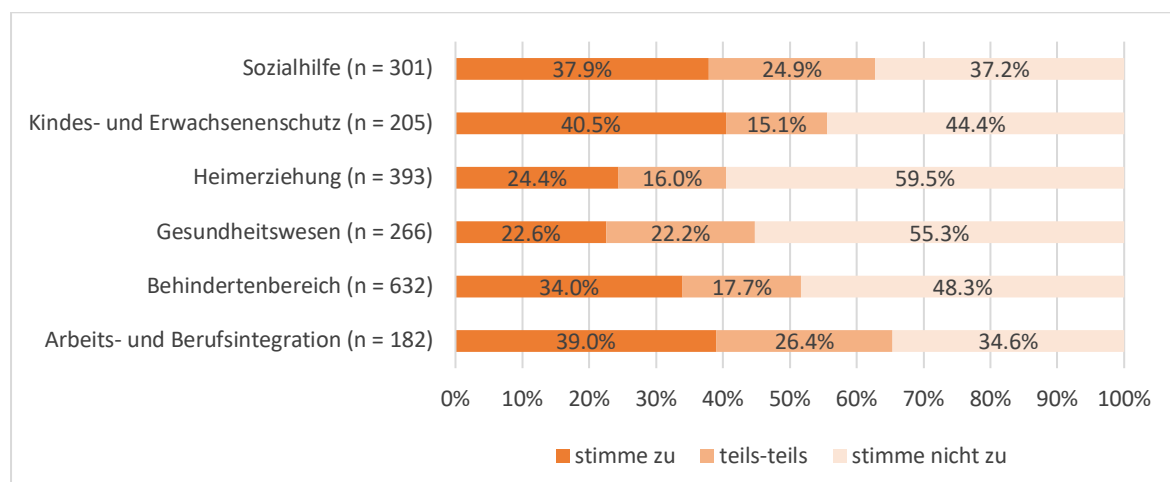


Die Ergebnisse zeigen weiter, dass die Adressat*innen seit der Covid-19-Pandemie häufiger Termine absagen (n = 3'503). Fast die Hälfte der Teilnehmenden (47.5 %) beobachtet dies in ihrem Arbeitsalltag bei allen (28.8 %) oder einem Teil der Klient*innen (18.7 %). Bei 42.7 % hat sich diesbezüglich nichts geändert und 9.8 % wissen es nicht.

Eine differenzierte Betrachtung nach Arbeitsfeldern zeigt auch beim «Absage-Verhalten» einen signifikanten Unterschied (s. Abb. 8; $\chi^2(10, N = 2'121) = 370.58, p = .000$). Im Arbeitsfeld Arbeits- und Berufsintegration stimmen 65.4 % der Aussage ganz oder teilweise zu, im Bereich Sozialhilfe sind es 62.8 % und im Handlungsfeld Kindes- und Erwachsenenschutz lediglich etwas mehr als die Hälfte (55.6 %).

¹⁰ Die Antwortmöglichkeit «weiss nicht» wurde nicht berücksichtigt.

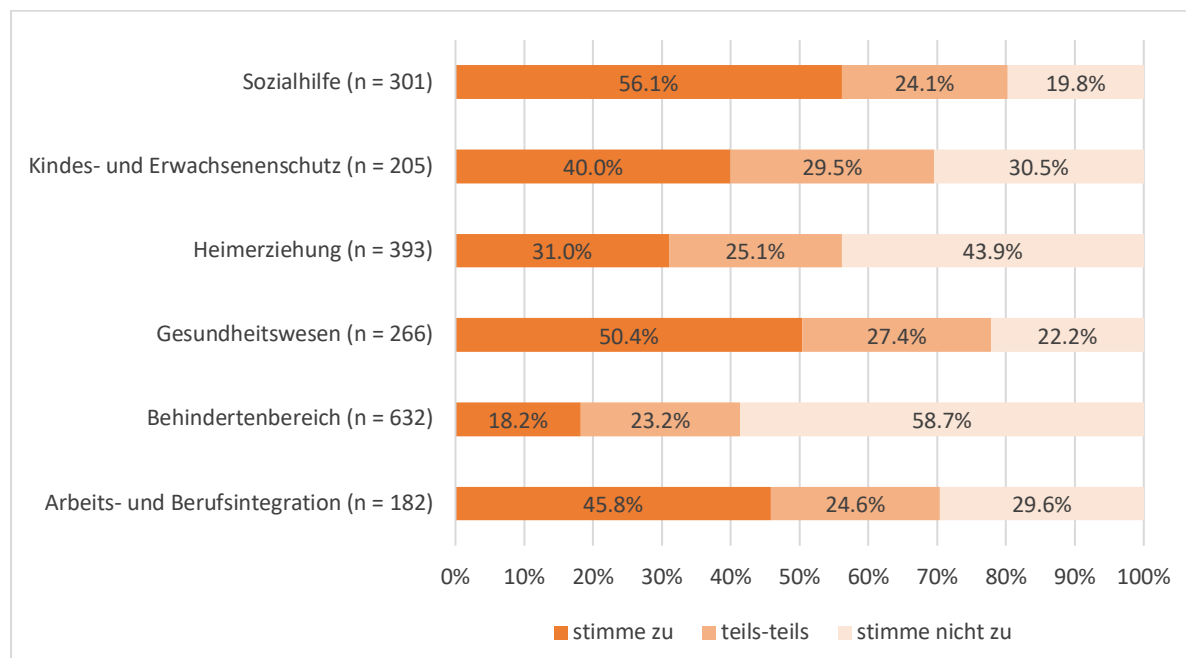
Abbildung 8: Zustimmung zur Aussage «Termine werden häufiger abgesagt» nach Arbeitsfeld (n = 2'121)¹¹



Gleichzeitig werden die Angebote der Einrichtungen bzw. Organisationen – seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie – stärker nachgefragt (n = 3'506). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55.2 %) bestätigt dies ganz (30.7 %) oder teilweise (24.5 %). 33.8 % stimmen der Aussage nicht zu und 11.2 % wissen es nicht.

Bei der Sozialhilfe, dem Gesundheitswesen sowie der Arbeits- und Berufsintegration steigt die Nachfrage am häufigsten. Im Behindertenbereich hingegen sind es «nur» 41.4 % der dort tätigen Befragten, die eine vermehrte Nachfrage ganz oder zu Teilen bejahen (s. Abb. 9; $\chi^2(10, N = 1'907) = 231.62, p = .000$).

Abbildung 9: Zustimmung zur Aussage «Angebote werden stärker nachgefragt» nach Arbeitsfeld (n = 1'907)¹²



¹¹ Die Antwortmöglichkeit «weiss nicht» wurde nicht berücksichtigt.

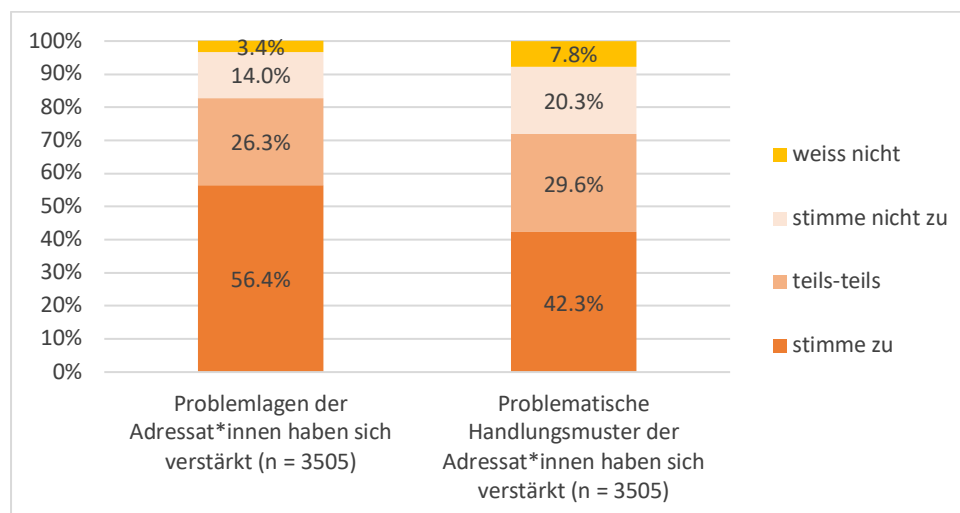
¹² Die Antwortmöglichkeit «weiss nicht» wurde nicht berücksichtigt.

Problemlagen der Adressat*innen

Über die Hälfte der Teilnehmenden (56.4%) beobachtet bei den Adressat*innen eine Verstärkung der Problemlagen. 26.3 % stellen zumindest bei einem Teil der Adressat*innen eine Intensivierung fest (s. Abb. 10).

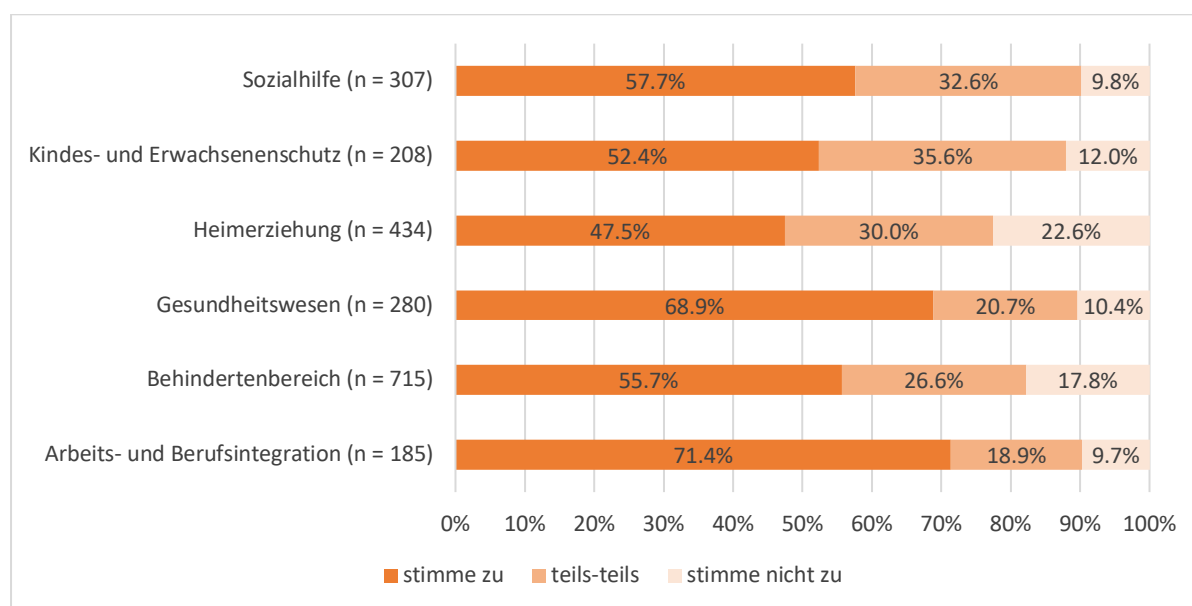
Des Weiteren wird von 42.3 % der befragten Sozialarbeitenden berichtet, dass sich die problematischen Handlungsmuster der Adressat*innen verstärkt haben. 29.6 % nehmen eine solche Verstärkung immerhin bei einem Teil ihrer Adressat*innen wahr (s. Abb. 10).

