

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)*

Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen

Forschungsbericht Nr. 5/10



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren/Autorinnen: Jörg Herdt, Henrike Winckel, Barbara Laskowska
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Psychodiagnostik und Evaluation
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
Tel. +41 (0) 61 325 5116
E-mail: joerg.herdt@upkbs.ch
Internet: www.upkbs.ch

Auskünfte: Martin Wicki
Abteilung Mathematik Analysen Statistik
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 90 02
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>

Bestellnummer: 318.010.5/10 d

Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen

- Schlussbericht -

erarbeitet für das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) im Rahmen des
mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



Jörg Herdt
Henrike Winckel
Barbara Laskowska



Basel, 26. Februar 2010

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherungen

IV-Berentungen aufgrund von psychischen Störungen sind wegen der starken Zunahme seit den 1990er Jahren bis 2004 nicht nur in der Schweiz ein brennendes Thema. Den Ursachen dieser Entwicklung wird in mehreren Forschungsprojekten im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV nachgegangen. So identifizierte die Dossieranalyse (Baer/Frick/Fasel 2009) Risiken für eine IV-Berentung aus psychischen Gründen. Darin wird unter anderem festgestellt, dass die arbeitsmarktlichen Abklärungen und die versicherungsmedizinische Beurteilung der funktionellen Leistungs- oder Arbeitsfähigkeit durch die Ärzteschaft in der Untersuchungsperiode 1992-2006 selten genügend vorgenommen wurde. Hinweise für eine rasche Rehabilitation der Versicherten fehlten oft.

Mit der 5. IVG-Revision wurde das Prinzip „Eingliederung vor Rente“ wieder verstärkt in den Vordergrund gerückt. Da die Integration psychisch Erkrankter gemäss allen Erfahrungen in der Regel höhere Anforderungen stellt als bei Personen mit körperlichen Leiden, gilt es, mehr Wissen über die berufliche Integration dieser Personen zu erhalten. Die Studie des Teams der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) ergänzt den erwähnten quantitativ ausgerichteten Bericht mit einer qualitativen Erhebung und Auswertung.

In der vorliegenden Studie wurden Personen mit psychischen Problemen, die sich einer stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen hatten, mehrmals hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit befragt. Dabei gingen die Forschenden von den Bedürfnissen der Betroffenen aus und untersuchten die Zusammenarbeit der verschiedenen betroffenen Fachleute inner- und ausserhalb der Klinik mit der Arbeitswelt.

Der Bericht stellt die aktuelle Situation der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Einschränkungen dar und benennt Schwierigkeiten, die für den ambulanten Bereich bereits mit der Dossieranalyse bewusst geworden war. Berufsintegrative Massnahmen werden noch zu selten und wenn, dann häufig zeitverzögert nach einem stationären Aufenthalt eingesetzt. Die Betroffenen selber sind oft überfordert, sich selbst Hilfe zu organisieren oder Hilfe durch andere anzufordern

Die Forschenden empfehlen den behandelnden Akteuren (Psychiater/innen, Kliniken, Hausärzte oder -ärztinnen) vermehrt professionelle Informationen, Instrumente und Hilfestellungen für Arbeitgeber bereit zu stellen. Dazu können auch unabhängige Ansprechpersonen (Job Coach) eingesetzt werden. Die Bedeutung der Beratung und Begleitung der Arbeitgeber wurde von der IV erkannt. Die IV Stellen fördern mit verschiedenen Massnahmen im Rahmen der 4. und 5. IVG-Revision diese Kontakte. In der Revision 6a wird diesem Aspekt weiter Rechnung getragen.

Weiter wird die Verbesserung von Diagnosenstellungen und Vorhersagewerten mit entsprechenden Leitlinien im Rahmen der psychiatrischen Behandlung empfohlen.

Schliesslich regt der Bericht an, Hausärzte hinsichtlich psychischer Erkrankungen besser über die vorhandenen Instrumente der Früherkennung und Frühintervention zu sensibilisieren und zu qualifizieren. Im Rahmen der 5. Revision wurden denn auch die Kontakte zwischen den regionalen ärztlichen Diensten (RAD) und Hausärzten intensiviert.

Generell wurden Informationsdefizite, Kommunikations- und Kooperationsschwierigkeiten zwischen den Arbeitgebern bzw. Vorgesetzten, den Integrationsfachleuten, den behandelnden Ärzten und Versicherten festgestellt. Diese abzubauen bleibt daher eine vordringliche Aufgabe.

Martin Wicki
Projektleiter
Bereich Forschung und Evaluation

Stefan Ritler
Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Préface de l'Office fédéral des assurances sociales

Les troubles psychiques, parce qu'ils ont généré une forte augmentation du nombre de rentes AI des années 1990 à 2004, sont devenus un sujet d'actualité en Suisse comme dans de nombreux pays. Plusieurs projets ont été lancés, notamment dans le cadre du programme de recherche sur l'invalidité (PR-AI), afin de comprendre les raisons de cette évolution. L'analyse des dossiers (Baer/Frick/Fasel 2009), par exemple, a permis d'identifier des facteurs de risque favorisant la mise en invalidité pour raisons psychiques. Cette étude a constaté entre autres que les médecins, durant la période étudiée (1992-2006), n'ont que rarement réalisé des examens en lien avec le marché du travail ou une évaluation médico-assurantielle de la capacité fonctionnelle ou de la capacité de travail, d'où l'absence fréquente d'indications utiles qui permettraient de réadapter rapidement les assurés.

La 5^e révision de l'AI a remis au premier plan le principe « la réadaptation prime la rente ». Comme l'expérience a montré que l'insertion professionnelle des malades psychiques est généralement plus difficile que celle des personnes présentant des atteintes physiques, il est nécessaire d'en apprendre davantage sur cette question. L'étude réalisée par l'équipe de la clinique psychiatrique universitaire de Bâle (UPK) complète les résultats quantitatifs obtenus en abordant les aspects qualitatifs.

Des personnes hospitalisées pour des raisons psychiques ont été interrogées à plusieurs reprises sur leur capacité de gain. Les chercheurs sont partis des besoins des intéressés et ont analysé la collaboration entre les différents spécialistes concernés au sein et en dehors de la clinique, d'une part, et le monde du travail d'autre part.

Le rapport fait un état des lieux de la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques. Il pointe des difficultés qui avaient déjà été repérées dans le domaine ambulatoire lors de l'analyse des dossiers. Il constate que les mesures de réinsertion professionnelle sont encore trop rares et que lorsqu'elles existent, elles n'arrivent pas assez tôt après l'hospitalisation. Les assurés sont souvent dépassés par l'organisation de l'aide dont ils auraient besoin.

Les chercheurs recommandent aux soignants qui suivent les personnes intéressées (psychiatre, clinique, médecin de famille) de fournir davantage d'informations, d'instruments et d'aides aux employeurs. L'intervention d'un interlocuteur indépendant (job coach) constitue également une piste à suivre. L'AI a reconnu l'importance des conseils aux employeurs et du suivi à leur intention. Différentes mesures prises dans le cadre de la 4^e puis de la 5^e révision encouragent les offices AI à avoir des contacts avec eux. La révision 6a tient également compte de cette nécessité.

Les chercheurs suggèrent par ailleurs d'adopter des directives relatives au traitement psychiatrique afin d'améliorer le diagnostic et le pronostic.

Enfin, l'étude recommande de mieux sensibiliser et former les médecins de famille à la détection et à l'intervention précoces dans les cas de maladie psychique. L'intensification des contacts entre ces médecins et les services médicaux régionaux (SMR) prévue par la 5^e révision va dans ce sens.

D'une manière générale, on constate un manque d'informations et des difficultés de communication et de coopération entre les employeurs ou les supérieurs hiérarchiques et les spécialistes de la réinsertion, les médecins de famille et les assurés. Il est urgent d'y remédier.

Martin Wicki

Chef de projet

Secteur Recherche et évaluation

Stefan Rittler

Vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Le rendite concesse per motivi psichici sono diventate un tema di grande attualità sia in Svizzera che all'estero a causa del forte aumento del loro numero dagli anni 1990 fino al 2004. Per studiare questa evoluzione sono stati avviati diversi progetti, alcuni dei quali nel quadro programma di ricerca sull'assicurazione invalidità PR-AI. L'analisi degli incarti di assicurati AI condotta da Baer, Frick e Fasel nel 2009 ha individuato i rischi che possono portare alla concessione di una rendita per motivi psichici. Gli autori hanno constatato che nel periodo esaminato (1992 – 2006) gli accertamenti inerenti al mercato del lavoro e le valutazioni della capacità funzionale / della capacità lavorativa svolte dai medici erano raramente sufficienti, ragion per cui spesso mancavano indicazioni importanti per una rapida riabilitazione degli assicurati.

Con l'entrata in vigore della 5a revisione AI, il principio della priorità dell'integrazione sulla rendita è tornato in primo piano. Poiché per esperienza l'integrazione dei malati psichici è più complessa di quella dei malati fisici occorre raccogliere maggiori informazioni sull'integrazione professionale di questa categoria di persone. Lo studio del gruppo di ricerca della clinica psichiatrica universitaria di Basilea (UPK) integra il summenzionato rapporto, di tipo quantitativo, con una rilevazione e un'analisi qualitative.

Nel presente studio, diverse persone con problemi psichici reduci da un soggiorno in un ospedale psichiatrico sono state interrogate più volte riguardo alla loro capacità al guadagno. I ricercatori hanno basato la loro analisi sulle esigenze degli assicurati ed hanno esaminato la collaborazione tra gli specialisti interni ed esterni alle strutture ospedaliere e il mondo del lavoro.

Il rapporto illustra la situazione attuale nel campo dell'integrazione professionale dei disabili psichici, e menziona difficoltà in parte già rilevate, per quanto riguarda il settore ambulatoriale, nell'analisi di incarti del 2009. Dopo il soggiorno ospedaliero, i provvedimenti d'integrazione professionale sono impiegati ancora troppo raramente oppure in ritardo. I malati psichici hanno spesso difficoltà ad aiutarsi da soli oppure a organizzare o richiedere l'aiuto di terzi.

I ricercatori raccomandano alle persone e istituzioni curanti (psichiatri, cliniche, medici di famiglia ecc.) di offrire una maggiore assistenza professionale ai datori di lavoro, sotto forma di informazioni, strumenti e aiuti. Segnalano inoltre la possibilità di ricorrere a interlocutori indipendenti (coach professionali). Avendo compreso la notevole importanza della consulenza e dell'accompagnamento per le imprese, in occasione della 4a e della 5a revisione AI l'assicurazione ha adottato una serie di misure per promuovere i contatti con i datori di lavoro tramite gli uffici AI. Gli sforzi in questa direzione stanno proseguendo anche nel quadro della 6a revisione.

Il rapporto raccomanda anche di migliorare le diagnosi e le prognosi mediante apposite direttive per la terapia psichiatrica.

Infine, propone di promuovere la sensibilizzazione e la qualificazione dei medici di famiglia in merito alle malattie psichiche e agli strumenti a loro disposizione (rilevamento e intervento tempestivo). A tal fine, nel quadro della 5a revisione sono stati intensificati i contatti tra i servizi medici regionali (SMR) e i medici di famiglia.

In generale gli autori dello studio hanno rilevato una scarsità di informazioni e problemi di comunicazione e cooperazione tra i datori di lavoro/i quadri, gli specialisti in materia d'integrazione, i medici curanti e gli assicurati. Uno degli interventi più urgenti resta quindi la risoluzione di questi problemi.

Martin Wicki
Responsabile di progetto
Settore Ricerca e sviluppo

Stefan Ritler
Vicedirettore
Responsabile dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword of the Federal Social Insurance Office

From the 1990s to 2004 the steep rise in invalidity insurance pension receipt on the grounds of mental disability was a major cause for concern in several countries, including Switzerland. Several research projects carried out as part of the FSIO Invalidity Insurance Research Programme (FoP-IV) have examined the causes behind this upward trend. For example, the IV case file analysis by Baer, Frick and Fasel (2009) identified a number of factors that place individuals at risk of IV pension receipt on mental health grounds. The authors noted that during the 1992-2006 observation period the medical profession carried out too few occupational examinations or insurance medicine assessments of IV applicants' functional abilities and their fitness for work. Consequently, suggestions for the swift rehabilitation of the insured were frequently lacking.

The 5th IVG Revision once again prioritised the existing fundamental principle of the IV system, namely "integration before a pension". Given that experience to date has shown that it is much more difficult to get individuals with a mental disability back into work than it is for individuals with a physical disability, better and more comprehensive knowledge about this issue is needed. The present study by the University Psychiatric Clinic Basle (UPK) builds on the findings of the above mentioned quantitative analysis with a qualitative survey and assessment.

The present study was based on a series of interviews with people who had received inpatient psychiatric treatment, in which they were asked questions about their fitness to work. The researchers were interested in the needs that these former patients had in this regard and examined collaboration between employers and the specialists working either for the clinic or elsewhere.

The report outlines the current situation regarding the occupational integration of people with mental health problems and exposes the difficulties arising from this process, some of which were already identified in the above mentioned IV case file analysis. The authors found that occupational integration measures were too seldom taken and when they were, such intervention often came too late, i.e. once the patient had been discharged. The beneficiaries themselves were frequently overwhelmed by the work needed to organise themselves or to ask others for assistance.

The research team recommends that the medical care providers (psychiatrists, clinics, family doctor) should offer employers more professional information, tools and assistance. In certain cases, they also recommend the involvement of an independent intermediary (job coach). The IV has already taken on board the importance of providing employers with advice and support. For example, since the 4th and 5th revisions of federal invalidity insurance legislation, cantonal IV offices have fostered greater contact with employers by means of a variety of measures. Revision 6a will also bear this point in mind.

Further recommendations concern improvements in diagnoses and predictive values, together with clear guidelines that can be following during the psychiatric care phase.

Finally the report suggests that GPs should be better informed about the existing IV instruments of early detection and intervention, and should be better qualified to use them. Following the 5th IV revision, contact between the Regional Medical Services and GPs has already been stepped up.

Overall, communication problems persist. For example, the researchers observed complications in relation to communication and cooperation between the employers/line managers, the integration specialists, the attending physicians and the insured. Resolving this problem remains a matter of priority.

Martin Wicki
Project manager
Research and Evaluation Section

Stefan Ritler
Deputy Director
Head of Invalidity Insurance

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Zusammenfassung	IX
Résumé	XV
Riassunto	XXI
Summary	XXVII
Glossar	XXXIII
1 Ausgangslage und Fragestellungen	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Forschungsauftrag und Ziele	1
2 Methodik und Stichproben	3
2.1 Studiendesign	3
2.2 Stichproben	4
2.2.1 PatientInnen	4
2.2.2 Zentrale Betreuungspersonen (fallbezogene Befragung)	6
2.2.3 ExpertInnen (fallunabhängige bzw. fallübergreifende Befragung)	6
2.2.4 Nachbefragung (PatientInnen)	7
2.3 Problemanalyse und Leitfadenkonstruktion	7
2.4 Datenaufbereitung	9
2.5 Datenanalyse	9
2.5.1 Computerunterstützte Inhaltsanalysen	10
3 Ergebnisse	13
3.1 Fragestellung 1 (Einflussfaktoren der beruflichen Eingliederung)	13
3.1.1 Personenfaktoren	15
3.1.1.1 Individuelle Entwicklungsbedingungen (P eb)	15
3.1.1.2 Unspezifische Personenfaktoren (P)	17
3.1.1.3 Erkrankungsbedingte Personenfaktoren (P k)	18
3.1.1.3.1 Erkrankungsstatus /Verlauf	19
3.1.1.3.2 Gesundheitsrelevante Kognitionen / Krankheitskonzept	19
3.1.1.3.3 Gesundheitsrelevantes Verhalten und Behandlungsmotivation	21

3.1.1.4	Arbeitsrelevante Erlebens- und Verhaltensmuster (P a)	22
3.1.1.4.1	Arbeitsbiographie	23
3.1.1.4.2	Berufliche Orientierung	24
3.1.1.4.3	Leistungsverhalten	26
3.1.1.4.4	Kompetenzen	26
3.1.2	Einflussfaktoren aus dem Arbeitsumfeld	28
3.1.2.1	Allgemeine Bewertung der Ergebnisse zum Bereich Arbeitsumfeld	29
3.1.2.2	Einflussfaktoren in Eingliederungsmassnahmen	29
3.1.2.2.1	Organisatorisch-strukturelle Bedingungen der Einrichtung	31
3.1.2.2.2	Integrationsförderlicher Anleitungsstil	31
3.1.2.2.3	Merkmale der Tätigkeit	33
3.1.3	Einflüsse aus dem sozialen Umfeld	35
3.2	Fragestellung 2 (Schnittstellen)	36
3.2.1	Generelle Bewertung der Ergebnisse	37
3.2.2	Schnittstelle PatientIn - Helfersystem	38
3.2.3	Schnittstelle ambulant behandelnde Ärzte – PatientIn (- IV)	39
3.2.4	Schnittstelle Stationäres Psychiatrisches Setting – Patient (- IV)	39
3.2.5	Schnittstelle ArbeitgeberInnen – PatientInnen	41
3.2.6	Schnittstelle Eingliederungsinstitution – PatientInnen – andere professionelle Betreuende	41
3.2.7	Schnittstelle IV – PatientInnen – andere professionelle BetreuerInnen	42
3.2.7.1	Strukturelle und personelle Bedingungen der IV	42
3.2.7.2	Merkmale der Fallführung bzw. Kundenbetreuung durch die IV	43
3.2.7.3	Bewertung der Abklärung durch die IV	43
3.2.7.4	Interdisziplinäre Zusammenarbeit der IV	44
3.3	Fragestellung 3 – Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen	44
3.3.1	Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Begutachtung / Diagnostik der Arbeits(un-)fähigkeit	45
3.3.1.1	Formale und inhaltliche Qualitätskriterien der Funktionsdiagnostik	46
3.3.1.2	Qualitätsmanagement und Effizienzverbesserung	47
3.3.2	Handlungsempfehlungen für eine effektive und effiziente Fallführung (Case-Management)	49

3.3.3	Arbeitsagogische Massnahmen zur Prävention und Förderung der Arbeitsfähigkeit	50
3.3.3.1	Aufgaben, Bedingungen und Merkmale von Eingliederungsinstitutionen	51
3.3.3.1.1	Förderliche strukturelle Bedingungen	51
3.3.3.1.2	Allgemeine nutzbringende Angebots- und Aufgabenbereiche für eine Eingliederungsmassnahme	52
3.3.3.1.3	Förderliche personelle Bedingungen	52
3.3.3.1.4	Förderliches Anleitungsverhalten	53
3.3.3.1.5	Interinstitutionelles Engagement und förderliche Kooperationsprozesse	55
3.3.3.1.6	Gesundheitsfördernde und leistungssteigernde Tätigkeitsmerkmale	55
3.3.3.2	Aufgaben, Bedingungen und Merkmale von Betrieben der freien Wirtschaft	56
3.3.3.2.1	Betriebliche Gesundheitsförderung	56
3.3.3.3	Aufgaben, Bedingungen und Merkmale der IV für eine effektive Eingliederungshilfe durch die IV	58
3.3.3.3.1	Förderliche Organisationsstrukturen der IV	59
3.3.3.3.2	Positiv konnotierte Handlungsmaximen der IV	61
3.3.3.3.3	Effiziente Angebote und Aufgabenbereiche der IV	64
3.3.3.3.4	Qualitätsmanagement	65
3.3.3.3.5	Hilfreiches Betreuungsverhalten	65
3.3.3.3.6	Interinstitutionelles Engagement und förderliche Kooperationsprozesse	66
3.4	Weiterführende Analysen	67
3.4.1	Verlaufsanalysen	67
3.4.2	Vergleichende Analysen der Aussagen von PatientInnen und Betreuenden	69
4	Fazit und abschliessende Handlungsempfehlungen	71
4.1	Zu Fragestellung 1 (Einflussfaktoren)	71
4.2	Zu Fragestellung 2 (Schnittstellen)	72
4.3	Zu Fragestellung 3 (Ansatzpunkt für Präventionsmassnahmen)	73
4.3.1	Handlungsempfehlungen für primärpräventive und früh einsetzende Hilfen	73
4.3.2	Bewertungen und Empfehlungen für sekundärpräventive Hilfen	74
4.3.3	Bewertungen und Handlungsempfehlungen in der Teriärprävention	76
4.3.4	Empfehlungen für ausgesuchte Interventionsbereiche der IV	76
4.3.4.1	Rehabilitative Orientierung bei Diagnostik und Abklärung	78

4.3.4.2 Verknüpfung der therapeutischen Ziele und Massnahmen mit denen der Arbeitsrehabilitation bei der Eingliederungsplanung/ Integriertes Konzept	78
4.3.4.3 Leitlinien und Qualitätsmanagement für Abklärung und Förderung	79
4.3.4.4 Individualisierte Förderung	80
4.3.4.5 Mitwirkung und Autonomie des Klienten	80
4.3.4.6 Nachhaltige Begleitung	81
4.3.4.7 Schulung von Führungsqualitäten und Fachkompetenzen	81
4.4 Forschungsbedarf	82
Literaturverzeichnis	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Forschungsmethodik	4
Tabelle 2. PatientInnenstichprobe	5
Tabelle 3. ExpertInnenstichproben	7
Tabelle 4. Themenbereiche der Interviewleitfäden	8

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)	10
Abbildung 2: Übergeordnete Einflussfaktoren der beruflichen Eingliederung	14
Abbildung 3: Übersicht der identifizierten personellen Einflussfaktoren	15
Abbildung 4: Personeller Einflussfaktor „individuelle Entwicklungsbedingungen“	16
Abbildung 5: Massnahmen der primärpräventiven pädagogischen Frühförderung	17
Abbildung 6: Personeller Einflussfaktor „erkrankungsbedingte Faktoren“	18
Abbildung 7: Personeller Einflussfaktor „Arbeitsrelevante Erlebens/Verhaltensmuster“	22
Abbildung 8: Einflussfaktoren im Arbeitsumfeld (erster und zweiter Arbeitsmarkt)	29
Abbildung 9: Übersicht zu Einflussfaktoren in Eingliederungsmassnahmen	30
Abbildung 10: Förderliche und hinderliche Merkmale der Anleitung in einer Eingliederungsmassnahme	32
Abbildung 11: Förderliche und hinderliche Merkmale des sozialen Umfelds	35
Abbildung 12: Am Integrationsprozess beteiligte Akteure und Schnittstellen	36
Abbildung 13: Aspekte der Schnittstelle IV	42
Abbildung 14: Übergeordnete Bereiche für präventive Ansätze	45
Abbildung 15: Massnahmenbereich 1 “Erfolgskriterien für Diagnostik und Begutachtung von Arbeits(un)fähigkeit“	46
Abbildung 16: Massnahmenbereich 2 “Effektive und effiziente Merkmale der Fallführung (Case- Management)“	49
Abbildung 17: Massnahmenbereich 3 „Flankierende arbeitsagogische Massnahmen zur Prävention und korrektiven Förderung der Arbeitsfähigkeit“	50
Abbildung 18: Übersicht über Aufgaben, Bedingungen und Merkmale von Eingliederungsinstitutionen	51
Abbildung 19: Bereiche eines hilfreichen Anleitungsverhaltens	53
Abbildung 20: Förderliche Bedingungen der IV für effektive Eingliederungshilfe	59

Zusammenfassung

Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen

Hintergrund

Psychische Erkrankungen sind immer häufiger die Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Invalidenrentenbezug. Die Invalidenversicherung in der Schweiz verzeichnet eine starke Zunahme von IV-Leistungsbezügerinnen und –bezügern aufgrund von psychischen Behinderungen. Die fünfte IV-Revision hat daher explizit zum Ziel, nach dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ die massive Zunahme von Neuberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen zu reduzieren. Parallel dazu werden vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) Untersuchungen zur Ursachenklärung von Invalidität und zur Bewertung und Verbesserung von präventiven und integrativen beruflichen Massnahmen und Gesetzen ausgeschrieben. Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des Forschungsprogramms zur IV (FoP-IV)¹ des Bundesamtes für Sozialversicherungen gefördert.

Ziele und Fragestellungen

Ziel der Studie ist die Identifikation von Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung von Personen mit psychischen Störungen zugunsten der Prävention von IV-Berentung und einer bedarfsgerechten Versorgung auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt. Hierzu wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Welche Faktoren begünstigen oder verhindern die berufliche Eingliederung von psychisch erkrankten Personen?
2. Wie stellt sich die Zusammenarbeit der professionellen Akteure an den Schnittstellen dar (Schnittstellenproblematik)?
3. Welche Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen lassen sich ableiten?

Stichproben

Eine hinsichtlich Alter und psychiatrischer Diagnose heterogene Stichprobe von *45 Patientinnen und Patienten* wurde während und bis zu vier Mal nach ihrem stationären Aufenthalt in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) zu ihrer gesundheitlichen und beruflichen Situation interviewt. Für eine angestrebte umfassende Exploration des Problemfeldes wurden sowohl Personen in die Studie eingeschlossen, die zum Zeitpunkt der Behandlung noch im Arbeitsprozess stehen als auch von Invalidität Betroffene, die bereits ihren Arbeitsplatz verloren haben, eine IV-Rente beziehen und/oder aktuell Eingliederungsversuche erleben oder erlebt haben.

Zur Analyse der individuellen Erkrankungs- und Rehabilitationsverläufe wurden zudem Einschätzungen von insgesamt 40 zentralen *BetreuerInnen* unterschiedlicher Funktionen im involvierten Versorgungssystem einbezogen, um die Betroffenenaussagen ergänzen und validieren zu können.

Eine weitere Stichprobe von 24 Expertinnen und Experten für versicherungsrechtliche und arbeitsrehabilitative Fragen wurde ausserdem zur Bewertung von Diagnostik und Interventionen, der damit

¹ <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=de>

einhergehenden Schnittstellenproblematik (Zusammenarbeit zwischen professionellen Akteuren) und zu Erfolg versprechenden Präventions- und Integrationsansätzen im Bereich Arbeits- und Erwerbs(un)fähigkeit herangezogen.

Methodik

Das Projekt ist als Langzeitstudie angelegt und verfolgt einen qualitativen Forschungsansatz. Wegen des Auslaufens des ersten Forschungsprogramms zur IV (1. FoP-IV) Ende 2009 wurde die Bearbeitung der Fälle auf 18 Monate begrenzt.

Die explorativ angelegte Datenerhebung und die qualitativen Einzelfallanalysen erwiesen sich für das Forschungsinteresse an konkreten, sozial determinierten Prozessen und deren Wahrnehmung als angemessen und geeignet. Als Erhebungsinstrument wurde aus vorstrukturierenden Literaturanalysen und ersten ExpertInnen-Befragungen ein Interviewleitfaden entwickelt, der sich im weiteren Erhebungsverlauf als valides Instrument für die halbstrukturiert gestalteten Interviews bewährte. Durch die nach dem Prinzip der Offenheit gestalteten Interviews konnten intrapersonale Risikofaktoren und Ressourcen und Einflüsse und Effekte der Rehabilitations-, Behandlungs- und Arbeitsbedingungen beleuchtet werden.

Sämtliche Interviews wurden für die Auswertephase aufgezeichnet und transkribiert. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte nach der regelgeleiteten Methode von Mayring (2003). Computerunterstützt wurden mehrere Analyseschritte der Datenreduktion und Abstrahierung durchgeführt und eine generalisierbare Übersetzung (Codierung) sowie eine konzeptuelle Gliederung (Kategorisierung) vorgenommen. Die so identifizierten und verallgemeinernd definierten Einflussfaktoren für berufliche Eingliederungsprozesse und deren analysierten Zusammenhänge mit (professionellen) Interaktionen wurden in sog. Codierkatalogen thematisch strukturiert, die gleichzeitig als Analyseinstrument bei weiteren Erhebungen eingesetzt werden können.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalysen können bisherige Forschungsergebnisse zu den überwiegend quantitativ ermittelten – wie der unlängst abgeschlossenen Dossieranalyse von Baer, Frick und Fasel (2009) – Risikofaktoren und Chancen für die berufliche Integration bestätigen und ergänzend explorieren. Durch die intensiven Einzelfallstudien konnten konkret erfahrbare Zusammenhänge und zudem neue, bisher unberücksichtigte Aspekte im Problembereich der beruflichen Wiedereingliederung für Personen mit psychischen Erkrankungen identifiziert werden. Für die Bereiche Diagnostik, Integrationsplanung, Platzierung und Betreuung von Personen mit psychischen Erkrankungen liessen sich jeweils konkrete Qualitätskriterien ableiten und vielfältige Empfehlungen differenzieren, die der Prävention von beruflichen Desintegrationsprozessen und Risikobedingungen für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit dienen können.

Fragestellung 1

Zur ersten Forschungsfrage nach **förderlichen und hinderlichen Einflüssen** liessen sich Faktoren von drei Einflussbereichen differenzieren: Berufliche Eingliederungsprozesse werden von Seiten der betroffenen Person, der Arbeits- bzw. Förderbedingungen und des Sozialen Umfeldes der einzugliedernden Person beeinflusst.

Die durch die Fallanalysen identifizierten **Personenfaktoren** erweitern den Fokus, der sich aus der Sichtung der Ergebnisse von quantitativen Studien zu Prädiktoren von erfolgreichen beruflichen o-

der rehabilitativen Veränderungen ergibt: Die Gewichtung für Entscheidungsempfehlungen im therapeutischen Behandlungs- und Eingliederungsprozess sollte nicht auf beobachtbaren Verhaltensweisen liegen, sondern auf Erlebensweisen, die ebenso durch psychische Erkrankungen massgeblich verändert sind. Durch die Erfassung der Subjektperspektive konnten v.a. Besonderheiten der kognitiven Prozesse von erkrankten Personen generalisiert werden, also subjektive Informationsverarbeitungsprozesse, die bei der Erfahrung, der Mitgestaltung und Bewertung von Leistungssituationen bedeutsamen Einfluss haben. Diese z.T. störungsinduzierten, und damit veränderlichen Erlebens- und Denkweisen (Kognitionen) der Betroffenen (bspw. Behandlungszufriedenheit, Selbstüberforderung, Leistungsorientierung, Misserfolgserwartung) tragen zur Erklärung von beobachtbarem (Fehl-)Verhalten in Therapie und Rehabilitation bei und geben Hinweise auf individualspezifische Förderbedarfe, die evtl. erst im zweiten Schritt auf Leistungssteigerung abzielen sollten.

Die untersuchte Gruppe von Personen mit psychischen Erkrankungen erwies sich für die Einschätzung von berufsbezogener Problematik als heterogene Gruppe. Objektivierbare Personenfaktoren wie Alter, Krankheitsstadium oder berufliche Qualifizierung entscheiden nach Analyse der Fallverläufe, inklusive der Einschätzungen von ExpertInnen nicht per se über Eingliederungserfolge, sondern stehen bestenfalls als Indikator für durch sie vermittelte Ressourcen oder hemmenden Faktoren für leistungsrelevantes Verhalten und Erleben, wie z.B. Anpassungsfähigkeit, Anstrengungsbereitschaft und Lernfähigkeit. Für prognostische Einschätzungen empfiehlt sich ein höherer Differenzierungsgrad: Erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen wurden im Codier-Katalog in verschiedene arbeitsrelevante Funktionsbereiche aufgliedert, die als Kriterien für Diagnostik und Behandlung von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit wiederholt und situationsbezogen betrachtet werden sollten. Zur Klärung der Behandlungs- oder Eingliederungsmotivation oder auch der Motivation eines Rentenbegehrens bedarf es nach den inhaltsanalytisch gewonnenen Zusammenhängen einer gründlichen und wiederholten Klärung der erkrankungsbedingten Kognitionen, sowie der arbeitsbezogenen Motive, Erwartungen und Befürchtungen und deren zugrunde liegenden Erfahrungen.

Aus dem Bereich **Arbeits- und Förderbedingungen** wurden neben individuell flexibilisierter Arbeitsgestaltung und einigen durch die Arbeits- und Organisationspsychologie allgemein als gesundheitsförderlich erforschten Tätigkeitserfordernissen als zentrale Einflussfaktoren für Gesundheit und Leistungsfähigkeit soziale Merkmale der Anleitung fokussiert. Aus den Fallanalysen wurde Verbesserungsbedarf für den ersten und zweiten Arbeitsmarkt v.a. an Methoden- und Sozialkompetenz der Vorgesetzten/ AnleiterInnen identifiziert. Als konkrete Präventions- bzw. Interventionsmassnahme wurde das qualifiziert geführte MitarbeiterInnen-Gespräch herausgearbeitet, in dem zielkonforme Absprachen und Kontrollen mit allen an Integration Beteiligten getroffen und verbindlich verfolgt werden können.

Dem **Sozialen Umfeld** kommt für die Gesundheit und Integrationschancen von Personen mit psychischen Erkrankungen insofern eine Bedeutung zu, als in ihm Stressoren zu finden sind, die ein Risiko für Rückfälle bergen. Hier empfiehlt sich ein früher Einbezug des sozialen Kontextes –etwa der Partnerschaft, Kindererziehung oder (dys)funktionalen Freundschaften- in die therapeutische Arbeit. Auch die im Umfeld enthaltenen Ressourcen, wie stützende Kontakte in Familie oder Freundeskreis, sollten vermehrt zugunsten der Früherkennung und Stabilisierung von Symptomen in der rehabilitativen Versorgung integriert werden könnten.

Fragestellung 2

Mit der Analyse sämtlicher fallbezogener Interaktionen konnten komplexe Wirkungsgefüge innerhalb der Versorgungsstrukturen analysiert und deren individuelle Bewertung durch betroffene PatientInnen für deren berufliche Integrationschancen erfasst werden. Der Codier-Katalog zur Fragestellung 2 nach der **Schnittstellenproblematik** umfasst für die unterschiedlichen Akteure Charakterisierungen von Strukturen und Vorgehensweisen und deren Bewertungen. Allgemein konnten viele Verläufe aufgezeichnet werden, in denen viel Zeit und Möglichkeiten vergehen, bis auf die umfassende Problematik im Invalidisierungsfall reagiert wird. Von einer Früherfassung zum Zeitpunkt der (An-)Meldung bei der IV kann bisher nicht gesprochen werden, auch wenn v.a. unter den Behandelnden die Instrumente der IV zur Früherfassung und Frühintervention (FEFI) theoretisch bekannt sind. Zum einen fehlen Erfahrungen mit deren Wirkungen und Wirksamkeit und manchmal auch das Vertrauen –auch von Fachpersonen- in die Absichten und Vorgehensweisen der IV. Zum anderen sind die Erkrankungen und Erkrankungsfolgen zum Zeitpunkt der IV-(An-)Meldung in den meisten Fällen nachhaltig vorangeschritten, wogegen sich primärpräventive Massnahmen bereits in Schule und Ausbildung und vermehrte Sensibilisierung und Qualifizierung bei Hausärzten empfehlen lassen. Auch in der Klinik wird dem Thema Arbeit vielfach zu spät oder nur am Rande begegnet, obwohl die PatientInnen Handlungsbedarf sehen, weil nach einer stationären Therapie vielfach Um- und Neuorientierungen anstehen oder Unsicherheiten bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit und Arbeitsbeziehungen bestehen. Für eine Rückkehr in ein bestehendes Arbeitsverhältnis bedarf es einer sensiblen Vermittlungshilfe für offenen Problemmittlung und -lösungssuche am Arbeitsplatz. Der bedarfs- und situationsorientierte Ansatz des Kliniksozialdienstes erscheint zielführend durchgeführt, wird aber häufig zu spät (zwei Wochen vor Austritt) und für die als kritisch bezeichneten Übergangsphasen zu wenig nachhaltig eingesetzt. Abklärungs- oder Trainingsangebote der klinikinternen Arbeitsrehabilitation bieten einigen PatientInnen noch während dem stationären Aufenthalt ein hilfreiches Erlebens- und Wirkungsfeld, das für weiterführende Massnahmen noch zu wenig genutzt wird. Insgesamt wird das medizinisch-therapeutische Wissen klinikintern sowie institutionsübergreifend zu wenig mit dem rehabilitativen Wissen vernetzt, wodurch der Transfer von Erlerntem erschwert wird, was durch transparentere Informationsstrukturen und Zuständigkeitsklärungen verbessert werden könnte. Mangelnde Klärung oder Wechsel der Zuständigkeiten, mangelnde Informationsflüsse und zu abrupt endende Hilfen könnten über ein Case-Management vermieden werden.

Auf verschiedenen Ebenen wird eine persönlichere und transparentere Vorgehensweise bei Abklärung und Begleitung im Eingliederungsprozess gewünscht. Über fallspezifische AnsprechpartnerInnen bei der IV und einer intensiveren, nachhaltig angelegten Betreuung könnten den psychosozialen Besonderheiten von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen begegnet werden.

Auch bei Eingliederungsmassnahmen gelingt es IV-LeistungsbezügerInnen nur schwer oder selten, sich mit im geschützten Bereich stabilisierten oder erworbenen Fähigkeiten im ersten Arbeitsmarkt zu bewähren. Der ermittelte Bedarf an kontinuierlicher Begleitung durch vertraute, Realitätsbezug vermittelnde, gut vernetzte Bezugspersonen gelingt am ehesten durch einen Jobcoach. Dessen Nachbetreuung sollte nicht an institutionsgebundene Zuständigkeiten, sondern an personbezogenen Zuständen und arbeitsbezogenen Umständen orientiert sein (Stichwort „Person- statt Strukturorientierung“).

Fragestellung 3

Aus der Analyse der Einflüsse auf die berufliche Entwicklung und Auswirkungen von therapeutischen und arbeitsrehabilitativen Vorgehensweisen resultiert ein Codier-Katalog mit Handlungsempfehlungen für präventive Massnahmen gegen eine berufliche Invalidisierung. Ansatzpunkte für **präventive Massnahmen** gegen berufliche Desintegrationsprozesse und gegen Frühberentung umfassen zum einen strategische, organisatorisch-strukturelle und zum anderen operative Massnahmen für personenbezogene Hilfen. Die Empfehlungen richten sich an die Eingliederungsbereiche Diagnostik/Begutachtung von Arbeits(un)fähigkeit, Fallführung (Case-Management), an arbeitsagogische Massnahmen zur Prävention und korrektiven Förderung von Arbeitsfähigkeit, an therapeutische Massnahmen und an sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Massnahmen zur Steigerung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Verbesserungen sind dafür z.T. auf verschiedenen Ebenen – politisch, wirtschaftlich, gesellschaftlich, in therapeutischer oder rehabilitativer Versorgung, in Eingliederungs- oder in Wirtschaftsbetrieben, in Aufbau- und Ablauforganisation der IV und im sozialen Versorgungsnetz allgemein – anzustreben.

- Für die Diagnostik und Begutachtung wurden Qualitätskriterien definiert, die bei der strukturellen und inhaltlichen Ausrichtung zugunsten einer validen, effizienten und praxisbezogenen Abklärung zu erfüllen sind. Die Empfehlungen richten sich an eine rehabilitationsorientierte, multimethodal und interdisziplinär vorzunehmende Abklärung der verschiedenen leistungsbeeinflussenden Funktionsbereiche. Für Eingliederungsentscheide sollte von der IV die Fachkompetenz und das Wissen um die zu begutachtende Person von betreuenden ÄrztInnen/ TherapeutInnen und Integrationsfachpersonen verstärkt integriert werden und die Betroffenen selbst eingebunden werden. Für eine optimierte Platzierung müssten Hinweise aus der Arbeitsbiographie oder aus aktuell gezeigtem Arbeitsverhalten in einem vorgeschalteten Probearbeiten in der Arbeitsrehabilitation genutzt werden. Generell sind mehr Zeit und personelle Ressourcen in die Phase der Abklärung und Hilfeplanung zu investieren, um bei Eingliederungsmassnahmen die erforderliche Passung von persönlicher Eignung und Neigung einerseits und den Anforderungen einer Tätigkeit andererseits zu erzielen.
- Zugunsten eines zielführend formulierten und konsequent verfolgten Integrationsplans empfiehlt sich der Einsatz eines für Fallarbeit qualifizierten Case-Managers, der institutionsungebunden die Hilfen im Berufsbildungsprozess systematisch und effizient koordinieren und auf längerfristige und nachhaltige Ziele hin kontrollieren kann.
- Eingliederungsmassnahmen sollten nah an Person und Zeit ansetzen, d.h. früh und situationsorientiert neben therapeutischen Massnahmen dort greifen, wo sich Probleme zeigen und bedarfsorientiert gestaltet werden. Für Fertigkeitserprobung und –aufbau sollten einzugliedernde Personen mit einer psychischen Erkrankung zunächst in ein sicheres Lernumfeld integriert werden, in dem Aufgaben flexibel und gut strukturiert auf ihre Beeinträchtigungen und Stärken abgestimmt werden. Nach längerer Arbeitslosigkeit entsprechen vertrauens- und erlebnisstiftende Lernbedingungen am ehesten den Bedürfnissen, für die Instrumente zur Zielklärung und -Verfolgung unter Selbst- und Fremdkontrollen entwickelt werden sollten. Eine kontinuierliche Begleitung und häufige Rückmeldung verbessern die oftmals beeinträchtigte Selbstwahrnehmung von psychisch erkrankten Personen und das an Ansprüche anzupassende Leistungsverhalten. Hierfür bedarf es in erster Linie spezieller arbeitsagogischer Aus- und Weiterbildungen für AnleiterInnen und Vorgesetzte, in denen über psychische Erkrankungen aufgeklärt und Führungskompetenzen sowie sozial-kommunikatives Geschick praxisnah geschult werden.

- Qualitätskriterien im therapeutischen Setting entsprechen weitestgehend denen anderer Bereiche: Niederschwellige und nachhaltig angesetzte Hilfen, ganzheitliche und integrierte Versorgung bei personbezogener und transparenter Betreuung sind verknüpft mit sekundär- und tertiärpräventiven Effekten. Einer personenorientierten Versorgung stehen noch immer bereichsspezifische strukturelle Zuständigkeiten im Weg, die den Erfordernissen des individuellen Falls und dem Bedarf der Betroffenen nicht entsprechen. Die therapeutischen Hilfen sollten rehabilitative Themen integrieren, weil bspw. im stationären Setting rehabilitationsförderliche Fähigkeiten, Einstellungen und Optionen eruiert und aufgebaut werden können. Kliniken sollten ihre bestehende psychiatrische Kompetenz für die Aufklärung über psychische Erkrankungen bspw. in Betrieben zur Verfügung stellen können.
- Flankierende sozialpädagogische Massnahmen spielen besonders für primärpräventive Konzepte eine Rolle. Den Sozialdiensten kommt v.a. bei der Akquise und Koordination von nachbetreuenden und integrationsbahnenden Hilfen eine bedeutsame Rolle zu. Deshalb bedarf es einer guten Vernetzung der Mitarbeitenden und zusätzlicher Ressourcen für Kontakte auch nach Austritt aus der Klinik.

Fazit

Die Erkenntnisse dieser Untersuchung enthalten praktische Schlussfolgerungen für eine effiziente Gestaltung von Eingliederungsmassnahmen und Arbeitsbedingungen, mit denen bedarfsgerecht und flexibel auf Risikomerkmale und aufgezeigte Missstände im Versorgungssystem reagiert werden kann. Zur Beantwortung der Frage, welche PatientInnen-Gruppe von welcher Massnahme am meisten profitieren kann, bedarf es weitergehender Forschung unter homogeneren Bedingungen der Adressaten wie auch der Massnahme-Bedingungen, die sich in der vorliegenden Studie als sehr uneinheitlich und komplex verknüpft herausgestellt hat. Des Weiteren sollte vorab genauer definiert werden, was unter dem Profit bzw. dem Erfolg einer Massnahme verstanden wird. Wenn auf politischer, strategischer und operativer Ebene Ziele handlungsnah definiert und Ressourcen für deren Umsetzung bereitgestellt werden, kann durch die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von begleitender Evaluationsforschung die Implementierung gezielt abgestimmter Massnahmen gesichert werden. Sofern nicht lediglich kurzfristige (finanzielle), sondern auf längere Sicht angelegte nachhaltige Ziele verfolgt werden, sind diese Anstrengungen sowohl dem Wohl der Betroffenen, wie auch durch längerfristige Einsparungen im Sozialsystem der Gesellschaft insgesamt förderlich.