Abbildung 10: Veränderungen seit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie



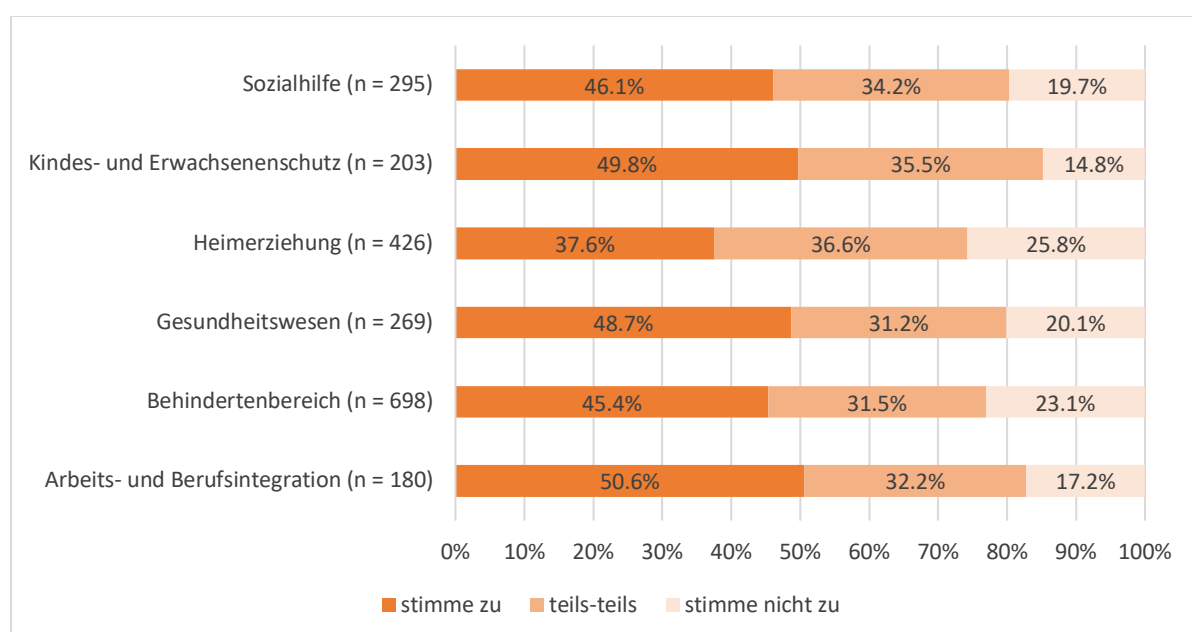
Dabei lassen sich bei den Problemlagen signifikante Unterschiede nach Arbeitsfeldern feststellen (s. Abb. 11; $\chi^2(10, N = 2'129) = 73.71, p = .000$). Besonders im Arbeitsfeld Arbeits- und Berufsintegration und im Gesundheitswesen haben die Problemlagen der Adressat*innen zugenommen. 71.4 % der Teilnehmenden, die im Arbeitsfeld Arbeits- und Berufsintegration arbeiten, stimmen der Aussage «Die Problemlagen meiner Adressat*innen haben sich seit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie verstärkt» zu, 18.9 % stimmen teilweise zu. Beim Arbeitsfeld Gesundheitswesen sind es 68.9 % der Teilnehmenden, die der Aussage zustimmen und 20.7 %, die ihr teilweise zustimmen.

Abbildung 11: Verstärkung der Problemlagen der Adressat*innen nach Arbeitsfeld (n=2'129)



Auch hinsichtlich der problematischen Handlungsmuster der Adressat*innen lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern verzeichnen (s. Abb. 12; $\chi^2(10, N = 2'071) = 22.25, p = .014$). Von den Teilnehmenden aus dem Arbeitsfeld Erwachsenenschutz geben nur 14.8 % an, keine Verstärkung von problematischen Handlungsmustern festzustellen und aus dem Arbeitsfeld Berufsintegration sind es 17.2 %. Im Arbeitsfeld «Heimerziehung» wirkt sich die Covid-19-Pandemie weniger eindeutig negativ auf die Handlungsmuster der Klient*innen aus. Hier sind es «nur» 37.6 %, die der Aussage «Während der Covid-19-Pandemie haben sich für den Fallverlauf problematische Handlungsmuster bei meinen Adressat*innen verstärkt», voll zustimmen.

Abbildung 12: Verstärkung problematischer Handlungsmuster der Adressat*innen nach Arbeitsfeld (n=2'071)



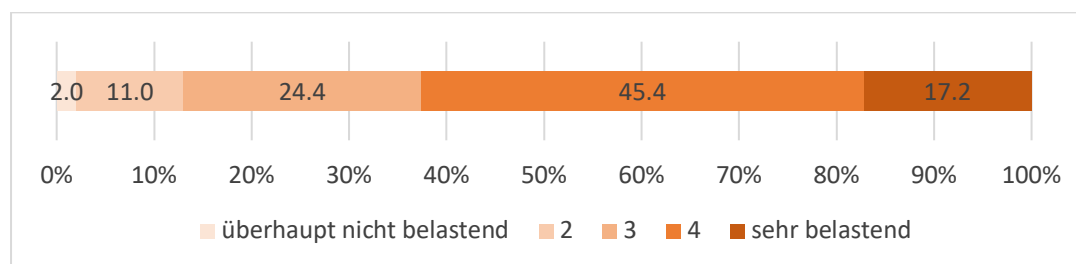
4.3 Arbeitsbelastung der Sozialarbeitenden während der Covid-19-Pandemie

Wie in den vorangehenden Kapiteln aufgezeigt wurde, wirkt sich die Covid-19-Pandemie erheblich auf das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit aus. Neben den Veränderungen, welche die Kommunikation und die Interaktion mit Fachpersonen und Adressat*Innen betreffen, sind weitere Veränderungen sowohl an den Arbeitsinhalten als auch am Arbeitsaufwand festzustellen, welche die Arbeitsbelastung der Sozialarbeitenden beeinflussen. Nachdem zu Beginn dieses Kapitels über das Belastungsniveau sowie das Burnout-Risiko berichtet wird, werden anschliessend Zusammenhänge zu diesen konkreten durch Corona verursachten Veränderungen im Arbeitsalltag aufgezeigt.

4.3.1 Arbeitsbelastung und Burnout

Die empirischen Ergebnisse machen deutlich, dass der Grad der Belastung für die Professionellen der Sozialen Arbeit insgesamt hoch ist. Über 60 % der Befragten erleben ihre berufliche Situation als belastend (45.4 %) bis sehr belastend (17.2 %). Der Mittelwert liegt mit 3.65 ($SD= 0.956$, bei einer Skala von 1 (überhaupt nicht belastend) bis 5 (sehr belastend) im oberen Bereich.¹³

Abbildung 13: Als wie belastend empfinden Sie aktuell Ihre berufliche Situation? (n=3'502)



Die befragten Männer empfinden ihre Arbeitssituation mit einem Mittelwert von 3.59 ($SD=0.98$) signifikant weniger belastend als die Frauen, die einen höheren Mittelwert von 3.67 ($SD=0.94$) aufweisen (T-Test für unabhängige Stichproben, $t(1'712)=2.157$, $p= .032$, $N=3473$).

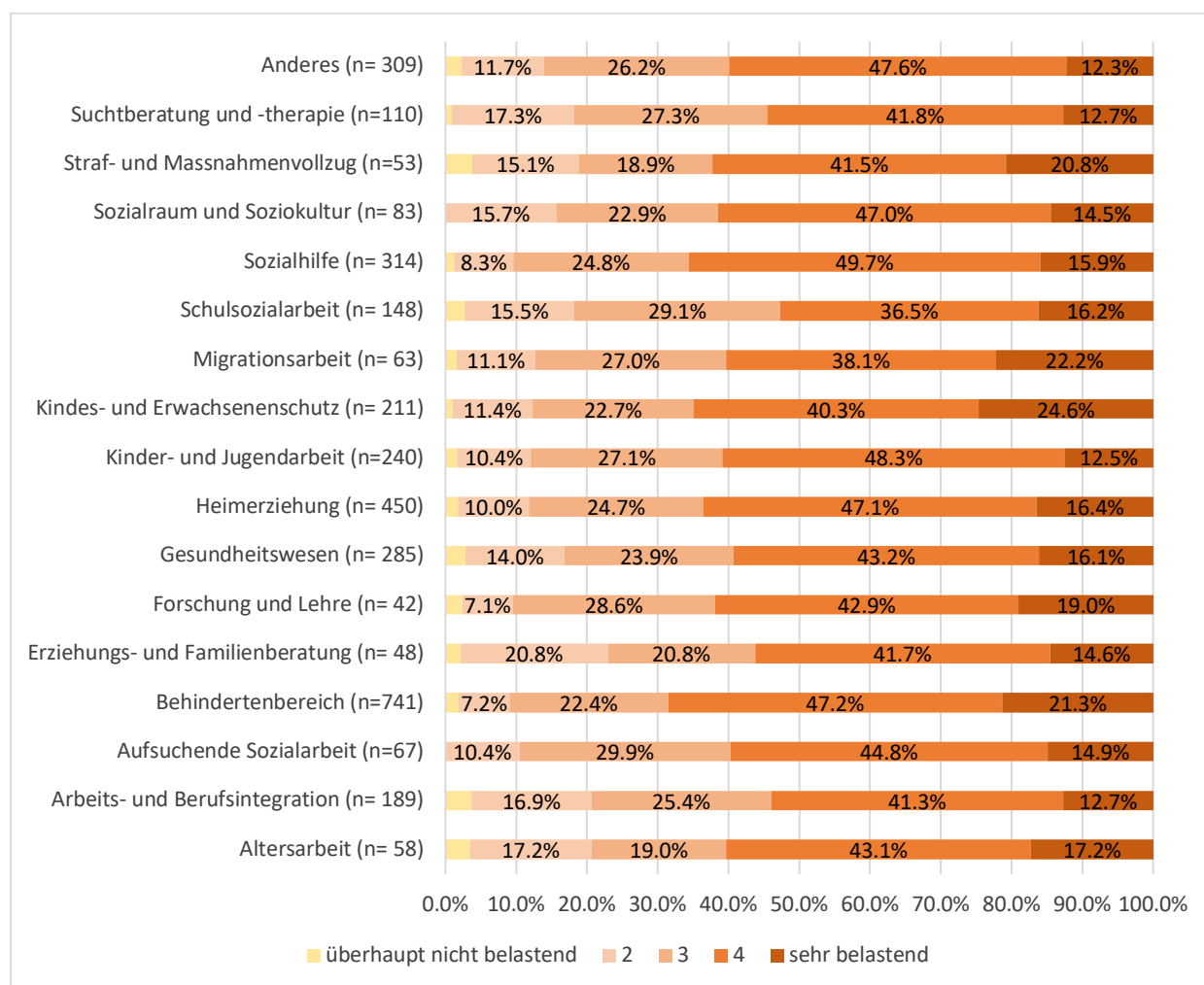
Personen, die mit minderjährigen Kindern zusammenleben, erleben ihre Arbeitssituation im Schnitt etwas weniger belastend mit einem Mittelwert von 3.58 ($SD=0.97$) gegenüber einem Mittelwert von 3.67 ($SD=0.97$) bei denjenigen Personen, die ohne Kinder leben (T-Test für unabhängige Stichproben, $t(3'483)= 2.773$ $p= .006$, $N=3'485$). Allerdings berichten 20.6 % der Befragten über die Schwierigkeit, Beruf und Familie vereinbaren zu können, was als ein psychosozialer Risikofaktor gilt.

Des Weiteren zeigt sich, dass Professionelle in Leitungspositionen die berufliche Situation am belastendsten erleben mit einem Mittelwert von 3.79 ($SD=0.95$). Die Fachpersonen weisen einen Mittelwert von 3.6 ($SD=0.95$) und die Sozialarbeitenden in Ausbildung einen Mittelwert von 3.63 ($SD=0.95$) auf. 70 % der Leitungspersonen empfinden ihre berufliche Situation als belastend oder sehr belastend. Das sind 10 Prozentpunkte mehr als bei den Fachpersonen und den Personen in Ausbildung ($H(16)= 46.227$ $p=.000$, $N=3486$).

Zwischen den Arbeitsfeldern sind zwar signifikante, aber kleine Unterschiede zu verzeichnen. Die höchsten Belastungen werden im Behindertenbereich ($M=3.79$) und bei der KESB ($M=3.76$) erlebt (s. Abb. 14, $H(16)= 36.227$ $p=.000$, $N=3411$).

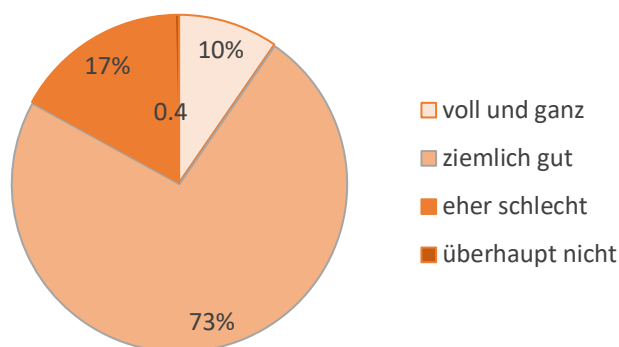
¹³ Die deutschen Kolleg*innen schätzen ihr Belastungsniveau sehr ähnlich ein: 20.3 % als sehr belastend und 41.8 % als belastend. Dieser Vergleich beruht auf nicht gewichteten Werten.

Abbildung 14: Arbeitsbelastung nach Arbeitsfelder (n=3'411)



Die Ergebnisse bezüglich des Belastungsniveaus machen deutlich, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit mit Stressoren am Arbeitsplatz umzugehen haben. Es sind denn auch 39,1 % der Befragten, die berichten, dass sie Stress bei der Arbeit erleben. Was «Stress erleben» für die Einzelnen bedeutet und ob dies als negativer Stress empfunden wird, bleibt offen. Wichtig ist es deswegen auch, danach zu schauen, ob genügend Ressourcen vorhanden sind, um mit diesem Stress umzugehen. Denn für die psychische Gesundheit ist nicht nur die Intensität und Häufigkeit von Belastungen relevant, sondern auch die verfügbaren Ressourcen, um Belastungssituationen zu bewältigen und deren negative Wirkung zu dämpfen (Blaser & Amstad, 2016). Aus Abbildung 15 ist ersichtlich, dass über 80 % der Befragten der Meinung sind, dass sie im Stande sind, ihren Stress ziemlich gut bis sehr gut zu bewältigen. 17 % gelingt dies nach eigener Einschätzung eher schlecht. Für viele ist die Stressbewältigung seit der Covid-19-Pandemie jedoch schwieriger geworden. So geben 43 % an, dass sie seit der Covid-19-Pandemie mehr Mühe haben, ihren Stress zu bewältigen. Die Covid-Krise kann an sich als Belastungssituation gesehen werden, die eine umfassende Anpassungsleistung erfordert. Zu den bereits bestehenden Stressoren kommen zusätzliche hinzu, welche die Stressbewältigung erschweren. Problematisch werden Belastungssituationen, wenn sie über eine längere Dauer bestehen und nicht zu bewältigen sind und es zu chronischen Stressreaktionen kommt, die sich dann negativ auf die Gesundheit auswirken (Benoy, 2020).

Abbildung 15: Wie sehr fühlen Sie sich im Stande, ihren Stress zu bewältigen? (n=3'444)



Die Mehrheit der Befragten scheint, gemäss Abb. 15, relativ gut mit der Situation umgehen zu können und über genügend Ressourcen zu verfügen, zumindest wenn man nach ihrer subjektiven Einschätzung fragt. Diese subjektiven Bewertungen sind allerdings Teil des Bewältigungshandelns und verdecken daher möglicherweise bei einem Teil der Antwortenden das Ausmass der Problematik. Das Ergebnis stimmt jedenfalls auch mit neueren Studien überein, die bestätigen, dass grosse Teile der Bevölkerung angeben, gut mit der Krise umgehen zu können (Kessler & Gugenbühl, 2021).

In unserem Sample zeichnet sich hingegen ab, dass es auch eine relativ grosse Gruppe gibt, die stark belastet ist und vermutlich stärker, als es in Bezug auf den Umgang mit Stress zum Ausdruck kommt. Um diese Aussage zu belegen, greifen wir hier auf das folgende Ergebnis zur Frage nach emotionaler Erschöpfung zurück. Weitere Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation, die in dieselbe Richtung weisen, folgen im Kapitel 5.

Die Frage nach der emotionalen Erschöpfung wurde aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung übernommen und gilt als valider Indikator für Burnout (Bundesamt für Statistik 2014, S. 32).¹⁴

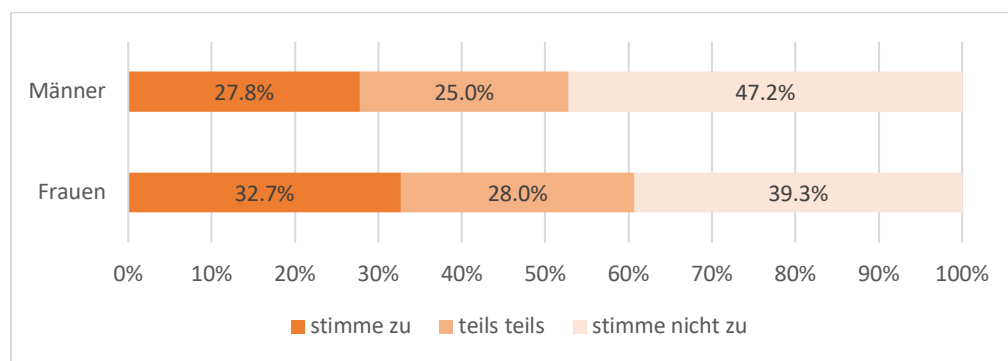
Von den 3'507 Befragten stimmen 31.3 % der Aussage zu, dass sie bei ihrer Arbeit immer öfter das Gefühl haben, emotional verbraucht zu sein, und weitere 27.1 % stimmen dem teilweise zu. Somit ist knapp ein Drittel der Befragten vom Risiko, an einem Burnout zu erkranken, betroffen, was als ein alarmierendes Ergebnis interpretiert werden kann. Im Vergleich zu den Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2017 ist das ein Anstieg von 7.8 Prozentpunkten, wenn man die Erwerbstätigen des Sozial- und Gesundheitswesens betrachtet (n=1'639) und ein Anstieg von 11.8 Prozentpunkten, wenn man alle unselbstständigen Erwerbstätigen (N=12'175) in den Vergleich einbezieht.¹⁵

Übereinstimmend mit dem Belastungsniveau geben die Frauen signifikant häufiger als die Männer an, emotional erschöpft zu sein (s. Abb. 16, Mann Whitney U(2'492,971)=- 4.501 p <0.001).

14 Die Befragten wurden mit folgender Aussage konfrontiert: «Bei meiner Arbeit habe ich immer öfter das Gefühl, emotional verbraucht zu sein». Die Antworten «stimme zu» und «stimme eher zu» werden zusammengefasst und zeigen das Risiko für ein Burnout an.

15 Der Vergleich basiert auf nicht gewichteten Werten und ist somit mit Vorsicht zu betrachten. Ein weiterer Unterschied der Auswertungen ist die Antwortmöglichkeit «teilweise», die in der Gesundheitsbefragung nicht angeboten wird (vgl. BFS 2019)

Abbildung 16: Emotionale Erschöpfung nach Geschlecht (n=3'478)



Auffällig ist der grosse Anteil der französischsprachigen Studienteilnehmenden (n=381), die zu 55.6 % zustimmen, bei der Arbeit immer öfter emotional verbraucht zu sein, währenddessen dieser Prozentanteil bei den deutschsprachigen Teilnehmenden 28.3 % ausmacht ($U(381,3'110) = -8.345$ $p < .000$, $n=3491$)¹⁶. Eine mögliche Erklärung ist die stärkere Betroffenheit der Westschweiz an der Covid-19-Pandemie und die damit einhergehenden Veränderungen der Arbeitsbedingungen.

4.3.2 Zum Zusammenhang von Covid-19-Pandemie, der Arbeitsbelastung und Burnout

In den empirischen Ergebnissen finden sich unterschiedliche Hinweise darauf, dass sich die hohe Arbeitsbelastung von Sozialarbeitenden durch die Veränderungen, welche durch die Covid-19-Pandemie ausgelöst wurden, verstärkt worden ist.

Die negative Entwicklung auf Seiten der Adressat*innen hat einen Effekt auf das Belastungsniveau der Sozialarbeitenden. So zeigt die Spearman Rang Korrelation einen signifikanten, wenn auch eher schwachen Zusammenhang zwischen den verstärkten Problemlagen der Adressat*innen und der Belastung auf Seiten der Sozialarbeitenden ($r_s(3'500) = 0.238$, $p < .001$) sowie der emotionalen Erschöpfung der Sozialarbeitenden ($r_s(3'505) = 0.204$, $p < .001$).

Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen der Verschlechterung problematischer Handlungsmuster auf Seiten der Klient*innen und der Belastung ($r_s(3'500) = 0.268$, $p = 0.001$) sowie der emotionalen Erschöpfung der Sozialarbeitenden ($r_s(3'505) = 0.259$ $p = 0.00$).

Die erhöhte Nachfrage von Seiten der Klient*innen korreliert signifikant, wenn auch eher schwach mit der Arbeitsbelastung und scheint daher nicht ausschlaggebend dafür zu sein ($r_s(3'501) = 0.124$ $p = 0.001$).

Weitere Veränderungen, die seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie im Arbeitsalltag der Sozialarbeitenden zu spüren sind, gehen in unterschiedlichem Ausmass, jedoch jeweils statistisch signifikant, mit einem höheren Belastungsniveau einher. Die französischsprachigen Befragten sind jeweils häufiger von diesen in der Folge beschriebenen Veränderungen betroffen als die deutschsprachigen Kolleg*innen, was vermutlich zu deren höheren Belastungs- und Erschöpfungswerten beiträgt.

Insgesamt nehmen 42 % der Befragten (n=3'507) neue, andere Aufgaben als noch vor Beginn der Pandemie war. Neben den inhaltlichen Veränderungen nehmen insbesondere auch der Umfang und die Intensität der Arbeit zu. Viele Professionelle, insgesamt 42 %, müssen zusätzliche Aufgaben von

¹⁶ Auch in der Gesundheitsbefragung von 2017 war der Anteil der Erwerbstätigen der französischen Schweiz, die sich emotional verbraucht fühlen (25.1 %) höher als bei den deutschschweizer Erwerbstätigen (17.4 %).

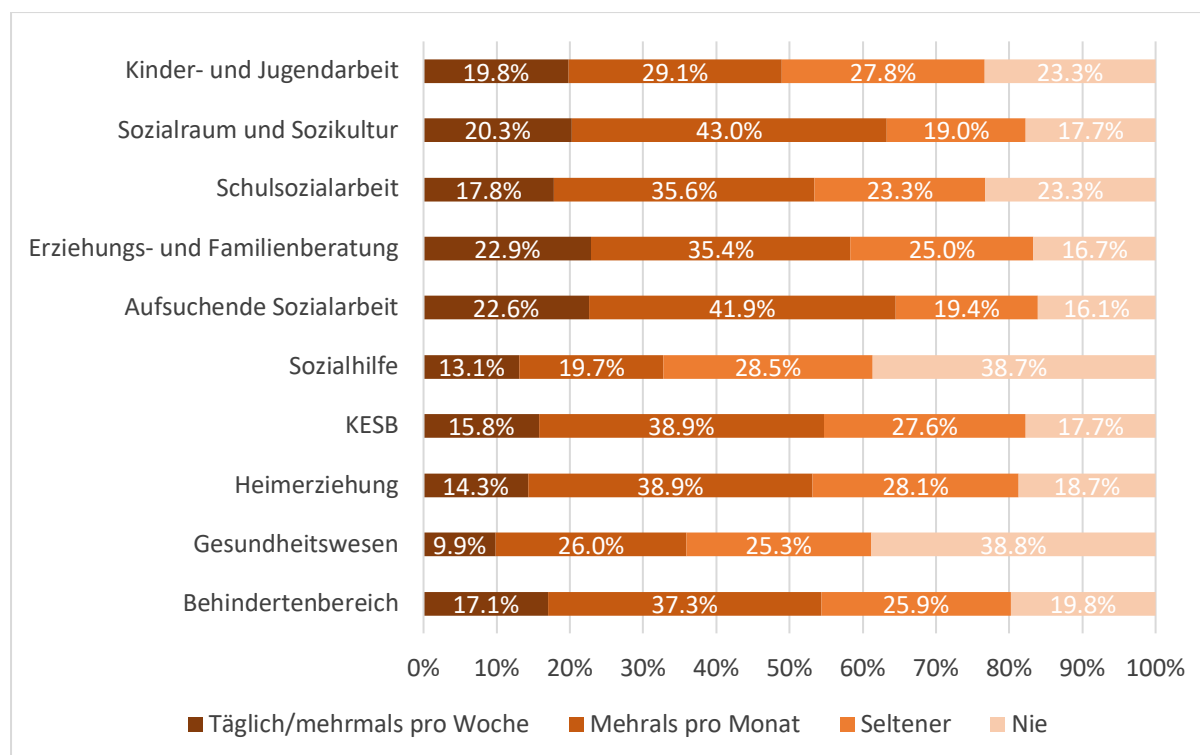
erkrankten Kolleginnen übernehmen und 17.7 % übernehmen Aufgaben von Personen, die zur Risikogruppe gehören. Etwa 20 % sind für mehr Adressat*innen zuständig als im Vergleich zu vor der Pandemie.