Résumé

Insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques : études de cas

Contexte

Les maladies psychiques étant de plus en plus souvent à l'origine d'incapacité de travail et de rentes d'invalidité, l'assurance-invalidité suisse connaît une forte augmentation du nombre de rentiers pour troubles psychiques. La 5^e révision de l'AI a donc eu pour but explicite de freiner l'augmentation massive du nombre de nouvelles rentes octroyées pour ce type de problème, conformément au principe « la réadaptation prime la rente ». Parallèlement, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a mis sur pied un programme de recherche sur l'AI (PR-AI) ayant pour objectif, d'une part, d'analyser les causes de l'invalidité et, d'autre part, d'évaluer et d'améliorer les mesures d'ordre professionnel (qu'elles aient pour objectif la prévention ou la réinsertion) et les lois correspondantes. La présente étude relève de ce programme. ².

Objectifs et questions posées

L'étude avait pour but d'identifier les éléments susceptibles de prédire le succès de la réinsertion professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques, de façon à leur éviter le passage à la rente AI et à favoriser leur prise en charge sur les marchés du travail primaire et secondaire. Elle devait répondre aux questions suivantes :

1. Quels facteurs favorisent ou empêchent la réinsertion professionnelle des malades psychiques ?
2. Comment se passe la collaboration entre les professionnels concernés aux points de recoupement (« problématique des interfaces ») ?
3. Quels enseignements peut-on en tirer pour la prévention ?

Groupes de personnes interrogées

45 *patients et patientes* ayant été hospitalisés dans une clinique psychiatrique universitaire bâloise (UPK) et formant un échantillon hétérogène, en termes d'âge et de diagnostic psychiatrique, ont été interrogés sur leur santé et leur situation professionnelle dans le cadre de quatre entretiens au maximum. Pour pouvoir explorer de manière exhaustive le champ de la problématique, nous avons inclus dans l'étude aussi bien des personnes qui travaillaient encore au moment du traitement que des personnes touchées par l'invalidité qui avaient déjà perdu leur emploi, touchaient une rente AI et/ou avaient suivi ou suivaient des mesures de réadaptation.

Pour analyser l'évolution de la maladie et le déroulement de la réadaptation, et pour compléter et valider les déclarations des intéressés, nous avons également pris en compte l'avis de 40 personnes exerçant différentes fonctions d'*encadrement* au sein du système de prise en charge impliqué.

² <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=fr>

Nous avons en outre constitué un échantillon de 24 experts en droit des assurances et en réinsertion professionnelle afin d'évaluer les diagnostics et les interventions, la « problématique des interfaces » qui y est associée (collaboration entre les différents professionnels du domaine) et les approches intéressantes en termes de capacité de travail et de gain dans le domaine de la prévention et de la réinsertion.

Méthodologie

Le projet est une étude longitudinale abordée sous l'angle qualitatif. Le premier programme de recherche sur l'AI (PR-AI1) s'étant achevé fin 2009, le suivi des cas a été limité à 18 mois.

La collecte des données à visée exploratoire et les analyses de cas qualitatives se sont révélées appropriées à l'étude des processus concrets, socialement déterminés, et de leur perception. A partir d'études bibliographiques préstructurées et d'entretiens préalables avec des experts, nous avons développé un questionnaire qui s'est avéré être un instrument d'enquête valable pour les entretiens semi-dirigés. Ces entretiens, de type ouvert, ont mis en évidence des facteurs de risque et des ressources propres aux individus, ainsi que des effets complexes et des interactions entre la réadaptation, le traitement et les conditions de travail.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en vue d'une analyse de contenu selon la méthode de Mayring (2003). Plusieurs étapes de l'analyse ont été assistées par ordinateur afin de réduire et d'abstraire les données, de façon à en obtenir une traduction généralisable (codage) et une subdivision théorique (catégorisation). Ainsi identifiés et généralisés, les facteurs agissant sur les processus de réadaptation et les relations avec les interactions (notamment professionnelles) analysées ont été structurés sous forme de listes thématiques de codes, utilisables comme instrument d'analyse pour d'autres enquêtes.

Résultats et conclusions

Tout en apportant un éclairage complémentaire, ces résultats de l'analyse de contenu confirment ceux des recherches antérieures sur les facteurs de risques et les chances de réinsertion professionnelle. Ces recherches étaient jusque-là plutôt d'ordre quantitatif (comme l'analyse des dossiers réalisée par Baer, Frick et Fasel en 2009, restée inachevée). L'étude des cas, approfondie, a permis d'identifier des liens concrets explorables, ainsi que de nouveaux aspects qui n'ont pas encore été pris en compte dans la réadaptation professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques. Pour ce qui est du diagnostic, des programmes d'insertion, du placement et de l'encadrement de ces personnes, nous avons pu déduire des critères qualitatifs concrets et formuler diverses recommandations pour prévenir le « décrochage » professionnel et les risques pour la santé et la capacité de travail.

Première question

Les **facteurs qui favorisent ou empêchent** la réinsertion des malades psychiques relèvent de trois domaines : la personne assurée elle-même, les conditions de travail et de soutien, et l'environnement social des assurés.

Les **facteurs personnels** identifiés par les études de cas élargissent le regard résultant des études quantitatives sur des éléments permettant de prédire le succès des modifications apportées au domaine professionnel ou à la réadaptation : les décisions touchant le traitement et la réadaptation ne devraient pas mettre l'accent sur les comportements observables de la personne, mais sur son res-

senti, qui est lui aussi considérablement modifié par les atteintes psychiques qui l'affectent. La prise en compte du point de vue des sujets devrait permettre, en particulier, de généraliser les particularités des processus cognitifs des malades, c'est-à-dire les processus subjectifs par lesquels ils traitent l'information et qui exercent une influence considérable sur leur façon de vivre, de moduler et de juger les situations où il est question de performances. Ces façons qu'ont les intéressés de ressentir et de penser (cognitions), parfois induites par les troubles et donc instables (satisfaction par rapport au traitement, exigences trop élevées vis-à-vis de soi-même, focalisation sur les performances, attente de l'échec, etc.) expliquent en partie les comportements – parfois erronés – observés au cours de la thérapie et de la réadaptation ; elles donnent des indications sur le soutien dont a besoin chaque individu, soutien dont le but ne devrait pas toujours être, dans un premier temps, d'améliorer les performances.

Le groupe de personnes atteintes de troubles psychiques que nous avons étudié ne présentaient pas toutes les mêmes problématiques professionnelles. Après analyse de l'évolution des cas, y compris du point de vue des experts, l'âge, le stade de la maladie et la qualification professionnelle se sont avérés des facteurs personnels objectifs non déterminants quant à la réussite de la réadaptation ; ils constituent au mieux un indicateur des ressources qu'ils confèrent ou des facteurs inhibiteurs pour le comportement et le vécu des performances (capacité d'adaptation, volonté de faire des efforts et aptitude à apprendre). Pour pouvoir poser un pronostic, il faudrait un degré plus élevé de précision : nous avons donc classé les difficultés découlant de la maladie, dans la liste de codes, en plusieurs domaines fonctionnels en lien avec le travail. Ceux-ci sont à considérer comme des critères à utiliser, de façon répétée et en fonction de la situation, pour le diagnostic et le traitement de l'incapacité de travail et de gain. Afin de déterminer la motivation du traitement ou de la réadaptation, ou encore la motivation d'une demande de rente, il faut, selon les données issues de l'analyse de contenu, examiner à fond et de manière répétée les cognitions découlant de la maladie, ainsi que les motivations, les attentes et les peurs en lien avec le travail, en prenant en compte le vécu sur lequel elles reposent.

Dans le domaine des **conditions de travail et de soutien**, l'accent doit être mis non seulement sur une organisation personnalisée et plus souple du travail, ainsi que sur quelques activités considérées généralement comme favorables à la santé par la psychologie du travail et de l'organisation, mais aussi sur les caractéristiques sociales des instructeurs, qui sont les principaux facteurs d'influence en termes de santé et de performances. Les études de cas ont permis d'identifier des améliorations à apporter au niveau du marché du travail (primaire ou secondaire), surtout en ce qui concerne les méthodes et les compétences sociales des supérieurs hiérarchiques et des instructeurs. Comme mesure concrète de prévention et d'intervention, nous proposons un entretien qualifié dirigé par les collaborateurs, dans le cadre duquel tous les partenaires à la réinsertion concluent des accords conformes aux objectifs et décident des contrôles à réaliser.

L'**environnement social** joue un rôle quant à la santé et aux chances de réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiques dans la mesure où il comporte des facteurs de stress susceptibles de provoquer des rechutes. Pour le travail thérapeutique, il faut donc le prendre en compte suffisamment tôt, en y intégrant notamment les relations de couple, l'éducation des enfants et les amitiés, surtout si elles sont dysfonctionnelles. De même, les ressources qu'il recèle, comme le soutien de la famille ou des amis, pourraient être mieux intégrées à la prise en charge de la réadaptation, car elles facilitent la détection précoce et la stabilisation des symptômes.

Deuxième question

L'analyse des multiples interactions associées aux cas a permis de repérer des effets complexes au sein des structures de prise en charge et de recueillir le jugement des patients concernés quant à l'influence de ces structures sur leurs chances de réinsertion. La liste de codes établie en réponse à la deuxième question (**problématique des interfaces**) caractérise les structures et les procédures, ainsi que leur évaluation, à l'intention des différents acteurs. De manière générale, nous avons repéré de nombreux processus dans lesquels on laisse passer beaucoup de temps et d'opportunités avant de réagir à la problématique globale du cas d'invalidité. On ne peut pas encore parler de détection précoce au moment du dépôt de la demande, même si les intervenants connaissent en théorie les instruments de l'AI censés servir à la détection et à l'intervention précoces (DIP). D'une part, ils n'ont ni l'expérience de leurs effets et de leur efficacité, pas plus qu'ils n'ont confiance – même certains spécialistes – dans les objectifs et les procédures de l'AI. D'autre part, au moment du dépôt de la demande, la maladie et ses conséquences se sont le plus souvent durablement installées, alors que les mesures de prévention primaire seraient à mettre en œuvre dès l'école et la formation, et que la sensibilisation et la qualification des médecins généralistes devraient être améliorées. A l'hôpital, la question du travail est abordée trop tardivement ou trop marginalement, alors même que les patients estiment qu'il y aurait quelque chose à faire, sachant qu'ils seront d'une manière ou d'une autre confrontés, après l'hospitalisation, à un reclassement ou à une réorientation, ou parce qu'ils ont des doutes quant à leurs performances et à leurs relations professionnelles. Pour la reprise d'un emploi existant, il faut aider avec doigté lorsqu'il s'agit de communiquer le problème et de chercher des solutions au poste de travail. Les démarches des services sociaux des hôpitaux paraissent adaptées aux besoins et à la situation, mais elles arrivent souvent trop tard (deux semaines avant la sortie) et ne semblent pas avoir pour but de trouver une solution à long terme lorsqu'elles portent sur des phases de transition, pourtant ressenties comme critiques. Les possibilités d'examen et d'entraînement en milieu hospitalier dans le cadre de la réadaptation au travail offrent à quelques patients un champ d'expérience et d'action utile, mais n'en tirent pas encore suffisamment parti pour des mesures visant le long terme. Globalement, les connaissances médicales et thérapeutiques, tant en interne qu'entre institutions, ne semblent pas suffisamment mises en relation avec le côté technique de la réadaptation, ce qui complique le transfert de ce qui a été appris. Cette situation pourrait être améliorée par une plus grande transparence des structures d'information et une répartition plus claire des compétences. Une gestion par cas éviterait un certain nombre de problèmes tels que les compétences mal définies ou changeantes, les flux d'information déficients et le retrait trop brutal des aides.

A différents niveaux, il serait souhaitable que la façon de procéder pour les examens et l'accompagnement de la réinsertion soit plus personnalisée et transparente. L'AI répondrait mieux aux particularités psychosociales des personnes atteintes de troubles psychiques si elle attribuait des interlocuteurs fixes à chaque cas pour intensifier son accompagnement et l'axer davantage sur le long terme.

En ce qui concerne les mesures de réinsertion, les bénéficiaires de prestations AI ne parviennent que difficilement, et rarement, à se faire une place sur le marché primaire du travail avec les capacités qu'ils ont acquises ou stabilisées dans le secteur protégé. Un jobcoach est la personne toute désignée pour répondre au besoin déterminé, car l'accompagnement devrait être permanent et confié à des personnes de référence familières du domaine, connaissant la réalité du terrain et insé-

rées dans un réseau. Il ne devrait donc pas dépendre des compétences propres à chaque institution, mais de la situation personnelle et professionnelle des intéressés (mot clé : « orientation personne » et non pas « orientation structure »).

Troisième question

L'analyse des facteurs influant sur l'évolution professionnelle et des effets des méthodes de traitement et de réadaptation au travail a permis d'établir une liste de codes associés à des recommandations pratiques visant la prévention de la mise en invalidité. Pour **prévenir** le décrochage professionnel et la rente précoce, les clés sont, tout d'abord, des mesures stratégiques, organisationnelles et structurelles et, ensuite, des mesures pratiques d'aide aux personnes. En matière de réadaptation, nous recommandons le diagnostic/l'expertise en lien avec la capacité de travail, la gestion par cas, les mesures pédagogiques mises en œuvre dans le cadre professionnel pour la prévention et l'amélioration de la capacité de travail, les thérapies et les mesures relevant de la socio-pédagogie et du travail social, le tout dans le but d'améliorer la santé et les performances. Les améliorations sont à apporter aux niveaux politique, économique, sociétal, thérapeutique, dans la prise en charge en vue de la réadaptation, dans les entreprises de réinsertion ou dans celles du marché primaire de l'emploi, dans l'organisation du développement et des processus de l'AI et, enfin, dans le réseau de prise en charge sociale en général.

- Grâce aux critères de qualité définis pour le diagnostic et l'expertise, les structures et les contenus doivent permettre une instruction valable, efficace et proche de la pratique. L'instruction devrait être axée sur la réadaptation, utiliser plusieurs méthodes, adopter une approche interdisciplinaire et porter sur les différents domaines fonctionnels influant sur les performances. Pour les décisions relatives à la réadaptation, l'AI doit mieux prendre en compte la compétence technique et la connaissance de la personne expertisée que possèdent les médecins, les thérapeutes et les spécialistes de la réadaptation, et impliquer les intéressés eux-mêmes. Afin d'optimiser le placement, il faudrait intégrer les indications fournies par le passé professionnel et le comportement observé au travail lors des essais professionnels préalables à la réinsertion. De manière générale, davantage de temps et de personnel devrait être consacré à la phase d'instruction et au programme d'aide, de façon que les mesures soient adaptées, d'une part, aux capacités et aux intérêts personnels des assurés et, d'autre part, aux exigences d'une activité.
- Pour que le plan d'insertion soit formulé avec précision et correctement suivi, il est souhaitable de faire appel à un gestionnaire de cas qualifié qui, n'étant pas attaché à une institution particulière, soit à même de coordonner systématiquement et efficacement les aides à la formation professionnelle et d'en contrôler durablement les objectifs à long terme.
- Les mesures de réadaptation doivent être proposées en complément des thérapies, individualisées et effectuées à temps, c'est-à-dire le plus tôt possible en fonction de la situation, à partir des problèmes et des besoins reconnus. Pour pouvoir tester leurs capacités et les développer, les personnes atteintes de troubles psychiques doivent d'abord être placées dans un environnement sécurisant, où les tâches leur sont proposées d'une manière souple, bien structurée et adaptée à leurs forces et à leurs faiblesses. Après une période de chômage assez longue, les meilleures conditions d'apprentissage, aptes à restaurer la confiance et à améliorer le ressenti, correspondent aux besoins pour lesquels il faudrait développer des instruments permettant de définir et de suivre les objectifs, avec un contrôle par la personne concernée et par des tiers. Un

suivi continu et des feedbacks réguliers améliorent la perception, souvent mauvaise, que les malades psychiques ont d'eux-mêmes, ainsi que leurs performances, qui doivent être adaptées aux exigences. Pour cela, il faut avant tout mettre en place des formations (initiales et continues) en pédagogie du travail à l'intention des instructeurs et des supérieurs hiérarchiques, afin de leur expliquer les maladies psychiques et de leur faire acquérir très concrètement les aptitudes de direction, les compétences sociales et les règles de la communication dont ils ont besoin.

- Les critères de qualité dans le contexte thérapeutique sont quasiment identiques à ceux en vigueur dans d'autres domaines : aides faciles d'accès et durables, prise en charge globale et intégrée avec accompagnement individualisé et transparent, associés à une prévention secondaire et tertiaire. Certaines compétences structurelles, attachées aux différents secteurs, empêchent toutefois de personnaliser la prise en charge. Ces compétences ne correspondent pas aux exigences des cas individuels et aux besoins des intéressés. Les aides thérapeutiques doivent être complétées par de la réadaptation ; en effet, une hospitalisation, par exemple, constitue une bonne occasion d'analyser et de développer les aptitudes, les attitudes et les options favorables à la réinsertion. Les cliniques devraient mettre à disposition la compétence dont elles disposent dans le domaine psychiatrique pour l'examen des troubles psychiques, notamment en entreprise.
- Les mesures d'accompagnement fournies par la socio-pédagogie sont importantes surtout pour les programmes de prévention primaire. Les services sociaux jouent un rôle majeur, surtout dans la recherche et la coordination des aides nécessaires au suivi et à la préparation de la réinsertion. De bons réseaux, comprenant à la fois les collaborateurs internes et des ressources supplémentaires pour les contacts après la sortie, sont donc indispensables.

Résumé

Les conclusions pratiques de la présente étude devraient permettre de concevoir et d'organiser les mesures de réadaptation et les conditions de travail de façon à répondre, de manière adaptée aux besoins et avec souplesse, aux caractéristiques des risques et aux problèmes mis en évidence dans le système de prise en charge. Pour définir les différents groupes de patients et les mesures qui conviennent le mieux à chacun, il est nécessaire de poursuivre la recherche en améliorant l'homogénéité, tant du groupe de sujets que des conditions des mesures, celles-ci s'étant avérées ici très hétérogènes, avec des liens complexes. Il faudrait également définir d'emblée ce que l'on entend par « bénéfique » ou « succès » d'une mesure. Si des objectifs réalistes sont définis aux niveaux politique, stratégique et opérationnel et que des ressources sont fournies à cet effet, l'élaboration de lignes directrices et la réalisation concomitante d'évaluations garantiront l'adéquation des mesures mises en œuvre. A condition que les objectifs fixés ne se limitent pas au court terme (financiers), mais visent un horizon plus durable, ces efforts seront positifs non seulement pour les intéressés, mais aussi, par des économies à plus long terme au sein du système social, pour la société en général.

Riassunto

Integrazione professionale delle persone affette da disturbi psichici – una casistica

Contesto

Le malattie psichiche sono sempre più spesso all'origine di incapacità lavorative che conducono alla concessione di una rendita. L'assicurazione invalidità svizzera registra un forte aumento del numero di assicurati che beneficiano di rendite AI a causa di disabilità psichiche. Per questa ragione, l'obiettivo dichiarato della quinta revisione AI era quello di ridurre – secondo il principio «priorità dell'integrazione sulla rendita» – il forte aumento dei nuovi casi di rendita dovuti alle malattie psichiche. Parallelamente, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha commissionato alcuni studi con l'intento di chiarire le cause dell'invalidità e di valutare ed eventualmente migliorare i provvedimenti di prevenzione e integrazione professionale e alla legislazione. La presente ricerca è stata promossa dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali nel quadro del programma di ricerca concernente l'assicurazione invalidità (PR-AI).

Obiettivi e impostazione

Lo studio aveva l'obiettivo di identificare i predittori che lasciano presagire il successo della reintegrazione degli assicurati affetti da disturbi psichici, al fine di migliorare la prevenzione dei casi di rendita AI e di predisporre un'offerta di posti di lavoro adeguati nel mercato del lavoro primario e secondario. Gli autori si sono posti le seguenti domande:

4. Quali fattori favoriscono o ostacolano la reintegrazione professionale delle persone affette da malattie psichiche?
5. Come funziona la collaborazione tra i vari professionisti in gioco (coordinamento)?
6. Quali indicazioni se ne possono ricavare per eventuali misure preventive?

Campioni

Per lo studio è stato scelto un campione di 45 pazienti di varia età e diagnosi psichiatrica, che sono stati intervistati sul loro stato di salute e sulla loro situazione professionale durante il loro soggiorno presso le Cliniche psichiatriche universitarie di Basilea (UPK) e fino a quattro volte nel periodo successivo. Volendo compiere un'ampia analisi del campo d'indagine, gli autori hanno incluso nel campione sia persone che al momento della terapia erano ancora integrate nel processo lavorativo sia invalidi ormai senza lavoro che ricevevano una rendita e/o stavano tentando o avevano tentato di reintegrarsi nel mondo del lavoro.

Nell'analisi dei processi patologici e riabilitativi individuali sono state prese in considerazione anche le valutazioni di 40 professionisti con varie funzioni all'interno del sistema di assistenza, al fine di completare e convalidare le affermazioni dei diretti interessati.

È stato inoltre interpellato un campione di 24 esperti in materia di diritto assicurativo e di riabilitazione al lavoro per valutare le diagnosi e gli interventi, i relativi problemi di coordinamento (collaborazione tra i vari professionisti coinvolti) e gli approcci preventivi e integrativi più idonei al mantenimento o al ripristino della capacità al lavoro e al guadagno.

Metodo

Il progetto è impostato sul lungo periodo (studio longitudinale) e ha un approccio qualitativo. Poiché il primo programma di ricerca concernente l'AI (1° PR-AI) è giunto al termine alla fine del 2009, i casi sono stati seguiti per un periodo limitato a 18 mesi.

La rilevazione esplorativa dei dati e l'analisi qualitativa dei casi si sono dimostrate adeguate e idonee per svolgere ricerche su processi concreti e socialmente determinati nonché sulla loro percezione. Sulla base di analisi preliminari della letteratura scientifica e di primi colloqui con esperti è stato sviluppato un «canovaccio», che nel seguito della rilevazione si è rivelato un valido strumento per la conduzione di interviste semistrutturate. Le interviste aperte hanno permesso di esaminare approfonditamente i fattori di rischio e le risorse personali dei soggetti studiati, gli influssi e gli effetti delle condizioni riabilitative, terapeutiche e lavorative.

Le interviste sono state registrate e trascritte per la fase di valutazione. La valutazione dei contenuti è stata eseguita secondo il metodo di Mayring (2003). Il ricorso all'informatica per varie operazioni di analisi ha agevolato la sintesi e l'astrazione dei dati, che sono stati tradotti in una forma generalizzabile (codificazione) e strutturati schematicamente (categorizzazione). Dopo essere stati identificati e generalizzati, i fattori che influiscono sui processi d'integrazione professionale sono stati strutturati per temi, unitamente alle loro relazioni e interazioni (professionali), all'interno di sistemi di classificazione che potranno essere utilizzati come strumento di analisi anche per ulteriori rilevazioni.

Risultati e conclusioni

L'analisi qualitativa dei dati permette di confermare e ampliare le conoscenze acquisite – perlopiù secondo metodi quantitativi – nelle passate ricerche sui fattori di rischio e le opportunità nell'ambito dell'integrazione professionale (p. es. l'analisi di incarti di Baer, Frick e Fasel del 2009). L'analisi approfondita dei casi ha permesso di individuare una serie di nessi concreti e nuovi aspetti finora trascurati della reintegrazione professionale delle persone con malattie psichiche. Grazie a essa è inoltre stato possibile definire criteri di qualità concreti per la diagnostica, la pianificazione dell'integrazione, il collocamento e l'assistenza alle persone con malattie psichiche e formulare varie raccomandazioni che potrebbero contribuire alla prevenzione dei processi di emarginazione professionale e dei rischi per la salute e la capacità lavorativa.

Domanda 1

Per quanto concerne i fattori che favoriscono od ostacolano la reintegrazione, sono stati rilevati tre tipi di influssi, riconducibili rispettivamente ai diretti interessati, alle condizioni lavorative/all'assistenza di cui essi godono e al loro contesto sociale.

I **fattori personali** identificati grazie all'analisi casistica ampliano l'orizzonte degli studi quantitativi sui predittori di cambiamenti positivi in ambito professionale o riabilitativo: nel formulare raccomandazioni sulla via da seguire nel processo terapeutico e d'integrazione non ci si deve concentrare sui comportamenti osservabili ma sui modi di percepire, che cambiano sensibilmente in seguito alle malattie psichiche. L'inclusione del punto di vista dei soggetti esaminati ha permesso in particolare di generalizzare le specificità dei processi cognitivi delle persone affette da malattie psichiche, vale a dire dei processi soggettivi di elaborazione delle informazioni con una forte influenza sulla percezione, la codeterminazione e la valutazione delle situazioni in cui devono essere fornite prestazioni. Parzialmente indotti dalla malattia e quindi variabili, questi modi di percepire e di pensare (cognizio-

ni) dei soggetti (p. es. soddisfazione per l'andamento della terapia, pretese eccessive verso di sé, orientamento al rendimento, timore dell'insuccesso) contribuiscono a spiegare i comportamenti/gli errori di comportamento osservabili nella terapia e nella riabilitazione e forniscono indicazioni sul sostegno individuale necessario, che, se del caso, dovrebbe puntare solo in un secondo tempo all'aumento del rendimento.

Il gruppo di persone esaminato per valutare il problema delle malattie psichiche in ambito professionale si è rivelato eterogeneo. Dall'analisi casistica (compresi i pareri degli esperti) risulta che i fattori personali oggettivi o oggettivabili quali l'età, lo stadio della malattia o le qualifiche professionali non sono di per sé determinanti per il successo dell'integrazione ma sono tutt'al più un indicatore delle risorse o dei fattori inibitori che influiscono sui comportamenti e sui modi di percepire rilevanti per il rendimento, come ad esempio la capacità di adattamento, la disponibilità allo sforzo e la capacità di apprendimento. Per poter fare previsioni è consigliabile aumentare il grado di differenziazione: nel sistema di codificazione, le limitazioni dovute alla malattia sono state suddivise in vari settori funzionali rilevanti sul piano lavorativo, che dovrebbero essere presi come criteri per la diagnosi e la terapia dell'incapacità al lavoro e al guadagno per osservazioni ripetute e contestualizzate. Per chiarire le motivazioni all'origine della terapia, dell'integrazione o anche della richiesta di concessione di una rendita occorre studiare in modo approfondito e ripetuto, alla luce delle relazioni individuate grazie all'analisi del contenuto delle interviste, le cognizioni indotte dalla malattia nonché le motivazioni, le attese e i timori relativi al lavoro e le esperienze da cui scaturiscono.

Per quanto riguarda le **condizioni lavorative e il sostegno** offerto ai disabili psichici, l'analisi ha rilevato che la salute e il rendimento sono influenzati in misura sostanziale non soltanto dalla possibilità di definire in modo flessibile le modalità lavorative e da alcuni fattori cui la psicologia del lavoro e delle organizzazioni attribuisce in generale un effetto positivo sulla salute ma anche da determinate caratteristiche sociali dell'affiancamento. Dall'analisi casistica è emerso che nel mercato del lavoro primario e secondario occorre migliorare soprattutto le competenze metodologiche e sociali dei superiori diretti e delle persone incaricate di affiancare i disabili. Quale misura preventiva e d'intervento concreta è stato elaborato il metodo del colloquio condotto con il collaboratore da personale qualificato, che permette alle parti coinvolte nel processo d'integrazione di stabilire in modo vincolante accordi conformi agli obiettivi ed eseguire controlli per verificarne il rispetto.

Il **contesto sociale** influisce sulla salute e sulla probabilità d'integrazione delle persone affette da malattie psichiche nella misura in cui produce stressori che rischiano di provocare una ricaduta. Conviene pertanto coinvolgere il più presto possibile nell'attività terapeutica il partner, gli insegnanti dei figli, gli amici con un flusso positivo/negativo ecc. Anche le risorse offerte dal contesto sociale (sostegno da parte di familiari o amici) dovrebbero essere sfruttate maggiormente ai fini del rilevamento tempestivo e della stabilizzazione dei sintomi nel quadro della riabilitazione.

Domanda 2

L'analisi casistica ha permesso di studiare il complesso sistema di interazioni esistenti tra le strutture di assistenza e il modo in cui i pazienti valutano la loro influenza sulle probabilità d'integrazione professionale. Il sistema di codificazione definito per la domanda 2 (**coordinamento**) è costituito dalle caratteristiche delle strutture e dei modi di procedere dei vari attori e dalle relative valutazioni. In generale si constata che spesso passa parecchio tempo e si perdono numerose occasioni prima che i

problemi delle persone a rischio d'invalidità vengano affrontati in tutta la loro complessità. A giudicare dal tempo impiegato per la comunicazione dei casi o per la presentazione delle richieste di prestazioni all'AI, per il momento non si può ancora parlare di rilevamento tempestivo, anche se il personale curante è teoricamente a conoscenza degli strumenti messi a disposizione dall'AI per il rilevamento e l'intervento tempestivo (RIT). Le ragioni sono varie: innanzitutto non si conoscono ancora né gli effetti né l'efficacia delle nuove misure e talvolta le persone coinvolte (anche gli specialisti) diffidano delle intenzioni e del modo di procedere dell'AI. Nella maggior parte dei casi, inoltre, al momento della comunicazione o della richiesta di prestazioni le malattie e le loro conseguenze si sono già cronicizzate. Il rimedio potrebbero essere misure di prevenzione primaria attuate già durante il periodo scolastico e la formazione professionale e una maggiore sensibilizzazione e qualificazione dei medici di famiglia. In molti casi, anche in ambito clinico la questione lavorativa è affrontata troppo tardi o soltanto marginalmente, sebbene i pazienti avvertano il bisogno di essere assistiti in questo settore, o perché dopo una terapia ospedaliera li attende in molti casi un riorientamento o perché hanno dubbi sulla propria capacità di rendimento e i propri rapporti professionali. Per poter tornare al precedente posto di lavoro è necessaria una sensibile attività di mediazione per creare un clima di disponibilità alla comunicazione dei problemi e alla ricerca di soluzioni. Le prestazioni del servizio sociale ospedaliero, adeguate ai bisogni e alla situazione individuali, sono fornite in modo appropriato, ma spesso troppo tardi (due settimane prima della dimissione) e senza la costanza di cui i pazienti avrebbero bisogno per affrontare la critica fase di transizione. Gli accertamenti e le esercitazioni proposti dai servizi di riabilitazione al lavoro delle cliniche offrono ad alcuni pazienti l'occasione di fare esperienze ed essere attivi ancora durante il soggiorno ospedaliero. Questa possibilità è ancora troppo poco sfruttata per l'attuazione di ulteriori provvedimenti. In generale, il collegamento tra il sapere medico-terapeutico e quello riabilitativo è insufficiente, sia all'interno delle cliniche che tra le varie istituzioni coinvolte nel processo di reintegrazione, il che ostacola il trasferimento delle conoscenze acquisite. La situazione potrebbe essere migliorata aumentando la trasparenza delle strutture d'informazione e chiarendo meglio la ripartizione delle competenze. L'istituzione di un *case management* permetterebbe di evitare errori e conseguenti cambiamenti nell'attribuzione delle competenze, problemi nello scambio di informazioni e l'interruzione improvvisa delle misure avviate.

Diversi attori auspicano uno svolgimento più personale e trasparente degli accertamenti e dell'accompagnamento durante il processo d'integrazione. Data la particolare situazione psico-sociale delle persone con disturbi psichici, sarebbe opportuno attribuire loro interlocutori fissi presso gli uffici AI e assisterle con maggiore intensità e costanza.

È infatti raro che i partecipanti a provvedimenti d'integrazione abbiano successo sul mercato del lavoro primario grazie alle capacità stabilizzate o acquisite nell'ambiente protetto. La persona di riferimento più indicata per assicurare il necessario accompagnamento è un *coach* professionale di fiducia, con una buona rete di relazioni, che aiuti il paziente a riprendere contatto con la realtà. La sua assistenza dopo la conclusione del processo non dovrebbe dipendere dalla competenza delle istituzioni ma dalla situazione personale e dalle condizioni lavorative delle persone reintegrate (precedenza alle persone e non alle strutture).

Domanda 3

L'analisi degli influssi sugli sviluppi professionali e sulle conseguenze dei provvedimenti terapeutici e di riabilitazione al lavoro rilevati ha permesso di stabilire un sistema di codificazione che include anche proposte di misure atte a prevenire l'invalidità professionale. Questi **provvedimenti preventivi**

volti a contrastare i processi di emarginazione professionale e a evitare l'attribuzione prematura di rendite comprendono sia interventi di natura strategica e organizzativo-strutturale che misure operative d'assistenza personale. Le raccomandazioni concernono diversi settori: la diagnostica e l'attività peritale relative alla capacità/incapacità lavorativa, la gestione dei casi (*case management*), i provvedimenti di accompagnamento socio-professionale preventivi o correttivi per favorire la capacità lavorativa, la terapia e gli interventi di pedagogia sociale e assistenza sociale volti a migliorare la salute e la capacità di rendimento. A tal fine sono auspicabili miglioramenti a livello politico, economico e sociale, nell'assistenza terapeutica e riabilitativa, nelle aziende del mercato del lavoro secondario e primario, nell'organizzazione e nelle procedure dell'AI e nella rete di assistenza sociale in generale.

- Per la diagnostica e l'attività peritale sono stati definiti criteri di qualità strutturali e di contenuto al fine di garantire la validità, l'efficienza e la concretezza degli accertamenti. Agli specialisti si raccomanda di esaminare le varie aree funzionali che influenzano il rendimento in una prospettiva riabilitativa e con un approccio multimetodologico e interdisciplinare. Per le decisioni concernenti l'integrazione, l'AI dovrebbe ricorrere maggiormente alle competenze tecniche dei medici / terapeuti curanti e degli specialisti in materia d'integrazione e alle informazioni di cui essi dispongono sui pazienti, coinvolgendo anche i diretti interessati. Per un collocamento ottimale, durante la riabilitazione si dovrebbero utilizzare le indicazioni fornite dalla biografia lavorativa del paziente o dal suo attuale comportamento in un lavoro a titolo di prova preliminare all'integrazione. In generale, occorre investire maggiori risorse di tempo e personale nella fase dell'accertamento e della pianificazione dei provvedimenti d'integrazione, affinché le attitudini e le inclinazioni dei pazienti rispondano adeguatamente alle esigenze dell'attività lavorativa.
- Affinché il piano d'integrazione sia formulato in modo appropriato e la sua attuazione seguita costantemente è consigliabile il ricorso a uno specialista in gestione dei casi (*case manager*), integrato nella struttura ospedaliera, che provveda al coordinamento sistematico ed efficiente dell'assistenza prestata nel quadro del processo di formazione professionale e controlli il raggiungimento degli obiettivi a lungo termine.
- I provvedimenti d'integrazione devono essere su misura e tempestivi, ossia agire rapidamente, laddove sono riscontrati problemi e secondo le esigenze del caso, in aggiunta ai provvedimenti terapeutici. Per testare e sviluppare le capacità dei malati psichici, all'inizio del processo d'integrazione questi vanno dapprima inseriti in un ambiente protetto, in cui i compiti vengono adattati in modo flessibile e ben strutturato alle loro menomazioni e alle loro particolari doti. Dopo un lungo periodo di disoccupazione, il modo più adatto per reintegrare i disabili psichici è la creazione di condizioni di apprendimento che permettano loro di prendere confidenza e fare esperienze. Per sostenere questo processo occorrono strumenti per la definizione degli obiettivi e la verifica del loro raggiungimento mediante controlli dei diretti interessati e di terzi. La percezione di sé dei malati psichici, spesso disturbata, e il loro comportamento lavorativo, che deve conformarsi a determinate esigenze, possono essere migliorati attraverso un accompagnamento costante e *feedback* regolari. A tal fine sono necessari corsi di formazione e perfezionamento speciali in materia di accompagnamento socio-professionale che forniscano ai dipendenti incaricati di affiancare i disabili psichici e ai superiori diretti le necessarie informazioni sulle malattie psichiche e trasmettano loro le necessarie competenze dirigenziali e socio-comunicative mediante esercitazioni pratiche.

- I criteri di qualità del setting terapeutico corrispondono perlopiù a quelli di altri settori: mediante prestazioni d'aiuto facilmente accessibili e durature e un'assistenza globale e integrata trasparente e incentrata sull'individuo è possibile ottenere effetti di prevenzione secondaria e terziaria. La fornitura di un'assistenza individuale è ancora ostacolata dalla ripartizione delle competenze tra i vari attori coinvolti, che non risponde alle esigenze dei disabili e del loro caso. Nella terapia dovrebbe essere incluso anche l'aspetto della riabilitazione: in ambito ospedaliero, infatti, è per esempio possibile determinare e sviluppare capacità, atteggiamenti e opzioni favorevoli alla riabilitazione. Le cliniche dovrebbero poter mettere a disposizione le proprie competenze psichiatriche per far meglio conoscere, per esempio nelle aziende, le malattie psichiche.
- L'adozione di provvedimenti collaterali di natura socio-pedagogica è importante soprattutto in un'ottica di prevenzione primaria. I servizi sociali delle cliniche hanno un ruolo significativo nell'acquisizione e nel coordinamento delle prestazioni di assistenza preliminari e successive al processo d'integrazione, ragion per cui è necessario che il loro personale disponga di una buona rete di contatti. Questi servizi necessitano inoltre di risorse supplementari per intrattenere contatti con l'esterno per il periodo successivo alla dimissione.

Conclusioni

Tra gli altri risultati, il presente studio fornisce alcune indicazioni pratiche per un'impostazione efficiente dei provvedimenti d'integrazione e delle condizioni lavorative. Queste raccomandazioni permettono di reagire in modo flessibile e adeguato a determinati rischi e disfunzioni del sistema di assistenza ai malati psichici. Per sapere quali siano i provvedimenti più benefici per i vari gruppi di pazienti, andranno condotte ulteriori ricerche garantendo una maggiore omogeneità dei gruppi di destinatari e uniformità delle condizioni di attuazione dei provvedimenti, che nel quadro del presente studio sono risultate molto variabili e complesse. Fin dal principio si dovrà inoltre definire esattamente cosa si intenda per «beneficio» o «successo» di un provvedimento. Se a livello politico, strategico e operativo saranno definiti obiettivi concreti e messe a disposizione le risorse necessarie, attraverso la definizione di direttive e il parallelo svolgimento di una valutazione sarà possibile garantire l'attuazione di misure adeguate. A condizione di non perseguire unicamente obiettivi a breve termine (di natura finanziaria) ma di voler ottenere anche effetti duraturi, questi sforzi permetteranno non soltanto di migliorare il benessere dei diretti interessati ma anche di conseguire risparmi a lungo termine nel sistema di sicurezza sociale, che torneranno a vantaggio dell'intera società.

Summary

Occupational integration of individuals with mental health problems: case studies

Background

Mental illness has become a frequent cause of incapacity for work and of invalidity pension receipt. The Swiss invalidity insurance system has been subject to a steep rise in the number of individuals who receive IV benefits on mental health grounds. The explicit goal of the 5th IV revision was to curb this upward trend by pursuing the principle of “rehabilitation before a pension”. At the same time, the Federal Social Insurance Office (FSIO) commissioned a number of research projects to investigate the causes of invalidity, and to assess and improve existing preventive and occupational integration measures and legislation. The present study was carried out as part of the FSIO’s multiannual research programme on invalidity insurance (FoP-IV)³.

Aims and key questions

The aim of the present study is to identify the factors that facilitate the successful occupational re-integration of people suffering from a mental disability with a view to the improved prevention of IV pension receipt and to establishing favourable conditions in the primary and secondary labour market. The study therefore will attempt to answer the following questions:

1. Which factors help or hinder the occupational integration of mental disability sufferers?
2. Do the various agencies involved coordinate their activities and how effective is this coordination?
3. Is it possible to deduce any pointers for preventive measures?

Samples

A heterogeneous sample of 45 male and female patients of different ages and with different psychiatric diagnoses was interviewed about their health and employment status during, and up to four times after, their in-patient stay in the Basle University Psychiatric Clinic (UPK). To ensure that the sample was as comprehensive as possible, the study looked both at individuals who were still employed at the time of treatment and at individuals, who were already incapacitated and consequently had lost their job, were in receipt of an IV pension and/or were trying or had tried to return to work.

The analysis of individual illness and rehabilitation pathways was based on the assessments of 40 key *carers*, who were employed in a range of functions within the care setting. The aim was to complement and validate the statements made by the patients themselves.

Finally, 24 insurance law and occupational rehabilitation experts were asked to evaluate the diagnoses and the success of the preventive and integration measures taken to restore the patients’ capacity for work. They were also asked to rate the coordination of the various agencies involved.

³ <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=en>

Methodology

The study is based on a longitudinal and qualitative approach. The case studies were limited to 18 months due to the fact that the 1st FoP-IV would expire by the end of 2009.

The chosen approach of exploratory data collection and qualitative case studies turned out to be appropriate for the aims of the research, which include an analysis of concrete, socially determined processes as well as how these processes were perceived. Based on literature analyses and a first round of expert interviews, an interview guide was devised and used to gather data. This instrument was validated during the semi-structured interviews carried out at the main stage of the project. By conducting the interviews according to the openness principle, it was possible to identify intrapersonal risk factors and resources, as well as the complex prerequisites and effects of rehabilitation, treatment and employment conditions.

All interviews were recorded and transcribed. The rule-guided method developed by Mayring (2003) was used to analyse their content. Computer-assisted data reduction and abstraction were also undertaken. The data were coded and categorised, thereby enabling the identification and a broad-based definition of both the factors that influence the occupational rehabilitation process and the connection between these factors as well as the interaction of the various relevant agencies. These were classified thematically through "coding catalogues", thus allowing their use as an analytical tool in future surveys.

Results and conclusions

The results of the qualitative content analyses confirm and expand on earlier, mainly quantitative, research findings on risk factors and the likelihood of occupational integration (see the 2009 IV case file analysis by Baer, Frick and Fasel). The in-depth case studies identified observable patterns, as well as hitherto overlooked problems associated with the labour market reintegration of individuals suffering from mental ill-health. The study was also able to establish precise quality criteria for the diagnostic process, integration planning, as well as the job placement and care of individuals with mental health problems. In addition, it was possible to distil a considerable number of recommendations, which will be particularly beneficial for preventing the onset of occupational disintegration processes and for mitigating health and work incapacity risk factors.

Question 1

As regards **helpful and obstructive factors**, there are three main sources of influence on the occupational reintegration process: the person concerned, the existing working and institutional conditions and the person's social environment.

The **personal factors** identified by the case analyses broaden the focus of the quantitative research findings on the predictors of successful occupational rehabilitation. Factors, such as the experiences of the patient, which can greatly change because of mental ill-health, should be given the same consideration as observable behaviours when deciding on the course of treatment and the integration process to be followed. The collection of subjective perspectives made it possible to generalise the specificities of patients' cognitive processes, i.e. their processing of subjective information. This can heavily influence their experience, active shaping and assessment of integration measures. Such experiences and cognitions (treatment satisfaction, placing oneself under excessive pressure, performance-driven attitude, defeatism), which are sometimes caused by the psychological disorder

and therefore mutable, help to explain observable (mis)behaviour during the therapy and rehabilitation process, and can provide pointers to the specific needs of the individual patient. One conclusion can be that integration measures should not primarily be focused on raising performance.

The assessment of work-related problems revealed significant heterogeneity. The case analyses, including the experts' assessments, showed that verifiable personal factors, such as age, stage of illness and professional qualifications, do not necessarily determine the success of integration efforts, but are, at best, an indicator of the resources available to the person or of the obstacles to performance-enhancing behaviours and experience (e.g. adaptability, the willingness to exert oneself and an openness to learning). A finer differentiation is recommended when it comes to prognoses, because the coding catalogue categorised illness-related impairments according to different types of work-related functions. These functions should be rephrased as criteria for the diagnosis and treatment of working incapacity and their inclusion should take into account the specific situation of the patient. In light of the interplay between these factors observed in the content analyses, the identification of patient motivation as regards treatment, integration and even IV pension receipt requires the systematic and repeated investigation of their illness-induced cognitions, their work-related motives, their expectations and concerns, as well as the experiences that inform them.