Dieser Mehraufwand bedeutet für 23 % der Befragten, dass sie mehr als vertraglich vereinbart arbeiten müssen. Länger zu arbeiten, als vertraglich vereinbart ist, ist einer der Faktoren, der sich sehr stark auf das Belastungsniveau auswirkt ($t(1'558.6)=-18.396 p<0.001$, $M=3.50$ $SD=0.95$ und $M=4.12$, $SD=0.90$, $Cohens\ d=0.673$).

Seit dem Ausbruch der Pandemie arbeitete ein erheblicher Teil der Befragten zusätzlich in der Freizeit, um die Arbeitsanforderungen erfüllen zu können. Bei 16.5 % kommt dies mehrmals pro Woche vor und bei 33.2 % mehrmals pro Monat. Für 37.9 % der Befragten hat das Arbeiten in der Freizeit im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie zugenommen. Auch hier kann über einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Leisten von Mehrarbeit in der Freizeit und dem Belastungsniveau ($r_s(3'334)=0.309 p<0.001$), sowie der emotionalen Erschöpfung ($r_s(3'337)=0.263 p<0.001$) berichtet werden.

Das Leisten von Mehrarbeit kommt in allen Arbeitsfeldern relativ häufig vor, wenn auch mit statistisch signifikanten Unterschieden (s. Abb. 17; $\chi^2(48, N=3'249)=172.988 p<0.000, \Phi=0.13$). Es zeigt sich, dass Professionelle von ambulanten Angeboten wie der Aufsuchenden Sozialarbeit, der Erziehungs- und Familienberatung, des Sozialraum und Soziokultur und der Kinder- und Jugendarbeit am häufigsten regelmässig Mehrarbeit leisten mussten.

Abbildung 17: Mehrarbeit leisten in der Freizeit nach Arbeitsfeldern



Die Veränderungen an den Arbeitsbedingungen, die mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie einhergingen, werden von 33.7 % als Verschlechterung wahrgenommen. Die Personen, die dieser Meinung sind, haben einen signifikant höheren durchschnittlichen Belastungswert ($t(2'856)=19.428$

$p < .001$, $M=3.45$ $SD=0.97$ und $M=4.04$ $SD=0.78$). Von ihnen geben rund die Hälfte an, immer öfter das Gefühl zu haben, bei der Arbeit verbraucht zu sein und für 26.5 % trifft dies teilweise zu.

Unter den Befragten gibt es 249 Personen (7.1 %), die über einen Berufswechsel nachdenken. Dass dies eine Folge der grossen Belastung sein könnte, darauf weist der im Vergleich zu Befragten ohne Wunsch zu wechseln signifikant höhere Mittelwert von 4.3 vs. 3.6 Skalenpunkten hin ($t(300) = -12.182$ $p < .01$, $M=4.3$ $SD=0.83$ $M=3.6$ $SD=0.95$ Cohens $d=0.716$). Von diesen Personen fühlen sich 70.80 % emotional erschöpft, und sie können sich vermutlich auch deswegen keine Zukunft in der Sozialen Arbeit mehr vorstellen.

4.4 Gesundheitliche Situation der Professionellen

Die Befragung zur gesundheitlichen Situation der Professionellen ergibt ein gemischtes Bild. So wird der allgemeine Gesundheitszustand subjektiv als mehrheitlich positiv eingeschätzt. Werden einzelne körperliche oder psychische Beschwerden befragt, zeigt sich, dass ein sehr grosser Teil der Befragten von körperlichen Beschwerden betroffen ist.¹⁷ Durch die Ergebnisse wird unter anderem deutlich, dass sich die Covid-19-Pandemie negativ auf die gesundheitliche Situation der Professionellen der Sozialen Arbeit ausgewirkt hat und die jüngeren Befragten sowie solche, die sich in Ausbildung befinden, gesundheitlich stark belastet sind.¹⁸

Die direkteste Auswirkung der Covid19-Pandemie auf die Gesundheit der Sozialarbeitenden ist darin zu sehen, dass 211 Personen von den 3'507 Befragten im Verlauf der Zeit an Corona erkrankt sind und deswegen bei der Arbeit fehlten.

Auf die Frage, wie der Gesundheitszustand im Allgemeinen eingeschätzt wird, antworteten 79.2 % der Befragten gut bis sehr gut, 18.4 % berichten über einen mittelmässigen und 2.3 % über einen schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand ($n=3'492$)¹⁹.

Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung im Jahr 2017 bedeutet dies eine Verschlechterung. Die Erwerbstätigen im Sozial- und Gesundheitswesen schätzten ihren Gesundheitszustand zu 88.7 % als gut bis sehr gut ein, 9.2 % mittelmässig und 2.1 % schlecht bis sehr schlecht.²⁰

Dass sich die Covid-19-Pandemie negativ auf den Gesundheitszustand ausgewirkt hat und sich dieser verschlechtert hat, dieser Meinung sind 25 % der Befragten. Von den Personen, welche sich in Ausbildung befinden, berichten 35 % über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes.

Es sind dann auch die Personen in Ausbildung, welche im Vergleich zu den restlichen Berufspositionen über einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand berichten (*Kruskal-Wallis* $H(5)=37.925$ $p = .000$, $n=3476$).

¹⁷ Auch hier ist der Zusammenhang subjektiver Bewertungen mit dem Bewältigungshandeln der jeweiligen Personen zu beachten. Wenn nach konkreten Symptomen gefragt wird, bekommt man ein realistischeres Bild, genauso wie bei der Frage nach emotionaler Erschöpfung.

¹⁸ Die Fragen zur gesundheitlichen Situation wurden von der Schweizerischen Gesundheitsbefragung übernommen. Dies ermöglicht einen Vergleich zu den Zahlen der Erwerbstätigen des Sozial- und Gesundheitswesens im Jahr 2017. Anzumerken ist, dass dieser Vergleich auf nicht gewichteten Werten beruht und deswegen mit Vorsicht zu betrachten ist. Nichtsdestotrotz gibt es einen Eindruck darüber, wie sich die aktuelle gesundheitliche Situation der Sozialarbeitenden zu der Zeit vor dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie verhält.

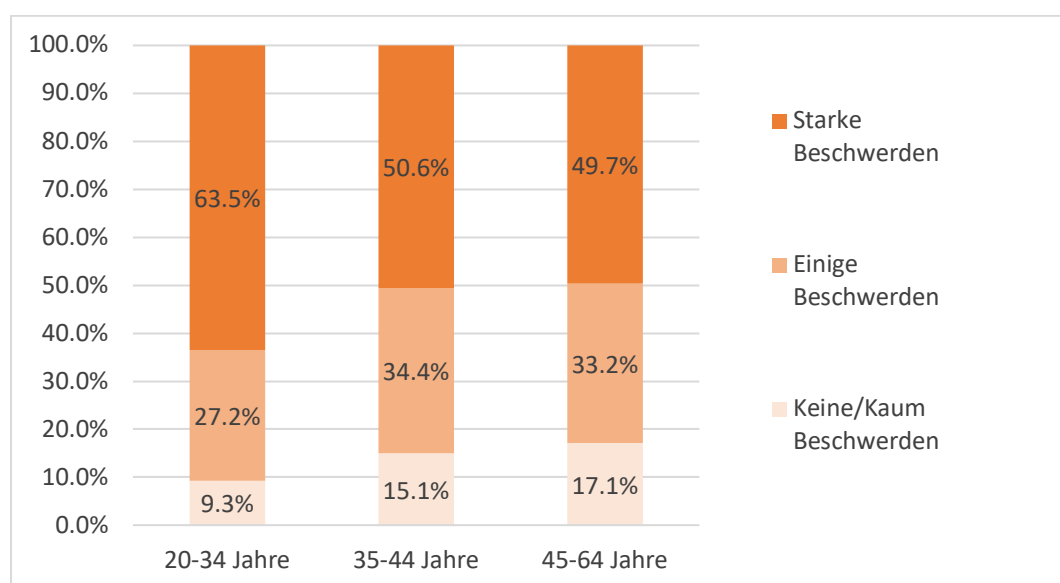
¹⁹ Die Antwortmöglichkeit "weiss nicht" ($n = 3$) wurde nicht berücksichtigt.

²⁰ Der Vergleich beruht auf nicht gewichteten Werten.

Dieses Bild bestätigt sich auch bei einem weiteren Indikator für die körperliche Gesundheit, bei welchem ein Summenwert von acht körperlichen Beschwerden berechnet wird und eine Kategorisierung in «Keine/Kaum Beschwerden», «Einige Beschwerden» und «Starke Beschwerden» erfolgt (vgl. BFS 2020: 9)²¹. Von den Sozialarbeitenden in Ausbildung (n=484) sind es 68 %, die über starke Beschwerden berichten, sowie 24.4 %, die über einige Beschwerden berichten. Von den Leitungspersonen (n=772) sind es 47 % mit starken und 34.7 % mit einigen Beschwerden und von den Fachpersonen (n=1'890) sind es 55.3 % mit starken und 30.7 % mit einigen Beschwerden (Kruskal-Wallis $H(2)=57.788 p<.001, n=3'146$).

Ein Vergleich der Altersgruppen in Abbildung 18 zeigt, dass die Befragten, welche im Alter von 20-34 Jahren sind, mit 63.5 % am häufigsten von starken Beschwerden betroffen sind, währenddessen von den 35-44-Jährigen und den 45-64-Jährigen rund 50 % über starke Beschwerden berichten (Kruskal-Wallis $H(2)=22.475 p<.001, n=1085$).

Abbildung 18: Anteil der körperlichen Beschwerden der unterschiedlichen Alterstruppen (n=1'085)



Von allen Befragten, die angeben, kein Fieber zu haben (n=3'276), sind es 55.3 %, die über starke Beschwerden berichten und 30.6 %, die über einige Beschwerden berichten. Lediglich 14.1 % der Befragten sind beschwerdefrei.

Auch hier sind es die Frauen, die im Vergleich zu den Männern deutlich häufiger über starke Beschwerden berichten. Es sind dies 60.3 % im Vergleich zu 42.2 % (Mann Whitney $U(2471,966) = -9.716 p<0.001$).

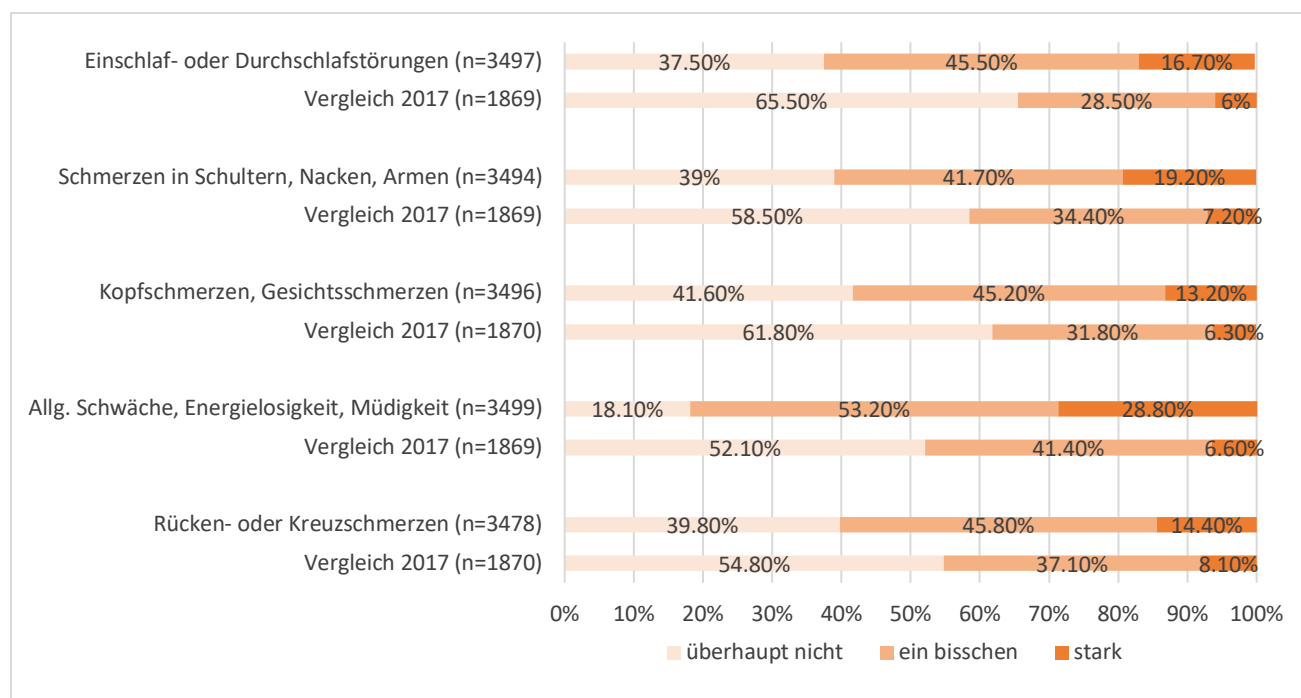
In der Gesundheitsbefragung 2017 wurde für die Erwerbstätigen im Sozial- und Gesundheitswesen (n=1'756) der gleiche Summenwert berechnet. Dort waren es 24.5 %, die über starke Beschwerden,

²¹ Dieser Indikator basiert auf dem Summenindex des BFS SYMPTOMA=3 (SUM ≥ 12). Er fasst folgende Fragen zusammen: Bitte geben Sie an, ob Sie sich in den letzten 4 Wochen «überhaupt nicht», «ein bisschen» oder «stark» durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt haben: Rücken- oder Kreuzschmerzen; Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit; Schmerzen oder Druckgefühl im Bauch; Durchfall, Verstopfung oder beides, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen; Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen; Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern; Schmerzen oder Druck im Brustbereich. Für Personen, die angeben, Fieber zu haben, wird der Summenwert nicht berechnet (Kontrollvariable).

37.6 %, die über einige Beschwerden und 37.9 % die über kaum oder keine Beschwerden berichteten. Das heisst, der Anteil der Personen mit starken Beschwerden hat sich verdoppelt.²²

In Abbildung 19 ist ersichtlich, von welchen Beschwerden die Befragten wie stark betroffen sind und wie sich dies im Vergleich zu den Auswertungen der Gesundheitsbefragung von 2017 verhält²³. Es ist gut zu sehen, dass sich die körperlichen Beschwerden alle verstärkt haben. Am häufigsten sind die Befragten von Allgemeiner Schwäche, Energielosigkeit und Müdigkeit betroffen.

Abbildung 19: Physische Beschwerden im Vergleich

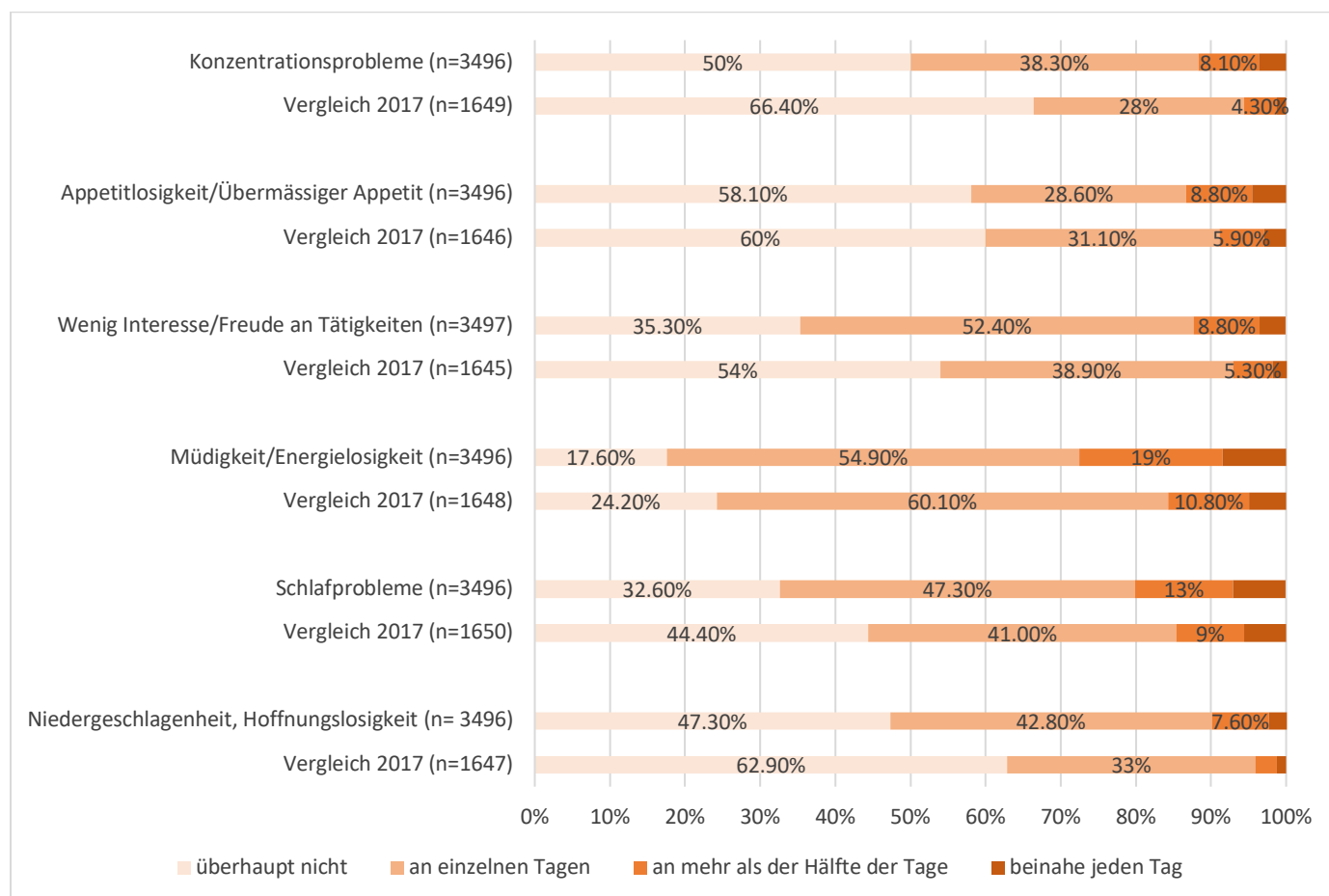


Auch die psychischen Beschwerden sind im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2017 häufiger geworden, wie in Abbildung 20 zu sehen ist. Der Anteil der Personen, die «überhaupt nicht» von den Beschwerden betroffen sind, nimmt ab und die Anteile jener Personen, welche «an mehr als der Hälfte der Tage» oder «beinahe jeden Tag» von den psychischen Beschwerden betroffen sind, steigen allesamt an. 27.5 % fühlen sich an mehr als der Hälfte der Tage energielos und müde. Dieser Anteil ist vergleichbar mit dem Anteil der Personen, die sich emotional verbraucht fühlen (31.3 %). Es besteht ein signifikanter, relativ starker Zusammenhang zwischen der emotionalen Erschöpfung und dem Gefühl der Müdigkeit und Energielosigkeit ($r_s(3'270) = 0.453 p < 0.001$). Auch zu den übrigen psychischen und körperlichen Beschwerden besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der emotionalen Erschöpfung wie auch mit der Belastung. Zum Summenwert, über den zu Beginn dieses Kapitels berichtet wurde, beträgt der Korrelationskoeffizient r nach Spearman 0.421 ($p < 0.001$), was nach Cohen (1992) einem mittleren bis starken Effekt entspricht. Es lässt sich daraus schliessen, dass sich die hohe Arbeitsbelastung, welche zu emotionalen Erschöpfung bei der Arbeit führt, in körperlichen Beschwerden niederschlägt.

²² Der Vergleich beruht auf nicht gewichteten Werten.

²³ Der Vergleich beruht auf nicht gewichteten Werten.

Abbildung 20: Psychische Beschwerden im Vergleich



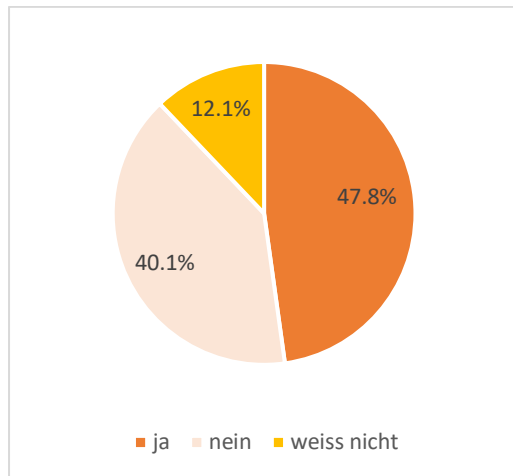
Einen vermutlich positiven Einfluss hat die Corona- Pandemie darauf, dass Professionelle seit Ausbruch der Pandemie bei einer Erkrankung eher zu Hause bleiben und nicht arbeiten. Von den 1'645 Personen, die krank waren, sind es 27.8 %, die trotzdem gearbeitet haben. In der Gesundheitsbefragung des Jahres 2017 haben 34 % der Erwerbstätige des Sozial- und Gesundheitswesens gearbeitet, obwohl sie krank waren.

Die Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation der Professionellen der Sozialen Arbeit zeigen insgesamt ein besorgniserregendes Bild. Da die Befragung in den Wintermonaten stattgefunden hat, könnte auch das einen Einfluss gehabt haben auf die Häufigkeit der Beschwerden bei Sozialarbeitenden. Diese Zahlen zur Gesundheit von Sozialarbeitenden müssten unbedingt weiterverfolgt werden.

4.5 Positive Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit

Die Teilnehmenden wurden explizit nach positiven Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit gefragt, die sie gerne nach Beendigung der Covid-19-Pandemie beibehalten würden. Dabei gaben 47.8 % der Befragten an, dass es positive Veränderungen gibt (siehe Abb. 21).

Abbildung 21: Positive Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie, die gerne beibehalten werden würden (n = 3'506)



In einem offenen Feld benannten die Befragten die positiven Veränderungen. Induktiv konnten aus den Antworten die folgenden Kategorien gebildet werden:

- Homeoffice und Digitalisierung (n = 1'179)
- Abstand- und Hygieneregeln (n = 101)
- Entschleunigung und Achtsamkeit (n = 326)
- Innovation und Flexibilität (n = 168)
- Anderes (n = 287)

Homeoffice und Digitalisierung

Die Möglichkeit der Arbeit im Homeoffice (n = 763), der neue Stellenwert von digitalen Besprechungen (n = 216), der Zuwachs an digitalen Fertigkeiten und eine bessere technische Ausstattung (n = 133) werden unter diese Kategorie gefasst. Auch «Nebenwirkungen» wie das Wegfallen von Anreisewegen (n = 36) sowie effizientere und kürzere Sitzungen (n = 31) werden positiv hervorgehoben.