As regards the **working and institutional settings**, the study focused on the main factors that influence health and performance, to wit the social characteristics of the guidance given to the person, a more flexible job description, as well as certain activity-related requirements which industrial and organisational psychology consider to be beneficial to health. The case studies identified that improvements need to be made in the primary and secondary labour market, particularly in terms of the methodological and social skills of line managers/mentors. In the interests of prevention and intervention, an employee interview led by a qualified professional was developed, with a view to enabling the involvement of all participants in agreements and reviews of an explicit set of goals.

As regards the recovery and integration prospects of individuals suffering from mental health problems, the **social environment** is important insofar as stressors are present that may put the person at risk of relapse. For this reason, it is recommended that therapy considers from the outset aspects of the patient's social environment, such as the presence of a partner, children and (dys)functional friendships. Furthermore, there should be a greater inclusion in the rehabilitation process of the resources provided by the social environment, such as supportive family members or friends, as this can help improve early detection and stabilisation of patients' symptoms.

Question 2

The examination of the interactions at play in each of the case studies enabled an analysis of the complex interdependencies within care structures, as well as of how the patients assessed these in terms of their chances of returning to work. The coding catalogue on the issue of multi-agency coordination contains details and evaluations of those structures and procedures, which are relevant for all involved. The analysis found that in many cases a great deal of time was lost and opportunities missed before an adequate response was forthcoming to the set of factors behind the onset of invalidity. It would be wrong to speak of "early detection" at the time when the sample subjects applied to the IV, despite the fact that those in treatment especially were aware, in theory, of the IV's "early detection" and "early intervention" instruments. There are two reasons for this situation. The first is

that little practical experience has been gathered to date on the impact and effectiveness of these instruments, and in some cases, the relevant actors – including experts – lack trust in the institutions and the procedures of the IV. The second reason is the advanced state of illness and impairments by the time most people eventually apply for IV benefits. Primary preventive measures therefore should be introduced already at school or in secondary education, and general practitioners should be made better aware of the problem and receive the requisite training to deal with such cases. Furthermore, the issue of work is raised either too late or only touched on superficially in clinics. Yet, the patients themselves tend to recognise that action must be taken, due to the fact that, after their in-patient treatment, they may need to re-adapt their previous job or find a new one. Also, they may often feel unsure about their own abilities and the relationship they will have with co-workers. If patients are to return to their previous job, employers must adopt a sensitive approach to mediation to ensure the open communication of problems and the search for solutions in the workplace. The needs- and situation-focused strategies of the clinics' social services unit appear to be consistent with objectives, but are often implemented too late (two weeks prior to leaving the clinic). They are also not applied systematically during the critical transition phases of treatment. To some patients, advice and training services provided by the clinics' occupational rehabilitation units offer an environment in which they can gather positive experiences and receive help, even during their in-patient stay. Such facilities tend to be under-utilised for subsequent integration measures. Overall, there is little coordination and sharing of medical therapy and rehabilitation expertise in both clinics and other care settings. This hampers the transfer of learning outcomes, but it could be improved through more transparent information structures and a clearer allocation of responsibilities. The use of case management could resolve not only the latter, but also other problems like insufficient information sharing and premature withdrawals of assistance.

A more individual-focused and transparent procedure is needed with regard to the assessment and care of patients at various levels. By assigning unique IV case workers to each patient and through more intensive and sustained monitoring, the psychosocial specificities of mental health patients could be dealt with more effectively.

With regard to integration measures, IV benefit recipients often failed or found it difficult in the primary labour market to apply the aptitudes they had stabilised or acquired in a protected setting. A job coach could satisfy the observed need for ongoing monitoring by a trusted professional who would be aware of the realities of the person's situation. The provision of aftercare should be framed by the specific status of the person and their work-related circumstances rather than by institutional responsibilities ("focus on the individual not the structure").

Question 3

From the analysis of the factors that determine the success of occupational integration as well as the impact of therapeutic and occupational rehabilitation procedures, a coding catalogue was compiled, containing recommendations on **preventive measures** to combat occupational invalidity and the premature receipt of an IV pension. The recommendations include structural measures affecting organisations, as well as case-specific operational measures. They are directed at the integration-related aspects of diagnostic procedures, at case management, at specialist measures by trained professionals to prevent incapacity or to restore patients' capacity to work, at therapeutic measures and at social education or social welfare measures to improve the health and skills of the individuals concerned. In some cases, improvements can be envisaged across the board: at the policy, eco-

conomic and societal level, therapeutic or rehabilitative care, reintegration agencies, business, in the structural and workflow organisation of the IV system, and the social security network generally.

- Quality criteria were to be met by the structural and substantive direction of the diagnosis and assessment of a patient's capacity to work in order to ensure the use of a valid, efficient and practical procedure. Recommendations are aimed at a rehabilitation-oriented, multimethod and interdisciplinary clarification of the various functions that may influence performance. For integration decisions, the IV should make better use of the specialist expertise and knowledge of the attending physicians/therapists and integration specialists, as well as involving the patients themselves more actively. To ensure the best possible job prospects, pointers from the person's employment history or from their job trials should be used as part of the occupational rehabilitation process. Overall, more time and human resources should be invested in the patient assessment and assistance planning phases to ensure that integration measures correspond to the person's skills and aptitudes and that the requirements of the given occupational activity can be met.
- In the interests of an integration plan that is in line with the set objectives and is systematically pursued, the use of qualified case managers is recommended. Their role would be to coordinate the services within the care setting during the occupational training process with a view to pursuing longer term and sustainable objectives.
- Integration measures should be applied promptly and should take account of the specificities of the case, i.e. early and situation-specific action to tackle the given problems and accompanied by needs-based therapeutic measures. Patients should be integrated in a safe learning environment, where the tasks are jointly agreed. In addition, these tasks should be adapted and structured according to the patients' strengths and weaknesses. After a period of long-term unemployment, a learning setting which creates trust and enables people to gather experience is often best suited to their prevailing needs. To this end, instruments should be developed that enable the definition and pursuit of targets, which are either monitored by patients themselves or by a third party. Ongoing care and frequent feedback often improve the impaired self-perception of people with mental health problems and their performance-related behaviour. This requires first and foremost special occupational integration training for mentors and managers, as this will improve their understanding of mental illness, equip them with the necessary management skills, and enhance their social and communication skills.
- Quality criteria in the therapeutic setting correspond largely to those applied in other areas, whereby low-entry and long-term assistance, holistic and integrated provision of more person-focused and transparent support are combined with secondary and tertiary prevention. Area-specific responsibilities still block the path towards patient-focused care. These often do not match the needs of the people concerned. Therapeutic care should take account of rehabilitation issues, because it is precisely within the in-patient setting that capabilities, attitudes and options that favour rehabilitation are created and developed. Clinics should be in a position to share their psychiatric expertise for example with employers.
- Accompanying social education measures have a role to play, particularly in primary prevention strategies. Social services have a significant part to play in the acquisition and coordination of after-care and integration-enhancing efforts. Consequently, staff ought to be well coordinated and contacts should also be available to patients once they have left the clinic.

Conclusions

The findings of this study contain practical recommendations for improving the efficiency of integration measures and working conditions, thereby enabling a needs-based and flexible response to risk factors and observed shortcomings of the care setting. An answer to the question of which patient groups can benefit the most from which measures will require more extensive research based on a more homogeneous sample. The same applies to the conditions in which measures are dispensed. In the present study, these vary widely and are subject to a highly complex interplay. Furthermore, a more precise definition should be established on what is meant by the benefits or success of a measure. If practical objectives are defined at the policy, strategic and operational levels and resources are made available for their implementation, the introduction of specifically agreed measures can be secured by the development of guidelines and accompanying evaluations. Provided that lasting goals are designed not for short-term (financial) gain but rather for the long term, such efforts should benefit the welfare of patients as well as the state of the social system generally thanks to the resulting longer-term cost savings.

Glossar

AnleiterIn	Fachperson (nicht zwingend Integrationsfachperson), die am Arbeitsplatz (erster oder zweiter Arbeitsmarkt, Eingliederungsmassnahme) für den Betroffenen eine anleitende Funktion übernimmt und in arbeitsbezogenen Fragen als Ansprechperson zur Verfügung steht (z.B. Vorgesetzter, Jobcoach)
(Arbeits-)Agogisch	auf die Begleitung von Menschen am Arbeitsplatz bezogen
Arbeitstherapie	berufliche Rehabilitation, langsame Heranführung an Anforderungen des Arbeitslebens
Attribution	Ursachen- und Wirkungszuschreibung
BEFAS	Berufliche Abklärungsstelle
Bio-psycho-soziales Modell	Gesundheitsmodell, das biologische, psychologische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen als bedeutsam betrachtet
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
Case-Management	Versorgung einer Person, bei der ein zentraler Betreuer in einer Situation mit mehreren Beteiligten über die Institutionsgrenzen hinweg die Kontakte koordiniert
Code	Abkürzung oder Label des Bedeutungsgehalts; abstrakter, prägnanter Begriff, der eine Textstelle klassifiziert
Code-Code Beziehungen	In Beziehung bringen von Codes miteinander z.B. Code A widerspricht Code B, Code C bewirkt Code D
Codieren	Zuweisen von abstrakten Konzepten (Codes) zu einer Textstelle
Compliance	Bereitschaft, bei Massnahmen mitzuwirken und die Anforderungen einzuhalten
Computerunterstützte Datenanalyse	Nutzung von Computer-Software zur Auswertung von qualitativen Daten, z.B. Codieren von Textstellen
Coping	Bewältigungsstrategien; Art des Umgangs mit schwierigen bzw. belastenden Situationen
Deduktiv	Schluss vom Allgemeinen zum Besonderen
Disability Management	integriertes Gesundheitsmanagement mit Verflechtung von präventiven und rehabilitativen Massnahmen zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit von Menschen, die im Arbeitsleben stehen sowie zur Vermeidung von Arbeitslosigkeit und Frühberentung

Dropout-Quote	Anteil der Stichprobe, der im Verlauf einer Studie aus der Untersuchung herausfällt
Dysfunktional	in seiner Funktion gestört oder unangemessen
Edukativ/Edukation	auf die Vermittlung von Informationen bezogen
Eingliederungsangebote	geschützte Arbeitsplätze; Wiedereingliederungsstätten
Explorativ	auf Methoden bezogen zur Aufdeckung von Strukturen und zur Erkenntnisgewinnung
F2, F3, F4, F6	Störungsgruppen im ICD in Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“
FEFI	Früherfassung und Frühintervention
FoP-IV	Forschungsprogramm zur IV des Bundesamtes für Sozialversicherungen
Formale Kriterien	Merkmale der Untersuchungseinheit, die durch Zählen/Messen erhoben werden können, z.B. Alter, Berufsstand
Halbstrukturiertes Interview	Interview nach einem Gesprächsleitfaden, der dem Interviewer und dem Befragten viel Gesprächsgestaltungsspielraum lässt
i.S.v.	im Sinne von
ICD	Internationale Klassifikation von Krankheiten der WHO
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
Induktiv	Schluss vom Besonderen zum Allgemeinen
Inhaltliche Kriterien	vom Erkenntnisinteresse abhängige Bedeutungsdimensionen, die aufgrund von Schlussfolgerungen klassifiziert/codiert werden
Inhaltsanalyse	Analyse und Erschließung der Inhalte von Texten
Involvement	inneres Engagement, mit dem sich eine Person einer Sache oder einer Person zuwendet
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
Jobcoach	Fachperson, die erkrankte Menschen bei beruflichen Fragen zur Seite steht, bei der Jobsuche hilft und die Einarbeitung am Arbeitsplatz begleitet
Kognitiv/Kognition	auf mentale Vorgänge wie Denken, Einstellungen, Problemlösen bezogen
kurativ	heilend, auf Heilung ausgerichtet
Längsschnittuntersuchung	Befragung einer Stichprobe zu mehreren Zeitpunkten
Med. Abklärung	Medizinische Abklärung

MEDAS	Medizinische Abklärungsstellen der IV
Monitoring	systematische Erfassung, Beobachtung oder Überwachung eines Prozesses
Paraphrasieren	Niederschreiben des Inhalts in anderen/vereinfachten Worten
Postscript	nach einem Interview erstellte Nachschrift
Prädiktor	Variable, die eine Vorhersage ermöglichen soll
Prämorbid	Zustand vor Auftreten der Erkrankung
Primäre Prävention	Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten durch Beseitigung von ursächlichen Faktoren
Qualitative Forschung	fallorientierte Forschung von bedeutungshaltigen Daten mit dem Ziel zu verstehen und zu beschreiben
Quantitative Forschung	Forschung mit hypothesenprüfendem Vorgehen und klar numerisch messbaren Ergebnissen
RAD	Regionale ärztliche Dienste
Reference Tracking	systematisches Durchsuchen von Literaturverzeichnissen von als relevant identifizierter Literaturarbeiten nach weiteren Referenzen
Reha	Rehabilitation
Revision	Überprüfung z.B. der Rentenberechtigung
Sample	Stichprobe
Sekundäre Prävention	frühe Erkennung von Krankheiten und Risikofaktoren und frühe Intervention zur Minimierung von Krankheitsfolgen
Setting	Umgebung, Kontext, Situation
Situativ	auf Umstände, Situationen bezogen
Skills	Fähigkeiten; Fertigkeiten
Sozio-emotionale Fähigkeiten	Fähigkeit, eigene und die Gefühle anderer wahrzunehmen, zu bewerten und auszudrücken
Stigmatisierung	Diskriminierung von Personen oder Gruppen, Zuschreibung negativer Merkmale
Stressor	Belastungsfaktor
Supported Employment	Massnahmen zur Platzierung und zum Training im Arbeitsmarkt von Menschen mit Arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigungen
Tertiäre Prävention	Verhinderung der Krankheitsverschlechterung und von Folgeerkrankungen
Theoretical Sampling	dt.: Theoriegeleitete Stichprobenziehung. Im Rahmen der <i>Grounded Theory</i> entwickeltes Verfahren zur Auswahl von Untersu-

	chungseinheiten, bei dem Kriterien zur Probandenauswahl während des Untersuchungsverlaufs schrittweise verfeinert werden
Transkription	genaues Verschriftlichen eines aufgenommenen Gespräches
u.U.	unter Umständen
UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Validierung	Prüfung der Gültigkeit einer Aussage, Untersuchung oder Theorie
Variable	Merkmal mit unterschiedlicher Ausprägung, z.B. Alter
Verbatimprotokoll	wortgetreues Gesprächsprotokoll
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Ausgangslage und Fragestellungen

1.1 Hintergrund

Psychische Erkrankungen haben in der Schweiz in den letzten Jahren als Ursache für Berufsunfähigkeit und Invalidenrentenbezug stark zugenommen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2006, Rajower, 2007). Der Wegfall einer angemessenen Tätigkeit verursacht wiederum erhebliche psychosoziale und psychologische Folgen (Watzke, Galvao, Gawlik, Hühne, & Brieger, 2005). Diese Entwicklung bringt, neben den individuellen Folgen für die betroffenen Personen, erhebliche volkswirtschaftliche Folgen mit sich. Die Invalidenversicherung in der Schweiz verzeichnet durch die starke Zunahme von IV-Leistungsbezügerinnen und –bezügern aufgrund von psychischen Behinderungen eine enorme Kostenexpansion⁴. Die fünfte IV-Revision verfolgt explizit das Ziel, die Zahl der Neuberentungen um 20% (bezogen auf das Jahr 2003) zu reduzieren⁵. Basierend auf dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" wurden u.a. zahlreiche, am US-amerikanischen Modell des „Supported Employment“ orientierte Integrationsprojekte (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001, Hoffmann, Holger et al. 2004, Becker, D.R., & Drake, R.E., 1994) implementiert. Analog bekundet das Bundesamt für Sozialversicherungen grosses Interesse an Untersuchungen zur Ursachenklärung und zur Bewertung und Verbesserung von präventiven und integrativen beruflichen Massnahmen⁶. Die aktuelle Forschung in diesem Bereich nutzt insbesondere quantitative Methoden, aus denen bisher nur wenige und unzureichend verlässliche Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten hervorgehen (Hoffmann & Kupper, 2003). Eine unlängst abgeschlossene umfassende Dossieranalyse verfolgte das Ziel, eine allgemeine Typologisierung von Personen und Problemlagen bei psychischer Invalidität und Erwerbsunfähigkeit vorzunehmen (Baer, Frick & Fasel, 2009). Schon zu einem früheren Zeitpunkt haben die Autoren den Bedarf an insbesondere qualitativen Untersuchungen geäussert, die konkrete erfolgreiche Rehabilitations- oder Frühberentungsverläufe abbilden und erklären können (Baer & Frick, 2007).

An diesem Punkt setzt die vorliegende Studie an. Sie verfolgt den geforderten, qualitativen Forschungsansatz, um die Ergebnisse der quantitativen Dossieranalysen zu beruflichen Problemen und Präventionsmöglichkeiten zu ergänzen und zu differenzieren.

1.2 Forschungsauftrag und Ziele

Anhand intensiver, systematischer Fallstudien werden arbeitsbezogene Problembereiche und Bedürfnisse von Personen mit psychischen Störungen beleuchtet. Ziel ist die Identifikation von förderlichen sowie hinderlichen Einflussfaktoren für die berufliche Wiedereingliederung, die Bewertung der Zusammenarbeit verschiedener professioneller Akteure und das Aufzeigen von Erfolg versprechenden Präventionsmassnahmen.

Folgende wissenschaftliche Fragestellungen wurden definiert:

⁴ <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=de>

⁵ http://www.parlament.ch/afs/data/d/rb/d_rb_20050052.htm

⁶ <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=de>

1. Welche Faktoren begünstigen oder verhindern die berufliche Eingliederung von psychisch erkrankten Personen?
2. Wie stellt sich die Zusammenarbeit der professionellen Akteure an den Schnittstellen dar (Schnittstellenproblematik)?

WER ist beteiligt am Prozess?

WIE läuft deren Zusammenarbeit und Koordination?

WAS sind beabsichtigte und durchgeführte Massnahmen zur beruflichen Integration?

3. Welche Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen lassen sich ableiten?

2 Methodik und Stichproben

2.1 Studiendesign

Die Studie wurde als Längsschnittuntersuchung mit einer ursprünglich geplanten Projektlaufzeit von drei Jahren angelegt. Die längerfristige Begleitung von Patientinnen und Patienten der UPK Basel mit krankheitsbedingten beruflichen Problemstellungen sollte insbesondere die Nachhaltigkeit der durchgeführten Massnahmen sowie den Einfluss zwischenzeitlicher Ereignisse (Rückfälle, Ereignisse im Kontext der Arbeitstätigkeit, etc.) berücksichtigen und genauer untersuchen. Wegen des Auslaufens des ersten Forschungsprogramms zur IV (1. FoP-IV) Ende 2009 wurde die Studie auf 18 Monate begrenzt mit der Option einer allfälligen Weiterführung um weitere 18 Monate. Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse beschränken sich daher auf einen Beobachtungszeitraum von maximal einem Jahr (Dezember 2008 bis November 2009).

Krankheit, Behinderung, Rehabilitation und Arbeit sind individuelle, vielfach determinierte Prozesse, die sich im sozialen Kontext abspielen. Als einen die bisherige Forschung erweiternden Zugang zu diesem komplexen Problemfeld wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, der durch die Erfassung von Betroffenenberichten die individuellen Bewertungen und Bedeutungszusammenhänge fokussiert. Die Begleitung von Einzelfällen ermöglichte dabei eine möglichst naturalistische, d.h. alltagsnahe und konkrete Erfassung von interaktiv bestimmten Eingliederungsbedingungen, aus denen sich praxisrelevante Implikationen ableiten lassen.

Die qualitative Datenerhebung erfolgte mittels halbstrukturierter Interviews, in denen betroffenen Personen Fragen zur gesundheitlichen und beruflichen Situation gestellt wurden. Zu Beginn der Begleitung wurde noch während des Klinikaufenthalts mit jedem/jeder *PatientIn* ein ausführliches Erstinterview von ca. einstündiger Dauer durchgeführt. Daraufhin erfolgten kurze telefonische Nachbefragungen im Abstand von drei Monaten. Der Hauptfokus der Interviews wurde auf konkrete Erfahrungen mit und persönliche Bewertungen von arbeitsbezogenen Diagnostik- und Interventionsprozessen gelegt. Ergänzend wurden die Einschätzungen dieser Verläufe durch die von den PatientInnen benannten *Betreuerinnen und Betreuer*⁷ im Versorgungssystem erhoben, die den PatientInnen besonders in beruflichen Fragen zur Seite standen. Diese Befragungen erfolgten in zeitlicher Nähe zum Erstinterview mit dem/der jeweiligen PatientIn, so dass die Aussagen von PatientInnen und BezugsbetreuerInnen für eine differenzierte Einzelfallanalyse verglichen werden können.

Im Laufe einer vorstrukturierenden Projektphase zur Interviewleitfadenentwicklung erwies sich das kumulierte und fundierte Wissen von *ExpertInnen* des Versorgungssystems als aussagekräftiger Zugang zu fragestellungsrelevanten Informationen bzgl. der Arbeits- und Erwerbs(un)fähigkeitsprozesse von psychisch Erkrankten. In die Untersuchung wurde daher eine vorher nicht vorgesehene zweite Stichprobe mit Expertinnen und Experten in versicherungsrechtlichen und arbeitsrehabilitativen Fragen aufgenommen, um dieses wertvolle, über Einzelfälle hinaus gehende Wissen mitbe-

⁷ Die in diesem Bericht mit "BetreuerInnen" bezeichneten Fachpersonen haben dieselben Qualifizierungen und Funktionen wie die als „ExpertInnen“ bezeichneten InterviewpartnerInnen. Die Gruppen unterscheiden sich nur insofern, als von den BetreuerInnen *fallspezifische* Einschätzungen erhoben wurden, während in Interviews mit ExpertInnen sämtliche Einschätzungen und *fallunabhängige bzw. fallübergreifende* Erfahrungen der befragten Fachpersonen mit psychisch kranken Personen angesprochen sind. Die unterschiedliche Bezeichnung dient lediglich der Spezifizierung der Stichprobenzugehörigkeit.

rücksichtigen zu können. Die ausgewählten ExpertInnen wurden zur Befragung einmalig im Untersuchungszeitraum aufgesucht.

Im Sinne der qualitativen Forschung wurde die Hypothesenstellung, die Befragungen und die Strukturierung der Daten entsprechend den Fragestellungen in einem zyklischen Prozess konstitutiv exploriert und aufeinander bezogen. Dies bedeutet, dass anfängliche aus Literatur und Forschung abgeleitete Hypothesen an dem erhobenen Datensatz rücküberprüft und noch im Laufe der Erhebungen gegebenenfalls revidiert wurden. Die sich so entwickelnden Differenzierungen wurden nicht nur als Ergebnisse gesammelt, sondern beeinflussten auch die folgenden Befragungen, weil das Befragungsinstrument entsprechend modifiziert wurde. Diese methodisch angelegte Offenheit für Ergänzungen und Revisionen ermöglicht ein Nachvollziehen und thematisches Strukturieren von subjektiven Sichtweisen der Beforschten, die evtl. neue, bislang unberücksichtigte Bedingungen und Zusammenhänge hervorbringen.

Die folgende Tabelle zeigt die methodischen Schritte und Instrumente, die in der Studie zur Anwendung kommen:

Tabelle 1. Forschungsmethodik

1. Qualitative Datenerhebung	Leitfadengestützte Interviews
2. Qualitative Datenaufbereitung	Elektronische Tonaufzeichnung Postscriptum Transkription
3. Qualitative Datenauswertung	Computerunterstützte Inhaltsanalyse Verlaufsanalysen Vergleichende Zusammenhangsanalysen

In den folgenden Abschnitten werden die Stichproben genauer beschrieben und daraufhin detailliert auf die Forschungsmethodik eingegangen.

2.2 Stichproben

2.2.1 PatientInnen

Die Untersuchung erfolgte an einem gemischten Sample von N=45 PatientInnen, die in den Bereichen Allgemeine und Spezielle Psychiatrie der UPK behandelt wurden. Die Erhebung der Erstinterviews für die Fallanalysen der PatientInnen-Stichprobe erfolgte planmässig von Dezember 2008 bis April 2009. Die ursprüngliche Stichprobengrösse von N=40 wurde erweitert, um trotz der bei Langzeitstudien üblichen Ausfälle auch zu den Nachbefragungszeitpunkten die angestrebte Fallzahl zu erreichen. Zudem zeigte sich die Implementierung des Projektes in der Klinik als erfolgreich, so dass gegen Ende der Laufzeit einzelne PatientInnen um eine Teilnahme anfragten.

Zugunsten einer möglichst facettenreichen Exploration des Forschungsgegenstands wurde die Stichprobe nach dem „theoretical Sampling“ (Rauschendorf & Plate, 1994) zusammengestellt: Es wurden gezielt „exemplarische Fälle“ nach folgenden Kriterien ausgewählt:

Neben personen- und krankheitsbezogenen Variablen wurde als primäres Einschlusskriterium für die Studie „Arbeit als aktuelles Entwicklungsziel“ definiert. Konkret bedeutet dies, dass entweder von

der Patientin/vom Patienten, von Seiten der IV oder vom klinischen Behandlungsteam eines oder mehrere der folgenden Ziele problematisiert und verfolgt wurden:

- Arbeitsplatz und Arbeitsfähigkeit erhalten
- Arbeitsfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit wiedererlangen oder fördern mit dem Ziel der Rückführung in den 1. Arbeitsmarkt
- Arbeitsplatzgefährdung bzw. IV-Berentung abwenden.

Dadurch konnten sowohl „FEFI-Fälle“ (PatientInnen ohne Rentenbezug, die vor Klinikeintritt entweder an einer Arbeitsstelle tätig waren oder aktuell arbeitsunfähig sind mit Krankentaggeld oder Lohnfortzahlung) als auch IV-RentenbezügerInnen (mit einer Rentenbezugsdauer von weniger als 5 Jahren) in die Studie eingeschlossen werden. Die Grössenverteilung der Gruppenzugehörigkeit in der PatientInnenstichprobe (wie viele FEFI-Fälle, wie viele RentenbezügerInnen) wurde nicht festgelegt und war abhängig von der Selektion nach dem primären Kriterium (Arbeit als aktuelles Entwicklungsziel) innerhalb der UPK-Klientel.

Zur Selektion nach den Einschlusskriterien und zur Bewertung der Teilnahmefähigkeit von Patientinnen und Patienten wurde die Einschätzung der jeweiligen therapeutischen oder pflegenden Betreuungspersonen einbezogen.

Die nachfolgende Tabelle beschreibt die PatientInnen-Stichprobe nach relevanten Personenmerkmalen.

Tabelle 2. PatientInnenstichprobe

Charakteristika	Kategorien	Anzahl
Geschlecht	weiblich	20
	männlich	25
	Gesamt	45
Altersgruppen	bis 20	2
	21-30	16
	31-40	17
	41-50	7
	über 50	3
	Gesamt	45
Berufsstand	arbeitslos	10
	FEFI (ohne Rente, vor Klinikeintritt an Arbeitsstelle/Ausbildung oder aktuell arbeitsunfähig mit Krankentaggeld oder Lohnfortsatz)	20
	Teilrente	3
	Rente 100%	12
	Gesamt	45
Diagnosen (aufgrund von Komorbidität können PatientInnen in mehreren Kategorien vorkommen oder dieselbe Kategorie mehrmals belegen)	F2 (psychotische Störungen)	16
	F3 (mittlere und schwere Depression)	22
	F4 (Angst, Zwang, dissoziative und Konversionsstörungen)	22
	F6 (Persönlichkeitsstörungen)	13
	Gesamt (bei Mehrfachnennung)	73

2.2.2 Zentrale Betreuungspersonen (fallbezogene Befragung)

Insgesamt wurden 40 Betreuungspersonen fallspezifisch über berufsrelevante Verläufe befragt. 27 der insgesamt 45 teilnehmenden PatientInnen erteilten nach ihrem Erstinterview die Erlaubnis, ergänzende Befragung(en) von einer oder mehreren professionellen Betreuungspersonen in beruflichen Fragen durchzuführen. Für die meisten Teilnehmenden war der Einbezug von Betreuungspersonen in die Untersuchung unproblematisch, allerdings wurde zum Zeitpunkt der Erstbefragung nur ca. die Hälfte der PatientInnen in beruflichen Fragen fachlich betreut. Vereinzelt konnten Fachpersonen (v.a. ambulante Ärzte) trotz Einverständnis des/der PatientIn nicht für eine Befragung gewonnen werden. Die Befragungen dauerten zwischen 10 und 45 Minuten und erfolgten einmalig.

Die individuell benannten und befragten Betreuungspersonen (N= 40) kommen aus folgenden Betreuungssystemen bzw. Berufsgruppen:

- Sozialdienst (N= 13)
- Arbeitstherapie (N= 8)
- PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen (N= 4)
- IV-SachbearbeiterInnen und –BerufsberaterInnen (N= 4)
- BerufsberaterInnen und Jobcoaches anderer Institutionen (N= 7)
- Vorgesetzte der letzten Arbeitsstelle (N= 4)

Exemplarisch wurde in sieben Fällen eine Gegenüberstellung der PatientInnen-Sicht und der Einschätzung seines/ihrer Betreuers vorgenommen (vgl. Abschnitt 3.4.2), um mögliche Beeinträchtigungen in der Selbst- und Problemeinschätzung bei Personen mit psychischen Erkrankungen erkennen zu können und den daraus resultierenden Handlungsbedarf zu beschreiben.

2.2.3 ExpertInnen (fallunabhängige bzw. fallübergreifende Befragung)

Zusätzlich zur fallbezogenen Befragung der begleitenden Betreuerinnen und Betreuer der Patientinnen und Patienten wurde ein zweites Sample von 24 unabhängigen Expertinnen und Experten des Versorgungssystems in Fragen zu Diagnostik und Interventionen im Bereich Arbeits- und Erwerbs(un)fähigkeit von psychisch Erkrankten interviewt.

Die ausgewählten ExpertInnen dieser zweiten Stichprobe wurden einmalig im Untersuchungszeitraum persönlich über ihre Erfahrungen mit beruflicher Integration von betreuten KlientInnen mit psychischen Erkrankungen und zu Schnittstellenproblematiken befragt.

Die ExpertInnen-Stichprobe und deren funktionelle und institutionelle Anbindung ist in der folgenden Tabelle visualisiert.

Tabelle 3. ExpertInnenstichproben

Institution	Bereich/Funktion	befragte Experten
UPK	Sozialdienst	4
	Arbeitstherapie	1
	Ärzte	1
IV	Berufsberatung	4
	RAD	1
	Med. Abklärung	1
	Beruf. Abklärung	2
Integrationsseinrichtungen	Berufsberatung	1
	Jobcoaching	2
	Leitung von Eingliederungsangebot	4
	Agogische Betreuer/ Coach	2
Betriebe	Sozialdienst	1
Gesamt		24

2.2.4 Nachbefragung (PatientInnen)

Jeweils im Abstand von drei Monaten nach der Erstbefragung wurden die PatientInnen entsprechend den Forschungsfragen und der individuellen Integrationsproblematik zur Nachbefragung kontaktiert. Die Erreichbarkeit und Kooperation der inzwischen aus der Klinik ausgetretenen PatientInnen erforderte grösstenteils einen sehr hohen Aufwand. Durch konsequente und motivierende Kontaktaufnahme konnte aber in den meisten Fällen eine wiederholte Befragung realisiert werden. Zu der sehr geringen Dropout-Quote (N= - 3 zum Zeitpunkt Post 1 und N= - 6 ab Post 2-3) dürfte der persönliche PatientInnen-Kontakt bei der Anwerbung für die Studie und bei den intensiven Erstgesprächen wesentlich beigetragen haben. Bei 42 PatientInnen wurden somit zwischen einer und vier Nachbefragungen durchgeführt, die ebenso wie die Daten der Erstinterviews, der ExpertInnen-Interviews und der Befragungen fallspezifischer BetreuerInnen in die Datenanalyse eingegangen sind.

2.3 Problemanalyse und Leitfadenkonstruktion

Der Forschungsgegenstand wurde nach theoretischen Gesichtspunkten aus Literaturstudien und durch erste ExpertInnen-Befragungen vorstrukturiert: Die Literaturrecherche wurde in der Literaturliteraturdatenbank PubMed durchgeführt. Die Literaturverzeichnisse der als relevant identifizierten Arbeiten wurden systematisch nach weiteren Referenzen durchsucht („Reference Tracking“). Um auch so genannte „graue“ Literatur in die Recherche einzubeziehen, wurde daneben über die Suchmaschine www.scholar.google.com recherchiert. Aufgrund der - vor allem in Bezug auf das Sozialversicherungssystem - schwierigen Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus dem anglo-amerikanischen Raum, wurden vorwiegend deutschsprachige Publikationen herangezogen.

Die Sichtung der Literatur lieferte Hinweise auf zentrale Problembereiche und Faktoren, die auf die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen massgeblichen

Einfluss haben können. Dabei gibt es zwischen den verschiedenen Studien Übereinstimmungen aber auch zahlreiche Widersprüche. Als wesentlich werden sowohl personenbezogene Faktoren wie z.B. Art und Schwere der Erkrankung, prämorbid berufliche und soziale Integration und Therapiemotivation, [z.B. Watzke, Galvao, Gawlik, Huehne, & Brieger (2006), Nordt, Muller, Rossler, & Lauber (2007), Oster (2007), Matschnig, Frottier, Seyringer, & Fruhwald (2008)] als auch kontextuelle Faktoren wie Beschaffenheit des Arbeitsplatzes oder Beginn und Personenzentriertheit der beruflichen Massnahme [z.B. Baer (2007); Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg, & Beutel, (2005), Oster, (2007)] beschrieben.

Für die personenbezogenen Faktoren wurden gängige klinische Tests und arbeitspsychologische Leistungs- und Motivationsinventare, wie WHOQOL-BREF, AVEM, LMI, BIP, FBTM, O-AFP, IBES, FERUS, MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in der Arbeit), MOHO (Model of Human Occupation /Modell der menschlichen Betätigung), FKV, auf relevante Inhalte und Frageformen hin gesichtet und bewertet [z.B. Angermeyer, Kilian, & Matschinger (2000); Schaarschmidt & Fischer (2006); Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg, & Beutel (2005); Hossiep & Paschen (1998); Schuler & Prochaska (2000); Wiedl, Uhlhorn, & Jöns (2004), Jack (2007); Kielhofner, Marotzki & Mentrup (2005); Föhres, Kleffmann & Weinmann (2003); Muthny 1989)].

Die ersten ExpertInnen-Interviews wurden zunächst mit dem Ziel der vorläufigen Problemstrukturierung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in Form von Hypothesen festgehalten, die in der frühen Erhebungsphase der Erweiterung der PatientInnen-Interviewleitfäden dienen.

Aus dieser Problemstrukturierung heraus wurden in Absprache mit dem Auftraggeber die Fragestellungen spezifiziert und die Interviewleitfäden zusammengestellt.

Die Interviewleitfäden wurden anhand der ersten Interviews hinsichtlich ihrer Praktikabilität überprüft. Sie erwiesen sich als hilfreich und ausreichend strukturierend für eine offene und personenzentrierte Befragungsform, um individuelle Problemstrukturierungen zu erfassen.

Die folgende Tabelle fasst die thematische Strukturierung der problemzentrierten Leitfragen zusammen. Die Interviewleitfäden sind dem Anhang beigelegt (Anhang 1).

Tabelle 4. Themenbereiche der Interviewleitfäden

Interviewleitfaden Patientin/Patient	Interviewleitfaden Expertin/Experte
Soziodemographische Merkmale	Welche Patientenmerkmale sind förderlich / hinderlich für die berufliche Integration?
Arbeitsbiographische Merkmale	
Krankheitsbezogene Merkmale	
Krankheit und Arbeit	Beschreibung und Bewertung des diagnostischen Vorgehens, der integrativen Massnahmen und der interdisziplinären Zusammenarbeit
Aktuelle berufliche Situation / Begutachtungs-/ Wiedereingliederungsprozess	

Bei der PatientInnen-Stichprobe wurden in einem ersten Durchlauf alle Interviewprotokolle auf fall-spezifische Themen hin gesichtet. Diese von Betroffenen benannten zentralen Themen wurden mit den Problemkategorien der analysierten Hypothesen aus den ExpertInnen-Interviews in Beziehung gesetzt und zu Problemkategorien verdichtet. Den Prinzipien der qualitativen Forschung folgend wurde diese Struktur in einem zyklischen Prozess während der Datenerhebung überprüft und fortlaufend modifiziert.

2.4 Datenaufbereitung

Alle Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und anschliessend transkribiert oder –nach vorangeschrittener Datenanalyse– direkt beginnend mit dem zweiten Analyseschritt nach Mayring (2003) paraphrasiert. Diese Verbatimprotokolle wurden in das Computerprogramm ATLAS.ti überführt, das zur computerunterstützten Inhaltsanalyse verwendet wurde.

Qualitative Forschung erachtet kommunikativ gewonnene Daten als ein konstitutiv gewonnenes Produkt gegenseitigen Verstehens, das für wissenschaftliche Zwecke nachvollziehbar reflektiert werden muss. Um den Einfluss der jeweiligen Gesprächssituation und von Merkmalen des Interaktionsverlaufs überprüfen zu können, wurde direkt nach dem Interview von der Interviewerin ein Postskript erstellt, in dem eine „methodologische Kommentierung“ nach Lamnek (1986, S. 77) über die Art und Weise der Kommunikation und Beziehungsqualität vorgenommen wurde. Neben den objektiven Fakten (bsp. Überweisungskontext, Kontaktaufnahme und –Dauer) wurden Eindrücke über die Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit und die Handlungsperspektive des Studienteilnehmers / der Teilnehmerin (vgl. Mühlfeld, 1981, zit. nach Lamnek, 1989) und mögliche problematische Eingriffe durch die Interviewerin (bspw. rhetorische Fragen) protokolliert. Analysen der Gesprächsverläufe ergaben, dass keine die Datenqualität beeinträchtigenden Merkmale der jeweiligen Interviewsituationen vorgelegen haben und sich alle Interviews für detaillierte Inhaltsanalysen eignen.

Die Datenspeicherung, Datenverarbeitung und Auswertung erfolgte in anonymisierter Form über die Zuweisung eines Zifferncodes.

2.5 Datenanalyse

Die inhaltsanalytische Auswertung wurde nach der methodisch kontrollierten Methodik nach Mayring (2003) vorgenommen. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse geht es um das Nachvollziehen der individuellen Problemkonstruktion, was durch mehrere Analyseschritte realisiert wird. Dabei wird umfangreiches, nicht-numerisches Material durch mehrere Arbeitsschritte des Paraphrasierens, Generalisierens und Reduzierens auf wesentliche, die Fragestellung betreffende Inhalte reduziert.

Hauptaufgabe ist das „Codieren“ von relevanten Interviewsegmenten mit repräsentativen Codes auf einer abstrahierenden höheren Ebene. Darauf folgt das thematische Strukturieren der Codes analog der Untersuchungsfragen. Die neuen, abstrakt-verallgemeinernden Aussagen sind in einem überschaubaren Kategoriensystem repräsentiert, mit dessen Hilfe weitere Daten kodiert werden (Mayring, 2003). Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die durchgeführten inhaltsanalytischen Schritte.

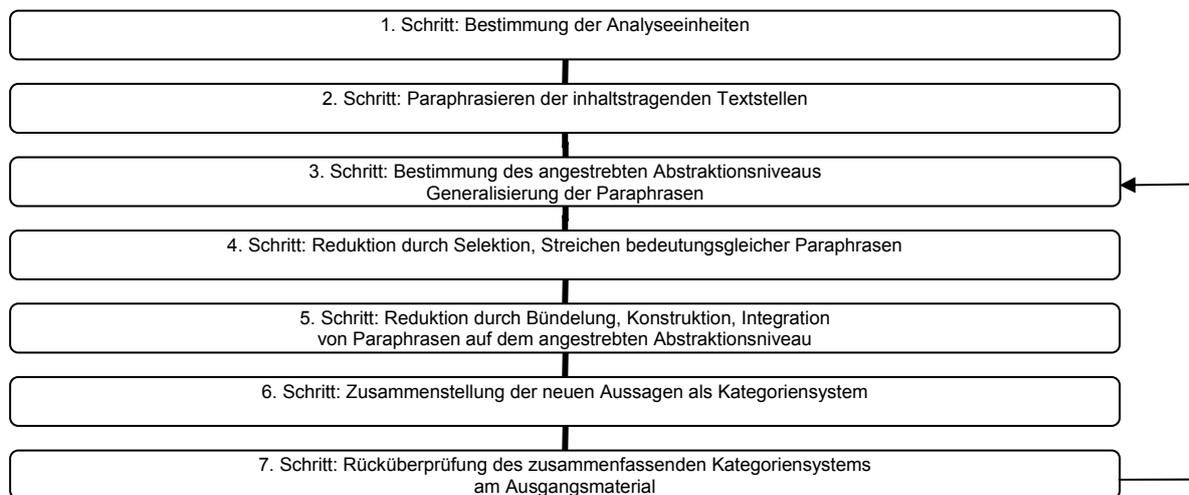


Abbildung 1: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2003)

2.5.1 Computerunterstützte Inhaltsanalysen

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) erfolgte in der vorliegenden Studie computerunterstützt. Das gesamte Datenmaterial wurde hierfür in das Programm ATLAS.ti überführt und zunächst nach *formalen Kriterien* (z.B. nach Stichprobenzugehörigkeit, Alter, Berufsstand) charakterisiert, nach denen in einem späteren Schritt eine fragestellungsrelevante quantitative Analyse erfolgen kann. Die formalen Strukturierungsdimensionen sind tabellarisch dem Anhangband (Anhang 2) beigelegt.

Im Zentrum der Analyse nach *inhaltlichen Kriterien* steht das Kategoriensystem bzw. Codiersystem⁸, das sowohl deduktiv aus den theoretischen Vorarbeiten sowie induktiv aus den erhobenen Daten erstellt wird. Methodisch bedeutsam ist bei der qualitativen Datenselektion und -strukturierung die Offenheit für Ergänzungen und Revisionen der zunächst deduktiv abgeleiteten Strukturierung, die bis zur Validierung am gesamten Rohmaterial lediglich hypothetische Gültigkeit besitzt. Computerunterstützt wurde das aus Voruntersuchungen und Literaturanalysen vorläufig erstellte Kategoriensystem auf die transkribierten und paraphrasierten Interviews angewandt und sukzessive durch neue Codes erweitert.

Hierfür wurde jedes Interviewprotokoll zunächst auf relevante Textstellen hin gesichtet. Der relevanten Textstelle wurde ein „Code“ (=Abkürzung oder Label des Bedeutungsgehalts) angehängt, der entweder dem bestehenden Codiersystem entstammte oder neu in das Codesystem aufgenommen wurde. Jeder neu vergebene Code wurde mit einer Definition versehen, die eine objektive und ein-

⁸ Bei dem Computerprogramm ATLAS.ti werden Kategorien als Codes bezeichnet, weswegen im Folgenden von Codiersystem gesprochen wird

deutige Zuordnung von Textstellen zulässt. Im Folgenden wurden diese Codes als Repräsentanten der Datensegmente oder analoger Bedeutungseinheiten der Texte benutzt.

Durch dieses sequenzierende Vorgehen – das schrittweise Sichten einzelner Aspekte aus den Interviews und die jeweilige Zuordnung von Codes, die in einem Katalog gesammelt werden – können u.U. die von den Befragten deklarierten Wirkungszusammenhänge und Argumentationslinien verloren gehen. Um dies zu verhindern, können mit dem Analyseprogramm ATLAS.ti im Zuge der Codierung sogenannte Code-Code-Beziehungen geknüpft werden. Zum methodischen Verständnis ist dem Anhang 3 eine so codierte Gesprächssequenz beigelegt.