Abstand- und Hygieneregeln

Von einigen Teilnehmenden (n = 101) werden weitere Aspekte wie „Distanzregeln“, der „Verzicht auf Hände schütteln“, „höhere Hygienestandards“ und das „Maske tragen bei Erkältungssymptomen“ gewünscht.

Entschleunigung und Achtsamkeit

In dieser Kategorie werden Antworten zusammengefasst, die wegfallende Termine (v. a. Sitzungen) und eine „Entschleunigung“ (n = 99) sowie – vermutlich in einem engen Zusammenhang stehend – die Mehrzeit mit den Adressat*innen (n = 29) als positiv hervorheben.

Aber auch der achtsame Blick auf die eigene Gesundheit bzw. das Dogma, bei Krankheit tatsächlich zuhause zu bleiben (n = 26).

Es geht um Aspekte der „besseren“, achtsameren bzw. solidarischeren Zusammenarbeit sowie um das Thema Anerkennung (n = 172); besonders häufig wird diese explizit in Bezug auf das eigene Team hervorgehoben (n = 90).

Innovation und Flexibilität

Positiv konnotiert wird von den Teilnehmenden auch das Hinterfragen und Erneuern von Arbeitsstrukturen und -abläufen, das Finden von kreativen Lösungen und die Möglichkeit, individuellere Hilfen anbieten zu können (n = 91). Auch das Mehr an «Flexibilität» wird von 73 Befragten betont. In den Aussagen bezieht sich die Flexibilität vor allem auf die Arbeitszeit.

Einzelne Personen (n = 4) wünschen sich auch zukünftig weniger Bürokratie.

Anderes

Für einige Teilnehmende (n = 88) hat sich die Covid-19-Pandemie positiv auf ihre berufliche Stellung bzw. auf das Aufgabenprofil ausgewirkt. Es kam zu Stellenwechseln, Beförderungen sowie der Übernahme von mehr Verantwortung und neuen Aufgabenbereichen in der «alten Stelle».

12 Teilnehmende beobachten mehr Eigen- bzw. Mitverantwortung der Klient*innen. Zusätzlich gab es diverse (n = 187) Einzelnennungen.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Nach der Präsentation der einzelnen Ergebnisse geht es in diesem abschliessenden Kapitel darum, die Resultate zu verdichten und ihnen eine Kontur zu verleihen. Oder mit anderen Worten: Welches Bild lässt sich zur Situation der Sozialen Arbeit und der gesundheitlichen Verfassung der Sozialarbeitenden in Zeiten der Covid-19-Pandemie zeichnen? Wie können die darin eingebetteten empirischen Ergebnisse interpretiert und möglicherweise vorläufig erklärt werden? Und schliesslich, was bedeuten diese Ergebnisse im Hinblick auf die Ausstattung und Ausgestaltung der Sozialen Arbeit in naher und weiterer Zukunft?

5.1 Zusammenfassung

Die Einrichtungen der Sozialen Arbeit in der Schweiz waren mit wenigen Ausnahmen während des zweiten Lockdowns geöffnet, was aufgrund der Kontaktbeschränkungen und Hygienevorschriften veränderte Arbeitsabläufe und Umstrukturierungen erforderte. Schutzkonzepte wurden eingeführt und konnten grösstenteils umgesetzt werden. Bei mehr als einem Drittel wurde das Homeoffice zumindest teilweise eine Option und konnte von der grossen Mehrheit effektiv zur Erledigung der Arbeit genutzt werden. Jedoch erhielt weniger als die Hälfte der Befragten die entsprechende Ausstattung von der Arbeitgeberschaft. Der Einsatz von digitalen Technologien bereitete den Sozialarbeitenden keine grösseren Mühen.

Corona-bedingte Veränderungen wurden auch in der Kommunikation zu anderen Fachpersonen und den Adressat*innen wahrgenommen und mehrheitlich als negativ erlebt. Weitere negative Auswirkungen wurden auf Seiten der Adressat*innen festgestellt. Die meisten Befragten beobachteten - mindestens in Teilen - eine Verstärkung der Problemlagen und problematischen Handlungsmustern bei den Adressat*innen. In den Arbeitsfeldern «Arbeits- und Berufsintegration» und dem «Gesundheitswesen» haben die Problemlagen besonders zugenommen. In Bezug auf die Interaktion ist festzuhalten, dass trotz einer Verringerung der Kontakte mit den Adressat*innen die Sozialarbeitenden von einer erhöhten Nachfrage berichteten (vor allem in der Sozialhilfe).

Die Arbeitsbedingungen haben sich während der Covid-19-Pandemie für viele Befragte in einem solchen Masse verändert und teilweise auch verschlechtert, dass sich die Arbeitsbelastung signifikant

erhöht hat. Insbesondere von Personen in Leitungspositionen wird die Belastung als sehr hoch erlebt. Auch auf der Ebene der Fachpersonen und der Auszubildenden ist das Belastungsniveau erheblich angestiegen, weil sie Mehrarbeit, und das heisst in vielen Fällen Arbeit in der Freizeit, leisten mussten. Begründet ist die Mehrarbeit durch Ausfälle von Kolleg*innen, durch die Übernahme der Zuständigkeit für mehr Adressat*innen und durch die Verstärkung der Problemlagen der Adressat*innen. Hinzu kamen die erschwerte Kommunikation zu den Adressat*innen und den anderen Fachpersonen sowie generell der Aufwand, den die damit einhergehenden Lernprozesse und Umstellungen mit sich brachten.

Besorgniserregend ist insbesondere der Befund, dass bei jedem/jeder Dritten die aktuellen Arbeitsumstände dazu führen, dass sie von einem starken Risiko betroffen sind, an einem Burnout zu erkranken. In der französischsprachigen Schweiz (einer relativ kleinen Gruppe in unserem Sample) betrifft dies sogar jede zweite Person, was als alarmierend bezeichnet werden muss. Dieses Ergebnis ist umso bedeutsamer, als es auf einem validen und reliablen Indikator beruht, und ein Anstieg von knapp 22 % auf 31 % im Verhältnis zur Gesundheitsbefragung 2017 zu verzeichnen ist (vgl. S.19). Das heisst auch, dass das Burnout-Risiko schon vor der Pandemie auf einem an sich nicht akzeptablen Niveau bestanden hat. Begleitet wird dieser Befund von einer ganzen Reihe weiterer berichteter gesundheitlicher Probleme. Alle gemessenen Werte zur physischen und psychischen Gesundheit fallen schlechter aus, als dies während der Gesundheitsbefragung von 2017 bei den Erwerbstätigen des Sozial- und Gesundheitswesens der Fall war. Besonders betroffen sind die Befragten von allgemeiner Schwäche, Energielosigkeit und Müdigkeit. Einige berichten über Schlafprobleme, Kopf- und Rückenschmerzen. Wenn man den Summenwert für körperliche Beschwerden aus der Gesundheitsbefragung betrachtet, wird deutlich, dass über 50 % der Befragten unter starken Beschwerden leiden. Im Vergleich zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 hat sich dieser Wert mehr als verdoppelt.

Neben den Belastungen und deren Auswirkungen sind aber auch eine Reihe von Indizien deutlich geworden, die zeigen, dass mit der Covid-19 Pandemie Prozesse angestossen wurden, die von einer beträchtlichen Anzahl der Befragten als so positiv bewertet wurden, dass sie diese Veränderungen auch nach der Pandemie gerne beibehalten würden. Stellt man in Rechnung, dass es sich dabei um offene Antwortmöglichkeiten gehandelt hat, dann darf davon ausgegangen werden, dass vermittelt über die Pandemie eine aktive Auseinandersetzung und ein aktives Bewältigungshandeln seitens der Sozialarbeitenden eingesetzt hat, das sich auf vielfältige Weise ausdrückt. Auch diese Pfade sind unbedingt weiterzuerfolgen, und zwar einerseits in den Praxen selbst, aber andererseits auch durch die (weitere) Forschung.

5.2 Diskussion

Es zeigt sich in den Daten das Bild einer generell schon stark belasteten und zusätzlich durch die Covid-19-Pandemie sehr stark belasteten Profession. Es ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass die Einrichtungen der Sozialen Arbeit zu den wenigen gehören, die während der gesamten zweiten Welle und bis heute – fast ohne Einschränkung – für ihre Adressat*innen zugänglich geblieben sind.

Wenn von den Auswirkungen von Covid-19 die Rede ist, dann wird oft die Metapher eines Brennglases verwendet. Wie unter einer Lupe werden Problematiken, die vorher schon bestanden haben, nun deutlicher sichtbar. Auch die Forschungsgruppe ist der Ansicht, dass sich dieser Effekt der Verschärfung bestehender Problematiken in den vorliegenden Daten beobachten lässt. Aber gleichzeitig präsentiert sich die Soziale Arbeit als eine Profession, die sich diesen Herausforderungen stellt und versucht, die sich eröffnenden Optionen zu ergreifen und zu nutzen, um die krisenhafte Situation so gut wie möglich bewältigen zu können. Dies zeigt sich einerseits im offenbar relativ geschmeidigen

Umgang mit den digitalen Hilfsmitteln, aber auch in den offenen Fragen zu weiteren Corona-bedingten Veränderungen, die nach der Krise beibehalten werden sollten. Eine Art Zweiteilung, die sich durch die Stichprobe zieht, lässt sich beobachten: Der eine grosse Teil scheint mit der Situation einigermassen oder gut klarzukommen. Der andere, ebenfalls grosse Teil der Sozialarbeitenden, bewegt sich in einem Bereich der Belastung, der Besorgnis erregende gesundheitliche Folgen für die Sozialarbeitenden hat, deren Ausmass diskutiert und über dessen Ursachen dringend nachgedacht werden muss. Denn aus Sicht der Forschungsgruppe können diese Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation und der damit korrelierenden Belastungsfaktoren nicht einfach so stehen gelassen werden. Oder, um es gleich schon zuzuspitzen: Wenn sich unsere Ergebnisse zur beruflichen und gesundheitlichen Situation der Sozialarbeitenden in der Schweiz in einer grösser angelegten, repräsentativen Studie bestätigen sollten (und sie bestätigen sich tendenziell im Vergleich zu den Studien in Deutschland und den Niederlanden²⁴), dann besteht dringender Handlungsbedarf. Spätestens hier ist die Sorgfaltspflicht der Arbeitgebenden aufgerufen, die in der Schweiz oftmals staatliche (kommunale und kantonale) Körperschaften sind oder zumindest via Leistungsverträgen und Ähnlichem auf die Arbeitsbedingungen der subsidiär arbeitenden NGOs steuernd einwirken.

Bevor jedoch in diesem Kapitel weitere Rückschlüsse in Hinblick auf die Ausstattung und Ausgestaltung der Sozialen Arbeit in naher und weiterer Zukunft gezogen werden, stellt sich zunächst die Frage, wie sich die Ergebnisse im Allgemeinen, und insbesondere diese Zweiteilung des aktiven Bewältigungshandelns der Sozialen Arbeit, das nur zu Teilen gelingt, erklären lassen. Eine mögliche erklärende Variable wären die Arbeitsfelder. Man könnte annehmen, dass in einem Arbeitsfeld, wie zum Beispiel der KESB, aufgrund der ansteigenden Fälle von häuslicher Gewalt die Arbeitsbelastung im Vergleich zu anderen Arbeitsfeldern so stark ansteigen würde, dass dort vermehrt die stark belasteten Sozialarbeitenden anzutreffen wären. Es gibt zwar statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitsfeldern. Diese fallen aber klein aus und der Zusammenhang zwischen der gestiegenen Nachfrage und der Arbeitsbelastung ist schwach. Eine andere erklärende Variable könnten die Kantone mit ihren unterschiedlichen gesetzlichen und finanziellen Vorgaben sein. Dies konnte in dieser Studie jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen pro Kanton nicht geprüft werden. Eine andere erklärende Variable wäre das Bewältigungshandeln der Sozialarbeitenden auf individueller Ebene. Die Ausprägung der beschriebenen Belastungsfaktoren und die Art der gesundheitlichen Folgen sind jedoch zu verbreitet und zu gravierend, als dass dies eine hinreichende Erklärung liefern könnte. Die Charakteristika auf der individuellen Ebene, wie z.B. Geschlecht und Familiensituation zeigen zwar Unterschiede, können aber das gesamte Ausmass nicht annähernd erklären. Zu anderen Merkmalen, wie z.B. Unterschiede im individuellen Bewältigungshandeln, können wir aufgrund der uns zur Verfügung stehenden Daten keine Aussagen machen. Auch hier wäre also weiterer Forschungsbedarf vorhanden.

Gleichwohl stellt sich die Frage, wie ein Erklärungsansatz aussehen könnte, der das hier gezeichnete Bild mit seinen gegensätzlichen Anteilen fassen und darin insbesondere die hohe und auffällige gesundheitliche Belastung der Sozialarbeitenden begründen kann? Oder anders gefragt: Gibt es strukturelle Gründe, die dazu geführt haben, dass die Arbeitsbelastung ein Mass erreicht hat, das massive gesundheitliche Folgen für einen grossen Teil der Sozialarbeitenden hat, die sich nun durch die Pandemie verschärfen?

²⁴ Der Artikel dazu befindet sich im Peer-Review-Verfahren und wird voraussichtlich bald im «Journal of comparative social work» erscheinen.

Das folgende Erklärungsmodell ergibt sich nicht unmittelbar aus den Daten, sondern es handelt sich um einen abduktiven Erklärungsansatz, der grundsätzlich immer, so auch im vorliegenden Fall, weiterer, systematischer Überprüfung bedarf. Abduktion funktioniert im Prinzip so, dass eine Erklärungshypothese oder ein Erklärungsmodell (A) aus nicht unmittelbar datengestützten Beobachtungen aufgestellt wird, die, wenn sie zutreffen würden, das zu erklärende Phänomen (C), in unserem Fall ein ausgeprägtes Bewältigungsverhalten der Sozialarbeitenden, das aber in grossem Ausmass von starken gesundheitlichen Folgeproblemen begleitet wird, erklären würde. Oder in den Worten von Peirce (1997, S. 245): «If A was true, C would be a matter of course. Hence, there is reason to suspect that A is true». Auch wenn eine plausible Erklärung auf diesem Weg entsteht, von der man annehmen kann, dass sie zutrifft, muss sie unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten erst noch überprüft werden.

Wenn die Covid-19-Pandemie eine verschärfende Wirkung auf bestehende Problematiken hat, wie sie mit der Metapher des Brennglases zum Ausdruck gebracht wurde, dann stellt sich die Frage, was die Covid-19-Pandemie in Hinblick auf Arbeitsbelastung und Gesundheit der sozialarbeiterischen Workforce verstärkt hat. Der Erklärungsansatz, der hier zur Diskussion gestellt wird, reflektiert auf die Entwicklung der Arbeitsbedingungen der Sozialen Arbeit (aber auch im Übrigen des Gesundheitssystems) in den zurückliegenden rund 20 bis 30 Jahren. Diese waren im Wesentlichen gekennzeichnet durch Budgetkürzungen bzw. neo-liberale Austeritätspolitik, in der Einsparungen zu einer massiven Intensivierung der Arbeit geführt haben, ohne die Qualität der Arbeit, noch die Arbeitsbelastung in einem ausgewogenen Gesamtbild, mitlaufen zu lassen. Als Beleg, ausserhalb der Sozialen Arbeit, kann das Gesundheitssystem – und hier insbesondere die Situation der Pflege – herangezogen werden. Insbesondere dort, wo diese Politik in extremer Weise durchgeführt wurde, wie z. B. in Grossbritannien oder Italien, zeigt die Covid-19-Pandemie, dass dort Systeme in einer Weise gestaltet wurden, die im Normalbetrieb schon am Anschlag laufen und dann, unter den Bedingungen einer Krise, nur noch durch übermenschliche Anstrengungen am Laufen gehalten werden können. Der leider nur kurzfristige Applaus wurde ihnen immerhin gewährt (vgl. zur Situation der Pflege und auch zum Zusammenhang mit der Austeritätspolitik Pelling, 2021)

Das Bild, das hier gezeichnet wurde, wäre in Analogie dazu ein Ausdruck einer Profession, deren Spielräume soweit reduziert wurden, dass sie in vielen Fällen (in vielen Organisationen) auch ohne Covid-19-Pandemie, sozusagen im Normalfall, schon am Anschlag läuft (vgl. z. B. zum Zusammenhang von Politik und (eingeschränkter) Professionalität Hollenstein, 2020). Die Pandemie bringt nun eine Steigerung der Arbeitsbelastung mit sich, die für viele nicht mehr zu kompensieren ist, und sich dementsprechend in der Gesundheit von vielen Sozialarbeitenden niederschlägt. Auf der anderen Seite kann die Pandemie als belebende, eingefahrene und verkrustete Abläufe (einer am Anschlag laufenden Organisation) aufbrechende Dynamik verstanden werden, die neue Möglichkeiten eröffnet, welche von den Sozialarbeitenden hoffnungsvoll aufgegriffen und in diesem Sinn willkommen geheissen werden. Dass gerade der Indikator Burnout so ausschlägt, und gerade die Jüngeren stärker von den gesundheitlichen Beschwerden betroffen sind, unterstützt den Erklärungsansatz. Denn neben Stress und weiteren quantitativen Belastungen sind die mangelnde Sinnhaftigkeit des beruflichen Handelns und die nicht erhaltene Wertschätzung zwei weitere zentrale Faktoren für das Auftreten eines Burnouts. Die Jüngeren verfügen über weniger ausgeprägte Routinen und haben aufgrund ihrer frisch abgeschlossenen Ausbildung hohe Ansprüche und Erwartungen an ihre eigene Arbeitstätigkeit und Wirksamkeit, die schon von einer «Organisation am Anschlag» tendenziell enttäuscht werden. Unter den Bedingungen der Pandemie kommen nun tendenziell Faktoren hinzu wie bspw., dass Zeiten für Supervision, Einarbeitung, kollegialer Austausch etc. wegfallen und stattdessen das

Paket an Aufgaben grösser wird, das für jede*n Einzelne*n zu tragen ist. Das Ergebnis, dass im französischsprachigen Sample das Burnout-Risiko noch einmal erheblich höher ist, wäre diesbezüglich zu überprüfen: Sind dort die Sparmassnahmen härter ausgefallen oder ist der Effekt darauf zurückzuführen, dass die Pandemie in diesen Kantonen tendenziell härter zugeschlagen hat?

Wenn wir diesen Erklärungsansatz zugrunde legen, dann ist der entscheidende Faktor die Organisation. Die daran anschliessende Frage wäre, ob es Organisationen der Sozialen Arbeit gibt, die bessere oder schlechtere Lösungen gefunden haben, mit dem Spardruck umzugehen, die sich dementsprechend in den Arbeitsbedingungen, im Grad der Professionalität und der Arbeitsbelastung niederschlagen. Zweifellos gibt es eine grosse Bandbreite von Organisationen der Sozialen Arbeit, was für diesen Faktor als Kandidat für die gesuchte erklärende Variable erst einmal spricht (vgl. auch hier die Studie von Lea Hollenstein, die drei Organisationen in der Opferhilfe untersucht hat, die jeweils unterschiedliche Formen in der Auseinandersetzung mit demselben Kontext entwickelt haben und unterschiedliche Folgen für die Arbeitsbelastung und die Professionalität gezeigt haben, Hollenstein 2020, op. cit.).

Wie oben ausgeführt, dieser Erklärungsansatz ist zu diskutieren und zu überprüfen. So oder so sprechen die Daten aber dafür, dass die Arbeitsbedingungen der Sozialen Arbeit dringend dahingehend genauer angeschaut werden müssen, inwieweit mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, sowohl Professionalität als auch die Arbeitsbelastung so gestaltet werden können, dass die Sozialarbeitenden nicht unverhältnismässig gesundheitlich belastet werden und eine möglichst hohe Qualität ihrer Leistungen sicherstellen können. Hier zeichnet sich einerseits ein enormer Forschungsbedarf ab. Es zeichnet sich aber auch ein berufspolitischer und gewerkschaftlicher Handlungsbedarf ab, nämlich in den kommenden Aushandlungen, die Frage nach dem «polit-ökonomischen Optimum» (Bauer, 1996) wieder neu und verstärkt aufzuwerfen. Dieser Begriff von Bauer weist darauf hin, dass bei personenbezogenen Dienstleistungen wie der Sozialen Arbeit oder der Pflege, weder ein (nicht-existierender) Markt noch die technokratische Steuerung, wie sie paradoxerweise mit der neo-liberalen Politik erzeugt wurde, dafür sorgen, dass sich ein solches Optimum einstellt. Der beste Weg wäre ein echter Aushandlungsprozess, in dessen Verlauf man sich diesem (unbekannten) Optimum annähern könnte. Es wäre dazu notwendig, sich ernsthaft der Frage zu stellen, wie ein solches Optimum aufgrund welcher Rahmenbedingungen und professioneller Verfahren aussehen könnte. Hier ist die Profession gefragt, Kriterien und Standards zu entwickeln, die in die Verhandlungen um das polit-ökonomische Optimum eingebracht werden können. Und von Seiten des politisch-administrativen Komplexes müsste eine Bereitschaft bestehen, sich ebenso ernsthaft auf diese Frage einzulassen. Und dafür gibt es Gründe:

Wenn der dargestellte Erklärungsansatz zutrifft, und auch schon, wenn man die Daten der Studie für sich sprechen lässt, dann deutet einiges darauf hin, dass das realisierte polit-ökonomische Regime zu Arbeitsbelastungen geführt hat, die nicht nur gesundheitsgefährdend sind, sondern auch die Qualität der professionellen personenbezogenen Dienstleistungen der Sozialen Arbeit beeinträchtigt. Das eine kollidiert mit der (rechtlich kodifizierten und damit mehr oder weniger bindenden) Sorgfaltspflicht der Arbeitgebenden. Das andere kollidiert mit der grundlegenden Zielsetzung staatlicher sozialer Hilfen, die darauf angelegt sein müssen, dass sie nicht nur so wenig wie möglich kosten, sondern gleichzeitig auch einen möglichst hohen Nutzen bringt. Nur beides zusammen ist effizient. Es stellt sich dann die Frage, inwieweit die finanziellen Restriktionen dazu geführt haben, dass unerwünschte Effekte auftreten, die letztlich ineffizient wären, weil sie die Effektivität der Sozialen Arbeit kompromittieren. Eine Studie in der Schweiz, die darauf hindeutet, dass dies der Fall sein könnte, hat ergeben, dass die Halbierung der Fallzahl von Sozialarbeitenden durch eine entsprechende Aufstockung

der Stellenprozente und damit vorderhand einer Erhöhung der Kosten in der Sozialhilfe letztlich unmittelbar zu massiven Kosteneinsparungen führt (Eser Davolio et al., 2017). Mehr Forschung zu dieser Frage ist nötig, wie zu allen nun folgenden Punkten, die zwar auf Beobachtungen in den Praxen der Sozialen Arbeit beruhen, aber eben systematisch erforscht werden müssten. Wenn permanent ein grösserer Teil der Sozialarbeitenden krank ist, und wenn ein nicht unwesentlicher Teil den Beruf wechselt, wenn die Fluktuationsrate in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit so hoch ist, dass alle drei bis fünf Jahre ein Grossteil der Belegschaft ausgewechselt und neu eingearbeitet werden muss, dann ist das nicht effizient und erzeugt nicht nur ökonomische Kosten, welche die Einsparungen bei weitem in den Schatten stellen, sondern führt auch zu Qualitätseinbussen bei denen, die noch gesund sind. Und das trifft dann diejenigen, die Hilfe nötig haben, nämlich die Adressat*innen der Sozialen Arbeit und verringert die mögliche Effektivität.