Unerlässlich waren Absprachen der Forschenden über den Abstraktionsgrad der Codes, die die subjektiven Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen repräsentieren sollten. Dies ist entscheidend für die Qualität des entwickelten Codiersystems, das als valides Auswertungsinstrument für sämtliche Interviews verallgemeinerbare Aussagen zu den Forschungsfragen filtert. In methodischer Abstimmung wurde zunächst möglichst differenziert codiert, um ausreichend differenziert die konkreten Bedingungen von Integrationsprozessen und pragmatische Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen zu können. Im Verlauf der Analyse verschiedener Interviews und bei Validierungsdurchgängen (wiederholte Codierungen derselben Texte durch eine andere Auswertende) wurden dann ähnliche Codes zusammengefügt oder durch übergeordnete Codes ersetzt, wenn sie keinen weiteren Erkenntnisgewinn brachten oder keine eindeutige Abgrenzung möglich war. Hierbei wurden die Originalaussagen der zugeordneten Codes immer wieder miteinander verglichen bzw. abgegrenzt, wofür sich die computerunterstützte Verwaltung der Daten als hilfreich erwies.

Die Codes erwiesen sich in der abschliessenden Strukturierung als ausreichend spezifiziert und differenzierend. Das durch diese Methode entstandene Codiersystem hält als valides Analyseinstrument stand und könnte in dieser Form direkt zur inhaltsanalytischen Auswertung weiterer Interviews zum Thema „Bedingungen und Chancen beruflicher Integration bei Personen mit psychischen Erkrankungen“ herangezogen werden.

Das vorliegende Codiersystem enthält zahlreiche Angaben für die Beantwortung der Forschungsfragen. Für die Beantwortung der Fragestellungen 1 (nach förderlichen und hinderlichen Eingliederungsbedingungen) und 2 (nach Schnittstellenproblemen) wurden in einem letzten Analyseschritt sämtliche Codes in übergeordnete Bereiche (z.B. förderliche vs. hinderliche Personenfaktoren) und diese wiederum in Kategorien (z.B. „arbeitsrelevante Erlebens- und Verhaltensmuster“) gruppiert. Diese Ordnung nach inhaltlichen Kriterien erlaubt eine übersichtliche Darstellung relevanter Faktoren zu den einzelnen Fragestellungen, sowie einen Vergleich durch Gegenüberstellung von Codes unterschiedlicher Bereiche (bspw. förderliche vs. hinderliche Personenfaktoren) und Zuordnung von z.B. Problembereichen zu Präventionsbereichen.

Als Ergebnis der umfassenden Inhaltsanalysen aller Interviews (ExpertInnen, Erst- und Folgeinterviews der PatientInnen, BetreuerInnen) ist im Anhangband zu diesem Bericht das vollständige strukturierte Codiersystem zu allen Fragestellungen grafisch aufbereitet und mit der Definition sämtlicher vergebener Codes versehen dargestellt (Anhang 4).

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Inhaltsanalysen nach den beschriebenen Fragestellungen präsentiert. In den Abschnitten 3.1-3.3 wird zu den Ergebnissen im Hinblick auf die drei Forschungsfragestellungen Bezug genommen. Abschnitt 3.4 behandelt die im Lauf der Projektphase definierten weitergehenden Fragestellungen. Die zur Veranschaulichung gewählten grafischen Darstellungen in Form von Maps präsentieren eine Auswahl aller im Codierkatalog enthaltenen Ergebnisse. Die vollständigen Detailergebnisse finden sich in grafischer Form in Anhang 4.

Die folgende Ergebnisdarstellung berücksichtigt ausschliesslich Kategorien bzw. Codes, die jeweils aus den Aussagen mehrerer Personen der Stichproben PatientInnen **und** ExpertInnen bzw. BetreuerInnen gewonnen wurden. Dadurch wird sichergestellt, dass Einzelaussagen einzelner Personen nicht überbewertet werden und über den Einzelfall hinausgehende, verallgemeinerbare und für die Integrationspraxis relevante Implikationen gewonnen werden können. Ergebnisse werden in diesem Kapitel meist durch Maps deskriptiv dargestellt und darüber hinaus direkt mit anderen Ergebnissen in Beziehung gesetzt und diskutiert (bspw. werden unter den identifizierten hinderlichen Einflussfaktoren jeweils entsprechende Präventionsvorschläge diskutiert). Die Ergebnisdarstellung entspricht damit dem methodischen Vorgehen und erscheint dem komplexen Wirkgefüge des Untersuchungsgegenstandes angemessen.

Die Beschreibungen und Argumentationen sind so zu lesen, dass sich „**fett und kursiv**“ gedruckte Stichpunkte als konkrete Codes in den Codierkatalogen finden lassen. Für eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Studienergebnissen und evt. mit dem qualitativen Vorgehen wird auf die komplette Darstellung der im Anhang 4 beigefügten Codierkataloge verwiesen, die dort sowohl graphisch aufbereitet als auch mit vollständiger Definition zu finden sind.

3.1 Fragestellung 1 (Einflussfaktoren der beruflichen Eingliederung)

In den Codierkatalog zu Einflussfaktoren sind Zitate von PatientInnen und deren BetreuerInnen sowie von den Befragten der ExpertInnen-Stichprobe eingegangen. Obwohl es sich in der Studie um Daten aus individuellen Erfahrungsberichten und Aufzeichnungen unterschiedlicher Fallverläufe handelt, konnten generelle Risikofaktoren extrahiert werden, die es sowohl aus Betroffenen- als auch aus ExpertInnensicht zugunsten von effektiven Wiedereingliederungs-Anstrengungen zu beachten gilt. Die Codes des Katalogs zu Einflussfaktoren (siehe Anhang 3.1) repräsentieren die von den StudienteilnehmerInnen als bedeutsam herausgestellten Einflussfaktoren, die sich auf die berufliche Eingliederung auswirken, wenn man an einer psychischen Erkrankung leidet.

Allgemeine Aussagen zur Befragung der PatientInnen

Die Angaben der beiden Stichproben „PatientInnen“ und „ExpertInnen“ unterscheiden sich nicht grundlegend voneinander. Die Ergebnisse aus den Vergleichsanalysen der Angaben von Betroffenen und deren fachlichen BetreuerInnen werden in Abschnitt 3.4.2 expliziert und diskutiert.

Die teilnehmenden PatientInnen der UPK haben in den meisten Fällen sehr differenziert ihre individuellen Probleme und Erwartungen in Bezug auf eine Arbeitstätigkeit beschrieben. Die festgehalte-

nen Wünsche und Bedürfnisse von PatientInnen sind dabei nicht per se als unrealistische „Sonderwünsche“ zu bezeichnen. Die Beschreibungen zeugen von einem guten, wenn auch nicht immer stabilen oder gut kommunizierten, Gespür für das, was sie zugunsten einer beruflichen Förderung benötigen. Als Indiz hierfür gelten diejenigen Codes, die als geäussertes Bedar aufgenommen wurden (als P+ codiert) und die sich später im Vergleich bei beschriebenen Erfolgserlebnissen (aufgenommen als PräV-Codes, also Handlungsempfehlung unter Fragestellung 3) von anderen TeilnehmerInnen oder im selben Fall zu einem späterem Zeitpunkt wieder codieren liessen. Hierbei muss angemerkt werden, dass zum einen insbesondere die Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeit implizite Einschlusskriterien für die Projektteilnahme waren und zum anderen die offene Befragungsfom zu detaillierter Problemschilderung motivieren konnte.

Die Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeit kann also möglicherweise in der hier befragten PatientInnengruppe überdurchschnittlich gut ausgeprägt sein. Dennoch kann aufgrund der Ergebnisse generell gesagt werden, dass die Betroffenen selbst bei der Problem- und Lösungssuche einbezogen werden sollten. Damit eine Passung von gegenseitigen Erwartungen und Handlungsstilen im Förderprozess gelingen kann, sollten sie auch zu kritischen Äusserungen ermutigt werden, um transparente Zielabsprachen und –kontrollen zu ermöglichen.

Überblick über die Einflussbereiche auf die berufliche Integration

Wie die vorausgehende Recherche des aktuellen Forschungsstands sowie die vorgängigen Experteninterviews erwarten liessen, wurden von den InterviewpartnerInnen Einflussfaktoren für eine berufliche Integration aus drei unterschiedlichen Hauptquellen genannt: Von Seiten der betroffenen Person (P), von Seiten der Arbeitsumwelt (AM= Eingliederungsmassnahme; AO= Bedingungen im 1. Arbeitsmarkt) und von Seiten des sozialen Umfelds (SU).



Abbildung 2: Übergeordnete Einflussfaktoren der beruflichen Eingliederung

Zu jedem dieser Einflussbereiche wurden sowohl von Betroffenen als auch von Fachpersonen zahlreiche Kriterien spezifiziert, deren Codierungen in die Ergebnisdarstellung eingingen und mit positivem (+) oder negativem (-) Vorzeichen die eingeschätzte Einflusswirkung auf die berufliche Integrationschance anzeigen.

Einflussfaktoren von Seiten des therapeutischen und des versicherungsrechtlichen Systems (z.B. Entscheidungsgrundlagen der IV für die Bewilligung von Massnahmen) fanden als kurative oder integrative Prozesse und Interaktionen Eingang in den Codierkatalog über Schnittstellen und Schnittstellenprobleme, zu denen in Abschnitt 3.2 Stellung genommen wird.

Die durch das Projekt ermittelten Einflussbedingungen aus drei Quellen, die wesentlich an der berufliche (Des-)Integration von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen mitwirken, entsprechen dem Verständnis der Behinderung nach WHO (2001): Behinderung wird als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (z.B. den krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen) und den Kontextfaktoren (Einstellungen der Gesellschaft, Arbeitsplatzbeschaffenheit, Merkmale von Förderprogrammen) und persönlichen Faktoren (Bewältigungsstil) definiert.

Im Folgenden werden v.a. zentrale, negativ konnotierte Einflussfaktoren in Verbindung mit den Implikationen für präventive Massnahmen aufgeführt. Die positiv bewerteten Einflussfaktoren stellen oft das Gegenteil der negativ bewerteten dar oder sind direkt als zu verbessernde Faktoren in den Katalog präventiver Massnahmen eingegangen und werden dort bei den Ergebnissen zu Fragestellung 3 (siehe Abschnitt 3.3) dargestellt.

In Abschnitt 3.1.1 werden zunächst die Ergebnisse zu den extrahierten **Personenfaktoren** dargestellt, unter 3.1.2 werden dann Einflussbedingungen des **Arbeitsumfeldes** interpretiert. Eine Übersicht der gewonnenen einflussreichen Bedingungen des **sozialen Umfelds** gibt Abschnitt 3.1.3. Auf eine ausführliche Darstellung dieser sozialen Einflussfaktoren wird in diesem Bericht verzichtet, da sich eine Vielzahl von Studien dieses Themas angenommen haben und in unserer Untersuchung keine weiteren, bisher nicht berücksichtigte Faktoren identifiziert wurden.

3.1.1 Personenfaktoren



Abbildung 3: Übersicht der identifizierten personellen Einflussfaktoren

3.1.1.1 Individuelle Entwicklungsbedingungen (P eb)

Im Rahmen der PatientInnenbefragung wurde v.a. die Arbeitsbiographie thematisiert. Die Interviewten wurden dabei explizit zum Erinnern von frühem Leistungsverhalten und Erlebnissen in Lern- und Leistungssituationen motiviert. Die Aussagen der Betroffenen zu frühen und individuell als relevant bewerteten Bedingungen lassen sich der Kategorie „Individuelle Entwicklungsbedingungen (P eb)“ zuordnen.

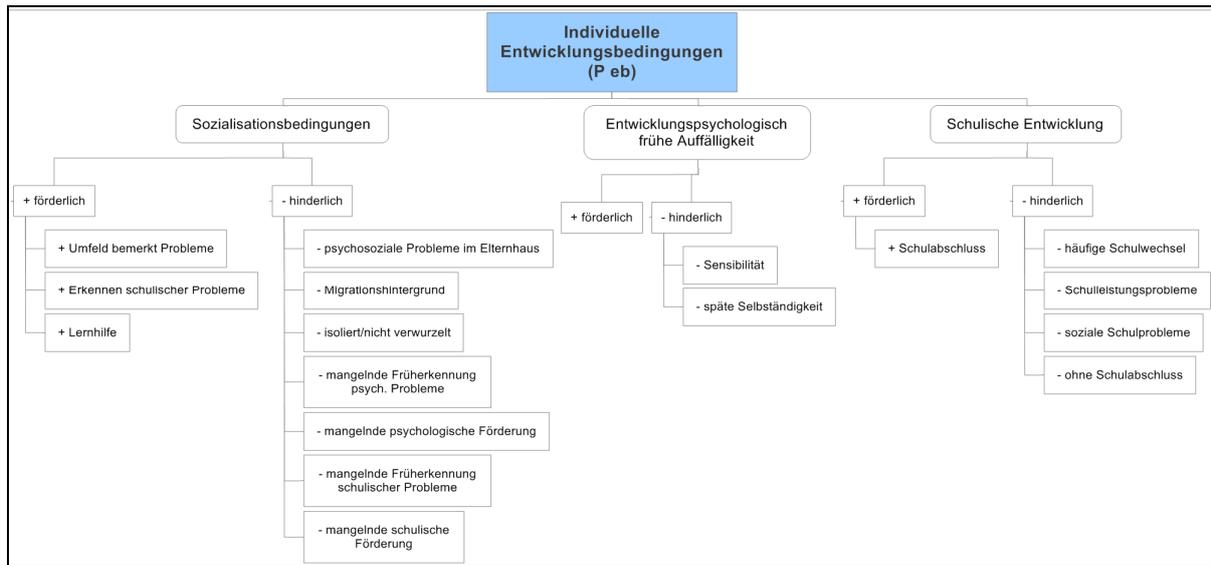


Abbildung 4: Personeller Einflussfaktor „individuelle Entwicklungsbedingungen“

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung fällt auf, dass die Mehrzahl der untersuchten PatientInnen über „belastende Entwicklungsbedingungen“ in der Kindheit oder Schulzeit berichten (codiert als „**Sozialisationsbedingungen**“). Die Betroffenen, die beispielsweise von „**psychosozialen Problemen im Elternhaus**“ erzählten, führten nachhaltige Beeinträchtigungen und Benachteiligungen für die berufliche Qualifizierung darauf zurück.

Weiterhin erinnern sich einige der heute psychisch Erkrankten an eigene „**frühe entwicklungspsychologische Auffälligkeiten**“ (gleichnamige Codierung) oder gar frühe Symptome und z.T. an dysfunktionale Bewältigungsformen, die aus ihrer Einschätzung zusätzlich einer Entwicklung zum leistungsfähigen und gut integrierten Menschen entgegenstanden. Darunter handelt es sich v.a. um Befindlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter, die durch das Umfeld nicht bemerkt wurden.

Doch auch bei deutlicher Manifestation in Verhaltensweisen (bspw. „**soziale Schulprobleme**“ oder „**Schulleistungsproblemen**“) erfolgten in den meisten Fällen keine adäquaten oder konsequent verfolgten fachlichen Massnahmen, die die nachhaltigen Auswirkung auf die rekonstruierten fortschreitenden beruflichen Desintegrationsprozesse hätten verhindern können.

Diese früh als belastend erlebten Entwicklungsbedingungen werden mit negativen Folgen für die Leistungen und soziale Integration in der Schule in Verbindung gebracht. Die Auswirkungen von früh etablierten psychischen Problemen beeinträchtigten nachhaltig die eigenen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten.

Bei manifestem Ausbruch der psychischen Erkrankung und erst recht zum Zeitpunkt der Anmeldung bei der IV kann die berufliche Problematik der Betroffenen bereits als weit vorangeschritten oder gar als fest etabliert angesehen werden.

Aus diesen Darstellungen ergeben sich Hinweise auf die Notwendigkeit **früh ansetzender Präventionsmassnahmen**, die auch entsprechend den Empfehlungen von Baer et al. (2009) für die Schul- oder Ausbildungszeit konzipiert werden sollten. Zum einen handelt es sich bei diesen abgeleiteten

Interventionen um die **Sensibilisierung** der Aufmerksamkeit von Fachpersonen, Eltern und Betroffenen für beobachtbare Frühzeichen im Verhalten und Erleben eines/einer Lernenden. Die vorliegende Studie zeichnete einige Verläufe von extrem schüchternen, ängstlichen, sozial isolierten Kindern auf, die keine professionelle Hilfe erreichte. Hier scheinen gerade diejenigen Kinder und Jugendliche durch das soziale Netz zu fallen, die nicht durch nach aussen gerichtetes Fehlverhalten auffallen, sondern die Aggression und Unsicherheit nach innen richten. Analog dazu ermittelte Baer et al. (2009) durch die Dossieranalyse einen hohen Anteil von IV-RentenbezügerInnen mit einer Persönlichkeitsstörung aus dem selbstunsicheren, vermeidenden oder emotional instabilen Spektrum, deren Berentung es durch entsprechende Verbesserungen bei der Früherkennung und Frühprävention zu verhindern gilt.

Die vollständigen inhaltsanalytisch gewonnenen Empfehlungen für diese Problematik sind im Co-dierkatalog in Anhang 4 (S. A147 ff.) gesammelt. Die folgende Grafik fasst Massnahmen im Bereich der primärpräventiven pädagogischen Frühförderung zusammen.

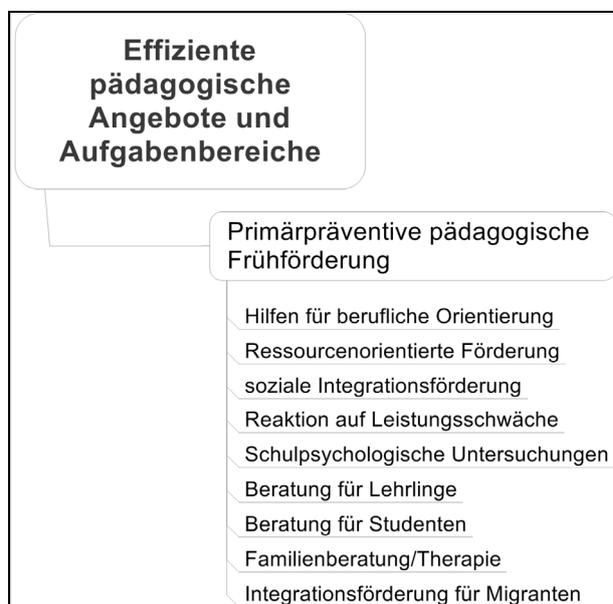


Abbildung 5: Massnahmen der primärpräventiven pädagogischen Frühförderung

3.1.1.2 Unspezifische Personenfaktoren (P)

Unter dieser Kategorie sind die **soziodemographischen Merkmale** Alter, finanzielle und soziale Situation der StudienteilnehmerInnen klassifiziert. Die Ausprägung in der Variable **Alter** variiert, weil die Stichprobenauswahl bewusst (z.B. nach Alter) heterogen getroffen wurde. Alter wird unseren Ergebnissen zufolge als relevante Grösse erachtet. Ein junges Alter kann sich sowohl förderlich wie auch hinderlich auswirken, während ein (zu) hohes Alter eindeutig als hinderlich für die Vermittlung bzw. den Verbleib in Erwerbsarbeit gesehen wird. Den in quantitativen Studien oft erhobenen weiteren Merkmale (Diagnose, Symptome, ...) wird dagegen ein nur **geringer Einfluss** zugesprochen (*Provencher 2002, zit. nach Becker et al. 2006*). Sie liefern einen für den Forschungsgegenstand relativ unspezifischen Beitrag und sind eher als Folgen der Erkrankung und der beruflichen Entwick-

lung zu bewerten. Ausserdem spielen diese Variablen auch eine eher untergeordnete Rolle für Entscheidungen bezüglich beruflicher Massnahmen durch die IV und werden hier nicht weiter diskutiert.

Die mit der Variable Alter korrespondierenden beruflichen Erfahrungen und die Erfahrungen mit der Krankheit und deren Bewältigung zeigen sich als relevante Einflüsse auf den Wiedereingliederungserfolg und werden unter 3.1.1.4 sowie im folgenden Abschnitt 3.1.1.3 aufgeführt.

3.1.1.3 Erkrankungsbedingte Personenfaktoren (P k)

Codes aus dem Katalog zu erkrankungsbedingten Personenfaktoren (P k) wurden immer dann vergeben, wenn von den Interviewten Aussagen zu Verlauf und Schwere (vgl. Codes unter der Kategorie „**Krankheitsverlauf / -stadium**“), zu krankheitsbezogenen Kognitionen und motivationalen Variablen („**Krankheitskonzept**“, „**Behandlungsmotivation**“ und „**Therapiestatus**“) und zum damit verbundenen Verhalten („**gesundheitsrelevantes Verhalten**“, „**Verhalten in Therapie und Reha**“) gemacht wurden. Abbildung 6 stellt die erkrankungsbedingten Faktoren grafisch dar.

Folgen von Krankheitsmerkmalen, wie beispielsweise Einschränkungen der kognitiven oder Handlungskompetenzen, die sich in besonderem Masse auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, sind separat in der Kategorie „**Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensweisen**“ (P a) zusammengefasst (s. Abschnitt 3.1.1.4).



Abbildung 6: Personeller Einflussfaktor „erkrankungsbedingte Faktoren“

Generell zeichnen sich die codierten Personenmerkmale, die die Erkrankung betreffen (P k) durch ihre hohe Veränderlichkeit und Beeinflussbarkeit aus: In den PatientInnen-Interviews wurden z.B. innerhalb eines Interviews unterschiedliche Ausprägungen einer Kategorie (bspw. in der „**Behandlungsmotivation**“) aktiviert. Dabei zeugen die Selbstberichte der Betroffenen durchaus von einer Reflexion dieser Veränderungen (z.B. über relevante Entwicklungsphasen hinweg), andere PatientInnen wiederum erleben den „**Erkrankungsverlauf**“ als **unkontrollierbar** und **unbegründbar**.

Ebenso wie leistungsbezogene Variablen (codiert in Katalog P a) unterliegen erkrankungsbedingte Personenmerkmale situativen Einflüssen (z.B. durch eindrückliche Erlebnisse in Arbeits- oder Therapieprozessen) und stehen auch mit anderen Personenfaktoren in wechselseitig beeinflussender Beziehung. Auch innerhalb der erkrankungsbedingten Personenfaktoren (Codes im Katalog P k) wurden zahlreiche Wechselwirkungen (nachvollziehbar über Code-Code-Beziehungen) identifiziert. Die Diagnose allein hat sich in Studien als schlechter Prädiktor für Eingliederungserfolg herausgestellt (Tsang, Lam, NG & Leung, 2000; Cook & Razzano, 2000). Die Ausprägungen der Krankheitsfaktoren bestimmen aber weite Bereiche der Funktionen des Menschen, die er bei einer Arbeitstätigkeit einsetzen muss.

Um die dargestellten Einflüsse mit aufnehmen zu können, wurden die jeweiligen Codes mit Verknüpfungen (wie „fördert“; „bewirkt“; „steht entgegen“) versehen. Durch diese ermittelten Ursache-

Wirkungszusammenhänge konnten Ansatzpunkte für sekundär- oder tertiärpräventive Ansätze generiert werden, die bei der Beantwortung von Fragestellung 3 (vgl. Abschnitt 3.3) erörtert werden.

Die extrahierten störungsinduzierten Erlebens- und Verhaltensmuster sollten wegen ihrer Veränderbarkeit situationsbezogen mit den Kontextfaktoren erfasst werden (vgl. Empfehlungen für Diagnostik) und nicht nur im therapeutischen Setting behandelt werden.

3.1.1.3.1 Erkrankungsstatus /Verlauf

Charakteristisch für die meisten psychischen Erkrankungen ist ein **instabiler Verlauf**, der Prognosen und die Behandlungs- und weitere Lebensplanung - also auch berufliche Entscheidungen - erschwert. Vom Stadium einer Erkrankung bzw. der Behandlung (ob akut, Erstmanifestation, wiederholter Schub oder chronifiziert) hängt z.B. in hohem Mass ab, wie dem Patienten der Umgang mit Symptomen und damit die Anpassung im Arbeitsbereich gelingt.

Die Krankheitsverarbeitung wird in der Psychotherapieforschung als Prozess verstanden, dessen unterschiedliche Phasen Ziele und Vorgehen der Behandlung bestimmen. Die vorliegende Analyse der Einflüsse durch die psychische Erkrankung ergibt, dass bei Integrationsbemühungen eben diese Phasen bei Planung und Begleitung einer beruflichen Massnahme berücksichtigt werden sollten. Es empfiehlt sich, diese wegen der hohen Instabilität bei psychischen Erkrankungen in angemessenen Zeiträumen wiederholt zu testen.

Entsprechende Empfehlungen sind im Katalog für Präventionsmassnahmen für Diagnostik und Begutachtung von Arbeitsfähigkeit (siehe Abschnitt 3.3.1) zu finden: formal wird hierzu die „**Erhebung von Prozessvariablen**“, inhaltlich die „**Erfassung gesundheitsbezogener Kognitionen**“ empfohlen. Voraussetzung hierfür ist ein Monitoring (laufende Erfassung) durch behandelnde Ärzte und Therapeuten, die dringend in die Integrationsplanung der IV einbezogen werden sollten (siehe Abschnitt 3.3.3.3.6).

Neben **Erkrankungsstatus und –Verlauf** konnten weitere erkrankungsbedingte Faktoren identifiziert werden, die für die Einschätzung von Erfolgen einer integrativen Massnahme oder aber prioritärer therapeutischer Ziele eine Rolle spielen: Die Art der Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit über die Erkrankungsumstände wurde in die beiden Kategorien „**Gesundheitsrelevante Kognitionen**“ und „**Behandlungs- / Rehabilitationsmotivation**“ gegliedert, die in den folgenden beiden Abschnitte behandeln werden.

3.1.1.3.2 Gesundheitsrelevante Kognitionen / Krankheitskonzept

Sowohl bei Befragten der ExpertInnen-Stichprobe als auch bei Befragten der PatientInnen-Stichprobe werden die subjektiven Erfahrungen mit den jeweiligen Erkrankungsverläufen, aber auch mit Integrationsprozessen als entscheidende, die Entwicklungs- und Motivationsprozesse beeinflussende Faktoren benannt. Schlüsselfunktion übernehmen hier ähnlich wie bei arbeitsbezogenen Personenvariablen die Kognitionen, also Gedanken, Erklärungsmodelle, Wissenslücken, aus denen sich ableiten lässt, inwieweit Krankheitserfahrungen integriert werden konnten.

Auch in anderen Studien zur IV-Berentung werden mangelhaftes Wissen über berufliche Integrationsmöglichkeiten, ausgeprägte Krankheitsüberzeugungen oder fehlende Motivation als integrationshinderliche Personenvariablen genannt (Apfel & Riecher-Rössler, 2005)

Wie die Psychotherapieforschung aufzeigen konnte, gehen Erfahrungen in Erwartungs- und Bewertungsprozesse ein, die das weitere Verhalten und Erleben in therapeutischen Settings entscheidend beeinflussen (Lutz, Grawe, 2007; Grawe, Donati & Bernauer, 2001). Auch im rehabilitativen Setting hat sich die subjektive Sicht als entscheidender Einflussfaktor auf den Rehabilitationsprozess herausgestellt (Provencher 2002, zit. nach Becker et al. 2006).

Kognitionen von PatientInnen, wie „**Angst vor Stigmatisierung**“ oder „**Unwissenheit über Auslöser**“ der Symptome haben sich bei den Verlaufsanalysen als zentrale Einflussfaktoren herauskristallisiert, weil über sie motivations- und handlungsentscheidende Erwartungen ausgebildet werden.

Fallbeispiel

In der Verlaufsanalyse eines 25jährigen Patienten mit diagnostizierter paranoider Schizophrenie wird die Wechselwirkung deutlich, dass das Erleben im Krankheitsverlauf (Code: „unkontrollierbares Erleben“) gesundheitsrelevante Kognitionen (Code „Unwissenheit über Auslöser“ und „krankheitsbezogene Befürchtungen“) auslöst. Diese Kognitionen bestimmen das gesundheitsrelevante Verhalten (Code „fokussiert Pathologie“), beeinträchtigen die Behandlungsmotivation („mangelndes Vertrauen in Behandlung“) und das Verhalten in Therapie und Rehabilitation („mangelnde Kooperation“). Die bisher für ihn enttäuschend verlaufenden Therapieversuche bestätigen wiederum die Vorannahmen über die Unkontrollierbarkeit der eigenen Erkrankung.

Kognitionen sind wiederum abhängig vom (Krankheits-)Erleben und veränderbar und werden daher in einigen evidenzbasierten Psychotherapieverfahren als das wesentliche Behandlungssagens angegangen. Die durch Fallanalysen nachgezeichneten Verläufe geben Aufschluss über mögliche Präventionsansätze: Innere Prozesse, wie Erlebens- und Bewertungsmuster müssen im Abklärungsprozess reflektiert und im Förderprozess wiederholt explizit gemacht werden, wenn man Fehlverhalten im Rehabilitationsprozess (z.B. „**mangelndes Hilfesuch**“) verändern will.

Aus diesen Ergebnissen resultieren zum einen Empfehlungen für erweiterte Inhalte bei der Diagnostik, die in Abschnitt 3.3.1 (vgl. Anhang 4 S. A111 ff.) aufgelistet sind: Neben den objektiven Daten (psychiatrische Befunde) sollten unbedingt **subjektive Bewertungen der Betroffenen** einbezogen werden. Das individuelle und aktuelle Krankheitsverständnis des/der Betroffenen und persönliche Ziele und Erwartungen müssten bei Integrationsbestrebungen erfasst und einbezogen werden.

Dies stellt beim Abklärungs- und Betreuungsprozess durch die IV Anforderungen an deren **Kooperationsbemühungen** mit behandelnden Ärzten und vertrauten BetreuerInnen, denen Betroffene am ehesten auch Ihre Erlebnisse mit der Krankheit und Versorgung schildern.

Zum anderen empfiehlt sich die **Erarbeitung eines angemessenen Krankheits- und Veränderungsmodells**, wofür PatientInnen und Experten bzw. Betreuende v.a. Massnahmen im therapeutischen Setting genannt wurden. Diese beinhalten „**Aufklärung und Wissensvermittlung**“, sowie Hilfen zur Integration des Wissens und der Erfahrungen in die persönliche Krankheitsgeschichte und in die Persönlichkeit, ins Alltags- und Berufsleben. Diese edukativen Massnahmen (Anhang 4.3, S. A139 ff.) in der Psychotherapie sollten durch parallele Förderung von effektivem Copingverhalten bei Eingliederungsmassnahmen (Anhang 4.3, S. A126 ff.) unterstützt werden. Das Arbeitsumfeld

kann wie hier aufgeführt als Trainingsfeld für therapeutische Ziele –den verbesserten Umgang mit den Krankheitssymptomen– fungieren, und umgekehrt dient die therapeutische Arbeit der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit.

3.1.1.3.3 **Gesundheitsrelevantes Verhalten und Behandlungsmotivation**

Dass sich (therapeutisch thematisierte) Einstellungen nicht unmittelbar in entsprechendem Verhalten niederschlagen, zeigt sich in einigen Verlaufsanalysen.

Fallbeispiel

Ein wiederholt stationär wegen Borderline-Störung und Alkoholmissbrauch behandelter Patient äussert sich zu den drei Befragungszeitpunkten unterschiedlich bezüglich seiner Motivation für und Zuversicht in eine Therapie. Einmal bekundet er sein Engagement für eine anstehende berufliche Weiterbildung, kurz darauf sieht er dem Klinikaustritt mit grossen Ängsten entgegen. Die noch stationär geknüpfte ambulante Betreuung hält er nicht konsequent ein und kehrt wiederholt akut selbstgefährdend in die Klinik zurück. Bei der letzten Nachbefragung reflektiert der Patient sehr klar, wie seine Erkenntnis um die Notwendigkeit einer therapeutischen Begleitung und eines veränderten Lebensstils von seinem impulsiv geleiteten Verhalten abweicht.

Einzelne BetreuerInnen sehen ein „**gesundheitsschädliches Verhalten**“ oder „**mangelnde Kooperation in der Therapie oder Reha**“ als verantwortlich für den ausbleibenden Erfolg bei integrativen Bemühungen. Da sie dies jedoch als symptomatisch für die psychische Erkrankung der betreuten Person sehen und in dem Wissen, dass Einstellungs- und Verhaltensänderungen nur in einem längeren Zeitraum erfolgen, sehen sie es als Teil ihrer Aufgabe an, auf das Missverhältnis aufmerksam zu machen, Bedingungen und Konsequenzen gemeinsam zu erarbeiten und Anreize zu Verhaltensänderungen zu setzen. Diese Empfehlungen sind als optimiertes Anleitungs-Verhalten (im agogischen oder therapeutischen Setting) mit den Codes „**Offene Problemmunikation**“, „**unmittelbare Reaktion bei Fehlverhalten**“, „**Feedback**“, „**transparente Kommunikation**“, „**Motivationsarbeit**“, „**Leistungs- „ Verhaltenskontrollen**“, „**zielgerichtete Forderung und Konfrontation**“ oder „**Förderung der Inanspruchnahme der Hilfen**“ im Präventions-Katalog repräsentiert. Vorausgesetzt wird hierfür die organisatorisch-strukturell ermöglichte „**engmaschige Betreuung**“, die sich durch eine persönliche und situationsnahe Begleitung mit regelmässigen verbindlichen Gesprächen vor Ort in einer Vertrauen stiftenden, ermutigenden und wohlwollenden Gesprächshaltung auszeichnet.

Dass das persönliche Erleben massgeblich das Verhalten bestimmt, ist in etlichen psychologischen Theorien bspw. zur Motivation (Nerdinger, 2001) erklärt. Determinanten der **Therapiemotivation** nach Meichenbaum & Turk (1994, in Zwerenz et al. 2005) sind v.a. persönliche Kognitionen (wie Krankheitskonzepte, Wissen, Behandlungserwartung), Störungsvariablen (Leidensdruck, sekundärer Krankheitsgewinn), Behandlungsvariablen (Komplexität, Anforderungscharakter, Behandlungsdauer), Merkmale der Therapeut-Patient-Beziehung und organisatorische Aspekte (Wartezeiten, Art der Überweisung, Abstimmung zwischen Behandlern). Die Inhaltsanalysen der Aussagen von ExpertInnen bzw. Betreuenden und PatientInnen ergaben „**Mitbestimmung**“ bei „**gemeinsamen Zielabsprachen**“ als motivierenden Interventionsstil.

Dass z.B. „**unterlassene Therapieversuche**“ von der IV als mangelnde Mitwirkungspflicht beurteilt werden, wird von therapeutischen Fachpersonen als unangemessen bewertet. Die IV konzentrierte sich auf die Compliance, d.h. die Befolgung ärztlicher Ratschläge z.B. zur Medikamenteneinnahme oder Einhaltung von Therapieterminen. Therapie oder Reha-Motivation umfasst jedoch darüber hinaus eine aktive Beteiligung und Kooperation des Patienten und beinhaltet somit aktive Veränderungsversuche, engagierte Durchführung von therapeutischen Empfehlungen und die Vermeidung von gesundheitsschädigendem Verhalten (Zwerenz, 2005). Als Determinanten der Motivation wurden durch die Fallanalysen v.a. Kognitionen identifiziert („**Krankheitskonzepte, -wissen oder Behandlungserwartungen**“), da sie die Verhaltensorientierung, z.B. für Aktives Coping, steuern.

Zu ergründen sind also die genauen Ursachen des allzu schnell als willentlicher Widerstand bewerteten (Fehl-) Verhaltens. In den Fallanalysen erklärten v.a. erkrankungsbedingt verzerrte Kognitionen die fehlende Motivation bzw. Kooperation („**mangelndes Vertrauen in Therapie**“; „**passive Erwartungshaltung**“). Diese Hinweise entsprechen Erkenntnissen der Motivationspsychologie, dass weniger die Anstrengungsbereitschaft als vielmehr die Erfolgs-/Misserfolgsorientierung und das (arbeitsbezogene) Selbstkonzept für Leistungsverhalten eine Rolle spielen (Heckhausen & Heckhausen, 2006).

3.1.1.4 Arbeitsrelevante Erlebens- und Verhaltensmuster (P a)

Aus den verhaltensnahen Beschreibungen der PatientInnen und ihrer BetreuerInnen von relevanten individuellen Arbeitsweisen, Lern oder Leistungsstilen konnten durch die inhaltsanalytische Auswertung zahlreiche Faktoren identifiziert werden, die differenziert personenbezogene Ressourcen und Probleme für den Arbeitsmarkt oder für Eingliederungsmassnahmen abbilden.

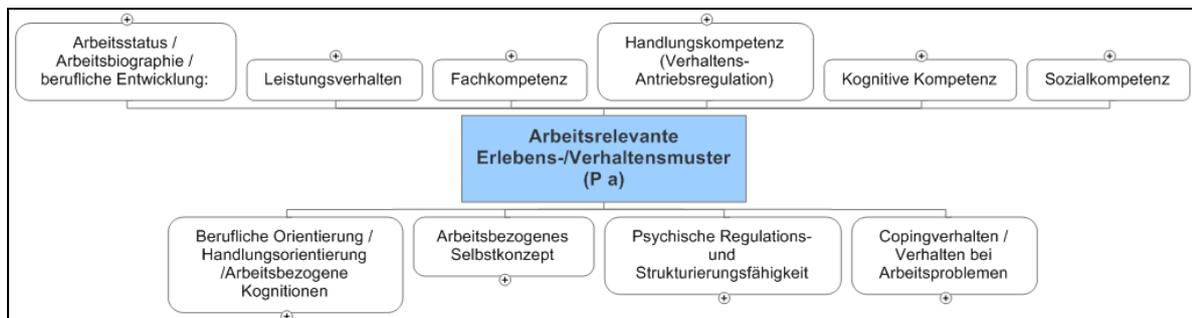


Abbildung 7: Personeller Einflussfaktor „Arbeitsrelevante Erlebens/Verhaltensmuster“

Allgemeine Bewertung der Aussagen zur Kategorie P a

Die Kategorie „Arbeitsrelevante Erlebens- und Verhaltensmuster“ beschreibt wesentlich umfangreicher und detaillierter die Problematik und das Aufgabenfeld der beruflichen Rehabilitation als diejenige der erkrankungsbedingten Personenfaktoren. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Studien, die lediglich einen geringen Zusammenhang zwischen psychiatrischer Symptomatologie und arbeitsbezogenen (Teil-) Leistungen (Work-Skills) errechnen konnten (z.B. 10-15% bei Anthony et al., 1995). Für einzelne Diagnosegruppen sind noch keine spezifischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit gefunden worden (Wiedl K.H., Uhlhorn S., Jöns K., 2004).

Aus den als hinderlich bewerteten Beschreibungen wurden wiederum Empfehlungen für die Prävention abgeleitet. Die gefilterten arbeitsrelevanten Funktionen wurden als Kriterien zusammengefasst, die bei der Funktionsdiagnostik und Förderung zugunsten der beruflichen Eingliederung beachtet werden sollten. Diese sind von PatientInnen oft nicht konkret differenzierbar, sehr wohl aber von erfahreneren und qualifizierten ArbeitsagogInnen, die sich hierfür auch standardisierter Tests oder Assessments bedienen. Mittels Tests oder Assessments wie MELBA lassen sich beobachtbare Verhaltensweisen z.B. bei einem Arbeitstraining erfassen. Der Nutzen solcher Instrumente liegt in der gut zu dokumentierenden Einschätzung von Teil-Leistungsbereichen und von Lernpotenzialen und empfiehlt sich für Erfolgsbeurteilungen. Sie sollten in Reha-Prozessen angewendet werden, wenn es um Eignungsbeurteilungen geht, zur Erfassung individueller Ziele und zu deren Überprüfung im Eingliederungsverlauf.

Die Personenvariablen, die berufliche Kompetenzen und Entwicklungen beschreiben, zeigen sich in den Fallanalysen als zeitlich instabil und unterliegen – wie die beschriebenen erkrankungsbedingten Faktoren – zahlreichen Einflüssen aus den ermittelten Quellen (Person, Arbeitsumfeld, Soziales Umfeld). Die durch die Verlaufsanalysen dokumentierte Variabilität und Veränderbarkeit ist Voraussetzung und Bedingung für arbeitsrehabilitative Bemühungen. Dies entspricht dem Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells (ICF, Schuntermann, 2005), das das Funktionsniveau als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit ihrer Erkrankung und ihrem Kontext auffasst. Die konkreten Komponenten von Arbeits(un)fähigkeit, deren Äusserungen sowie deren förderliche und hinderliche Einflussbedingungen scheinen allerdings bei Planung und Begleitung durch die IV nicht umfassend berücksichtigt. Wie die quantitativen Analysen von Baer et al. (2009) belegen, finden sich in den Dossiers der IV zu PatientInnen mit psychischen Erkrankungen höchst selten eben diese differenzierenden Beschreibungen arbeitsrelevanter Fähigkeiten und Beeinträchtigungen. In ärztlichen Begutachtungen werden z.B. nur zu einem geringen Teil arbeitsbiographische Daten berücksichtigt (vgl. Baer et al., 2009), die in unseren Fallanalysen sehr deutliche Schlüsse auf integrationsförderliche oder –hinderliche Erlebens- und Verhaltensmuster erlauben. Unter der Kategorie „**Arbeitsstatus / Arbeitsbiographie / berufliche Entwicklung**“ sind zahlreiche Codierungen klassifiziert, die individualtypische, d.h. im Fallverlauf wiederkehrende Muster von beruflichen Bedürfnissen, Strategien, Entwicklungen abzeichnen, die Aufschluss über die Eignung für spezifische Berufe oder Ausbildungen geben können. Hieraus resultieren inhaltliche Empfehlungen für die Diagnostik und Begutachtung von konkreten arbeitsbezogenen Funktionseinschränkungen, die allerdings eine gründliche, ganzheitliche und personenbezogene Erfassung voraussetzen.

3.1.1.4.1 **Arbeitsbiographie**

In den 45 aufgezeichneten Fällen zeigen sich kettenartige Verläufe ausgehend von früh beginnenden Problemen und fehlgeschlagener Integration. Der von Baer et al. (2009) errechnete Prädiktor der prämorbidem beruflichen Integration wird durch die Fallanalysen bestätigt: Lediglich zehn PatientInnen weisen in ihrer selbst berichteten Arbeitsbiographie positive Verläufe und erlebte Berufserfolge auf, bei 20 stationären PatientInnen hingegen lassen sich durchweg „**Misserfolge**“ im Leistungsbereich, „**dauerhafte oder wiederholte Erwerbslosigkeit**“ oder sehr schlechte oder schädigende Arbeitsverhältnisse dokumentieren.

Weil sich die unter Abschnitt 3.1.1.1 (Individuelle Entwicklungsbedingungen (P eb)) identifizierten Frühzeichen in vielen der erhobenen Arbeitsbiographien finden lassen und darüber hinaus bereits

prämorbid mit einer erschwerten oder gescheiterten beruflichen und sozialen Integration in Verbindung gebracht werden, wurden oben bereits entsprechende Ansatzpunkte für primärpräventive Massnahmen identifiziert. Weil diese bereits in der Schule ansetzen, sind sie auf einer strategischen, gesamt-gesundheitspolitischen Ebene zu diskutieren und nicht explizit durch die IV umsetzbar. Wenn hier nach dem richtigen Zeitpunkt für fachliche Hilfe gefragt wird, wird immer wieder der Bedarf für früh einsetzende und konsequent verfolgte Hilfen in Schule und Lehrzeit formuliert. Zur Prävention von Frühberentung gehören primärpräventive Massnahmen: Zur Vermeidung einer frühen beruflichen Verunsicherung oder ungeeigneter Berufswahl, die vielfach codiert wurde, empfehlen sich verstärkt eingesetzte „**Orientierungshilfen**“ wie beispielsweise eine individualisierte Berufsberatung, in denen Interessen, Neigungen und Potenziale mit entsprechenden Berufsbildern abgeglichen werden sollten.

Die Interviewten stellen die Passung von persönlicher Eignung und Neigung einerseits und den Anforderungen einer Tätigkeit andererseits als erfolgsentscheidend heraus – eine in der Arbeits- und Organisationspsychologie seit langem propagierte Forderung. Dementsprechend sollten als grundlegende und entscheidende präventive Massnahmen die „**arbeitsdiagnostische Eignungsabklärung**“ und das Platzieren an einem geeigneten Arbeitsplatz besonders sorgfältig erfolgen. Auch der Wahl eines Studienganges sollten umfassende Informationen über dessen Struktur bzw. die Notwendigkeit der Selbststrukturierung vorangehen.