Als Konsequenz aus diesem Erklärungsansatz und nicht zu vergessen in Bezug auf die präsentierten Ergebnisse der Studie, sind für die Soziale Arbeit in strategischer Hinsicht eine kurzfristige und eine längerfristige Perspektive zu unterscheiden. Die längerfristige Perspektive wurde oben bereits ausgeführt. Die Profession der Sozialen Arbeit steht vor der Aufgabe, mit sich bewährenden Ansätzen in die Verhandlungen um das polit-ökonomische Optimum zu gehen und, flankiert von der Forschung der Sozialen Arbeit, in einem dialogischen Prozess mit den Vertreter*innen des polit-administrativen Systems eine vernünftige und mindestens im Sinne der Gesundheit nachhaltige Ausstattung zu erstreiten, und sodann den Nachweis zu erbringen, dass sich dies lohnt – in jeder Hinsicht. Wenn das Bild, das wir gezeichnet haben, auch darin zutrifft, dass die Krise nicht nur die Problematiken verschärft, sondern eingefahrene Prozesse und Strukturen aufbricht und Räume für Innovationen schafft, die von den Sozialarbeitenden aufgegriffen und wenn möglich genutzt werden, dann könnte sich die Krise durchaus als Wendepunkt für die Soziale Arbeit und ihre Adressat*innen und die Gesellschaft erweisen – Lernprozesse und Lernbereitschaft auch im politisch-administrativen System vorausgesetzt.

In kurzfristiger Perspektive sind zwei Dinge vor allem zu berücksichtigen: Die «soziale» Welle kommt erst noch und viele Organisationen der Sozialen Arbeit – und vor allem ihre Mitarbeitenden – laufen bereits am Anschlag. Alle aktuellen uns vorliegenden Studien zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zeigen, dass ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung relativ gut mit den Folgen der Krise zurechtkommt, dass aber vor allem die sozial Schwächeren in stärkerem Masse von den Folgen betroffen sind. Stellvertretend die beiden folgenden Zitate: «Gegen Ende des Jahres zeichnete sich jedoch eine Abnahme der psychischen Resilienz ab, wobei insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen, wie Personen mit psychiatrischen Vorerkrankungen, Personen mit finanziellen Problemen oder betreuende Angehörige überdurchschnittlich stark betroffen sind. Junge Erwachsene unter 30 und Jugendliche fühlen sich durch die Auswirkungen der Pandemie psychisch stärker belastet als ältere Menschen über 65. Alleinlebende, Alleinerziehende, sozial isolierte Personen und sozioökonomisch benachteiligte Personen zählen zu weiteren Bevölkerungsgruppen, die sich besonders im Lockdown mit grossen Herausforderungen konfrontiert sahen und teils bis heute stark belastet sind (Kessler & Guggenbühl, 2021, S. 4)». «Generell zeigt sich, dass die Pandemie bestehende Ungleichheiten verschärft. Haushalte am unteren Ende der Einkommensverteilung sind in den meisten Dimensionen – teils deutlich – stärker von der Krise betroffen als reichere Haushalte» (Martinez et al., 2021, S. 1). Unter anderem stellen diese Autor*innen einen starken Einkommensrückgang (20 % im Durchschnitt) bei den untersten Einkommensgruppen fest. Die Fälle häuslicher Gewalt steigen, die Jugendpsychiatrien sind voll belegt. Wie sich die Pandemie auf die Arbeitslosigkeit, auf die Arbeitsintegration und in deren Gefolge auf die Sozialhilfe auswirken wird, lässt sich vermuten und die Tendenzen zeigen sich bereits in der angestiegenen Nachfrage (S. 14).

Kurzum: Es zeichnet sich ab, dass den epidemiologischen Wellen eine „soziale“ Welle folgen wird bzw. dass diese bereits im Rollen ist. Unter der Massgabe, dass die vor allem ökonomischen Folgen der Pandemie mit massiven Neuverschuldungen aufgefangen wurden, ist zu befürchten, dass neue Spar-Runden anstehen. Auf der Basis unserer Daten und des präsentierten Erklärungsmodells wäre dies, im Hinblick auf die Soziale Arbeit, die Gesundheit der Sozialarbeitenden und somit im Hinblick auf deren Leistungserbringung und somit für die von der Pandemie besonders hart getroffenen Bevölkerungsgruppen fatal, weil sich dann die verschärfte Dynamik, die durch die Pandemie aufgebrochen ist, verstetigen würde, mit den entsprechenden, in unseren Daten dokumentierten Folgen für viele Organisationen, die über dem Anschlag laufen. Aus unserer Sicht ist daher kurzfristig nicht nur eine Kürzung der Mittel unter allen Umständen zu vermeiden, sondern es müsste, ähnlich wie in Bezug auf die privatwirtschaftlichen Folgen und diesen Teil des Arbeitsmarktes, nun auch in Bezug auf die (psycho-) sozialen Folgen der Pandemie mit einem Ausbau der Ressourcen gehandelt werden. Es ist vorderhand nicht einzusehen, dass für den privatwirtschaftlich organisierten Teil der Volkswirtschaft unendlich viele staatliche Ressourcen im Handumdrehen mobilisiert werden können (wie schon bei der Finanzkrise), für den gemeinwirtschaftlichen Teil der Volkswirtschaft und den damit zusammenhängenden Teil des Arbeitsmarktes, zu dem die Soziale Arbeit ebenso zählt wie die Pflege wie die Bildung, dies nicht nur nicht möglich sein soll, sondern dass dort dann wieder gespart werden müsste, weil z.B. die Gewinne der grossen Immobilienkonzerne durch die Pandemie hindurch auf hohem Niveau stabilisiert werden mussten (anstatt ihre Solidarität bei der Bewältigung der Pandemie z.B. durch einen temporären Mieterlass zu ermöglichen). Es ist eine Frage der sozialen Gerechtigkeit und des politischen Willens, nicht eine Frage fehlender Mittel. Die sind ganz offensichtlich in grosser Menge vorhanden.

6 Referenzen

Bauer, R. (1996). „Hier geht es um Menschen, dort um Gegenstände“. Über Dienstleistungen, Qualität und Qualitätssicherung. Zur Begriffssystematik und zur politisch-ökonomischen Erklärung der gegenwärtigen Entwicklungslinien Sozialer Dienstleistungen in der Bundesrepublik. WIDERSPRÜCHE, Heft 61, 11–49.

Blaser, M., & Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Gesundheitsförderung Schweiz.

Benoy, C. (2020). Psychologische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der einhergehenden Massnahmen – ein Überblick. In Charles Benoy (Hrsg.), COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche, 23–34. Kohlhammer.

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2021). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html#2030838475> [Zugriffsdatum: 20.04.2021].

Bundesamt für Statistik BFS. (Hrsg.) (2019). Gesundheitsbefragung. Standardtabellen SGB2017. Lebensbedingungen, Arbeitsbedingungen, SARSI25. In: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.7586216.html> [Zugriffsdatum: 20.04.2021].

Bundesamt für Statistik BFS (Hrsg.) (2020). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Dokumentation der Indizes von 1992-2017. In: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.7566869.html> [Zugriffsdatum: 20.04.2021].

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 122(1), 155-159.

Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M., & Baumeister, H. (2015). Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 176, 9-17. doi:10.1016/j.jad.2015.01.056.

Eser Davolio, M., Strohmaier Navarro, R., Zwicky, H., Gehrig, M., & Steiner, Isabelle. (2017). Falllast in der Sozialhilfe und deren Auswirkungen auf die Ablösequote und Fallkosten [Schlussbericht]. ZHAW Soziale Arbeit. In: https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialearbeit/Forschung/Vielfalt_gesellschaftliche_Teilhabe/Community_Development/zhaw-schlussbericht-falllast-sozialhilfe-abloesequote-fallkosten.pdf.pdf [Zugriffsdatum: 05.04.2021].

Hollenstein, L. (2020). *Gesellschaft, Organisation, Professionalität: zur Relevanz von Professionspolitik in der Sozialen Arbeit*. Springer VS, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Kessler, C., & Guggenbühl, L. (2021). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung. Ausgewählte Forschungsergebnisse 2020 für die Schweiz (Arbeitspapier 52). Gesundheitsförderung Schweiz.

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz Juventa.

Martinez, I. Z., Kopp, D., Lalive, R., Pichler, S., & Siegenthaler, M. (2021). Corona und Ungleichheit in der Schweiz (KOF Studien, Nr. 161, Februar 2021; KOF Studien). Konjunkturforschungsstelle ETH Zürich.

Meyer, N., & Buschle, C. (2020). Soziale Arbeit in der Corona Pandemie: Zwischen Überforderung und Marginalisierung. IUBH Discussion Papers, Vol. 1(Issue 4 (Juni 2020)), 3–26.

Peirce, C. S. (1997). Pragmatism as a Principle and Methods of Right Thinking. In P. A. Turrisi (Hrsg.), *Pragmatism as a Principle and Methods of Right Thinking: The 1903 Harvard Lectures on Pragmatism*, 107–256. State University of New York Press.

Pelling, L. (2021). On the Corona Frontline. The Experiences of Care Workers in Nine European Countries - Summary Report. Friedrich Ebert Stiftung. In: www.fes.de/en/on-the-corona-frontline [Zugriffsdatum: 05.04.2021].

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenmerkmale.....	7
Abbildung 1: Zuordnung nach Arbeitsfeld (n= 3'507).....	8
Abbildung 2: Öffnungsstatus der Einrichtung (n= 3'455)	9
Abbildung 3: Zustimmung zur Aussage «Der fachliche Austausch mit ... hat sich verändert»	11
Abbildung 4: Zustimmung zur Aussage «Der fachliche Austausch mit ... hat sich negativ verändert»	11
Abbildung 5: Kommunikation mit Adressat*innen hat sich verändert (n = 3'461)	12
Abbildung 6: Kommunikation mit Adressat*innen hat sich negativ verändert (n = 2'768).....	12
Abbildung 7: Zustimmung zur Aussage «die Häufigkeit der Kontakte zu meinen Adressat*innen hat sich verringert» nach Arbeitsfeld (n = 2'121)	13

Abbildung 8: Zustimmung zur Aussage «Termine werden häufiger abgesagt» nach Arbeitsfeld (n = 2'121).....	14
Abbildung 9: Zustimmung zur Aussage «Angebote werden stärker nachgefragt» nach Arbeitsfeld (n = 1'907).....	14
Abbildung 10: Veränderungen seit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie	15
Abbildung 11: Verstärkung der Problemlagen der Adressat*innen nach Arbeitsfeld (n=2'129).....	16
Abbildung 12: Verstärkung problematischer Handlungsmuster der Adressat*innen nach Arbeitsfeld (n=2'071)	16
Abbildung 13: Als wie belastend empfinden Sie aktuell Ihre berufliche Situation? (n=3'502).....	17
Abbildung 14: Arbeitsbelastung nach Arbeitsfelder (n=3'411)	18
Abbildung 15: Wie sehr fühlen Sie sich im Stande, ihren Stress zu bewältigen? (n=3'444)	19
Abbildung 16: Emotionale Erschöpfung nach Geschlecht (n=3'478).....	20
Abbildung 17: Mehrarbeit leisten in der Freizeit nach Arbeitsfeldern	21
Abbildung 18: Anteil der körperlichen Beschwerden der unterschiedlichen Altersgruppen (n=1'085)	23
Abbildung 19: Physische Beschwerden im Vergleich	24
Abbildung 20: Psychische Beschwerden im Vergleich.....	25
Abbildung 21: Positive Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit seit Ausbruch der Covid-19-Pandemie, die gerne beibehalten werden würden (n = 3'506).....	26