Diese und andere Empfehlungen sind im Kodierkatalog zu Präventiven Massnahmen unter „**Flankierende sozial-pädagogische Massnahmen**“ zusammengefasst.

3.1.1.4.2 Berufliche Orientierung

Ziel der Rehabilitationsbehandlung ist v.a. auch die Förderung von Eigeninitiative als Voraussetzung für die berufliche und soziale Wiedereingliederung. Demgegenüber steht nach Untersuchungen von Zwerenz et al. (2004) häufig die fehlende Bereitschaft oder Widerstände der PatientInnen, sich während der Rehabilitation mit ihren berufsbezogenen Problemen auseinander zusetzen. Die unter diesem Label codierte „**Arbeitsmotivation**“ zeigt sich immer wieder als relevanter Prädiktor für erfolgreiche Eingliederungsmassnahmen (bspw. Reker et al., 1998), das Konstrukt der Motivation ist allerdings nicht einheitlich definiert und von vielen anderen verwandten Konstrukten beeinflusst. Im Erklärungsansatz von Marcus (2001) zu kontraproduktivem Arbeitsverhalten ist als Personenfaktor die Neigung zu und das Ausmass an internaler Kontrolle (Impulsivität, Selbstwertgefühl) integriert. Eben diese sind aber durch die am häufigsten vertretenen psychischen Erkrankungen beeinträchtigt. Geeigneter erscheint uns für die Beschreibung mangelnder Verhaltensbereitschaft daher der Begriff der Volition, den Paulus und Lauer mann (2004) als Kriterium zur Bewertung der Lernfähigkeit verwenden. Er umschreibt eine motivationsunabhängige Willenskraft, insbesondere bei der Überwindung von Hindernissen. Die zahlreichen Nennungen und Bedeutungszuschreibungen persönlicher Kognitionen der PatientInnen in der vorliegenden Studie (beispielsweise mentale Prozesse und Strukturen bei der Informationsverarbeitung) legen für Präventionsempfehlungen nahe, die inhaltsanalytisch kategorisierten Codes der Kognitionen zur „**beruflichen Orientierung**“ oder das „**arbeitsbezogene Selbstkonzept**“ in der Abklärungsphase konkret zu erfassen, um Einstellungen zur Arbeit und zur eigenen Leistungsfähigkeit zu verstehen und ggf. daran zu arbeiten. Neben den objektiv beurteilbaren Verhaltensweisen sollten als Folge der in der Studie analysierten Einflussfaktoren auch individuelle Bewertungen und Annahmen zur Arbeitstätigkeit erfasst werden, um eventuelle

Fehlverläufe bei einer beruflichen Integration erklären und verbessern zu können. Dieser Fokus entspricht dem Paradigma der Lazarus-Gruppe in der Stress- und Coping-Forschung (vgl. Muthny, 1989). In einer internationalen Studie über Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung, die der Frage nachging, wer zur Arbeit zurückkehrt und warum, stellte sich die subjektive Arbeitsprognose in allen Ländern als relevanter und für die Varianzaufklärung wichtigster Prädiktor dar (Bloch & Priens, 2001).

Berufsbezogene Wünsche und Befürchtungen oder unrealistische Konsequenzerwartungen sind allerdings nicht unbedingt bewusst, sind evtl. nicht mit gesellschaftlichen Erwartungen konform und verlangen eine gute Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeit. Unter dem Gesichtspunkt der geforderten Eigeninitiative und Aktivitätsübernahme kommt dem Konzept der Veränderungsmotivation eine besondere Bedeutung zu. Für eine valide Erfassung bedarf es eines Vertrauen stiftenden Gesprächsrahmens, psychologisch geschulter BeraterInnen, der wiederholten Befragung und evtl. des Einbezugs der Meinung von betreuenden Fachpersonen.

Als Erfassungsinstrumente eignet sich bspw. der FBTM (Zwerenz et al., 2005), der die berufsbezogene Therapiemotivation über vier Faktoren (Veränderungsabsicht, Rentenbegehren, Negative Behandlungserwartungen und Aktive Bewältigungsorientierung) misst. „Rentenbegehren“ und „Aktive Bewältigungsorientierung“ sind Validierungsstudien zufolge signifikante Prädiktoren für die Vorhersage von Symptomreduktion, Behandlungszufriedenheit und subjektiver Arbeitsprognose bei Entlassung, während „Veränderungsabsicht“ prädiktive Validität für die Vorhersage des Erwerbsstatus ein Jahr nach Entlassung besitzt.

Auch in Theorien zur Erklärung von Leistungshandeln stehen subjektive Faktoren, wie **„Selbstwirksamkeit“** oder Konsequenzerwartung („Social Cognitive Career Theory“ nach Leut et al., 1996, oder Reker et al. 1998) im Zentrum. Zwerenz et al. (2005) folgert aus seinen Untersuchungen zum Behandlungsergebnis beruflicher Rehabilitation bei PatientInnen der stationären psychosomatischen Rehabilitation, dass in 30-50 % der Fälle Motivationsdefizite bestünden und mangelnde Veränderungsabsicht sowie ein ausgeprägter Rentenwunsch wesentliche Risikofaktoren für berufsbezogene Reha-Massnahmen darstellen.

Ein hohes Interesse an Arbeit wurde auch in einer von Becker et al. (2006) beschriebenen Studie als Prädiktor für die Aufnahme einer Erwerbsarbeit errechnet; die Arbeitsmotivation allein hatte jedoch keinen Einfluss auf den Verbleib in der Tätigkeit. Hierfür können wieder Erklärungen aus der Motivationspsychologie herangezogen werden: Arbeitsmotivation ist eine Handlungsbereitschaft, die von unterschiedlichen Motiven und Erwartungen (sog. Ergebnis- und Ergebnis-Folgeerwartungen, wie bspw. im Code **„Bedürfnis nach externer Bestätigung“**) abhängen kann, die mit den Anforderungen am aktuellen Arbeitsplatz konfliktieren können.

Fallbeispiel

Ein Studienteilnehmer legte bei einer neu aufgenommenen Tätigkeit als Karosseriespengler Wert auf qualitativ hochwertige Produkte. Sein Vorgesetzter bemängelte seine „langsame“ Arbeitsweise und missachtete seine „Sorgfalt“. Die unterschiedlichen Erwartungen führten zu sozialen Konflikten und mündeten schliesslich in eine Kündigung.

Bei guter Motivation und zuversichtlicher Einstellung braucht es auf Personenebene für ein erfolgreiches Leistungsverhalten und dauerhafte Erwerbstätigkeit neben den erforderlichen Kompetenzen

vor allem Anpassungsvermögen und „**Copingstrategien bei Arbeitsproblemen**“ (z.B. „**kommuniziert Probleme**“).

Von der Perspektive des Arbeitsumfelds braucht es gegen derartige Missstände und Missverständnisse, die gehäuft in den Arbeitserlebnissen einiger InterviewpartnerInnen zu finden sind, eine konsensuell vorzunehmende „**Zielklärung und –strukturierung**“. In den Codierkatalog mit Handlungsempfehlungen (Fragestellung 3) wurden aus den Prozessbeschreibungen zahlreiche Empfehlungen für AnleiterInnen in arbeitsagogischen Massnahmen abgeleitet, die Motivation und Einstellung und darüber wiederum die individuelle Leistung einzelner MitarbeiterInnen steigern können (Vgl. Anhang 4.3 S. A123 ff.).

3.1.1.4.3 **Leistungsverhalten**

Diese Kategorie repräsentiert objektiv beobachtbares Verhalten, das durch die Rekonstruktion arbeitsbiographischer Daten (durch die Person selbst, durch Dokumente oder Fremdbeschreibung) deutlich werden kann oder auch bei Arbeitsproben erhoben wird. Die einzelnen Bereiche – wie bspw. Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Strukturierungs- und Anpassungsfähigkeit und Flexibilität sind entscheidende Indikatoren für beruflichen Erfolg, sind allerdings wiederum laut vorgenommener Zusammenhangsanalyse (Analyse der Code-Code-Beziehungen) am meisten durch andere Faktoren innerhalb des Bereichs „**arbeitsrelevante Erlebens- und Verhaltensmuster**“ und durch Krankheitsfolgen beeinflusst. Wenn das Leistungsverhalten also im individuellen Integrationsplan verbessert werden soll, müssen zur zielgerichteten Förderung der Krankheitsstatus berücksichtigt und die notwendigen Kompetenzen und Schwächen der anderen arbeitsrelevanten Kategorien ermittelt werden.

Fallbeispiel

Bei einem Patienten mit schweren Depressionen war die „Zuverlässigkeit“, also das gewissenhafte, verlässliche, sorgfältige Arbeitsverhalten durch erkrankungsbedingten „Antriebsmangel“ gestört. Über Verbesserungen der beeinträchtigten „Antriebsregulation“ in der Arbeitsrehabilitation begleitend zur Therapie konnten durch Hilfen zur „Selbststrukturierung“ und Herausforderung der „Eigeninitiative“ das Arbeitsverhalten verbessert werden.

3.1.1.4.4 **Kompetenzen**

Eine prämorbid gute berufliche Qualifizierung und eine gute berufliche Integration konnten in einer älteren empirischen Studie als Prädiktoren einer gelingenden Eingliederungsmassnahme identifiziert werden (Anthony & Jansen, 1984).

In den Interviews mit gut ausgebildeten und integrierten Personen brachten diese dennoch häufig zum Ausdruck, dass sie sich zum Zeitpunkt der stationären Behandlung ihrer Kompetenzen unsicher seien. Bei einem Teil wurden diese durch die Erkrankung beeinflusst und führten zu Misserfolgen, die tief erschütterten. Andere TeilnehmerInnen haben sich noch nie oder seit längerem nicht mehr in einer Arbeitstätigkeit erprobt. Für eine umfassende „**Klärung des Leistungspotenzials**“ und der individuellen Motivationen und Interessen sollte die IV darum bemüht sein, die Eignung für

einen speziellen Beruf zu prüfen bzw. zu verbessern. Eine gründliche Abklärung der bestehenden Ressourcen und Förderbereiche unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Befürchtungen muss evtl. unter **Berücksichtigung der Erkrankungs- und Förderphase** wiederholt durchgeführt werden.

Für die Kategorien „**Fachkompetenz**“ und „**Kognitive Kompetenz**“ wurden hierbei die meisten Verbesserungsmöglichkeiten für spezifische Trainingsskills genannt, die auch bereits Inhalte von IV-vermittelten Massnahmen sind. Für eine erfolgreiche Kompetenzschulung sehen jedoch Integrationsfachpersonen und auch Betroffene, die sog. Belastungsproben bereits erlebt haben, vorab den Bedarf, neben der **Klärung der Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Gesundheitsstatus** auch die Einschätzung der im vorangehenden Abschnitt erläuterten Motivationsvariablen und leistungsbezogenen Kognitionen, insb. die Selbstwirksamkeitserwartung.

Fallbeispiele

In einer Fallbeschreibung divergierten die Erwartungen der Patientin mit den Zielen einer Belastungserprobung, weil sie in ihrem Glauben an die eigene Kompetenz erschüttert war und sie z.B. Anforderungen der IV als Überforderung oder als Schikane empfand. Die Integrationsmassnahme verlief erfolglos.

In einem anderen Fall waren die Kompetenzen eines bislang unausgebildeten Mannes in einem geschützten Leistungsbereich erprobt und aufgebaut worden. Die Lehrbedingungen entsprachen aber nicht den Anforderungen in Wirtschaftsbetrieben, weshalb seine Stellensuche erfolglos blieb.

Derartige Fälle verdeutlichen Verbesserungspotentiale bei der Planung und Durchführung einer beruflichen Weiterqualifizierung durch die IV: Auch in geschütztem Rahmen sollten wiederholt „**individuelle Ziele und Qualifizierungsmöglichkeiten**“ die Integrationsplanung bestimmen. Dabei ist es förderlich, wenn ein Einzugliedernder innerhalb derselben Einrichtung „**verschiedene qualifizierende Stufen**“ durchlaufen könnte, die **flexibel** aufeinander aufbauen- etwa eine Anlehre und anschliessende Lehre in derselben Einrichtung. Fachkompetenzen sollten dabei aber am besten „**praxis- und wirtschaftsnah erprobt**“ und geschult werden, insofern eine unmittelbare Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt intendiert ist. Da Personen mit psychischen Erkrankungen häufig Probleme bei Übergängen von einer Betreuungs- oder Förderstufe in eine neue haben, ist der „**Stabilität des Settings**“ eine hohe Bedeutung beigemessen worden. Andernfalls wurde eine mitlaufende Betreuung vorgeschlagen, um eine „**personenbezogene und nachhaltige Betreuung**“ z.B. durch einen „**Jobcoach**“ anbieten zu können.

Im Förderprozess werden entgegen der Verunsicherung und zugunsten einer effizienten Durchführung folgende Empfehlungen an die AnleiterInnen gegeben, um die Handlungskompetenz und darüber die Leistungsfähigkeit zu stärken:

- Viel Loben, Überforderung entgegenwirken, Erfolgserlebnisse schaffen
- Enge Betreuung, klare Ziele und Feedback, Leistungsverhalten evtl. visualisieren. Für eine transparente Zielabsprache und Kontrolle bliebe zu diskutieren, ob Instrumente wie die GAS

(Goal Attainment Scaling, Instrument zur visualisierten Zielabsprache in der Psychotherapie) für Eingliederungsmassnahmen einsetzbar sind.

- Arbeit an Strukturierungsfähigkeit
- Arbeiten an Frustrationstoleranz, Flexibilität
- Copingstrategien (Stressbewältigung)
- Selbstbestimmte Auszeiten, Puffer.

Aussagen der interviewten ExpertInnen zufolge sind psychisch kranke Menschen nicht primär in ihren instrumentellen Aspekten behindert oder eingeschränkt, sondern vor allem in ihren sozio-emotionalen Fähigkeiten. Dies geht einher mit den Ergebnissen der Dossieranalyse von Baer et al. (2009), wonach Personen mit einer „akzentuierten Persönlichkeit“ bzw. einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung zu einer grossen Risikogruppe von Frühberenteten gehören. Hoffmann et al. (2003) ermittelten die „Fähigkeit mit anderen auszukommen oder soziale Kontakte zu pflegen“ als guten Prädiktor für an eine Reha-Massnahme anschliessenden Eingliederungserfolg. Selten kam jedoch von den Betroffenen selbst der Förderbedarf ihrer Sozialkompetenz zur Sprache. Es stellt sich hier die Frage, wie offen soziale Auffälligkeiten am Arbeitsplatz und auch in therapeutischen und rehabilitativen Einrichtungen benannt und beurteilt werden, so dass Betroffene diese als verbesserungswürdig anerkennen und sich aktiv zugunsten ihrer Kontakt- und Beziehungsfähigkeit fördern lassen.

Für die Verbesserung sozial-kommunikativer Fähigkeiten wurden weniger spezielle Trainingsangebote vorgeschlagen, sondern v.a. eine persönliche und „**personenbezogene Betreuung**“ gewünscht, in der soziale Erfahrungen im Arbeitsprozess gestiftet und bewusst reflektiert werden. In der direkten Anleitung bei Arbeitsprozessen kann z.B. vermittelt werden, wie man Probleme offen und lösungsorientiert angehen und konstruktiv mit Kritik umgehen kann. Diese sind daher nicht als spezifische Trainings-Skills formuliert, sondern unter der Kategorie „**Präv-AGO Leit = hilfreiches Anleitungsverhalten**“ (Anhang 4.3., S. A 123 ff.) subsumiert.

Viele Verbesserungsempfehlungen von Betroffenen-Seite ergeben sich für die soziale Interaktion zwischen Vorgesetzten und ihren MitarbeiterInnen sowohl in Betrieben der freien Wirtschaft als auch im geschützten Bereich. Die drängendste Verbesserung wird durch die vorliegende Studie für ein **qualifiziertes Mitarbeitergespräch** herausgearbeitet, über das die tragenden Säulen eines Förderprozesses – die gemeinsame und verbindliche Zielabsprache und die Erfolgskontrolle – effektiver gestaltet werden könnten. Für diese Bereiche wäre hilfreich, Erkenntnisse und Instrumente aus der Arbeits- und Organisationspsychologie zu integrieren, um AnleiterInnen entsprechend zu schulen.

3.1.2 Einflussfaktoren aus dem Arbeitsumfeld

Als zweiten einflussreichen Bereich für Integrationsprozesse wird von den InterviewpartnerInnen die Arbeitssituation bzw. die Situation im 1. oder 2. Arbeitsmarkt betont.

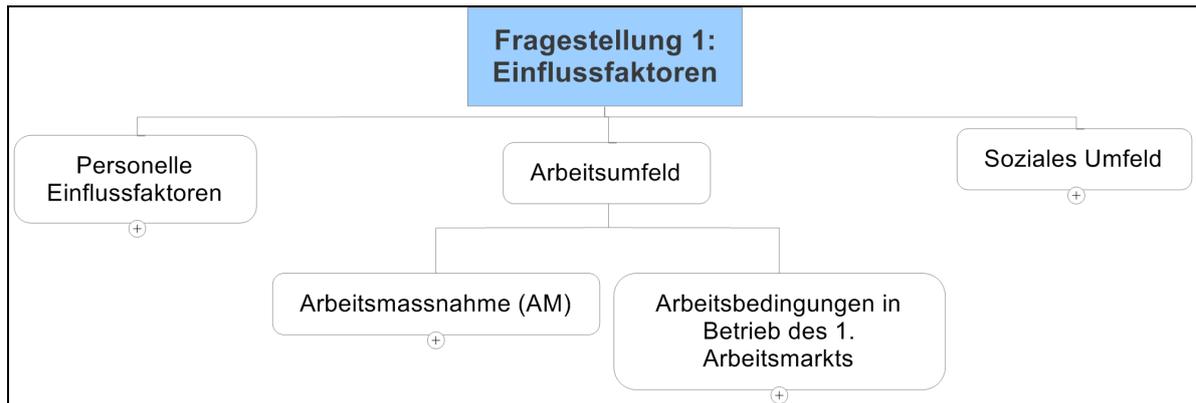


Abbildung 8: Einflussfaktoren im Arbeitsumfeld (erster und zweiter Arbeitsmarkt)

3.1.2.1 Allgemeine Bewertung der Ergebnisse zum Bereich Arbeitsumfeld

Arbeitspsychologisch ist vielfach belegt, dass berufsbezogene Stressoren und Konfliktsituationen einen direkten Einfluss auf die Entstehung und Chronifizierung von psychischen Beschwerden und Erkrankungen haben (Zwerenz, Knickenberg, Schattenburg, Beutel. 2004).

In den Codierkatalog sind zahlreiche Beschreibungen des Arbeitsumfelds eingegangen, die für die berufliche Eingliederung von Personen mit psychischen Erkrankungen entscheidend sind. Inhaltsanalytisch konnten die Zitate von PatientInnen und befragten ExpertInnen zum Arbeitsumfeld in der freien Wirtschaft (Kategorien und Codes unter „AO“ codiert) und im geschützten Bereich (unter „AM“ codiert) in vier Bereiche untergliedert werden: **„Organisatorisch-strukturelle Bedingungen von Betrieben und Eingliederungsinstitutionen“**, **„Merkmale der Anleitung“**, in der Verhaltensweisen und Einstellungen von direkten Vorgesetzten zusammengefasst sind; **„Merkmale der Tätigkeit“** und **„soziale Merkmale“**, die v.a. das Team beschreiben. Jedem dieser Bereiche sind wiederum Codes zugeordnet, die für die als förderlich oder hinderlich bewerteten Merkmalsausprägungen stehen. Bei den Codierungen finden sich zum grössten Teil Beschreibungen, die Wünsche und Bedürfnisse von ArbeitnehmerInnen für einen leistungs-, gesundheits- und persönlichkeitsfördernden Arbeitsplatz erkennen lassen, die den Ergebnisse aus Arbeits- und Organisationspsychologischen Studien entsprechen.

Da sich die Beschreibungen der Bedingungen in einer Eingliederungsmassnahme im geschützten Bereich von denen der Beschreibungen im 1. Arbeitsmarkt nicht grundlegend unterscheiden, werden im folgenden Merkmale exemplarische dargestellt, die in Eingliederungsmassnahmen als besonders beeinflussend bewertet wurden.

3.1.2.2 Einflussfaktoren in Eingliederungsmassnahmen

Beispielhaft sind in der folgenden Abbildung die relevanten Kategorien mit förderlichen codierten Merkmalen von Eingliederungsmassnahmen bzw. des 2. Arbeitsmarkts dargestellt.

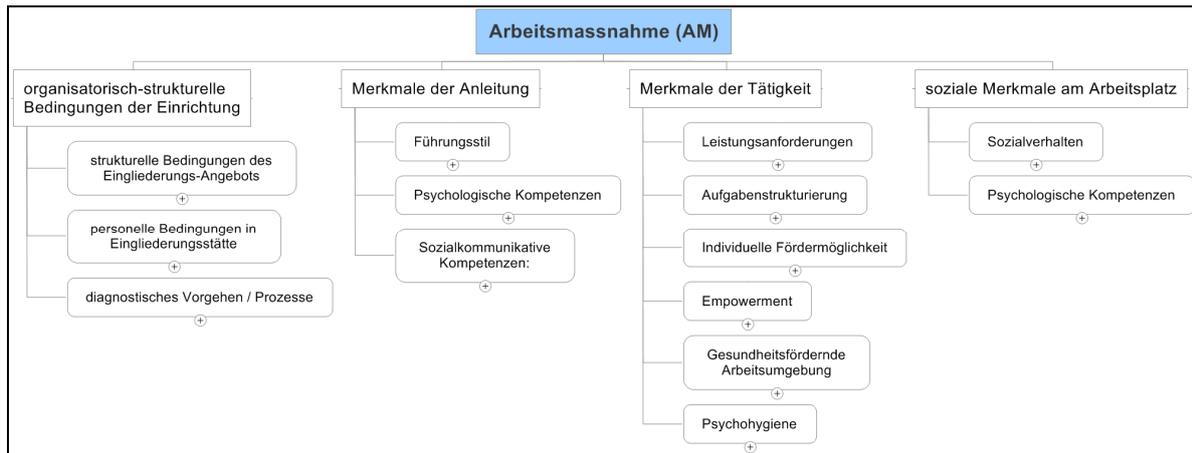


Abbildung 9: Übersicht zu Einflussfaktoren in Eingliederungsmassnahmen

Für die Studie konnten viele PatientInnen gewonnen werden, die bereits Erfahrungen mit Wiedereingliederungsmassnahmen gemacht haben. Diese Erfahrungen waren individuell unterschiedlich, wurden aber sehr präzise geschildert und konnten detailliert bewertet werden. Neben der Generalisierbarkeit der Beschreibungen eines integrationsförderlichen bzw. -hinderlichen Arbeitsumfelds wird jedoch die Individualität und Beeinflussbarkeit der arbeitsbezogenen Einstellungen deutlich: Die Ausprägungen und Bedeutungszuschreibungen einzelner betrieblicher- oder Tätigkeitsmerkmale differiert interindividuell beträchtlich. Durch eine psychische Erkrankung und ihre psychosozialen Folgewirkungen können sich bei einer einzelnen Person arbeitsbezogene Bedürfnisse und Werthaltungen auch verschieben.

In einer Interviewstudie zu Lebensqualität von psychisch Kranken fanden Baer, Domingo & Amsler (2003) heraus, dass psychisch Kranke dieselben Grundbedürfnisse äussern wie andere Menschen. Aber psychische Krankheiten verändern die Gewichtung und den Umgang damit: Das Leiden und die Beeinträchtigungen fordern viel Energie, die zur Verfolgung von Bedürfnissen fehlt. Negative Erfahrungen verhindern zudem, dass bestimmte Bedürfnisse nicht mehr geäussert werden.

Fallbeispiel

Eine ehemals hochqualifizierte Fachfrau im Gesundheitswesen schildert eindrücklich, wie ihr Bedürfnis nach eigenständiger Arbeitsgestaltung durch die Erkenntnis erschüttert wurde, dass durch die Depression die Selbststrukturierung nicht mehr gelang. Die Verlaufsanalyse dieses Falls verdeutlicht, dass die Integration in das Selbstbild und das Finden eines geeigneten Wirkungsfeldes ein langer und nicht linear verlaufender Prozess ist.

Die Fallanalysen können folglich nicht einen im Allgemeinen optimalen Arbeits- oder Förderplatz beschreiben. Vielmehr hält der Codierkatalog zentrale betriebliche Tätigkeits- und Anleitungsmarkmale auf, deren Bedeutsamkeit in der individuellen Abklärung und Platzierung berücksichtigt werden sollten.

3.1.2.2.1 *Organisatorisch-strukturelle Bedingungen der Einrichtung*

20 der 45 für die Studie gewonnenen PatientInnen haben bereits Erfahrungen mit Wiedereingliederungsmassnahmen gemacht. Diese Erfahrungen waren sehr unterschiedlich, wurden aber sehr detailliert geschildert und konnten offen bewertet werden:

Der Grossteil der gehörten PatientInnen äussert ein starkes Bedürfnis nach beruflicher Qualifizierung. Entsprechend gross war bei diesen Personen das Unverständnis, die Resignation oder die Enttäuschung, wenn sie wegen verzögerten Entscheidungsphasen oder Wartezeiten in keine Eingliederungsmassnahme eingebunden wurden, wenn sie kein ihren Interessen und Vorerfahrungen entsprechendes Bewährungsfeld fanden oder wenn sie sich an einem (geschützten) Arbeitsplatz nicht ausreichend gefordert und gefördert fühlten.

Wie PatientInnen weiter bemängeln, fänden sich auf dem zweiten Arbeitsmarkt nur in wenigen Tätigkeitsfeldern ausreichende Förderplätze, weswegen von IV-BerufsberaterInnen oft in interessen- und qualifikationsfremde Bereiche vermittelt würde oder sich lange Wartezeiten ergäben. Diese Wahrnehmung sowie deren negativen Auswirkungen auf Motivation und Integrationschancen werden sowohl durch Aussagen der Betreuungspersonen wie auch der ExpertInnen (einschliesslich der befragten IV-BeraterInnen) bestätigt.

Betroffene wie auch Professionelle wünschen sich von betrieblichen und fördernden Organisationen, dass sie strukturell - evtl. durch ein „**wiederholtes Förderangebot**“ - in spezifischen Tätigkeitsbereichen (bspw. in der Feinmechanik) und auf unterschiedlichen Niveaustufen individuelle Kompetenzen schulen und Ausbildung anbieten können. „**Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten**“ könnten z.B. durch „**interne Umplatzierung**“ offeriert werden.

3.1.2.2.2 *Integrationsförderlicher Anleitungstil*

Die meisten organisatorisch-strukturellen Bedingungen werden durch die Vorgesetzten umgesetzt. Es sind aber vor allem die sozialen Anforderungen und Merkmale fast jeder Organisation und Tätigkeit, die für Personen mit psychischen Störungen zentrale Risikofaktoren und Hindernisse zu bergen scheinen. Die Interviews enthalten sehr differenzierte Bewertungen von Organisationskultur bestimmtem Vorgehen und Verhalten von Vorgesetzten bei Arbeitsplatzproblemen. Vor allem zahlreiche Aussagen über AnleiterInnenverhalten lassen erkennen, dass der Passung des Führungsstils bzw. des professionellen Hilfeverhaltens an die spezifische soziale und persönliche Problematik von Unterstützungsbedürftigen eine enorm weit reichende Bedeutung zukommt. Diese wird aber selten offen reflektiert und thematisiert, so dass hier von einem grossen Verbesserungsbedarf ausgegangen werden kann.

Die identifizierten förderlichen und hinderlichen Faktoren bezüglich der Anleitung in einer Eingliederungsmassnahme lassen sich drei Bereichen zuordnen, die in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt sind.

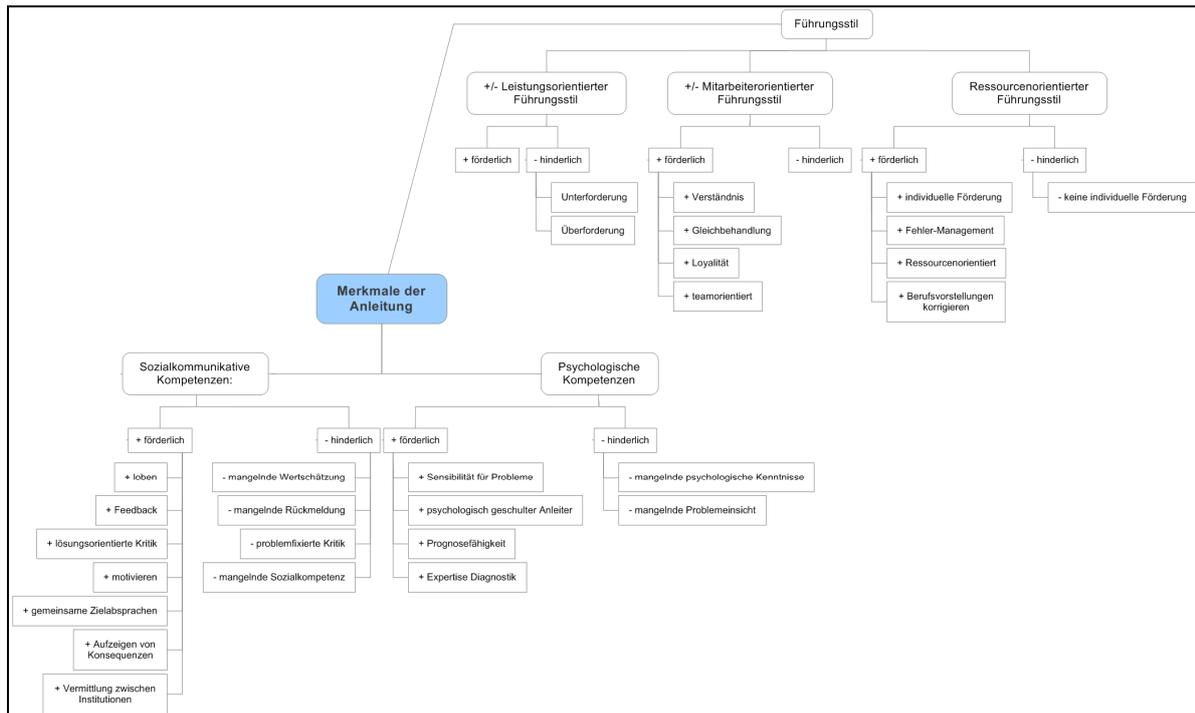


Abbildung 10: Förderliche und hinderliche Merkmale der Anleitung in einer Eingliederungsmassnahme

Die von Betroffenen benannten Präferenzen und die durch Fachpersonen eingeschätzte Förderlichkeit eines bestimmten **Führungsstils** - codiert als Leistungsorientierung, Mitarbeiterorientierung und Ressourcenorientierung - ist wiederum individuell. Die Zusammenhangsanalysen verdeutlichten, dass zugunsten positiver Interaktionen im Eingliederungsprozess der Anleitungstil oder einzelne Fördermethoden abhängig von arbeitsrelevanten Erlebens- und Verhaltensmuster der Person angepasst werden sollten.

Fallbeispiele:

Beispielsweise bewertete ein mit erheblichen Defiziten im Bereich der „**Beruflichen Orientierung**“ und des „**Selbstkonzepts**“ (codiert als „misstrauisch“ „mangelnde Selbstwirksamkeitsüberzeugung“, „starkes Pflichtgefühl gegenüber dem Arbeitgeber“) aufgefallener Patient mit Beeinträchtigungen im codierten Bereich der „**Psychischen Regulations- und Strukturierungsfähigkeit**“ (codiert über „mangelnde Abgrenzung“ und „sensibel für Kritik“), dass er von einem Anleiter profitieren würde, der ihm gegenüber „Verständnis“ und „Loyalität“ entgegenbrächte.

Andere TeilnehmerInnen bevorzugten eher einen „**Leistungsorientierten Führungsstil**“, der ihrer als hoch zu bewertenden „**Handlungsorientierung**“ (codiert als „Ehrgeiz“, „Wunsch nach Gleichbehandlung“ und „Lernmotivation“) nachkäme.

Es zeigte sich als ausserordentlich eindrücklich, wie wichtig für viele Befragte die Meinung Ihres Chefs war, weil sie darüber Ihren Erfolg, ihre Wertigkeit und Anerkennung definierten.

Ursachen für fehlendes Engagement von MitarbeiterInnen liegen nach einer Metastudie von 2001 durch die Unternehmensberatung Gallup⁹ GmbH in schlechter Betriebs- bzw. Mitarbeiterführung. Unklare Zielformulierungen, unzureichendes menschliches Interesse des Vorgesetzten am Mitarbeitenden und Nichtanerkennen der Meinungen und Ansichten der MitarbeiterInnen wurden als wesentliche Ursachen für mangelndes Engagement benannt. Nach dem Modell der Gratifikationskrise (Siegrist & Marmot, 2008) zählen zu den wichtigsten gesundheits- und leistungsförderlichen betrieblichen Merkmalen ein anspruchsvolles, nicht überforderndes Aufgabenprofil und diesbezügliche Mitsprachemöglichkeit, angemessene Anerkennung und eine vertrauensvolle und faire Zusammenarbeit.

Entsprechende Empfehlungen richten sich aus den vorliegenden Studienergebnissen an einen bewusst reflektierten, besprochenen und angepassten Anleitungsstil, der Handlungsempfehlungen für die drei identifizierten Bereiche zur Förderung der Motivation und Einstellung eines/einer Mitarbeitenden, dessen/deren individuellen Leistungssteigerung und/oder der sozialen Förderlichkeit und Verträglichkeit enthält.

Das fest installierte und qualifiziert durchgeführte Mitarbeitergespräch erscheint als entscheidende betriebliche Massnahme aus dem Projekt hervorzuheben, um soziale Arbeitsabläufe erfolgreich zu gestalten und eine optimierte Förderung zu kontrollieren. Vor allem die Häufigkeit und Gestaltung eines „**Mitarbeitergesprächs**“ entschieden in den analysierten Arbeitsverläufen über eine gemeinsam optimierte Zielabsprache und -verfolgung. Diese Absprachen stellen aber hohe Anforderungen an die Vorgesetzten, weil die Fähigkeit, Anforderungen realistisch einzuschätzen und zum eigenen Leistungsverhalten eine selbstkritische Distanz aufzubauen bei Personen mit psychischen Erkrankungen häufig als eingeschränkt beschrieben wurde. Information und Weiterbildung zum Umgang mit psychisch Erkrankten, sowie zu allgemeinen Führungskompetenzen werden für AnleiterInnen und Vorgesetzte im ersten und zweiten Arbeitsmarkt als unerlässlich angesehen und wurden in den Massnahmenkatalog zu Fragestellung 3 (vgl. Anhang S. A 122 ff, Code „Präv-AGO Orga personal = förderliche personelle Bedingungen und Kompetenzen“) aufgenommen.

3.1.2.2.3 Merkmale der Tätigkeit

Bei einer erfolgreichen Platzierung geht es wie bei jeder Stellenbesetzung um die Passung von individuellen Fähigkeiten, Eignung und Neigung mit den in einem Betriebes und einer spezifischen Arbeitstätigkeit gestellten Anforderungen. Neben der Eignungsdiagnostik stellt also die Tätigkeitsanalyse einen wesentlichen Schritt bei Abklärungen für Eingliederungsentscheide dar. Die Inhaltsanalysen ergaben einige wesentliche Arbeitsplatz- und Tätigkeitsmerkmale, die bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz berücksichtigt werden sollten. Diese werden im Folgenden exemplarisch aufgeführt, die vollständige Liste der Merkmale ist in Anhang 3.1 S. A 46 ff. detailliert aufgelistet.

Die von den StudienteilnehmerInnen genannten optimalen Arbeitsbedingungen unterscheiden sich kaum von denjenigen, die seit den 1970er Jahren in Studien der Arbeits- und Organisationspsycho-

⁹ Die forschungsbasierte Unternehmensberatung Gallup GmbH misst mit dem Engagement-Index regelmäßig die Stärke der emotionalen Bindung von ArbeitnehmerInnen in Deutschland (<http://pdf.berkemeyer.net/Gallup-Studie.pdf>).

logie zur Arbeitszufriedenheit von Berufstätigen und zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der freien Wirtschaft erhoben werden: Ganzheitlichkeit und Wichtigkeit der Aufgabe, Zielklarheit, Anforderungswechsel und der Grad an Autonomie bestimmen ebenso wie die Arbeitsplatzsicherheit über psychische Gesundheit und Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Ulich, 2005). Dieses Ergebnis zeugt von der „Normalität“ der Bedürfnisse von Angestellten mit psychischen Erkrankungen. Hier stellt sich die Frage, ob und warum die befragten PsychatriepatientInnen selten derartige Arbeitsbedingungen vorfinden oder warum die stattdessen anzutreffenden Stressoren – hoher Arbeitsdruck, Unter- oder Überforderung, mangelnde Zielklarheit und mangelnde Mitbestimmung (vgl. Anhang 3.1, S. A64 ff.) - ihre Arbeitsfähigkeit in hohem Mass überbeanspruchen. Ein induktiver Schluss wäre, dass die vielfach aufgezeichnete frühe berufliche Desintegration in „schlechte Arbeitsverhältnisse“ führt.

Fallbeispiel

Ein Mann Ende dreissig berichtete von häuslicher Gewalt im Elternhaus und in Folge in der Kindheit entwickelten Minderwertigkeitsgefühlen. Trotz ausreichender kognitiver Fähigkeiten kam es in der Primarschule zu Leistungsproblemen, verbunden mit psychischen Auffälligkeiten, er habe sich damals „blockiert“ gefühlt. Seit der Kindheit besteht das Gefühl nicht recht zu wissen, wer er ist und was er kann. Nach der Matur fühlte er sich mit dem aufgenommenen Studium überfordert und brach es ab. Die danach angefangenen Ausbildungen hat er wegen mangelndem Selbstvertrauen abgebrochen. Er arbeitet aktuell im Verkauf in Schichtarbeit und steht unter hohem Arbeitsdruck, da es in seinem Betrieb viele Kündigungen gibt und die standardisiert zu erledigende Arbeit wichtiger ist als ein individuell gestaltetes Betätigungsfeld.

Nach einer weiteren personenzentrierten Erklärung dieses Falls würden mangelnde oder durch die Erkrankung beeinträchtigte Ressourcen von psychisch Beeinträchtigten fokussiert, die der Person helfen würden, die beruflichen Anforderungen und Stresssituationen zu bewältigen oder Bedürfnisse zu befriedigen.

In den Fallanalysen ergaben sich auch für diese Erklärungen Hinweise.

Fallbeispiel

Ein 28jähriger Mann schilderte, in seinen Ausbildungen und bei der Arbeit immer schnell unter Druck gekommen zu sein, weil er selber das Gefühl hatte, die Leistung nicht erbringen zu können, die von ihm erwartet wird. Aus diesem Grund kündigte er die Stelle jeweils zum Erstaunen seiner Arbeitgeber. Er hatte Mühe, selbständig eine Struktur in die Arbeit hineinzubringen, was ihn noch mehr unter Stress versetzte. Den Umgang mit Hektik findet er schwierig und kann in stressigen Zeiten auch am Wochenende nicht abschalten. Inzwischen fühlt er sich nur an einer geschützten Arbeitsstelle wohl, da er sich da für jede Arbeit Zeit lassen könne und keine Angst haben müsse, entlassen zu werden. Der Gedanke an die freie Wirtschaft löst bei ihm starke Versagensängste aus.

Für präventive Massnahmen ist wichtig, den Blick aus beiden Perspektiven vorzunehmen: Was ist der Beitrag der Person, die die Arbeitsleistung beeinflusst, und was sind Merkmale des Betriebs, die Invaliditätsverläufe verhindern können.

Von Seiten der Betriebe sind seit langem Massnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung deklariert. Strategisch zu überlegen ist die Möglichkeit, dass Arbeitnehmer Missstände melden könnten und eine entsprechende Beratungsstelle Abklärung, Informations- und Umsetzungshilfen für Betriebe anbieten könnte, um die Gesundheitsförderung im Wirtschaftsbetrieb zu verbessern. Entspre-

chende Empfehlungen für *Betriebe der freien Wirtschaft oder Dienstleistung, die der Erhaltung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit dienen* sind dem Codierkatalog in Anhang 3.3, Seiten A121 ff. unter dem Code „Präv-AO Orga struktur = strukturelle Bedingungen für eine angemessene betriebliche Gesundheitspolitik“ zu entnehmen.

3.1.3 Einflüsse aus dem sozialen Umfeld

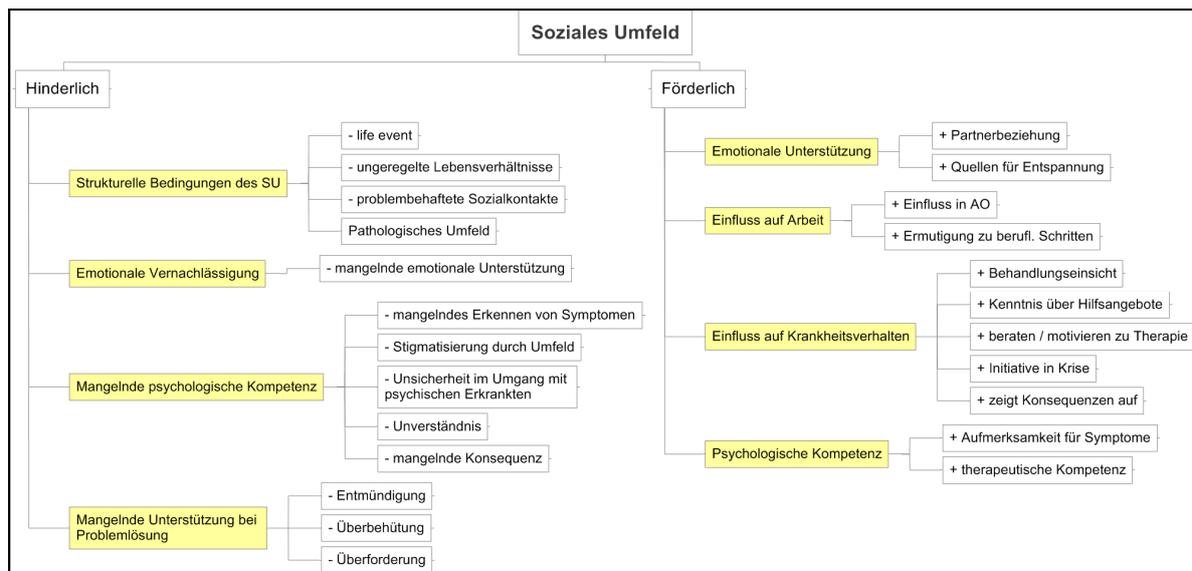


Abbildung 11: Förderliche und hinderliche Merkmale des sozialen Umfelds

Dem sozialen Umfeld kommt als Empfangsraum nach einem klinischen Aufenthalt besondere Bedeutung zu, weil in ihm zahlreiche Risikobedingungen als auch gesundheits- und integrationsförderliche Faktoren für die weitere Genesung zu finden sind. In den Fallstudien wird vor allem der Einfluss von Bekannten und Verwandten auf das Krankheitsverständnis und –verhalten der erkrankten Personen deutlich. Auch die berufliche Integration wird durch soziale Merkmale des Umfelds mitbestimmt: Ein gutes Mass an sozialer Unterstützung sowie eine feste Partnerschaft beeinflussen z.B. das Ausmaß der produktiven Aktivität in Ausbildung und Erwerbsarbeit (Collins et al 2000, zit. nach Becker et al. 2006).

Das soziale Leben kann aber auch Belastungen bergen, die einen Patienten/ eine Patientin schnell wieder in dysfunktionale Verhaltensmuster treibt.

Fallbeispiel

Es berichtete z.B. eine Mutter, dass ihre Erziehungsfähigkeit durch die psychische Erkrankung beeinträchtigt ist und sie Angst vor der Entlassung aus der Klinik in die Familie habe, weil sie den stationären Aufenthalt zwar als entlastend erlebte, die Probleme zu Hause aber warteten.

Mehrere PatientInnen berichteten, dass sie zu Hause die Vollziehung einer Scheidung / Trennung erwarte, was sie als stark belastend erlebten und sie befürchteten, dass sich ihr Zustand wieder verschlechtern könnte.

Nach einem systemischen Verständnis von psychischen Erkrankungen sind Ursachen und Wirkungen von psychischen Störungen immer im sozialen System zu betrachten, also auch dort zu behandeln. Jedoch berichteten PatientInnen, dass die Alltagsbedingungen, insbesondere die sozialen Stressoren nicht einheitlich und obligat im therapeutischen Setting erörtert werden und dass noch immer vorhandene Ressourcen aus dem sozialen Umfeld ungenutzt bleiben. Die sozialen Lebensumstände sollten unbedingt obligatorisch mit dem Patienten / der Patientin erörtert werden und ggf. umfassende Hilfen installiert werden.

Als Erfolg fördernd wird des Weiteren der Einbezug von Angehörigen für den Transfer von therapeutisch Erarbeitetem in den Alltag und zur Rückfallprophylaxe bewertet, um für Frühanzeichen zu sensibilisieren und zur entsprechenden Inanspruchnahme von Hilfen zu plädieren.

3.2 Fragestellung 2 (Schnittstellen)

Zur Frage nach der Schnittstellenproblematik wurden sämtliche Originaltexte nach jeglichen Interaktionen und deren Bewertung abgesucht und mit einer Schnittstellen-Codierung versehen. Je nach Initiator der Interaktion wurden diese so generierten Schnittstellen-Codes (S-Codes) gruppiert, so dass die Frage nach dem „WER ist beteiligt“ einfach zu beantworten war.



Abbildung 12: Am Integrationsprozess beteiligte Akteure und Schnittstellen

Das „WAS“ beinhaltet vorwiegend ein „mit WEM und WOFÜR“- also zunächst eine reine Beschreibung des Interviewten, wer mit wem welche Interaktion eingegangen ist und mit welcher Intention. In der späteren fallübergreifenden Interpretation der Codes wurde jedoch deutlich, dass die gewählte Codierungsebene zu spezifisch gewählt war. In einem erneuten Durchgang, in dem bei sämtlichen S-Codierungen die entsprechenden Primärtextstellen abgeglichen wurden, konnte eine abstraktere, über den Einzelfall generalisierbare Interpretation der Schnittstellenaktionen vorgenommen werden.

Das „WIE“ wird zunächst durch die Vorzeichen (+/-) an den jeweiligen Codes repräsentiert, also analog der Codierungen der Person- oder Situationsvariablen (P +/-; AM +/-; AO +/-; SU +/- zu Fragestellung 1), die Bewertung erfolgt dabei im Hinblick auf Integrationsförderlichkeit oder -hinderlichkeit. Zudem wurden auch hier Code-Code-Beziehungen (z.B. „bewirkt“ oder „steht entgegen“) zur textbezogenen Darstellung von beschriebenen Interaktionsprozessen vergeben.

Als Ergebnis für die Analysen zur Fragestellung 2 enthalten das Codiersystem und die daraus abgeleitete Struktur zahlreiche Schlüsselszenarien für misslungene Kommunikation und Kooperation. Aus diesen wurden durch das Forscherteam präventive Hinweise abgeleitet und entsprechende Co-

des abstrahiert, die zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 dienen. Vor allem in der Aufstellung zum dort unter 3.3.2 behandelten Thema der effizienten Fallführung sind übergeordnete Interpretationen der konkreten Interaktionsbeschreibungen durch die StudienteilnehmerInnen eingegangen.

Dem Anhang 3.2 (S. A73 ff.) ist eine Zusammenschau der als typisch oder besonders kritisch bewerteten Kontakte und Interventionen unterschiedlicher Akteure beigefügt. Gegliedert nach Initiatoren (WER) sind einige typische Kontaktgestaltungen aufgelistet (WAS) und durch Vorzeichen (-/+ bewertet und nach methodischer Analyse zusammenfassend interpretiert (WIE).

Nach einer generellen Bewertung der Ergebnisse werden im Folgenden Verbesserungen abgeleitet für die als typisch herausgearbeiteten Interaktionsmusters folgender zentraler Akteure:

PatientIn – Helfersystem (3.2.2)

ambulant behandelnde Ärzte – PatientIn (- IV) (3.2.3)

Stationäres Behandlungssetting – Patient (- IV) (3.2.4)

ArbeitgeberInnen – PatientInnen (3.2.5)

Eingliederungsinstitution – PatientInnen (3.2.6)

IV – PatientInnen – andere professionelle Betreuende (3.2.7)

Die Planung und Durchführung der Massnahmen durch die IV sind in diesem Kriterienkatalog der Schnittstellenproblematik weiter ausdifferenziert. Die Kategorien werden hier ausführlich dargestellt, weil relevante Merkmale der Fallführung und Förderung durch die IV nur implizit in den Katalog zur Fragestellung 1 nach förderlichen und hinderlichen „**Einflussbedingungen aus dem Arbeitsumfeld**“ enthalten sind.

3.2.1 Generelle Bewertung der Ergebnisse

In die Analyse nach Fragestellung 2 gingen Zitate von allen Stichprobengruppen (PatientInnen/Betreuungspersonen/ExpertInnen) ein. Sie geben die subjektiven Bewertungen der erlebten Interaktionen durch die Befragten wieder. Durch die durchgeführte qualitative Analyse dieser Interaktionsbeschreibungen konnten Typen von effektiven und dysfunktionalen Kommunikations- und Koordinationsstrukturen klassifiziert werden. Die in den folgenden Schnittstellen beschriebenen Prozesse repräsentieren über Einzelfälle hinausgehende Muster.

Die Beurteilung des Informationsflusses oder möglicher Behinderungen zwischen Versorgungseinrichtungen und –personen stellte sich aus Betroffenenansicht als schwierig dar. Die Prozessbeschreibungen der PatientInnen machen deutlich, dass ihnen meistens die Schritte und Verfahrensweisen beteiligter Institutionen nicht ersichtlich und dadurch oft nicht sinnhaft erscheinen. Oft resultierten daraus Überforderungssituationen bei der Inanspruchnahme der Hilfen, denen mit konstanten und verlässlichen Betreuungspersonen über den gesamten Eingliederungsverlauf hinweg entgegenge wirkt werden könnte.

Die Darstellungen der interinstitutionellen Kontakte basieren in der Regel auf den Aussagen der befragten Betreuungspersonen und Experten, in Einzelfällen hatten auch die betroffenen selbst Einblick in die Abläufe.

Als durchweg förderliche Kontakte sind über sämtliche Institutionen hinweg diejenigen erkennbar, die durch offene, transparente Kommunikation die Partizipation der Betroffenen fördern und zu selbstständiger Problemlösung befähigen.

3.2.2 Schnittstelle PatientIn - Helfersystem

Häufig sind es die PatientInnen, an deren Kontaktfähigkeiten und –Bemühungen die Schlüsselfunktion für die Fallbearbeitung hing. Ein offenes, optimistisches, aktives und selbstbestimmtes Problemlöseverhalten beeinflusst dagegen die Wiedereingliederungschancen positiv. Die Mehrzahl der Betroffenen selbst beschrieben allerdings, dass sie mit den Kontakten überfordert oder in Gesprächen gehemmt seien, wodurch sich der Hilfeprozess nicht effektiv genug gestalten lässt. Die Kontaktaufnahme und –Pflege ist z.T. durch die psychische Erkrankung stark beeinträchtigt und wird beeinflusst durch Personenmerkmalen wie „**Kenntnis der Angebote**“ oder „**Kompetenzerwartung**“. Vor allem die Einstellungen, Erwartungen und sozialen Kompetenzen wurden bereits unter Fragestellung 1 auf ihre Integrationsförderlichkeit und –hinderlichkeit hin diskutiert und müssen bei der Kontaktgestaltung zu Helferpersonen und -Institutionen berücksichtigt und ggf. auch offen thematisiert werden. Gefühle der Abhängigkeit fördern die als integrationshinderlich bewertete Personenvariable „**passive Erwartungshaltung**“ und werden vor allem in Verbindung mit intransparenten Vorgehensweisen der IV genannt. Folgen sind „**Vorbehalte gegenüber der IV**“ und fördern eine „**mangelnde Inanspruchnahme der Hilfe**“ trotz erheblichem Bedarf.

„**Mangelnde Kenntnisse der Leistung**“ ist nach Zusammenhangsanalysen beeinflusst durch „**mangelnde Thematisierung der beruflichen Perspektive**“ im therapeutischen Setting und durch die bemängelten intransparenten Vorgehensweisen der IV.

Für Prävention von misslungener Kooperation und Koordination sind aus diesen Interaktionsmustern der PatientInnen folgende Empfehlungen herausgearbeitet worden:

- Hilfe zu suchen und anzunehmen, Bedürfnisse zu artikulieren und zu vertreten und verlässlich Termine wahrzunehmen sind im therapeutischen und rehabilitativen Prozess bedeutsame Förderziele.
- Über eine personennahe, vertrauensstiftende Betreuung können beim uneinsichtigen, unsicheren oder unmotivierten Patienten eine adäquate Problemsicht und eine ermächtigende ressourcenorientierte Lösungssuche erreicht werden.
- Betroffene benötigen professionelle BegleiterInnen zur Strukturierung der Kontakte und zur Umsetzung sozialkommunikativer Strategien, z.B. um die eigenen Bedürfnisse gegenüber der IV-Behörde zu vertreten.
- Im therapeutischen Setting muss ausreichend Raum und Fachpersonal für die Anbahnung beruflich rehabilitativer Schritte gegeben sein.
- Es ist im Einzelfall noch in der Klinik zu prüfen, inwieweit das soziale Umfeld derartige Begleitung mobilisiert werden kann.
- Von Helferseite her ist ein transparentes Vorgehen und der Einbezug von den persönlichen Einstellungen und Erwartungen wünschenswert, um die Motivation zu erhöhen.
- Aufklärung und niederschwellige Beratungsangebote über verschiedene Hilfen für Personen mit psychischen Behinderungen sollten vermehrt implementiert werden.

3.2.3 Schnittstelle ambulant behandelnde Ärzte – PatientIn (- IV)

Die ambulant arbeitenden Ärzte oder Psychiater sind häufig über lange Zeit und Entwicklungsphasen hinweg „**Vertrauenspersonen**“ für die von psychischer Krankheit betroffenen Personen. Sowohl aus Sicht der befragten PatientInnen als auch aus ExpertInnensicht leisten ambulant tätige Ärzte neben der medizinischen Betreuung im positiven Fall „**psychosoziale Beratung und Aufklärungsarbeit**“ über Förderangebote. In konstruktiven Reha-Prozessen motivieren sie zu weiteren Massnahmen und „**initiieren die Weiterbehandlung**“ oder den Kontakt zur IV, mit dem die PatientInnen überfordert sind. Allerdings schilderten auch etliche Behandelte, dass ihr Psychiater die „**Arbeitsfähigkeit nicht als Behandlungsziel**“ in die Arbeit integriert.

Als weitere Aufgabe schreiben die Ärzte Stellungnahmen für IV zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, wobei die befragten Ärzte selbst wie auch die befragten Experten als problematisch sehen, dass diese teilweise nur „**mangelnde psychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen**“ besitzen.

Bei den Interaktionsanalysen fiel auf, dass von den Ärzten aus am wenigsten eigeninitiierte Kooperationen benannt wurden. Allerdings beziehen sich die fallbezogenen Interaktionsanalysen zur Schnittstelle „ambulant behandelnde Ärzte“ nur auf die Aussagen von drei betreuenden Ärzten, die in die Studie einbezogen werden konnten. Da dieses Merkmal sich auch in den Aussagen der anderen fallbezogenen Betreuungspersonen wieder findet, stellt sich dennoch generell die Frage, wie ambulant arbeitende Ärzten besser vernetzt oder zur Kooperation motiviert werden können.

Verbesserungsmassnahmen sind diesen Daten zufolge

- Konzeption und Verwendung einheitlicher **Diagnostikinstrumente und -kriterien** für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit
- **Aufklärung und Weiterbildung** von Hausärzten zu psychiatrischen Erkrankungen und Behandlungsmethoden
- Bessere **Vernetzen der ambulant tätigen Ärzte mit anderen Versorgungseinrichtungen** im Fall der beruflichen Invalidität.

3.2.4 Schnittstelle Stationäres Psychiatrisches Setting – Patient (- IV)

Die – von einzelnen Expertenaussagen abgesehen – ausschliesslich von PatientInnen benannte „**Behandlungszufriedenheit**“ wird in Verbindung mit einer als „**ganzheitlich**“ und „**personenbezogen**“ codierten Betreuungsweise gebracht. Die erforderliche Passung der Methode und des Beziehungsangebots muss sich dabei an individuellen Bedürfnisstrukturen und Problemlösestilen orientieren, was im stationären Setting oft nicht gelingt. Dies wird verdeutlicht, wenn einzelne PatientInnen einen fordernden Stil als hilfreich oder als überlastend bewerten.

Im stationären Setting werden oftmals personelle Engpässe für das festgestellte „**mangelnde Therapieangebot**“ – insbesondere therapeutische Gespräche und Gruppenpsychotherapie – verantwortlich gemacht. Einige PatientInnen beklagten sich über „**zu wenig Aufklärung**“ z.B. über die Erkrankung oder Folgen der medikamentösen Behandlung, über **zu wenig Beachtung und einge-**

leiteten Hilfen bei psychosozialen Problemen, z.B. bei Erziehung oder bei beruflichen Veränderungswünschen.

Der Austritt aus dem geschützten, entlastenden Klinikaufenthalt in den Alltag wird von den meisten PatientInnen als risikoreiche Überforderungssituation erlebt, für den sie sich nicht ausreichend gestärkt und unterstützt fühlen.

Innerhalb der Klinik sind die „**Zuständigkeiten oft unklar**“. Zeitmangel bewirkt auch innerhalb der Institution „**vernachlässigte Kommunikation**“. Dadurch sind Ziele und Ergebnisse der Arbeit einzelner Fachpersonen den anderen Berufsgruppen z.T. nicht transparent und werden auch dem Patienten nicht ersichtlich. Beginnend bei Diagnostik und Abklärung der Arbeitsfähigkeit werden Erkenntnisse nicht genutzt und in andere Bereiche transferiert – etwa, wenn in die Erfahrungen der Arbeitsreha mit einem Patienten / einer Patientin nicht an nachfolgende Abklärungsstellen gelangen. Eine „**Bereichsübergreifende Förderung**“ an derselben Problematik wird erschwert.

Schnittstelle von Kliniken zu anderen Institutionen ist nach Aussage der Experten in der Regel der klinikinterne Sozialdienst. Die gesteckten Aufgabenbereiche des Sozialdienstes sind vielfältig bei vergleichsweise geringer Bearbeitungszeit (wo Aufgabenbereich aufhört, ist Integrationsprozess noch in Ansätzen, Ziele gehen verloren). Vor allem für dieses Berufsfeld wird zu wenig personelle Kapazität beklagt, so dass erst in den letzten Wochen SozialarbeiterInnen zugeschaltet werden und deren Zuständigkeiten über den stationären Aufenthalt nicht hinauslaufen. Die vermittelten Kontakte über den Sozialdienst werden von den PatientInnen als „**bedarfsorientiert**“ gelobt, sind beeinflusst durch deren persönliche „**Vernetztheit**“ und „**geringe Kapazität**“.

Gemeinsam gestaltete Gespräche zwischen Behandlern der Klinik, dem/der PatientIn und der IV sind sehr selten genannt, wurden dann aber als hilfreich und konstruktiv bewertet. Ansonsten verläuft der Kontakt zur IV-Stelle eher einseitig (Berichte werden von der IV eingefordert).

- Für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Behandlung sollten im ambulanten Bereich die Eintrittsbedingungen verbessert werden
- Über das BezugsbetreuerInnen-System wird im stationären Setting eine personenbezogene Betreuung ermöglicht.
- Der Einsatz multipler Methoden in Diagnostik und Therapie empfiehlt sich zugunsten einer individualisierten und integrierten therapeutischen Versorgung.
- Eine gute interinstitutionell geförderte Behandlungsplanung und konsequente –durchführung verlangt eine interdisziplinäre gemeinsame Zielklärung und konsequente Zielerreichungsbewertung, damit auch klinikinterne Ressourcen optimal genutzt werden.
- Die gemeinsame Reflexion der Therapiebeziehung und –Methode mit dem Patienten / der Patientin empfiehlt sich zur optimierten Kooperation in der Therapie.
- Eine transparente und gemeinschaftliche Behandlungsplanung setzt gute interdisziplinäre Kommunikationsstrukturen voraus, die durch regelmässige Fallbesprechungen fest in die Organisationsstrukturen implementiert werden sollten.
- Eine vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten gilt als Voraussetzung für therapeutische Erfolge und verlangt eine intensive, personenbezogene Behandlung.
- Rechtzeitig eingesetzte Hilfen und Unterstützung bei drängenden beruflichen Veränderungswünschen beeinflussen die nachfolgenden Integrationschancen.

- Neben einem ausreichenden und gut erreichbaren Therapieangebot sollten die Austritte oder Übergänge besonders gut geplant und vorbereitet werden, um Therapieerfahrungen und bereits erzielte Therapieerfolge nachhaltig zu sichern.
- Für den Transfer von Erlerntem in den Alltag ist auch die Angehörigenarbeit als hilfreiches Element genannt worden.

3.2.5 Schnittstelle ArbeitgeberInnen – PatientInnen

ArbeitgeberInnen und Vorgesetzte können entscheidende Akteure bei Früherfassung, Aufklärung und Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen sein. Deren „**Anleitungsverhalten**“ in Problemsituationen ist wiederum massgeblich abhängig von organisationellen Faktoren (bspw. von den betrieblichen Strukturen für „**Disability-Management**“), individuellen Haltungen und Kompetenzen (bspw. vom „**Wissen**“ und individuellen „**Verständnis für psychische Probleme**“) und von der Beziehung zum Mitarbeiter (bspw. „**Loyalität**“).

Um diese Bedingungen zu verbessern, empfiehlt sich aus den Ergebnissen des Projekts:

- flächendeckende „**Aufklärung über psychische Problematik**“ und Interventionsmöglichkeiten
- Stärkung der Verantwortung und „**Sensibilisieren der ArbeitgeberInnen**“ für eine Früherfassung
- Massnahmen und Vorschriften im Betrieb, um entsprechende Inanspruchnahme der ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen von Hilfen zu fördern (z.B. durch „**niederschwellige unverbindliche Beratung**“, transparente Regeln und Kommunikation)
- Einsatz von „**internen und externen Integrationsfachleuten**“ für Integration am Arbeitsplatz

3.2.6 Schnittstelle Eingliederungsinstitution – PatientInnen – andere professionelle Betreuende

Die Kooperationsbereitschaft und das -Engagement von Integrationsfachleuten ist gross, oft aber behindert durch mangelnde personelle Kapazität und der Bereitschaft und Erreichbarkeit der Bezugspersonen aus anderen Institutionen (z.B. Ärzte, den AG). Einstimmig wird von ExpertInnen die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Förderfall als unverzichtbar angesehen. Diese beginnt bei einer gründlichen Zielklärung für die Eingliederungsmassnahme, woraus ein klarer Förderauftrag resultieren muss. Diese sollte zu Beginn eines speziellen Trainings vorliegen, kann aber auch selbst als vorläufiges Nahziel der Massnahme (bspw. der Arbeitsrehabilitation in der Klinik) definiert werden.

Empfehlungen für die Koordination im Eingliederungsprozess resultieren daher vor allem in der interinstitutionellen Kommunikation:

- Transparente und nachvollziehbare Zielklärung mit allen Beteiligten, v.a. mit dem Einzugliedernden
- Verlangt einheitliche und aussagekräftige Beurteilungskriterien und Erfolgskriterien
- Installierte Erfolgskontrollgespräche mit allen Beteiligten, v.a. mit dem Einzugliedernden

- Zeit und Plattform für fachlichen Austausch errichten (intern und extern), damit Erkenntnisse breit genutzt werden können und zur Stärkung der Vernetzung, die sich für die Leistungsqualität von Integrationsfachleuten als wesentlich herausstellte

3.2.7 Schnittstelle IV – PatientInnen – andere professionelle BetreuerInnen

In die Analysen der Kommunikations- und Koordinationsmerkmale im IV-Verfahren im Falle einer vorhandenen oder drohenden psychischen Invalidität sind Erfahrungs- und Erlebnisberichte von Betroffenen und Fachpersonen im Umkreis Basel eingegangen.

Die Ergebnisse zur Fragestellung nach Kommunikations- und Koordinationsmerkmalen und möglichen Schnittstellenproblematiken mit der IV beziehen sich wegen der Stichprobenzusammensetzung (PatientInnen der UPK Basel sowie Betreuungspersonen und befragte ExpertInnen im Umkreis) hauptsächlich auf die IV-Stellen Basel Stadt und Basel Land.

Abbildung 13 stellt die verschiedenen Aspekte der IV-Schnittstelle dar, die nachfolgend genauer behandelt werden.

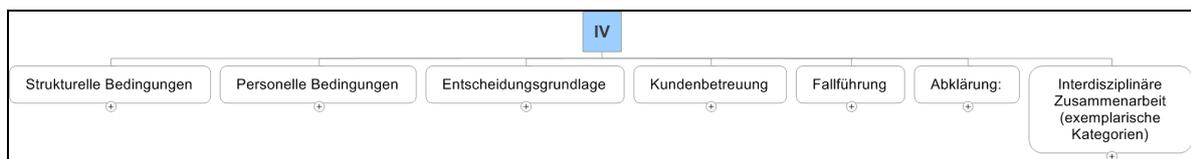


Abbildung 13: Aspekte der Schnittstelle IV

3.2.7.1 Strukturelle und personelle Bedingungen der IV

Die IV verfügt über ein vielfältiges Angebotsspektrum (Instrumentarium). Aus Sicht der Betroffenen und auch vieler BetreuerInnen wird dieses jedoch **nicht transparent und konsequent regelgeleitet** eingesetzt. Je nach Kanton, aus wirtschaftlicher Notwendigkeit und je nach Qualifizierung, Erfahrung und „**Vernetzung der MitarbeiterInnen**“ werden Massnahmen zugesprochen oder abgelehnt, betreut und kontrolliert. Die „**Auflagen an die Förderung**“ (wann jemand leistungsberechtigt ist), sind Betroffenen und deren BetreuerInnen meist „**nicht transparent**“ oder werden als unangemessen wahrgenommen, was die Motivationsarbeit für Anmeldungen und mögliche Zuweiser erschwert.

Der „**Druck**“, die für Eingliederungshilfen erforderlichen Bedingungen zu erfüllen und „**stetige Leistungsverbesserung**“ und Stabilität zu beweisen, ist für die meisten Personen mit psychischen Erkrankungen zu hoch und wirkt im Vorfeld abschreckend. Auch Fachpersonen kritisieren, dass zu „**früh auf Leistung abzielende Massnahmen**“ angesetzt werden, noch bevor die Arbeitsplatzproblematik umfassend eingeschätzt werden kann.

Wie in allen Beratungssettings würde eine ereignisnahe und persönliche Kundenbetreuung begrüsst werden. Vor allem über strukturelle und insbesondere über „**personelle Bedingungen**“ wurden hierfür realisierbare Veränderungsmöglichkeiten genannt:

- „individueller und flexiblierter Eingliederungsplan“
- angereicherte personelle „Kapazitäten“ für eine „personenbezogene Betreuung“

- „psychologische Weiterbildung“ für eine angemessene Bewertung, Beratung und Betreuung von Personen mit psychischen Erkrankungen
- „Förderung der Vernetzung“ der MitarbeiterInnen zur besseren Fallplanung, Platzierung und Erfolgskontrolle

3.2.7.2 Merkmale der Fallführung bzw. Kundenbetreuung durch die IV

Die beobachteten Fallverläufe dokumentieren, dass die Interventionen der IV in den meisten Fällen **„zu langsam anlaufen“** und **„nicht konsequent und personenbezogen begleitet“** werden. Die Förderung wird vielfach als **„nicht zielführend“** bewertet, weil die zugesprochenen Massnahmen nicht durch die IV gründlich geplant und durch **„verhaltensnahe Erfolgskontrollen“** gesichert würden. Unabhängig von der während der Massnahme gezeigten Art der Eingliederungsprobleme, vom entdeckten Entwicklungspotential und von individuellen Erkrankungsprozessen werden **„Integrationsmassnahmen unflexibel begrenzt“** oder **„abrupt abgebrochen“**. Die dafür als effizient bewertete **„Kooperation der IV-MitarbeiterInnen mit Betreuungspersonen“** wurde selten berichtet.

Verbesserungen für Fallführung und Kundenbetreuung ergeben sich durch

- Schnell greifende und **„niederschwellig“** einsetzende Interventionen
- Einsatz eines **„Case-Managers“**
- Begleitendes **„Coaching“**
- Installation einer **„Nachbetreuung“**
- Erstellung von **„Notfallplänen“** und Staffelung der möglichen Schritte der Fördermassnahme
- **„transparente Entscheidungen“** durch festgelegtes und kommuniziertes Assessment

3.2.7.3 Bewertung der Abklärung durch die IV

Die Früherfassung ist abhängig von den Meldern, die ihrer Sorgfalt seit der 5.IVG zwar vermehrt nachkommen, der Zeitpunkt im individuellen Krankheitsverlauf aber dennoch spät ist.

Die vielfach berichteten **„Verzögerungen“** bei der Abklärung verunsichern Personen mit bedrohter oder beeinträchtigter Arbeitsfähigkeit massiv und wirken sich schädlich auf deren Gesundheit und Leistungsorientierung aus.

Die Beurteilung des Behinderungsgrades wird über eine unspezifische Diagnostik (psychiatrische Diagnosen) vorgenommen, woraus nur undifferenziert der Förderbedarf deutlich wird. Vor allem in Revisionen wird nur noch grob anhand psychiatrischer Kriterien beurteilt.

Die Beteiligung der Patienten (Anhörung) und die Aufklärung über Beurteilungsergebnisse und – Fördervoraussetzungen werden in den meisten Fällen als unzureichend bewertet.

- **„Sensibilisierung und Aufklärung“** der Hausärzte, Arbeitgeber und anderen potentiellen ZuweiserInnen
- Einheitliche und differenzierte Kriterien und Vorgehensweisen für **„Leistungs- und Potentialanalyse“**
- **„Einheitliche Instrumente und Berichte“**

- **„Einbezug der subjektiven Bewertung“** zur Erfassung und Förderung von Interesse und Motivation

3.2.7.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit der IV

Die Kooperation von und mit den Fachpersonen der Klinik wurde als sehr uneinheitlich geschildert und verläuft zumeist über angeforderte Arztberichte und Stellungnahmen. Nur wenige Patienten erlebten ein gemeinsames Gespräch von Ärzten und IV-Personen mit, was sie dann als erleichternd und aufschlussreich bewerteten. Die SozialarbeiterInnen initiieren zwar häufig die Kontakte zur IV, selten kommt es aber wegen verzögerter Reaktionen noch während dem Aufenthalt zu gemeinsamen Gesprächen. Zusammenfassend kann aufgezeigt werden, dass das Fachwissen und die vielfältigen Erfahrungen der therapeutischen BetreuerInnen mit dem Patienten nicht nutzbringend von der IV ausgeschöpft wird. Als Bereiche für präventiv wirksame Verbesserungen sind folgende Punkte relevant:

- Die **„Kooperation mit anderen Versicherungen“** unabhängig von der Zuständigkeitsklärung gilt als förderlich für eine schnelle Reaktion auf Arbeitsplatzprobleme.
- Der **„Einbezug von Integrationsfachpersonen“** und die enge **„Zusammenarbeit mit Arbeitgebern“** dienen maßgeblich einer differenzierten Abklärung, Fallplanung und Fallführung.
- Die **„Zielverfolgung und –kontrolle“** gibt die IV nach Entscheid für oder gegen eine Massnahme zu sehr in die Hand der Eingliederungsinstitution, sollte diese aber eng mit begleiten, um wiederum zeitnah auf Probleme und Misserfolge reagieren zu können und die geforderte Flexible Integrationsförderung leisten zu können.
- Die IV sollte Qualitätskriterien und –Kontrollen für Eingliederungsmassnahmen implementieren

3.3 Fragestellung 3 – Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen

Präventionsansätze (zu sog. „Präv-Codes“ zusammengefasst) wurden inhaltsanalytisch über drei Zugänge abgeleitet: Zum einen haben Betroffene oder ExpertInnen selbst Problemlösungen oder Handlungsempfehlungen genannt, die dann textnah codiert wurden. Zum anderen ergaben o.g. Ursache-Wirkungszuschreibungen Hinweise auf präventive Einflussmassnahmen, die das Forscherteam als solche diskutiert und als Präv-Code abstrahiert hat. Schliesslich wurden als direkte Konsequenz aus den als förderlich oder als hinderlich bewerteten Faktoren der Fragestellung 1 entsprechende Präv-Codes gebildet und als Handlungsempfehlungen definiert.

Der Codierkatalog enthält dadurch sowohl konkrete Handlungsempfehlungen und bereits bestehende Hilfestrukturen, wie auch interpretativ konstruierte Vorschläge zur Sekundär- oder Tertiär-Prävention von beruflichen und gesundheitlichen Problemen für psychisch erkrankte Personen und ihr Umfeld.

Wie die folgende Grafik veranschaulicht, richten sich die Hinweise für Prävention von Invalidität und Frühberentung an Diagnostiker und Gutachter (Präv 1), an die Fallführung (Präv 2), an das arbeitsagogische (Präv 3) und das therapeutische Umfeld (Präv 4), sowie an sozialpädagogische Massnahmen (Präv 5).

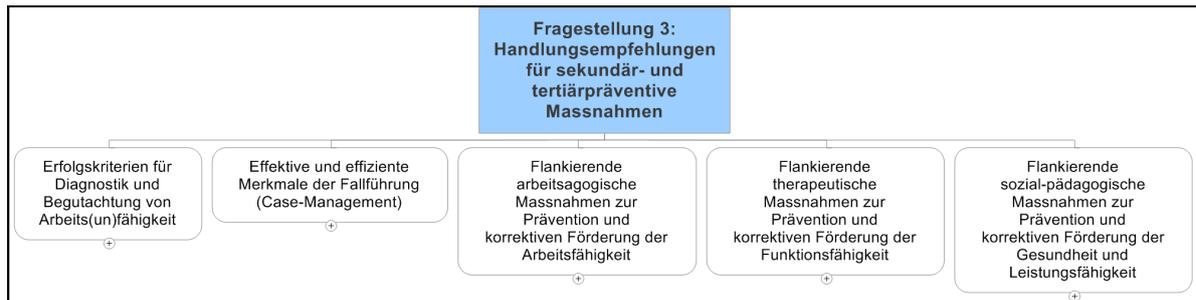


Abbildung 14: Übergeordnete Bereiche für präventive Ansätze

Für jeden dieser Bereiche sind zahlreiche Ansatzpunkte für eine verbesserte Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung zusammengefasst. Eine komplette Übersicht der Bereiche und der zugeordneten Kategorien und Codes findet sich im Anhang 3.3 (S. A 103 ff.). Ausgewählte Empfehlungen zu therapeutischen Massnahmen wurden z.T. bereits bei der Behandlung der Schnittstellenthematik in Abschnitt 3.2 abgegeben, während flankierende sozialpädagogische Massnahmen bei der Darstellung primärpräventiver Konzepte im Zusammenhang mit personellen Einflussfaktoren (Abschnitt 3.1.1) angesprochen wurden. Im Folgenden werden die für die Aufgaben der IV besonders bedeutsamen Ergebnisse in den Bereichen Diagnostik und Begutachtung (Abschnitt 3.3.1), Fallführung (Abschnitt 3.3.2) und arbeitsagogische Massnahmen (Abschnitt 3.3.3) erläutert. Explizite Handlungsempfehlungen für die IV sind insbesondere dem Bereich der arbeitsagogischen Massnahmen zugeordnet, finden sich aber auch in den übergeordneten Bereichen Diagnostik und Fallführung.

3.3.1 Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Begutachtung / Diagnostik der Arbeits(un-)fähigkeit

Für den Bereich der Diagnostik, Abklärung und Begutachtung wurden formale und inhaltliche Qualitätskriterien identifiziert und Empfehlungen aufbereitet, die der Qualitätssicherung sowie der Effizienzverbesserung dienen.

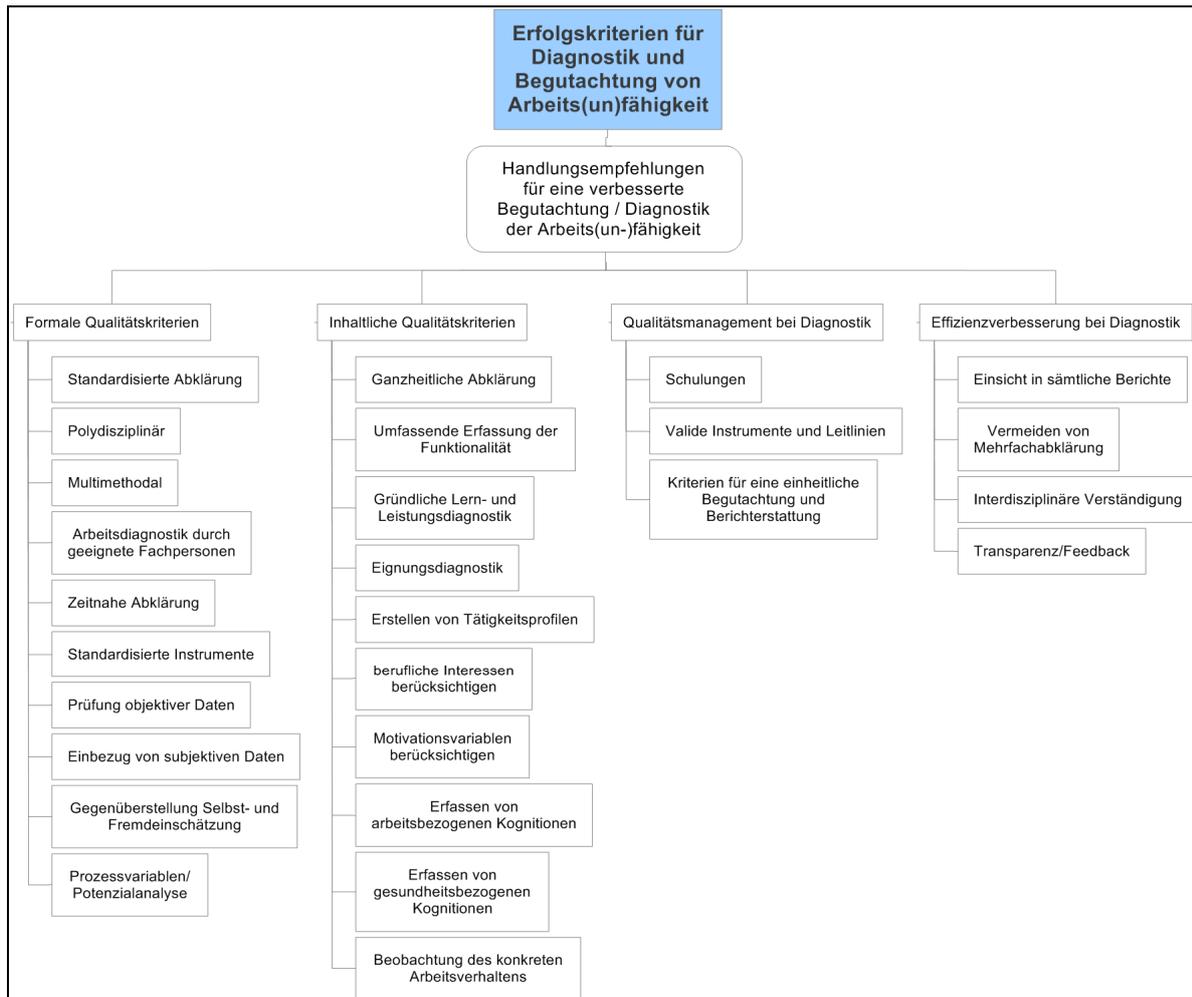


Abbildung 15: Massnahmenbereich 1 “Erfolgskriterien für Diagnostik und Begutachtung von Arbeits(un)fähigkeit“

3.3.1.1 Formale und inhaltliche Qualitätskriterien der Funktionsdiagnostik

Das Ergebnis der Inhaltsanalyse und die erfragte Einschätzung von Fachpersonen verdeutlichen, dass eine rein medizinische Beurteilung mittels ICD-Diagnostik für Eingliederungsentscheide nicht ausreicht. Aus der Diagnose allein lässt sich nicht ableiten, welcher Art und welchen Ausmasses die Einschränkungen für eine spezifische Arbeitstätigkeit einer erkrankten Person sind. Integrationsfachpersonen bemängeln aus diesem Grund die undifferenzierten Entscheidungskriterien der IV, aus denen sich keine Empfehlungen für eine effektive Integrationsplanung ableiten lassen.

Für eine differenzierte Analyse der Funktionsdiagnostik wurden folgende inhaltliche Qualitätskriterien abgeleitet:

- **„Ganzheitliche Abklärung“**, definiert als umfassende Klärung der Beeinträchtigungen und Ressourcen der zu beurteilenden Person und ihres Umfelds
- **„Umfassende Erfassung der Funktionalität“** meint den Einbezug von Medizinischem und Rehabilitativem Wissen für eine differenzierte Bewertung der Funktionalität, wie sie auch von Baer et al. (2009) empfohlen wird

- Über eine „**Eignungsdiagnostik**“ können Eignungen, Schwächen, Potentiale erfasst werden und mit
- „**Tätigkeitsprofilen**“ für die Abklärung der Passung zu den Anforderung bestimmter Tätigkeiten/ Berufen/ Ausbildungen abgestimmt werden.

Die als relevant herausgearbeiteten Funktionen können rein medizinisch nicht bewertet werden und verlangen ein „**multimethodales**“ Vorgehen unter „**polydisziplinärer**“ Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Psychotherapeuten und Integrationsfachpersonen, wie es bspw. bei den BEFAS Begutachtungen vorgenommen wird (Bachmann & Furrer, 1999).

Weil sich die arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster über die Zeit verändern (und über Trainings auch verändert werden sollen), empfiehlt sich eine wiederholt vorgenommene

- „**Leistungs- und Potenzialanalyse**“ zur Beobachtung und Erprobung der
- „**Prozessvariablen**“ (z.B. der potentiellen Lern- und Leistungsfähigkeit) um aktuelle Entscheidungen treffen zu können und Bedingungen und Prognosen für den (Wieder-) Eingliederungserfolg ableiten zu können.

Der Kritik durch StudienteilnehmerInnen, dass sie sich im IV-geleiteten Abklärungsverfahren in ihrem Förderbedarf und in ihrem Potenzial für den Arbeitsmarkt nicht treffend eingeschätzt fühlen, wird mit der formalen Empfehlung begegnet, dass „**subjektive und objektive Daten**“ bei der Abklärung zu berücksichtigen sind. Neben umfassender Analyse von Echtzeitdokumenten und Testwerten sollten Selbsteinschätzungen erfragt werden, weil sich die „**arbeits- und erkrankungsbezogenen Kognitionen**“, wie die subjektive Bedeutsamkeit der Symptome, die persönlichen Erwartungen und Befürchtungen als relevante Einflussfaktoren herausgestellt haben. Dem Einbezug der betroffenen Person und der transparenten Auf- und Abklärung sollten besondere Beachtung geschenkt werden.

3.3.1.2 Qualitätsmanagement und Effizienzverbesserung

Arbeits(un)fähigkeit wird aktuell aus dem medizinischen Funktions- und Strukturbild erschlossen (Baer et al., 2009); die Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit sind jedoch nicht wissenschaftlich begründet und bedürfen (zu entwickelnden) evidenzbasierten Kriterien. Für den Bereich der Diagnostik liegen empirische Daten aus unterschiedlichen Untersuchungen vor, wonach für die Begutachtung von IV-Rentenanträgen die AntragstellerInnen oft nicht adäquat diagnostiziert werden und die psychiatrisch- psychotherapeutischen Möglichkeiten meist nicht ausgeschöpft werden (Apfel, T. und Riecher, Rössler, A., 2002). Ärzten fehlt es für das Bemessen der Arbeitsunfähigkeit oft an Wissen und Informationen, um die genauen Anforderungen eines Berufes oder eines Betriebs einzuschätzen (Bachmann & Furrer, 1999). Von der potentiellen Leistungsfähigkeit kann man im Allgemeinen nicht auf die zu erbringende Leistung schliessen (Schuntermann, 2005). Hierfür bedarf es genaueren Informationen über das Umfeld, in dem die Arbeitsleistung beobachtet werden kann.

Des Weiteren stellen sich methodische Herausforderungen im diagnostischen Prozess, deren Bewältigung über die Qualität der Aussagekraft eines Gutachtens entscheidet. Die Abklärung ereignet sich im interaktiven Feld, z.B. wenn ein Arzt die Symptome erfragt oder in der Arbeitsprobe persönliche und situative Bedingungen die Leistung beeinflussen. Die situativen und interaktiven Einflüsse

in Gesprächs- und Testsituationen auf subjektive Leistungsbeurteilung und -verhalten müssen berücksichtigt oder genutzt werden (vgl. Schuntermann, 2005). Die Arzt-Patient-Interaktion z.B. kann Aufschluss über Verhalten in sozialen (Leistungs-) Situationen geben. Hierfür braucht es „**ausgebildete Fachpersonen**“ und bewusst gestaltete Möglichkeiten zur empirischen „**Verhaltensbeobachtung**“ und deren Reflexion. Aussagen von Behandlern, die die zu beurteilende Person über viele Situationen hinweg kennen, haben sich in unserer Studie als besonders aussagekräftig erwiesen.

Neben den reflektierten subjekt-bezogenen Prozessen braucht es eine **Standardisierung** im Sinne eines gleichgerechten Verfahrens für alle AntragstellerInnen bei der IV. Die Einrichtung der regionalen ärztlichen Dienste RAD durch die IV erfolgte mit dem Ziel der Vereinheitlichung der Beurteilung von medizinischen Anspruchsvoraussetzungen für alle Versicherten. Deren Methoden und Kompetenzen sind jedoch zur Erfassung der Gesundheitsfolgen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der aktuellen oder in einer angepassten Tätigkeit (Rajower, 2007) durch den medizinischen Fokus zu sehr eingeschränkt.

Mit dem Ziel der international anerkannten und einheitlich verwendbaren Definition funktionaler Probleme im sozialen Sicherungssystem ist die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) formuliert worden (Schuntermann, 2005), die einen geeigneten Referenzrahmen für die Diagnostik bietet.

Eine Sichtung der Literatur und Testinstrumente aus dem Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie ergab, dass es zahlreiche gut „**validierte Instrumente**“ für die als zentral ermittelten Personenfaktoren (vgl. Abschnitt 3.1.1) gibt, die sich bereits im Feld der beruflichen Rehabilitation bewährt haben. Viele Einrichtungen für Personen mit psychischen Erkrankungen arbeiten bereits mit Testbatterien und Assessment-Verfahren. Die verfügbaren Tests und Instrumente bieten ein breites Spektrum von Hilfsmitteln für die Erfassung von Teil-Leistungsbereichen an (bspw. das Arbeitsfähigkeitsprofil AFP von Watzke, Galvao et al., 2005).

Andere Fragebögen haben arbeitsbezogene Erlebensweisen zum Analysegegenstand, über deren Einsatz die subjektiven Personenfaktoren, wie krankheitsbezogene oder berufliche Einstellungen oder Handlungsorientierung erfasst werden könnten (Skalen zur krankheitsspezifischen Selbstwirksamkeitsüberzeugung von Flessner, 1997; AVEM - Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, U. Haarschmidt, A. Fischer, 2006), oder fokussieren sämtliche Personenfaktoren (Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP) für psychiatrisch erkrankte Personen, Wiedl, Uhlhorn & Jöns, 2004; BIP Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung, Hossiep & Paschen, 1998).¹⁰

Für eine Abklärung bei Verhaltensbeobachtung und Arbeitserprobung über einen Zeitraum von mehreren Wochen erzielt die Arbeitsrehabilitation der UPK mit den Instrumenten MOHO, Ida (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeit) und MELBA gute Ergebnisse, mit denen sie auch relevante Fragestellungen für IV-Berichte beantworten können.

¹⁰ Eine Auflistung von Messinstrumenten in der beruflichen Reha findet sich unter <http://www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/bo/literatur.html>

Die mit der Einführung der RAD verstärkte „**Schulung**“, der „**fachlicher Austausch**“ und „**Feedbackmöglichkeiten**“ für Ärzte, Diagnostiker und Gutachter kann bei der Erstellung und Qualitätssicherung von diagnostischen Leitlinien innerhalb der Schweiz helfen und sollte auf einen interdisziplinären Austausch mit Integrationsfachleuten und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen ausgeweitet werden.

Weiter wird der IV die „**Entwicklung von Leitlinien und begleitende Evaluierung**“ zugunsten einer standardisierte Begutachtung und Berichterstattung empfohlen.

3.3.2 Handlungsempfehlungen für eine effektive und effiziente Fallführung (Case-Management)

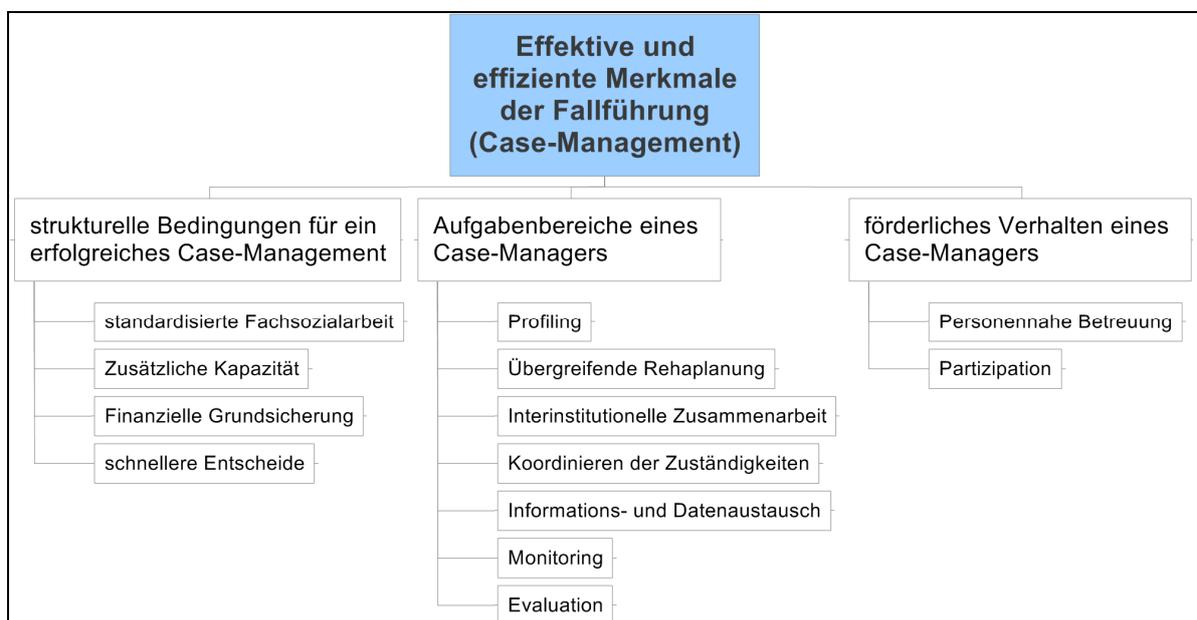


Abbildung 16: Massnahmenbereich 2 “Effektive und effiziente Merkmale der Fallführung (Case-Management)”

Der Einsatz eines Case-Managers ist als strategische Intervention anzusehen, da sein Aufgabenbereich über den Zuständigkeitsbereich einer Taggeldversicherung oder der IV hinaus reicht. Hier sollten Erfahrungen aus anderen Bereichen (auch international) zusammengetragen werden, um deren Einsatz bei vermeintlich aufwändigen Fällen („heavy users“) zu diskutieren.

Aufgrund der identifizierten Kriterien einer verbesserten Integrationsplanung, die personenbezogen, nachhaltig wirksam und möglichst ökonomisch ist, ist als Ergebnis der inhaltsanalytisch ausgewerteten Fallbeschreibungen festzuhalten, dass die Fallführung eine überinstitutionelle Aufgabe übernehmen sollte. Ein Case-Manager mit entsprechender „**sozialarbeiterischer Qualifikation**“ und

„**zusätzlicher Kapazität**“ könnte folgende Aufgaben zugunsten eines beschleunigten und zielgerichteten Eingliederungsprozesses verfolgen¹¹:

1. Problemanalyse und Bedarfserhebung im individuellen Fall (Profiling)
2. Planung einer „**umfassenden Versorgung**“ (Integrationsplan)
3. Zusammenstellung der Einzelinterventionen
4. „**Koordination und Kontrolle der einzelnen Dienste**“ und der Inanspruchnahme
5. Beurteilung der Wirksamkeit („**Monitoring, Evaluation**“)
6. „**Nachsorge**“ und Aufrechterhaltung des Kontaktes.

3.3.3 Arbeitsagogische Massnahmen zur Prävention und Förderung der Arbeitsfähigkeit

Wichtige Aufgaben der beruflichen Rehabilitation sind die (Wieder-)Herstellung der Leistungsfähigkeit, die gesundheitsfördernde Verbesserungen im Kontext sowie das Einwirken auf die Leistungsbereitschaft (Schuntermann, 2005). Diese Aufgaben werden in den drei durch die Inhaltsanalysen kategorisierten Interventionsbereichen – dem geschützten Bereich in Institutionen für Eingliederung, im ersten Arbeitsmarkt und bei der IV - relevant, aber unterschiedlich intensiv verfolgt.

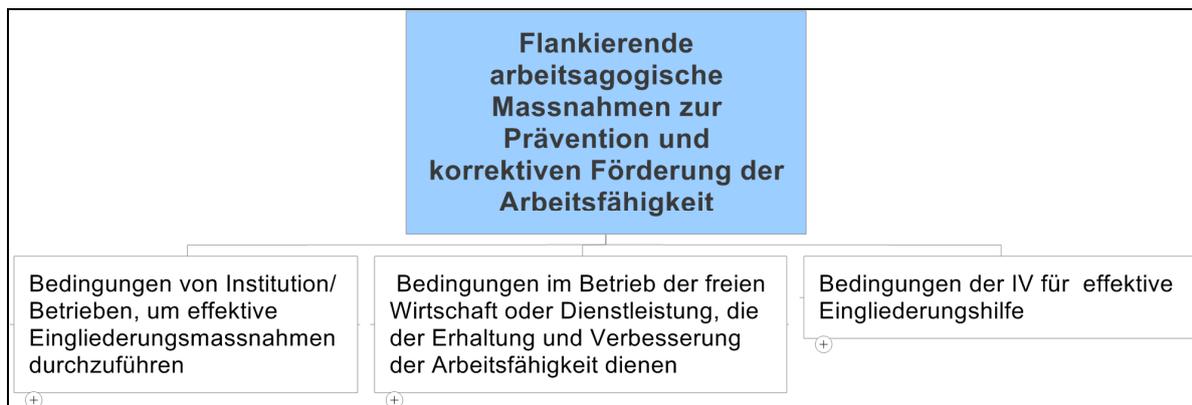


Abbildung 17: Massnahmenbereich 3 „Flankierende arbeitsagogische Massnahmen zur Prävention und korrektiven Förderung der Arbeitsfähigkeit“

Im folgenden Abschnitt 3.3.3.1 werden zunächst allgemeine Aufgaben, Bedingungen und Merkmale vorgestellt, die für jegliche Settings gelten, in denen arbeitsrehabilitative Leistungen und Eingliederungsmassnahmen geplant und durchgeführt werden. Anschliessend werden unter 3.3.3.2 förderliche strukturelle Bedingungen erläutert, die sich speziell für die Eingliederung in Betrieben der freien Wirtschaft identifiziert worden sind. Im dritten Teil werden unter 3.3.3.3 speziell für die IV relevante Empfehlungen gegeben, mit denen sich nach den Analysen die beruflichen Wiedereingliederungsprozesse effektiver gestalten liessen.

¹¹ Zu weiteren Aufgaben, Standards und Definitionen siehe die Website des „Netzwerks Case Management Schweiz“ unter <http://www.netzwerk-cm.ch>.

3.3.3.1 Aufgaben, Bedingungen und Merkmale von Eingliederungsinstitutionen

In Abbildung 18 sind alle Kategorien dargestellt, die sich als Handlungsempfehlungen und Ansatzpunkte sekundär- und tertiärpräventiver Massnahmen für Institutionen und Betriebe zur (Wieder-)Eingliederung ergeben.

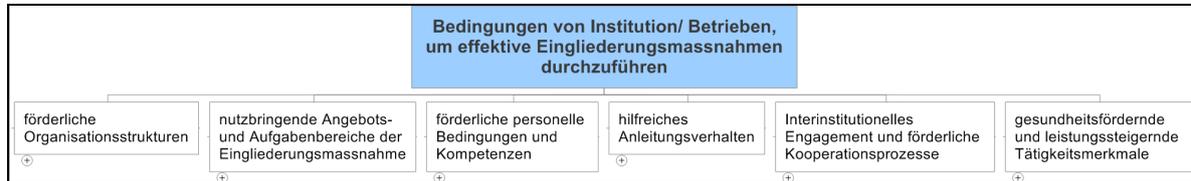
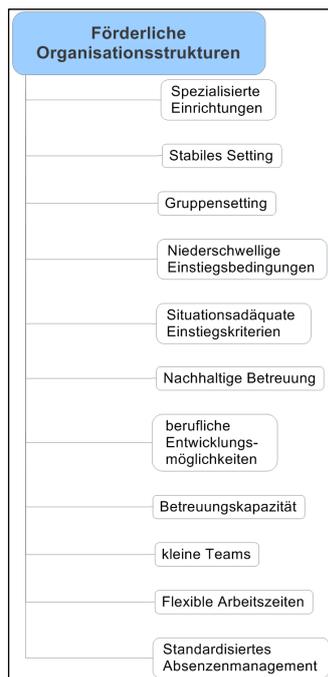


Abbildung 18: Übersicht über Aufgaben, Bedingungen und Merkmale von Eingliederungsinstitutionen

3.3.3.1.1 Förderliche strukturelle Bedingungen

Um die berufliche Funktionalität erfolgreich zu diagnostizieren, zu erproben und zu fördern und dabei dem erhöhten Betreuungsbedarf entgegenzukommen, müssen folgende strukturelle Bedingungen für eine Einrichtung realisierbar sein.

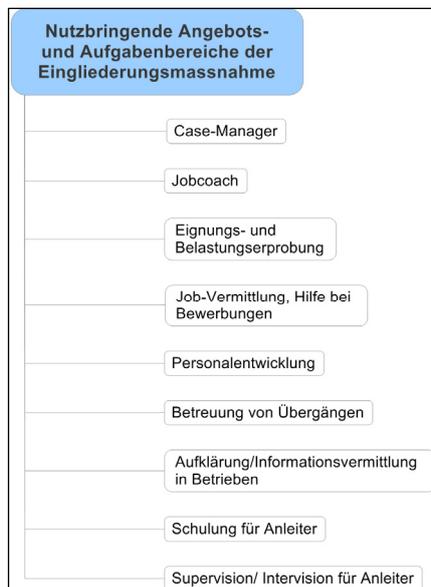


Beim Übergang aus einer akuten Erkrankungsphase und evtl. bedingtem stationären Aufenthalt erscheint den Befragten wichtig, geeignete Ressourcen auf- und auszubauen. Der verbesserten *Betreuung von Übergängen* wurde ein grosser Verbesserungsbedarf ausgesprochen.

Wichtig für die Erprobung und das Training bei Personen, die durch ihre Erkrankung vielfach mit (Selbst-) Stigmatisierung zu kämpfen haben, scheint ein sicheres Lernumfeld, in dem unverbindliche Erfahrungen mit der eigenen Leistungsfähigkeit, neuen oder veränderten Bedürfnissen und Werthaltungen gemacht werden dürfen. Unverbindlich meint im Zusammenhang mit der strukturellen Ausgestaltung eine Platzierung in einem „**stabilen Setting**“ mit „**niederschweligen Einstiegsbedingungen**“ und **flexibilisierter Zielsetzung**. Die von Betroffenen und Betreuenden berichteten Erfahrungen mit der IV-vermittelten Eignungs- und Belastungserprobung weisen darauf hin, dass eine standardisiert festgelegte Leistungssteigerung (z.B. vorgegebener Anstieg der Arbeitszeit) für psychisch beeinträchtigte Personen nicht geeignet ist. Stattdessen sollten individuelle Ziele das Lernen

aus Fort- und Rückschritten ermöglichen und fachlich begleitet kontrolliert werden. Das verlangt auf operativer Ebene, dass ein Trainingsbereich Tätigkeiten unterschiedlichen Niveaus anbieten soll, dass Aufgaben flexibel und gut strukturiert abgestimmt werden und die Fähigkeitserprobung unter Selbst- und Fremdkontrollen ermöglicht werden.

3.3.3.1.2 Allgemeine nutzbringende Angebots- und Aufgabenbereiche für eine Eingliederungsmassnahme



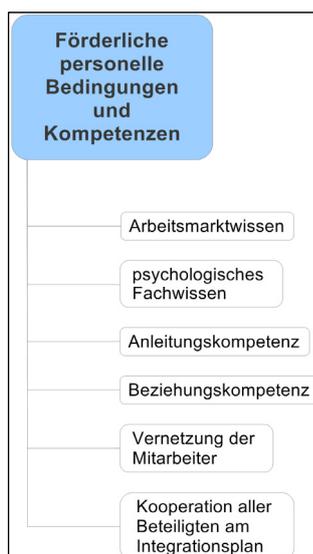
Für die Steigerung der Leistungsfähigkeit sind viele Programme für einzelne Kompetenzbereiche entwickelt worden. Die Fallanalysen zeigen jedoch eindrücklich, dass sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen besondere Angebote und Ausgestaltung der gängigen Rehabilitationsleistungen empfehlen.

Als integrationsförderlich haben sich die in der nebenstehenden Grafik dargestellten Angebote herausgestellt.

Im Gegensatz zur Leistungsfähigkeit wird die Leistungsbereitschaft selten offen thematisiert und als Förderziel definiert. Die Bedürfnisse und Bedarfe an eine fachliche Unterstützung haben sich als sehr individuell gezeigt. Wiederholt wird für die als zentral identifizierten Bereiche der Problem- und Zieldefinition, der Planung und Kontrolle der Einbezug der Betroffenen zugunsten einer Passung von gegenseitigen

Erwartungen, von persönlicher Eignung und Neigung zu den Leistungsanforderungen empfohlen. Der Einsatz von übergeordneten fallführenden Betreuungspersonen, wie „**Case-Managern**“ oder auch „**Jobcoaches**“ kann die zielführende Hilfeplanung und –kontrolle über die unterschiedlichen Stationen im Eingliederungsprozess (von der Abklärung bis zur Platzierung und Nachbetreuung) und für unterschiedliche Adressaten (PatientIn, ArbeitgeberIn u.a.) hinweg gewährleisten.

3.3.3.1.3 Förderliche personelle Bedingungen



Als zentrale Einflüsse haben sich die sozialen Arbeitsplatzbedingungen aus den inhaltsanalytischen Auswertungen ergeben. Um die (heraus-)fordernde Beziehungsgestaltung mit einer einzugliedernden Person mit psychischen Erkrankungen bewältigen zu können, werden die nebenstehenden betrieblich zu realisierenden Bedingungen an die personelle Situation gestellt.

3.3.3.1.4 Förderliches Anleitungsverhalten

Diese strukturellen Personalbedingungen allein garantieren aber noch nicht eine sach- und fachgerechte Anleitung von einzugliedernden Personen. Vor allem den persönlichen Führungsqualitäten und dem sozialkommunikativen Geschick kommt eine grosse Bedeutung zu. Die Beziehung gilt bereits in der Psychotherapieforschung als zentraler Einflussfaktor und Wirkmechanismus (Grawe, 2001) und auch die Studie von Baer, Domingo und Amsler (2003) betonen den Einfluss der professionellen persönlichen Beziehungen in Behandlung und Rehabilitation.

Die Merkmale der Anleitung und daraus abgeleitete Qualitäten sind durch die Analysen in vier Qualitätsbereiche einteilbar:

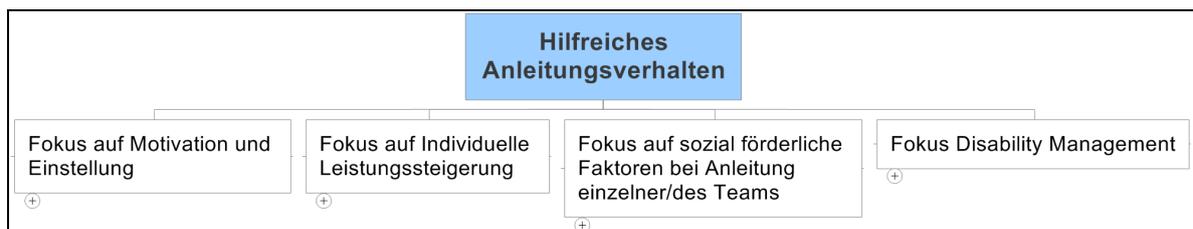


Abbildung 19: Bereiche eines hilfreichen Anleitungsverhaltens

Die identifizierten Anleitungstile dienen entweder der Thematisierung und Stärkung integrationsförderlicher Einstellungen, der Leistungssteigerung, dem Umgang mit Symptomen bzw. dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensweisen oder der sozialen Integration und Kompetenz des Förderbedürftigen. Je nach Förderzielen und je nach persönlichen Eigenschaften des/der Anzuleitenden empfiehlt es sich, die Anleitung entsprechend anzupassen, z.B. je nach erkrankungsbedingter Belastbarkeit dem/der MitarbeiterIn in einer eher fördernden oder fordernden Art zu begegnen.

Fallbeispiel

Während ein Studienteilnehmer das Gefordert Sein durch einen die Eigenverantwortung fordernden Stil seines Lehrmeisters lobte, war ein anderer Studienteilnehmer verunsichert, wenn er keine genauen Handlungsanweisungen bekam und über längere Zeit mit der Aufgabenerfüllung allein gelassen wurde.

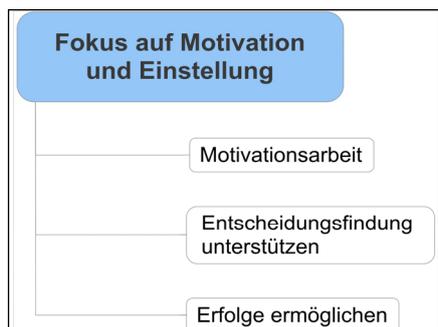
Für eine optimierte Passung sollten die Handlungsstile von Vorgesetztem und Mitarbeiter bzw. von Anleiter und Lernendem offen reflektiert werden können. Insbesondere die relevanten und häufig kritischen Schritte bei der Zielabsprache, dem Umgang mit Kritik, dem Einsatz von Lob und der Ausföhrung von Kontrolle kann die Förderung über einen **bewusst eingesetzten und transparent vermittelten Anleistungsstil** effektiviert werden. Als geeignete Plattform empfiehlt sich das „**MitarbeiterInnen-Gespräch**“, das längst nicht bei allen Arbeitsstellen obligat, regelmässig und fachlich versiert durchgeführt wird. Entsprechende Methoden für Reflexion und Kommunikation sollten speziell für Vorgesetzte von MitarbeiterInnen mit psychischen Beeinträchtigungen geschult werden.

An dieser Stelle werden exemplarisch Empfehlungen aus dem Codierkatalog für das Verhalten und die Haltung von AnleiterInnen (respektive Vorgesetzten) vorgestellt, die sich auf drei analysierte besonders bedeutsame Interventionsbereiche für Abklärung und Förderung von arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensweisen (Vgl. Abschnitt 3.1.1.4) anwenden lassen:

1. Erfassen und evtl. Modifizieren von „**arbeitsbezogenen Kognitionen**“
2. Verbesserung der „**psychischen Regulationsfähigkeit**“ und des „**Copingverhaltens**“
3. „**Schulung von Kompetenzen**“ (Fachkompetenzen und Sozialkompetenz)

Interventionen für diese Förderbereiche wurden durch die Zusammenhangsanalysen herausgearbeitet und wurden in die folgenden handlungsleitenden Empfehlungen für BetreuerInnen von Personen mit psychischen Erkrankungen überführt.

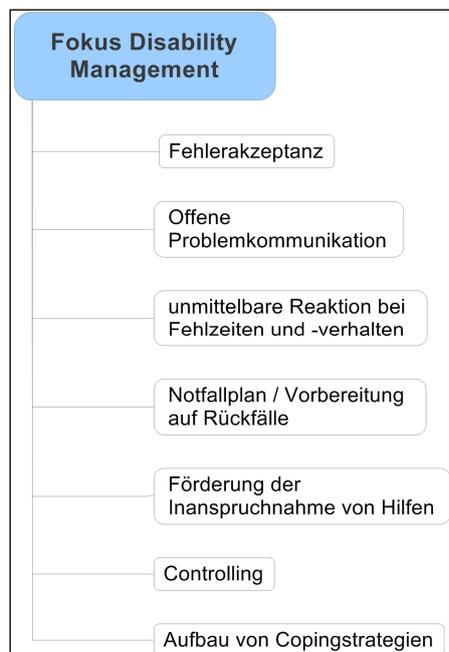
Zu 1. Handlungsempfehlungen für AnleiterInnen für die Reflektion und evtl. Modifikation von arbeitsbezogenen Kognitionen



Die individuellen Einstellungen und Erwartungen von Mitarbeitenden haben sich in der Studie als wesentliche Einflussfaktoren für erfolgreiche Eingliederungsprozesse herausgebildet, die eine Person in die Arbeits- oder Fördersituation mit einbringt und dort entwickelt. Nebenstehende Merkmale eines AnleiterInnenverhaltens wurden als passend und förderlich für eine effektive Beachtung und Modifikation der motivationsbestimmenden Arbeitshaltung der MitarbeiterInnen codiert:

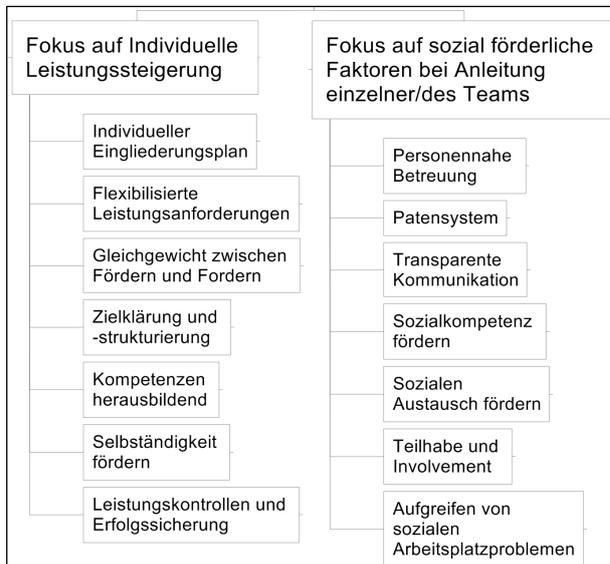
Zu 2. Handlungsempfehlungen für AnleiterInnen zur Verbesserung der psychischen Regulationsfähigkeit und des Copingverhaltens

Meist haben die Betroffenen bereits Erfahrungen mit Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz gemacht und sind durch die negativen Folgen und auch Rückmeldungen stark verunsichert worden.



Die Zusammenhangsanalysen ergeben, dass psychische Erkrankungen vor allem die „**Psychische Regulations- und Strukturierungsfähigkeit**“ (vgl. 3.1.1.4) beeinträchtigen - also Faktoren wie die dort codierte „**Kritik- und Abgrenzungsfähigkeit**“, „**Geduld**“, „**Entscheidungs- und Durchsetzungsvermögen**“, oder auch Ressourcen für ein „**Copingverhalten**“ gegen stresshafte Arbeitsbedingungen. Eine Hoffnung stiftende Betreuung soll zu neuem Bewältigungsversuchen ermuntern und Ängste und Vermeidungsreaktionen verhindern, deren hemmende Wirkung auf Motivation und Kooperationsbereitschaft als empirisch gesichert gelten. Betroffene sollten auch aus gescheiterten beruflichen Anstrengungen heraus Chancen aufgezeigt bekommen, wie sie auf diese Erfahrungen produktiv aufbauen können. Entsprechende Handlungsempfehlungen sind unter dem Fokus „Disability Management“ in nebenstehender Grafik zusammengefasst.

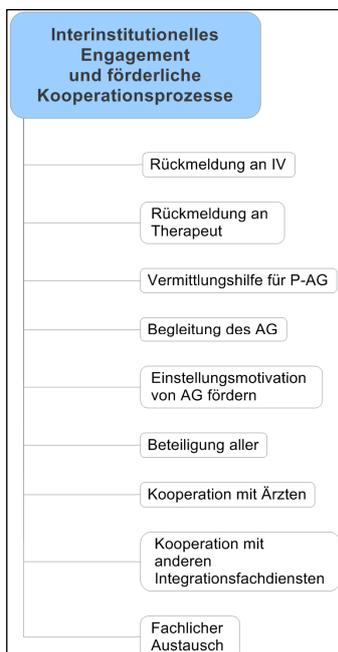
Zu 3. Handlungsempfehlungen für AnleiterInnen zur Schulung von Kompetenzen (Fachkompetenzen, Kognitive Kompetenz, Sozialkompetenz)



Zum Kompetenzerwerb gibt es viele Trainingsprogramme, über deren Wirksamkeit allerdings die richtige Auswahl (wann wem was) und die angemessene Durchführung bestimmt. Dies sind Bedingungen, welche der/die jeweilige AnleiterIn bestimmt und für die sich nebenstehende Empfehlungen zusammenstellen lassen.

„Changes in skill and changes in role are two very different types of measures and it is role performance that is the quintessential rehabilitation outcome“ (Anthony et al. 2002).

3.3.3.1.5 Interinstitutionelles Engagement und förderliche Kooperationsprozesse



Als weitere Herausforderung für das Personal von Eingliederungsbetrieben kommt dem „Interinstitutionellen Engagement und förderlichen Kooperationsprozessen“ eine grosse Bedeutung zu, damit die Hilfeplanung und die Koordination der einzelnen Schritte effektiv und effizient ablaufen können. Die qualifizierten Erkenntnisse und erlebnisnahen Erfahrungen zwischen BetreuerInnen und PatientInnen gehen im Integrationsprozess häufig verloren, weil sie nicht kommuniziert werden. Die vielfach geforderte Transparenz und offene Problemmunikation zwischen PatientIn und BetreuerInnen wird ebenso zwischen Fachpersonen gefordert. Die Begleitpersonen in der Arbeitsrehabilitation oder anderen Eingliederungsmassnahmen sind stark gefordert, Informationen von anderen BetreuerInnen einzuholen, um ihre Hilfe adäquat auszurichten und andersherum erzielte Ergebnisse im Arbeitssetting auch auf andere Lebensbereiche der PatientIn zu übertragen.

3.3.3.1.6 Gesundheitsfördernde und leistungssteigernde Tätigkeitsmerkmale

Die Bewertung einer spezifischen Arbeit ist objektiv nicht möglich, weil sie über das Empfinden und Bewerten des Arbeitenden psychisch reguliert wird. Es gibt allerdings objektivierbare Merkmale, die eine Passung von individuellen Voraussetzungen des Mitarbeitenden und tätigkeitsbezogenen Anforderungen ermöglichen. In den Erfahrungsberichten hat sich gezeigt, dass vor allem die Vorge-

setzten – bei entsprechend flexiblen Betriebsstrukturen – Einfluss darauf haben, eine spezielle geforderte Tätigkeit in Richtung gesundheitsförderlich und leistungsoptimierend zu gestalten. Folgende Tätigkeitsmerkmale stehen nach den Inhaltsanalysen in Verbindung mit einem die Gesundheit erhaltenden oder fördernden und leistungsoptimierenden Arbeitsumfeld:

Über die „**Ganzheitlichkeit der Aufgabe**“ (bezüglich Planung, Ausführung und Kontrolle) kann dem Mitarbeitenden die „**Sinnhaftigkeit der Tätigkeit**“ und ihm/ihr „**Rückmeldung über individuellen Arbeitsfortschritt**“ aus der Arbeit selbst (z.B. über das Produkt) vermittelt werden; „**Anforderungsvielfalt und Variabilität**“ wirken einer einseitigen Beanspruchung entgegen; Möglichkeiten der „**sozialen Interaktion und Unterstützung**“ stellt v.a. für Personen mit psychischen Erkrankungen eine bedeutende Verbesserung für die soziale Integration und damit die Lebensqualität;

„Autonomie am Arbeitsplatz“ stärkt das vielfach beeinträchtigte Selbstwert- und Verantwortungsgefühl; und an die Realität angepasste „**Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten**“ ermöglichen eine zukunftsentscheidende berufliche Weiterqualifizierung.

Die Einzelfallanalysen verdeutlichen ein komplexes Wirkungsgefüge: Die Bedeutsamkeit und förderliche Wirkung der ermittelten Tätigkeitsmerkmale variieren interindividuell. Die StudienteilnehmerInnen äussern in z.T. höchst unterschiedlichem Ausmass das Bedürfnis nach „**Strukturiertheit der Aufgabe**“ oder nach „**Variabilität**“. Ausser der Erfassung von objektiven „**Regulationserfordernissen von Arbeitsaufgaben**“ über Tätigkeitsanalysen muss für eine nachhaltig erfolgreiche Platzierung eine Passung ausgehend von den persönlichen Bedürfnissen, Potentialen und Problemen gelingen - also über eine umfassende Diagnostik ein personenzentrierter Ansatz bei Platzierung und Begleitung verfolgt werden (vgl. Reker & Eikermann 2004). Die Tätigkeiten sind dabei so zu wählen, dass sich die Anforderungen an der oberen (individuellen) Leistungsgrenze bewegen.

3.3.3.2 Aufgaben, Bedingungen und Merkmale von Betrieben der freien Wirtschaft

3.3.3.2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

In den meisten Eingliederungsprogrammen werden nach einem personenzentrierten Fokus die den Arbeitsprozess hemmenden Eigenschaften und/oder Fähigkeiten bei einer beeinträchtigten Person trainiert. Die Interviews enthalten aber mannigfaltige Hinweise auf gesundheits- und integrationshinderliche Arbeitsbedingungen, die eine berufliche Integration mitbestimmen. Ein umgebungszentrierter Präventionsansatz fokussiert daher betriebliche Massnahmen zur präventiven Arbeitsgestaltung mit dem Ziel der Humanisierung und dem langfristigen Erhalt des individuellen Leistungsvermögens. Diese sind in Literatur und Praxis in die Bereiche Gesundheitsschutz (Reduktion von Risikofaktoren in der Arbeitswelt) und Gesundheitsförderung (Stabilisierung und Stärkung der körperlichen und psychischen Gesundheit und Mobilisierung von Ressourcen und Leistungsfähigkeit) eingeteilt.

Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung sind beispielsweise Gesundheitsprogramme zum Umgang mit Stress, Eliminierung psychosozialer Belastungsfaktoren wie Mobbing, Arbeitszeit- und Umgebungsgestaltung, Personalführung, Kommunikation und Kooperation und umfassen damit Massnahmen zur Regulation des Verhaltens (personbezogen) und der Verhältnisse (umgebungsbezogen) (vgl. Kriener et al., 2004).

Für weite Bereiche sind bereits mit den oben beschriebenen Massnahmen und Empfehlungen Verbesserungen aufgezeigt worden, die es auch in wirtschaftlich geführten Unternehmen umzusetzen gilt. In diesem Abschnitt werden nur diejenigen betrieblichen Massnahmen und Handlungsfelder aufgezeigt, die explizit für den ersten Arbeitsmarkt als über strukturelle Massnahmen realisierbar identifiziert wurden:



Ein innerbetriebliches Gesundheits-Management ist Ausdruck einer integrationsförderlichen Haltung im Unternehmen, die dem Erhalt und der Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz einerseits und der Unterstützung von erkrankten Mitarbeitenden andererseits ein besonderes Gewicht beimisst (Geisen et al., 2008). In der Schweiz besteht kein „**Betrieblicher Integrationsauftrag**“ und die ExpertInnenmeinungen sind geteilt, ob die Personalpolitik durch Zwänge verändert werden kann. Dennoch wurde von interviewten ExpertInnen angemerkt, dass z.B. über Massnahmen wie Öffentlichkeitsarbeit oder Anreizsysteme, die auf strategischer Ebene in der 5. IVG-Revision diskutiert werden, das Eingliederungsengagement in Betrieben aufgebaut werden kann.

Zugunsten eines betrieblichen Gesundheits-Managements, das sich der Prävention, der Früherkennung und der Behandlung (Reintegration) von gesundheitlichen Beeinträchtigungen widmen muss (vgl. Geisen et al., 2008), wurden von den Befragten interne oder externe „**niederschwellige Beratungsangebote**“ vorgeschlagen. Bei einem innerbetrieblichen Beratungsangebot wurden allerdings Bedenken laut, dass weniger klientenbezogenen als vielmehr betriebliche Interessen vertreten werden. Die Mehrheit der Betroffenen würde eher ein vom Betrieb unabhängiges Angebot in Anspruch nehmen. Die wenigsten wussten allerdings, wohin sie sich wenden sollten. Hier wurde auch den Betrieben die Verantwortung zugeschrieben, entsprechende „**Informationsvermittlung**“ für MitarbeiterInnen und Vorgesetzte bereitzustellen.

Die Fallanalysen identifizieren die direkten Vorgesetzten als Dreh- und Angelpunkt für gesundheits- und rehabilitative Fördermassnahmen im ersten Arbeitsmarkt. Für den Erfolg von Eingliederungsbemühungen muss daher der „**Aufklärung und Unterstützung von ArbeitgeberInnen/ Vorgesetzten**“ ein hohes Gewicht beigemessen werden. Damit Vorgesetzten mit der Betreuung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht überfordert werden, müssen sie für mögliche problematische Veränderungen sensibilisiert werden und Werkzeuge und Vorgehensmöglichkeiten zur „**Krisenintervention**“ kennen. Für das Erarbeiten und die Durchführung eines behindertenspezifischen Plans in Zusammenarbeit mit dem Betrieb, der behinderten Person und ihrem unmittelbaren Umfeld wurden begleitende Jobcoaches vorgeschlagen, die durch die IV vermittelt werden könnten. Allerdings bedarf es hier einer frühzeitigen Intervention im Betrieb, die in keinem der begleiteten Fälle durch die IV realisiert wurde. In den Fällen, in denen eine Beratungsstelle im Betrieb implementiert

war und Standards für Disability Management gut implementiert waren, ermöglichte dies ein frühes Intervenieren bei Krisen und eine kontinuierliche Kontaktpflege zu allen Beteiligten.

Fallbeispiel

Eine Studenteilehmerin war wegen schwerer Depressionen längere Zeit aus dem Betrieb ausgetreten. Die Wiedereingliederung in den grossen Betrieb wurde mit dem Betriebsarzt, der HR-Abteilung und mit dem fallführenden Sozialdienst gemeinsam mit Mitarbeiterin und Vorgesetzten geplant. Die Mitarbeiterin konnte sich jederzeit an den Betriebsarzt oder den Sozialdienst wenden und in regelmässigen Abständen wurden mit allen Beteiligten Gespräche über den Verlauf geführt. Auf die erlebten Probleme - die Mitarbeiterin litt morgens unter Antriebshemmungen - konnte dadurch schnell und situationsbezogen Interventionen, wie die Änderungen der Arbeitszeit auf nachmittags, vollzogen werden. Dieses personbezogene Vorgehen bewertete die Studenteilehmerin als ausgesprochen erleichternd, was sie auch in ihrer Anstrengungsbereitschaft motiviere.

Diese Ergebnisse decken sich mit Untersuchungen von Geisen et al. (2008) zum Erfolg von betrieblichem Disability Management. Erfolgskriterien sind danach die bessere Begleitung und Unterstützung der erkrankten Mitarbeitenden sowie die verbesserte Koordination der betriebsinternen Interventionsmöglichkeiten, die positive Effekte auf die Absenzen der Mitarbeitenden zeigen.

Weiterhin wird ein möglichst frühzeitiger Kontakt zwischen Unternehmen und der IV als beratender Stelle als Erfolg versprechend angesehen, weil die Bereitschaft und Möglichkeit zur Wiedereingliederung zu einem frühen Zeitpunkt im Unternehmen insgesamt positiver ausfällt und sich Probleme noch nicht verhärtet haben.

In verschiedenen Fallberichten wurde immer wieder aufgezeigt, wie sich die Beziehungen zwischen ArbeitnehmerIn, Vorgesetzten und KollegInnen im Invaliditätsverlauf verschlechtern und sich so zu eigentlichen Stressoren entwickelten. „**Abteilungswechsel**“, wie sie in manchen Betrieben ermöglicht werden, oder „**Rückzugsmöglichkeiten**“ im Wiedereingliederungsprozess können hier präventiv diesen negativen Entwicklungen entgegenwirken.

Erkrankte Arbeitnehmende sollten möglichst rasch wieder an ihren bisherigen oder an einen neuen „**individuell angepassten Arbeitsplatz**“ zurückkehren. Über erlebnisstiftende „**Arbeitsversuche**“ und eine „**Vor-Ort-Betreuung**“ könnten aus Interviewtensicht individuelle Fähigkeiten und das erschütterte Vertrauen in eigene und fremde Ressourcen am ehesten aufgebaut werden.

3.3.3.3 Aufgaben, Bedingungen und Merkmale der IV für eine effektive Eingliederungshilfe durch die IV

In die Analysen der Aussagen über das IV-Verfahren im Falle einer vorhandenen oder drohenden psychischen Invalidität sind Erfahrungs- und Erlebnisberichte von Betroffenen, von deren BetreuerInnen und von ExpertInnen – auch von einigen aus IV-Stellen - eingegangen. Die ausgewerteten Empfehlungen beziehen sich aufgrund der Stichprobenezusammensetzung (PatientInnen der UPK Basel und ExpertInnen im Umkreis) hauptsächlich auf die IV-Stellen Basel Stadt und Basel Land. Die inhaltsanalytisch herausgearbeiteten Möglichkeiten präventiver Massnahmen sind jedoch auf die gesamte Schweiz generalisierbar, weil sie auch im Hinblick auf die identifizierten hinderlichen Bedingungen durch die Person und das Arbeits- und Integrationsumfeld zusammengestellt wurden.

Der gesamte Codierkatalog zur Fragestellung 3 enthält für die IV relevante Empfehlungen für Interventionsbereiche zur Wiedereingliederung, insbesondere die bereits vorgestellte Kategorie „Begutachtung/Diagnostik“ (s. Abschnitt 3.3.1). Im folgenden Abschnitt werden diejenigen Präventionsbereiche näher erläutert, die sich speziell für die IV identifizieren liessen. Diese sind nach den differenzierenden Schritten der Inhaltsanalysen in folgende sieben Gestaltungsbereiche klassifiziert, auf die im Einzelnen eingegangen wird:

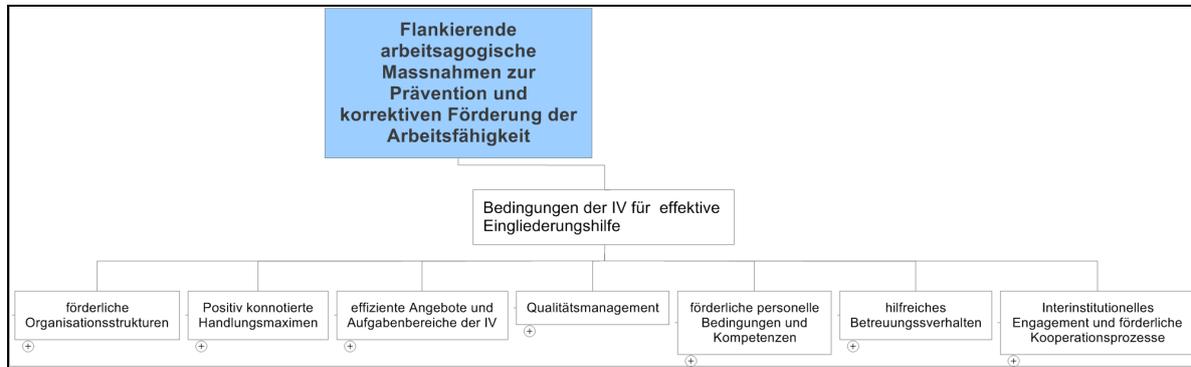
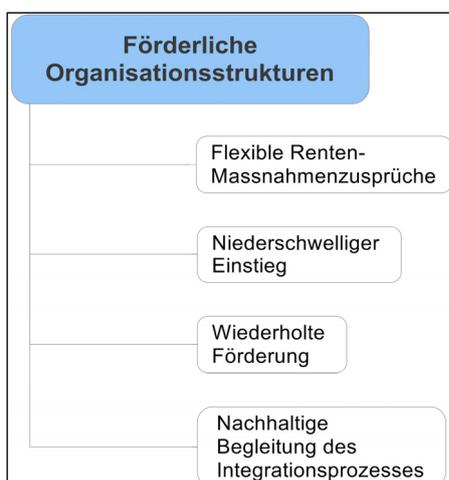


Abbildung 20: Förderliche Bedingungen der IV für effektive Eingliederungshilfe

3.3.3.3.1 Förderliche Organisationsstrukturen der IV

Förderliche Organisationsstrukturen unterstützen zusammengefasst die Bereitstellung gut zugänglicher, auf die Person zugeschnittene, flexibel gehandhabte, persönlich und nachhaltig betreute Hilfen.

Die Krankheits- und Wiedereingliederungsprozesse von psychisch Erkrankten stellen sich durch die Fallanalysen als phasenhaft schwankend, lang andauernd und wegen komplexer Wirkungsgefüge als schwer prognostizierbar dar. Beeinträchtigungen als Erkrankungsfolgen wurden für viele verschiedene Funktionsbereiche identifiziert, die sich abrupt oder schleichend durch Phasen akuter Krankheit auf die Arbeitstätigkeiten auswirken (vgl. 3.1.1.4), und aus denen meist eine berufliche Desintegration resultiert. Weniger die Fördermassnahmen als vielmehr die erlebten Vorgehensweisen, mit denen die IV gegensteuern will, werden mehrheitlich als für diesen Problemkomplex als unangemessen bewertet (vgl. Ebner, 2005).



Die dargestellten Merkmale von Erkrankungs- und Invaliditätsprozessen psychisch kranker Menschen und die individuellen Förderbedarfe verlangen eine „**Flexibilisierung der Renten-Massnahmenzusprüche**“. Stattdessen wird das Reglement der IV als zu starr erlebt. Ebenso wie in einer Interviewstudie von Baer & Frick (2007) bewerten die StudienteilnehmerInnen der vorliegenden Untersuchung die unspezifischen, auf Stabilität prüfenden standardisierten Belastungserprobungen in geschützten Werkstätten als unangemessene Voraussetzung für weitere IV-vermittelte berufliche Massnahmen. Die Betroffenen reagieren mit Unver-

ständnis, Widerständen oder Überforderungsgefühlen. Nach ihren Aussagen kann eine an Auflagen - insbesondere an die Forderung von Medikamenteneinnahme oder an Druck erzeugende Leistungssteigerungsnachweise z.B. bei Belastungserprobungen – gebundene Förderung eine abschreckende Wirkung aufbauen und von erneuten Arbeitsversuchen abhalten.

Empfehlungen und Wünsche beziehen sich auf strategisch vorgenommene Modifizierungen der zeitlichen und inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten der IV-Massnahmen, um auf operativer Ebene die Hilfen zeitnah und situationsbezogen, engmaschig und nachhaltig begleitet realisieren zu können. Nach einer empfohlenen gründlichen Abklärungsphase sämtlicher in Abschnitt 3.1.1.4 aufgeführten arbeitsrelevanten Personenfaktoren sollten personbezogene Ziele und problembezogene Methoden in transparent gestalteten Hilfeplangesprächen mit allen Beteiligten festgelegt werden. Die Ziele sollten realistisch und verhaltensnah für einen überschaubaren Zeitraum formuliert und wiederholt überprüft werden.

Flexibilisierung bedeutet auch, dass zugesprochene Massnahmen bei verfolgter Fehlentwicklung rasch und unbürokratisch modifiziert werden können. Renten sollten nicht dauerhaft zugesprochen werden, sondern deren Angemessenheit und Grenzen wiederholt gründlich geprüft werden. RentenbezügerInnen erleben diese Prüfung oft als reine Aktenstudie der psychiatrischen Kriterien, von deren Ergebnis – auch bei gravierenden Änderungen - sie im Nachhinein schriftlich in Kenntnis gesetzt wurden. Den Betroffenen sollte es ermöglicht werden oder sie sollten in einem persönlichen Gespräch dazu ermuntert werden, aktiv ihre eigene Neubewertung bei der Revision einzubringen.

Fallbeispiel

Ein Studienteilnehmer, der wegen Depressionen und Suchtproblematik eine Teilrente bezieht, berichtete von einem überraschenden Brief eines RAD-Arzt, der allein nach Prüfung der Akten im Zuge einer Revision zu dem Entschluss kam, dass der Versicherte nicht alle therapeutischen Möglichkeiten ausschöpfe, weil sich durch Medikamente und niederfrequenteren Therapiebesuche bessere Erfolge erzielen liessen. Falls sich sein Zustand bis zur nächsten Revision verschlechtern sollte, müsse er deshalb mit einer Leistungskürzung wegen unterlassener Mitwirkungspflicht rechnen. Der Patient war höchst entsetzt, weil er seit Jahren in verhaltenstherapeutischer Betreuung ist und er sich und der IV für eine angestrebte Ausbildung seit zwei Jahren seine Belastbarkeit als Gerichtsdieners in Teilzeit unter Beweis stellt, ohne auch nur einen Tag gefehlt zu haben.

Veränderungen sind mit Risiken verbunden und machen Betroffenen Angst, die der Motivation zu einem Arbeitsversuch entgegensteht. Um den aufgenommenen Befürchtungen, dass trotz unsicherem Erfolg ein aufgenommenes Arbeitsverhältnis sofortige Kürzungen der Rentenleistungen nach sich zieht und bei Misserfolg erneut lange bürokratische Wege für IV-Bezüge bevorstehen, entgegenwirken zu können, sollten probeweise Anpassungen vorgenommen werden können.

Fallbeispiel

Einige BetreuerInnen schilderten Fälle, bei denen sie den Ratsuchenden von einer Einbeziehung der IV in Arbeitsversuche abgeraten hätten, weil dadurch ihre IV-Rente sofort gekürzt oder gestrichen worden wäre und sich im Fall eines wiederholten beruflichen Scheiterns existentielle Nöte und Sorgen ergeben würden, die wiederum die psychische Belastbarkeit des/der Betroffenen bedrohen würde.

Misserfolge sollten auch nicht die Chance auf eine „**wiederholte Förderung**“ schmälern. Trotz Scheitern eines Integrationsversuchs sollte die Möglichkeit bestehen - nach einer erneuten Klärung relevanter Voraussetzung (des Krankheits- und Behandlungsverlaufs, Einstellungsänderung) - wieder eine Eingliederungsmassnahme anzubieten.

Verzögerungen beim Abklärungsverfahren verunsichern massiv und wirken sich nach den Fallanalysen schädlich auf Gesundheit und Leistungsorientierung aus. Über „**niederschwellige Einstiege**“ könnte die Strategie der Früherfassung optimiert werden, die entscheidend für Eingliederungserfolge ist.

Weitere Empfehlungen betreffen insbesondere Vereinfachungen und Erleichterungen der Einstiege in die Beratung, aber auch in Massnahmen und Hilfen der IV. So sollten die Anforderungen für und Zielsetzungen von Hilfen niedrig gehalten werden, um die Bereitschaft zur (An-)Meldung zu verbessern. Die Auflagen an eine Förderung sind Betroffenen und Betreuern nicht transparent und Anforderungen überfordern psychisch Kranke bzw. erschweren die Motivationsarbeit. Über eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit, Informationsplattformen und unverbindliche Beratungsgespräche v.a. über die „neuen Instrumente der 5. IVG“ könnten wichtige potentielle Zuweiser und Melder erreicht werden und auf deren laut gewordene Zweifel und Fragen reagiert werden.

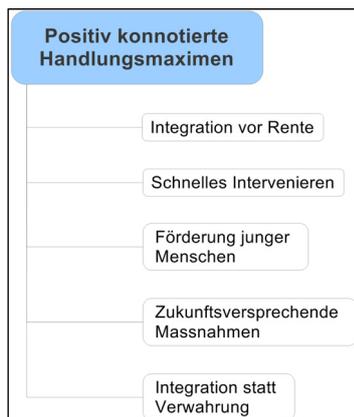
So wie es für den Eintritt in eine IV-vermittelte Hilfe strategischer Verbesserungen bedarf, so wurden auch für deren Beendigung Hinweise geliefert, die eine **Ergebnissicherung** der geleisteten Hilfe optimieren könnte. Die Erfahrungsberichte dokumentieren, dass die Interventionen der IV in den meisten Fällen zu langsam anlaufen und nicht konsequent und personenbezogen begleitet werden. Die „**Nachhaltige Begleitung des Integrationsprozesses**“ beschreibt daher eine konsequent verfolgte personbezogene Betreuung auch über Übergänge im Eingliederungsprozess hinweg. Zu einer nachhaltigen beruflichen Integration gehören dem Kölner Instrumentarium (Albers, 2002) zufolge die Vermittlung in Arbeit, die Begleitung in der Startphase, die Überprüfung des Rehabilitationserfolgs und die langfristige Sicherung der Arbeit.

Über eine Nachbetreuung, über das allmähliche Bahnen der Selbständigkeit und Selbsthilfe könnten über eine erfolgreich durchgeführte Massnahme hinaus Verläufe kontrolliert und nachhaltig stabilisiert werden. Übergangshilfen aus dem Zuständigkeitsbereich der IV könnten z.B. mittels Jobcoaching gelingen.

Diese strukturell anzugehenden Veränderungen verlangen **förderliche personelle Bedingungen und Kompetenzen**. Dies bedeutet insbesondere, dass ausreichende personelle Ressourcen sichergestellt sind und ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht. Case-Manager (zu den Bedingungen einer effektiven Fallführung siehe 3.3.2) und feste Ansprechpersonen sowie das vernetzte Arbeiten der Mitarbeitenden sind in diesem Bereich relevante Voraussetzungen.

3.3.3.3.2 Positiv konnotierte Handlungsmaximen der IV

Die vorwiegend aus den ExpertInnenbefragungen codierten Handlungsmaximen der IV lassen erkennen, dass aktuelle strategische Entscheidungsgrundlagen in Fachkreisen präsent sind. Diese werden als positiv und gegenstandsangemessen angesehen, gleichzeitig werden aber viele Verbesserungspotentiale für deren Umsetzung in Entscheiden und Handeln durch das IV-Personal betont.



Die frühe Förderung wird vom IV-Personal insbesondere bei jungen AntragstellerInnen umzusetzen versucht. Generell ist die Entscheidungsmaxime „**Förderung junger Menschen**“ durch Vermittlung in und Finanzierung von Erstausbildungen zugunsten einer langfristig erfolgreichen beruflichen Integration richtig und gut. Dabei zu berücksichtigen gilt jedoch, dass gerade die jungen Menschen in ihrem Erkrankungswissen noch am Anfang stehen und die Integration in das ohnehin undifferenzierte Lebens- und Arbeitskonzept erst allmählich gelingt. Die arbeitsrehabilitativen Massnahmen sollten eng mit den therapeutischen verknüpft werden, um Strategien für angemessenes Coping für eine Rückfallprophylaxe und gesundheitsförderliches Verhaltens effektiv vermitteln zu können.

Der Grundsatz „**Integration vor Rente**“ würde verlangen, dass bei Neuanträgen und auch bei Revisionen das Arbeitsfähigkeits-Potential gründlich geprüft und zur Klärung auch vermehrt und wiederholt die erwähnten niederschwellig und flexibel eingesetzten Massnahmen zugesprochen würden. Die FEFI-Massnahmen, die zugunsten von „**Schnellem Intervenieren**“ konzipiert wurden, sind noch zu selten angewandt und lassen durch Forschung zu klärende Fragen offen, wann der richtige Zeitpunkt für welche Massnahme im Integrationsprozess gegeben ist. Für positiv verlaufende berufliche und gesundheitsförderliche Entwicklungen wird eine frühe Integration in Arbeitsprozesse als hoch wichtig angesehen, damit keine Abbauprozesse entstehen und Arbeitsplätze erhalten bleiben. Aus den begleiteten Fallverläufen und den gesammelten Erfahrungsberichten der ExpertInnen lässt sich die Frage nach „dem richtigen Zeitpunkt“ nicht generell beantworten. Es geht weniger um die Frage, wann gefördert werden sollte, sondern um ein möglichst frühzeitiges Platzieren, um dann in einem arbeitsbezogenen Setting differenziert klären zu können, wann, was und wie gefördert werden sollte.

Dieses Vorgehen wird in Praxis und Forschung als „**First Place then Train**“ benannt. Auf diesem Ansatz basieren die in den 1980er Jahren etablierten amerikanischen Supported Employment (SE) Programme: Motivierte und psychisch ausreichend stabile Personen werden auf dem allgemeinen (nicht geschützten) Arbeitsmarkt platziert, wobei ein praxisnahes Training bei zeitlich unbegrenzter professioneller Unterstützung durch einen Jobcoach erfolgt (Bond 1992). Diese Form der unterstützten Beschäftigung ist eine evidenzbasierte Intervention, die 1987 erstmals bei Menschen mit psychischen Erkrankungen angewandt wurde. Mittlerweile sind auch in der Schweiz zahlreiche Projekte realisiert. Als Beispiel sei hier das *Berner Job Coach Projekt* (Hoffmann, 2002) genannt. Wirksamkeitsstudien zum SE-Ansatz gegenüber traditionellen Reha-Massnahmen belegen einen nachhaltigen Erfolg von Supported Employment bezüglich der Beschäftigungsrate nach der Intervention (bspw. Becker & Drake 1994; Cook et al. 2005; Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2001b).

Die empirische Wirksamkeit der SE-Ansätzen ist Bond (2004) zufolge auf folgenden Elementen begründet:

- Der Programm-Zugang ist Nutzer-geleitet
- Über Coaches gelingt eine schnelle und direkte Jobsuche
- Der Fokus liegt auf Vermittlung und Training im ersten Arbeitsmarkt, d.h. anhand einer kompetitiven Beschäftigung unter Wettbewerbsbedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

- Integration der Massnahmen und der psychiatrischen Dienste
- Aufmerksamkeit für Nutzerpräferenzen
- Zeitlich unbegrenzte individuelle Unterstützung.

Als Nachteil von place and train vermerken erfahrene Jobcoaches, dass früh vermittelte Arbeitsversuche ohne vorangehende grundsätzliche Abklärung der generellen Belastbarkeit und der potentiellen Eignung der Einzugliedernden häufig scheitern. Die erlebten Misserfolge wirken sich sowohl auf Arbeitgeberseite wie auch bei den betroffenen Angestellten schädigend auf die Motivation aus, weitere Eingliederungsversuche – auch mit anderen Personen bzw. in anderen Betrieben - zu unternehmen. Hiergegen empfehlen sich vorangehende Abstimmungen mit dem therapeutischem Team zur Klärung, was dem Einzelnen unter Berücksichtigung des aktuellen Krankheitsstatus möglich ist oder welche Komplikationen wahrscheinlich sind. In enger Unterstützung können daraufhin Vorgesetzte und AnleiterInnen z.B. über die nötigen prophylaktischen Massnahmen beraten und entsprechend geschult werden.

„**Train and place**“ beschreibt im Gegensatz zum bisher beschriebenen Modell den in der Mehrzahl verfolgten traditionellen Ansatz arbeitsrehabitativer Hilfen: Erst erfolgt über ein vorbereitendes Training die Anpassung des Einzugliedernden, anschließend wird eine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt versucht. In der vorliegenden Studie wurden diejenigen PatientInnen, die durch die IV unterstützt wurden, diesem Vorgehen entsprechend begleitet. Bemängelt wurde vielfach, dass Hilfen nicht durch intensive und konsequente Betreuung gesichert wurden und diese für die Betroffenen mit dem Abschluss des Trainingsprogramms abrupt und ohne Installation einer Nachbetreuung enden.

Diese Ergebnisse legen abschliessend nahe, dass die Massnahmen der IV sich eher an die Strategie des First Place then Train orientieren sollten.

Einige durch die Studie begleitete PatientInnen profitierten von den zwischengeschalteten Massnahmen in der klinikinternen Arbeitsrehabilitation. Hier kann noch während des stationären Aufenthalts die empfohlene gründliche Abklärung in einem arbeitsrelevanten Setting vorgenommen werden. Optimalerweise werden die Ziele in enger Absprache mit dem therapeutischen Team getroffen und über einige Wochen hinweg verschiedene Verhaltensbeobachtungen und Testungen durch geschulte ArbeitsagogInnen vorgenommen, um dann differenzierte Empfehlungen z.B. an die IV für eine weitere Förderung oder Beschäftigung geben zu können.

Fallbeispiele

Ein Patient berichtete von neu entdeckten Fertigkeiten während der Abklärungsphase in der Arbeitsreha, die ihm eine Richtung für berufliche Umorientierung gegeben habe. Ein anderer Patient war froh um sinnvolle und erlebnisstiftende Tätigkeiten in einer Zeit der tiefen Verunsicherung, nachdem er wegen seiner Erkrankung den Job verloren hatte. Eine weitere in der Arbeitsreha beschäftigte PatientIn wurde anschliessend von ihrem Bezugsbetreuer erfolgreich in eine geschützte Werkstatt vermittelt, um an den entdeckten Schwächen weiterarbeiten zu können.

Diese Beispiele enthalten den Hinweis auf die nächste positiv bewertete Handlungsmaxime für die IV: Das Vermitteln in „**Zukunftsversprechende Massnahmen**“ bedeutet zweierlei: Zum einen muss die Massnahme so gestaltet sein, dass die einzugliedernde Person im Sinne einer individuell

realistischen beruflichen Entwicklung profitieren kann. Zum anderen muss die Massnahme Kompetenzen vermitteln, die auf dem Arbeitsmarkt gebraucht werden.

Der IV wird geraten, Zeit für die individuelle Berufsberatung zugunsten einer Erfolg versprechenden Passung der gewählten Ausbildung / Umschulung zu investieren und die wirtschaftsnahe Ausrichtung der Förderbetriebe zu überprüfen.

Fallbeispiel

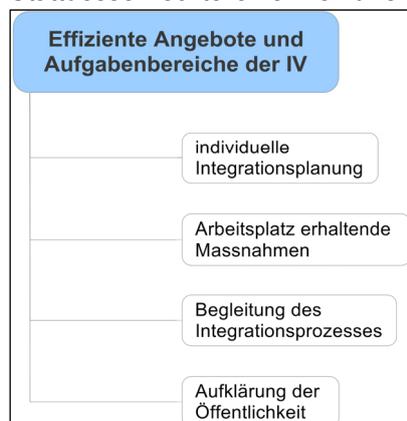
Ein Studienteilnehmer berichtete, durch eine IV-Lehre in einem geschützten Betrieb für einen Beruf qualifiziert worden zu sein, der kurz darauf als solcher nicht länger existierte. Zudem hatte er an veralteten Maschinen gelernt und seine Leistung nicht wirtschaftsnahe erproben müssen, was eine Integration in einem Wirtschaftsunternehmen verhinderte. Eine seinem Beruf entsprechende Anstellung in einem Wirtschaftsbetrieb gelang ihm bis heute nicht und die IV spricht ihm keine weiteren Hilfen zu.

Die Handlungsmaxime **„Integration statt Verwahrung“** steht für die geforderte Akzeptanz, dass eine geschützte Arbeit auch ohne Perspektive auf Vermittlung in die freie Wirtschaft wichtige und legitime Bedürfnisse des Klientel befriedigen und zum Leistungsangebot der IV gehören sollten. Die gesundheitsförderliche Wirkung von sinnvoller Beschäftigung wurde empirisch vielfach bestätigt (z.B. Zwerenz et al., 2008).

3.3.3.3 Effiziente Angebote und Aufgabenbereiche der IV

Die IV verfügt über zahlreiche Massnahmen und Instrumente, mit denen sich die als positiv bewerteten Handlungsmaximen realisieren liessen. Die Analysen der wahrgenommenen Entscheidungs- und Handlungsprozesse (vgl. Fragestellung 2) haben ergeben, dass die Massnahmen nicht transparent und konsequent genug eingesetzt werden. Diese „Willkür“ scheint dabei nicht den Empfehlungen eines **„individualisierten Vorgehens“** zu entspringen, sondern erscheint Betroffenen und BetreuerInnen als von personaler Kompetenz und Vernetzung sowie von wirtschaftlichen Auflagen der Versicherung abhängig.

Stattdessen sollte eine Flexibilisierung der Hilfen zugunsten einer **„individuellen Integrationsplanung“** stattfinden, deren Umsetzung durch eine enge **„Begleitung des Integrationsprozesses“** kontrolliert werden kann.



Transparente und nachvollziehbare Zielklärung mit allen Beteiligten, v.a. mit dem Patienten, sichert nach Datenlage eine optimale Anstrengungsbereitschaft und Kooperation.

Die Förderung wird vielfach als nicht zielführend bewertet, weil Massnahmen zu unflexibel begrenzt oder abrupt abgebrochen werden. Der Aufgabenbereich der IV sollte ein konsequent begleitendes Coaching und eine ausreichend lange Nachbetreuung enthalten.

Fallbeispiel

In einem Fall wurde eine stagnierende berufliche Entwicklung von einem wegen Ängsten ambulant behandelten Patienten verfolgt, der nach mehreren misslungenen Studiengängen erfolgreich eine IV-unterstützte Lehre absolvierte. Den Übergang in ein marktwirtschaftlich geführtes Unternehmen schaffe er auf sich allein gestellt wegen missglückter Bewerbungsversuche und wachsenden Befürchtungen nicht, weshalb er wieder in dem geschützten Lehrbetrieb um eine Tätigkeit bat. Dort sei er durch seine hohe Zuverlässigkeit und gute Qualifizierung sehr geschätzt und fühle sich dem Betrieb loyal verbunden, so dass er keine weiteren Bewerbungsversuche starte.

Es besteht grosser Forschungsbedarf bzgl. der Formulierung einheitlicher und aussagekräftiger Beurteilungskriterien und Erfolgskriterien für die spezifischen Eingliederungsmassnahmen. Insgesamt gibt es wenige Informationen über wirksame Kernelemente und Trainingsmodule für Personen mit psychischen Erkrankungen. Integrationsprozesse sollten eng begleitet, dokumentiert und evaluiert werden, um die wesentlichen Wirkmechanismen begleitend erforschen zu können und im Einzelfall schnell auf Fehlprozesse einwirken zu können.

Weitere qualitätssichernde Massnahmen sind unter dem folgenden Bereich zusammengefasst.

3.3.3.4 Qualitätsmanagement

Mehrere vom BSV beauftragte Studien haben gezeigt, dass bezüglich der Bemessung und Prognose der Arbeitsfähigkeit eine grosse Unsicherheit und teilweise auch Unvermögen seitens der begutachtenden Ärzte besteht, dem man mit der Entwicklung von Leitlinien und der Implementierung von Standards begegnen sollte (z.B. Bachmann & Furrer, 1999; Baer et al., 2009). In Abschnitt 3.3.1 wurden bereits Qualitätskriterien für eine differenzierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Fördermöglichkeiten identifiziert und Erhebungsmethoden und –instrumente diskutiert.

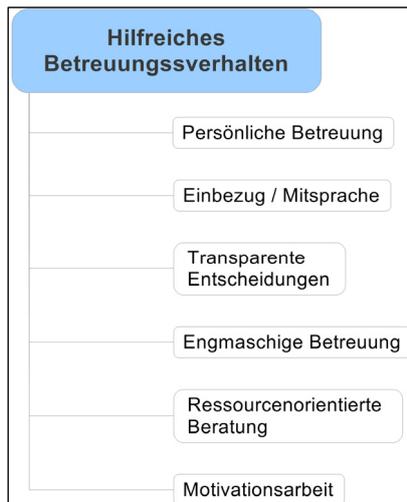


Der wichtige erste Schritt eines erfolgreichen Eingliederungsprozesses würde durch Vorgaben und Vermittlung von „**Kriterien für Diagnostik und Berichte**“ durch die IV an Qualität gewinnen.

Auch für andere Bereiche und Leistungen der IV, bspw. der Berufsberatung oder der Begleitung einer Eingliederungsmassnahme, könnten durch vorgenommene „**Evaluationsstudien**“ Qualitätskriterien formuliert werden, die es dann im individuellen Fall durch „**Erfolgskontrollen**“ und über die Leistungsträger hinweg durch „**Qualitätskontrollen**“ zu bewerten und verbessern gilt.

3.3.3.5 Hilfreiches Betreuungsverhalten

Wenn die erforderlichen personellen Bedingungen gegeben sind, können auf operativer Ebene förderlich Faktoren dazu beitragen, die empfohlene individuelle, enge und nachhaltige Betreuung zu gewährleisten.



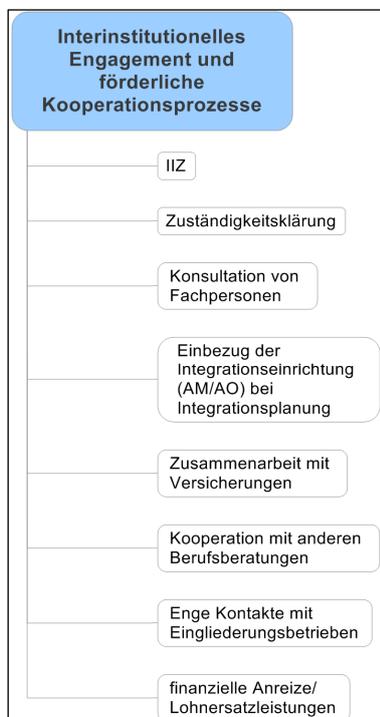
Im Forschungszeitraum konnten aktuelle Kontakte einiger PatientInnen mit ihren IV-BetreuerInnen rekonstruiert werden. Die Termine waren von den TeilnehmerInnen meist lang erwartet und hatten eine entsprechende Bedeutung für die weitere berufliche Entwicklung.

Die codierten Qualitätskriterien für ein hilfreiches Betreuungsverhalten durch IV-MitarbeiterInnen entsprechen den Empfehlungen an andere Fachpersonen und sind in nebenstehender Aufstellung überblicksartig zusammengefasst.

3.3.3.6 Interinstitutionelles Engagement und förderliche Kooperationsprozesse

Die Berufliche Wiedereingliederung wird dem erfolgreichen Ansatz des Supported Employment zufolge als Teamaufgabe verstanden. Diese Empfehlung entspricht den analysierten Erfahrungen der ExpertInneninterviews, wonach die Integration von Behandlung und Rehabilitation am ehesten gelingen kann, wenn alle Beteiligten eng und gut koordiniert zusammenarbeiten.

Für die IV ergeben sich dabei verschiedene Kooperationspartner und –einrichtungen, wie die Zusammenarbeit mit verschiedenen Sozialversicherern und Berufsberatungen, mit denen Einigung über Zuständigkeit, Vorgehen und Finanzierung angestrebt werden sollte. Eine „flexible Massnahmen- und Finanzabklärung zwischen den Sozialversicherungen“ zugunsten einer bedarfsorientierten frühen Fallführung über die organisationsspezifischen Zuständigkeiten hinaus verlangt Änderungen auf strategischer Ebene, wie sie durch das BSV-Projekt **IIZ** (Interinstitutionelle Zusammenarbeit) erprobt wird.



Auf operativer Ebene sollten fallführende oder -begleitende MitarbeiterInnen der IV einen „engen Kontakt mit den Integrationsfachleuten“ halten, um die Hilfeplanung und –Überwachung transparent gestalten zu können. Ein unter Fragestellung 2 identifizierter einseitiger Informationsfluss (Informationen werden von der IV gefordert, aber nicht gegeben) verhindert eine Sicherung und Verbreitung von Qualitätskriterien, z.B. wenn GutachterInnen von der IV keine Rückmeldung zur Brauchbarkeit ihrer Arbeit erhalten oder die Ziele der IV nicht verhaltensnah formuliert und deren Einfluss- und Wirkbedingungen nicht konsequent mit den Eingliederungsinstitutionen reflektiert werden.

3.4 Weiterführende Analysen

Im Projektverlauf wurden ganz im Sinne der qualitativen Methodik von der Begleitgruppe des BSV zusammen mit dem Forscherteam die ursprünglichen Fragestellungen ergänzende bzw. vertiefende Fragen formuliert, denen durch weiterführende Analysen im Datensatz nachgegangen wurde.

Die Fragestellungen beziehen sich im Einzelnen auf:

1. Fallspezifische Verläufe:

- Gibt es idealtypische/ kriterienabhängige Verläufe oder Bedingungskonstellationen für Erfolg versprechende (protektive Faktoren) oder besonders kritische (Risikokonstellationen) Eingliederungs-/ Berentungsprozesse?
- Gibt es individuell spezifische Veränderungen über die Zeit und wie sind diese begründet?
- Besteht spezifischer Reha-Bedarf in Abhängigkeit von der Diagnose?
- Welches sind fachlich begründbare Indikatoren für berufliche Massnahmen
- Was ist der „richtige Zeitpunkt“ für berufliche Fördermassnahmen?

2. Vergleiche zwischen PatientInnen- und BetreuerInnen-Sicht

- Unterscheiden sich die jeweiligen Problemsichten und was sind mögliche Ursachen dafür?
- Gibt es Hinweise auf individuelle kognitive Prozesse und sind diese mit Personenfaktoren verknüpft (z.B. erkrankungsspezifisch)?

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus exemplarischen Verlaufsanalysen und vergleichenden Analysen skizziert. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die neu hinzugekommenen Fragen aus Ressourcengründen explorativ anhand von Analysen exemplarischer Fälle bearbeitet wurden, wobei die Fälle nach augenscheinlicher Relevanz für die ergänzenden Fragen ausgewählt wurden. Für generalisierbare Aussagen bedarf es der längerfristigen Begleitung der Fälle über einen längeren Zeitraum hinweg, um Ursache-Wirkungszusammenhänge empirisch erfassen zu können. Die folgenden Ausführungen verstehen sich als Hinweise auf weitere interessierende Forschungsanstrengungen. Sie erheben keinesfalls den Anspruch, die angeführten Fragen umfassend und empirisch breit abgesichert beantworten zu können.

3.4.1 Verlaufsanalysen

Neben den Analysen von fallübergreifenden (allgemeinen) Einflussfaktoren, die in den bisherigen Ergebnisdarstellungen beschrieben wurden, interessieren auch einzelfallspezifische Betrachtungen mit dem Fokus auf kritische Bedingungskonstellationen in einem konkreten Eingliederungs- oder Berentungsprozess. Die fallspezifischen Beschreibungen der Situationen zu den einzelnen Befragungszeitpunkten wurden in Übersichtstabellen zusammengefasst. In Anhang 4 sind exemplarisch zwei Verläufe dargestellt.

Um fallspezifische Verläufe nachzuvollziehen und typisieren zu können, wurden Fallvignetten von zehn exemplarischen StudienteilnehmerInnen erstellt. Dazu wurden sämtliche Codierungen aus dem Erstinterview einer Patientin/eines Patienten neben diejenigen der Folgeinterviews gestellt und

dann sukzessive auf Konstanz oder Veränderung hin verglichen. Anhang 5 zeigt eine exemplarische Fallvignette.

Die Fallvignetten zeigen zehn individuelle Verläufe, die vor dem Hintergrund der jeweiligen spezifischen Konstellationen als Erfolg versprechender Integrationsprozess oder als überdauernd behinderte Arbeits(losigkeits)situation bewertet wurden. Eine Gruppierung z.B. nach ähnlichen Behandlungsbedingungen/ ähnlichen Diagnosen ist aufgrund der bewusst heterogen zusammengestellten Stichprobe nicht möglich. Dennoch werden in jedem Einzelfall Kriterien oder Kriterienkonstellationen (z.B. von Patientenvariablen mit Betreuerverhalten am Arbeitsplatz) deutlich, die sich hinderlich auf die berufliche Integration auswirken und gegen die bislang meist nicht adäquat gegengesteuert wurde. An dieser Stelle ist zusammenfassend festzuhalten, dass die auf der Basis des qualitativen Forschungszugangs im Einzelfall identifizierten hinderlichen Konstellationen nicht i.S.v. einheitlichen, prognostisch validen Risikokonstellationen zu verstehen sind. Vielmehr lassen die Daten den Schluss zu, dass *für den Erfolg von Massnahmen die individuell optimierte Passung von einflussreichen Personenfaktoren, Hilfeangebot und Helferverhalten eine zentrale Rolle spielt.*

Zur Beantwortung der Fragen nach Risikokonstellationen oder nach kriterienspezifischen Indikatoren für bestimmte Fördermassnahmen („Wer profitiert von was“) muss das komplexe Problemfeld für eine weiterführende wissenschaftliche Untersuchung spezifiziert werden: Entsprechende Studien sollten die Wirkung und Wirkmechanismen von Eingliederungsmassnahmen an homogeneren Stichproben untersuchen (d.h. einzugliedernde Personen mit ähnlichen Merkmalen, optional in erkrankungsbedingten Funktionsproblemen). Exemplarisch für ein solches Vorgehen könnten Effekte des Einsatzes **Edukativer Module** in der Belastungserprobung oder Berufsberatung bei PatientInnen mit dysfunktionalen Kognitionen wie **„krankheitsbezogenen Befürchtungen“** untersucht werden. Hierfür werden aber auch die Bestimmung von standardisierbaren (optimalen) Förderbedingungen und die Sicherstellung der adäquaten Durchführung im jeweiligen Betrieb (z.B. von **„Leistungskontrollen“** oder Instrumenten zur **„Zielklärung und –strukturierung“**) notwendig sein. Anders ausgedrückt: Für die angemessene Beantwortung der Indikationsfrage bedarf es sowohl der eindeutigen Definition der durchzuführenden Massnahme, wie auch der Erfassung des Implementierungsgrades dieser Massnahme (also der dem Konzept entsprechenden Umsetzung) in der Praxis.

Ähnlich gelagert sind die Ergebnisse zur Frage nach dem richtigen Zeitpunkt der beruflichen Förderung bzw. Forderung einer Person, die psychisch erkrankt ist. Die danach befragten ExpertInnen konnten hierzu keine befriedigende Antwort liefern, und aus den Fallverläufen lassen sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich wirksame und an die individuelle Problematik anzupassende Leistungen identifizieren. Viel versprechende Wirkungen wurden in den meisten Fallverläufen durch primärpräventive Massnahmen zum Beginn der leistungsfördernden Eingliederung in Schule und Beruf aufgezeigt. Des Weiteren wurden unterschiedliche Hilfeangebote oder Betreuungsformen als förderlich analysiert, die entwicklungsbedingte individuelle Unterschiede, z.B. in Abhängigkeit vom **„Krankheitsstadium“** (ob zu **„frühem Erkrankungsbeginn“**, **„akutem Stadium“** oder **„zum wiederholten stationären Klinikaufenthalt“**) oder vom **„Therapiestatus“** (mit oder ohne **„Therapieerfahrung“**), berücksichtigen.

Zum Zeitpunkt der stationären Behandlung einer Person mit psychischen Störung konnten über alle Interviews hinweg sowie auch in den Verlaufsanalysen vielfältige Indikatoren für oder gegen bestimmte Massnahmen definiert werden, die es im Einzelfall zu prüfen und zu berücksichtigen gilt. Die Diagnosen allein lieferten dabei keine fachlich begründeten Entscheidungsgrundlagen: Zum ei-

nen wurden bei fast allen StudienteilnehmerInnen mehrere Diagnosen aufgenommen (häufige Multimorbidität) und zum anderen wiesen die Fallverläufe von PatientInnen mit derselben ICD-Erstdiagnose unterschiedliche Kriterien auf, die deren berufliche Entwicklung beeinflussten. Die differenzierten Personenfaktoren wurden bereits in der Darstellung des Codier-Katalogs zur Fragestellung 1 als förderliche/hinderliche Personenfaktoren (siehe Abschnitt 3.1.1) expliziert: So gilt es beispielsweise, die in Abhängigkeit von Erkrankungsphase, von Kognitionen zur Erkrankung und zur beruflichen Fähigkeit individuell als hinderlich bewerteten Faktoren zu erkennen und daran zu arbeiten. Dies kann sowohl in einem zunächst rein kurativen Setting als auch im Rahmen von Arbeitsprozessen gelingen und hat direkte Konsequenzen für die individuelle Ausrichtung der Hilfe. Eine frühe Thematisierung beruflicher (Förder-)Massnahmen wird von Betroffenen vielerorts gewünscht, eine zu frühe Forderung im Rehabilitationsprozess wird aber auch als direkter Stressor erlebt. Ein Mittelweg, eine *Thematisierung und Ermöglichung von Arbeitserlebnissen bereits innerhalb der Kliniken* und eine diese Erkenntnisse nutzende *Weitervermittlung in Arbeitsmassnahmen, in denen die individuelle Leistung flexibel erprobt und gesteigert werden kann*, scheint ein viel versprechender Ansatz zu sein, um die Möglichkeiten und Grenzen für die zu fördernde Person und ihre BetreuerInnen direkt erfahrbar zu machen und stetig individuell auszuloten.

3.4.2 Vergleichende Analysen der Aussagen von PatientInnen und Betreuenden

Als weiterer ergänzender Analyseschritt wurden Vergleiche von codierten Aussagen einzelner PatientInnen mit denen der jeweiligen BetreuerInnen durchgeführt (vgl. Anhang 6) Die Hypothese, dass Diskrepanzen zwischen PatientInnen und Fachpersonen häufig festzustellen und praktisch die Regel seien, liess sich in den sieben exemplarisch durchgeführten Vergleichsanalysen nicht bestätigen: In der Regel stimmen Selbst- und Fremdperspektive im Wesentlichen überein. Dennoch zeigen sich auch Unterschiede in der jeweiligen Einschätzung und Beschreibung der Situation. Kritische Punkte, die gehäuft bei Diskrepanzen zwischen PatientInnen und BetreuerInnensicht auftreten, sind:

- mangelnde Selbstwahrnehmung
- verzerrte Selbstdarstellung
- Fehlattribution von Ursachen
- mangelnde Problemmunikation.

Mangelnde Selbstwahrnehmung: Die PatientInnen berichteten selbst von einer umfassenden Schwäche bzgl. der Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit, der eigenen Grenzen und der eigenen Möglichkeiten. In den Interviews waren einzelne TeilnehmerInnen in der Reflektion und Verbalisationsfähigkeit konkreter Befindlichkeiten gehemmt oder beeinträchtigt. In diesem Fall waren zusätzliche Gespräche mit Betreuungspersonen hilfreich, um die Ursache dafür einschätzen zu können. Meist zeigt sich diese Schwäche in allen Kontakten und nicht nur als Spezifikum der Interviewsituation. Innerhalb der Interviewsituation wurde auch direkt weiter exploriert, um zu erfassen, den mangelnden Selbstauskünften eine tatsächliche Schwäche zugrunde liegt.

Verzerrte Selbstdarstellung: Einige StudienteilnehmerInnen gaben Selbstauskünfte, die jedoch von der Beschreibung ihrer Betreuungsperson abweichen. Dies könnte mit spezifischen Krankheitsbildern assoziiert sein. Aus den Befragungen geht hervor, dass die PatientInnen ihre Situation nicht

absichtlich verfälscht darstellen. Was sie erzählen spiegelt ihren inneren Bezugsrahmen wider und zeigt auf, wie sie sich, die Umwelt und die Zukunft wahrnehmen. Diese „kognitive Triade“ ist bei vielen psychischen Erkrankungen verzerrt und ist in einigen v.a. kognitiv orientierten Psychotherapien direkter Gegenstand der Behandlung. Für Betreuungsperson von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte der Ansatzpunkt sein, die Personen in ihrem persönlichen inneren Bezugsrahmen abzuholen, zu versuchen, sie zu verstehen und bei dysfunktionalen Kognitionen auf eine Änderung abzielen.

Fehlattribution von Ursachen: Bei den vergleichenden Analysen ist aufgefallen, dass Problemursachen aus Patientensicht oft externalisiert werden (das Problem ergibt sich aus Situationseigenschaften) und von Betreuungspersonen eher internal attribuiert werden (das Problem ergibt sich primär aufgrund von Eigenschaften oder Verhaltensweisen der Person und nicht aufgrund von Situationseigenschaften). Dies ist jedoch ein bekanntes, allgemeines sozialpsychologisches Phänomen, das nicht zwingend als speziell erkrankungsbedingt zu interpretieren ist.

Mangelnde Problemmunikation: Von Fachpersonen wurde häufig expliziert, dass PatientInnen bei der Arbeit oder in der Therapie ihre Probleme zu wenig kommunizieren. Daraus resultiert, dass die Personen von aussen anders wahrgenommen werden (z.B. als leistungsfähig, obwohl sich die Person selbst stark belastet fühlt), Verhalten falsch bewertet wird (als unmotiviert, obwohl Ängste oder Antriebshemmungen die Teilnahme beeinträchtigen) oder die Personen über- oder unterfordert werden (in Therapie oder am Arbeitsplatz). Betroffene selbst erklären dieses Verhalten oft situativ bedingt, so z.B. wenn Angst vor Stigmatisierung in Arbeitsbeziehungen vorherrschen oder Ungeduld beim Gesprächspartner (z.B. einem Arzt) spürbar wird. Zeit und Raum für Gespräche bereitzustellen und Auffälliges offen zu thematisieren, auch Positives zurückzumelden, sollte in therapeutischen Gesprächen sowie in Mitarbeitergesprächen fest installiert werden.

Diese vorläufigen Erklärungsansätze liefern Hinweise auf Förderbereiche und auf Kriterien bei der Begutachtung und Betreuung von Personen mit psychischen Erkrankungen. Für generalisierbare Schlüsse und differenziertere Aussagen, bspw. welche Störungsbilder mit diesen spezifischen kognitiven und kommunikativen Stilen verknüpft sind, sind weitere fallspezifische Vergleichsanalysen an grösseren Stichproben notwendig.

4 Fazit und abschliessende Handlungsempfehlungen

Die im Folgenden genannten Empfehlungen basieren auf einer von den AutorInnen vorgenommenen Auswahl aus allen identifizierten und im Gesamt-Codierkatalog aufgeführten positiv bewerteten bzw. als förderlich eingeschätzten Massnahmen. Insofern wurde hier eine Priorisierung im Sinne einer Auswahl von besonders relevanten Verbesserungsmassnahmen vorgenommen. Überlegungen zu Zuständigkeiten oder Verantwortungsbereichen einzelner Institutionen oder politische und gesetzliche Rahmenbedingungen haben dabei keine Rolle gespielt. Es wurde aber versucht, die Empfehlungen möglichst handlungsnah und praxisorientiert zu formulieren und, wo möglich, den aktuellen Forschungsstand zu integrieren.

4.1 Zu Fragestellung 1 (Einflussfaktoren)

Für eine zielorientierte Eingliederungsplanung wurden **Personenfaktoren** aus unterschiedlichen Funktionsbereichen identifiziert, die in der Abklärung und Behandlung von Arbeitsunfähigkeit eine bedeutsame Rolle spielen. Über erkrankungsbedingte und arbeitsrelevante Personenfaktoren lassen sich Probleme und Ressourcen in berufsbezogener Kompetenz (also dem Leistungspotential) und Performanz (also konkret gezeigtem Leistungsverhalten) aufklären und individualspezifische Förderbedarfe abklären. Neben objektiv beobachtbaren Verhaltensmustern (bspw. Therapieteilnahme, Abbruch von Tätigkeiten, Durchhaltevermögen, Verlangsamung) sind es besonders Erlebens- und Denkweisen (Kognitionen) der Betroffenen (bspw. Behandlungszufriedenheit, Selbstüberforderung, Leistungsorientierung, Misserfolgserwartung), die Arbeits- und Erkrankungsprozesse moderieren. Diese sollten direkt erfragt oder aus wiederholten Fremdbeobachtungen erschlossen werden und in die Diagnostik wie auch in die Förderung aufgenommen werden.

Zentrale Personenmerkmale, wie Motivation und Krankheitseinsicht, sind veränderliche Variablen, die situativen Einflüssen unterliegen und dementsprechend wiederholt und situationsbezogen für aktuelle Entscheidungen für oder Bewertungen von Integrationsprozessen reflektiert werden müssten. Die extrahierten störungsinduzierten Erlebens- und Verhaltensmuster unterliegen starken Schwankungen, die wiederum als direkt mit der Arbeitsfähigkeit und Motivation verbunden bewertet werden. Die individuelle, aktuelle Erkrankungsphase muss also für arbeitsrehabilitative Schritte berücksichtigt werden. Sie sollte nicht nur anhand medizinischer Kriterien bewertet werden, sondern auch die persönlichen Bewertungen der Krankheitsfolgen durch den/die PatientIn selbst beinhalten.

Einflussreiche Faktoren aus dem **Arbeitsumfeld** wurden in strukturellen und personalen Bedingungen von Betrieben im ersten oder zweiten Arbeitsmarkt definiert. Diese bestimmen darüber, ob Arbeitsplatzgestaltung und Tätigkeitserfordernisse gesundheits- und integrationsförderlich oder –hinderlich sind und dadurch als Anreize oder als Stressoren wirksam werden können. Vor allem aber der Führungsstil von ArbeitgeberInnen bzw. das Anleitungsverhalten von Integrationsfachpersonen konnten durch die Analyse der Erlebnisberichte als Qualitätskriterien identifiziert werden, die für Personen mit psychischen Erkrankungen bei der Arbeit förderlich sind. Je nach Förderbedarf und je nach persönlichem Arbeits- und Bewältigungsstil kann demnach ein leistungsorientierter Führungsstil (Fokus auf bestmöglichem Leistungsergebnis), ein mitarbeiterzentrierter Führungsstil (Fokus auf

individuellen Bedürfnisse oder Teamqualität) oder ein ressourcenorientierter Führungsstil (Fokus auf Erhalt oder Förderung individueller Kompetenzen) den Eingliederungsprozess optimieren.

Dem **Sozialen Umfeld** kommt als sozialem Empfangsraum nach einem stationären Aufenthalt eine hohe Bedeutung zu. Im Umfeld liegen Risiken und Chancen. Die pathologischen Verstrickungen im Familiensystem beispielsweise können die psychische Belastbarkeit in kürzester Zeit wieder überfordern. Das Verständnis, die Sensitivität und die Ressourcen von Freunden oder Familie können den Transfer von therapeutisch Erarbeitetem (bspw. ein erarbeitetes adäquates Krankheitsverständnis und –verhalten, eine erhöhte Selbstfürsorge) und rehabilitativ Angestrebtem (bspw. ein Eintritt in eine Umschulungsmassnahme) sichern und fördern.

4.2 Zu Fragestellung 2 (Schnittstellen)

Durch die Interviews, in denen ausdrücklich Erfahrungsberichte zum therapeutischen und rehabilitativen Versorgungssystem erfragt wurden, gelang eine Aufzeichnung und Charakterisierung von Informationsflüssen oder –behinderungen zwischen beteiligten Versorgungseinrichtungen und –personen. Insbesondere die Beurteilung der diagnostischen Massnahmen, der Kontakte und Betreuung durch die IV legen aus Betroffenen­sicht und flankierend (ko)operierenden Behandlern viele Verbesserungswünsche frei, die sich über eine persönlichere und transparentere Vorgehensweise konkret und gut realisieren liessen. Die Massnahmen der IV sollten darauf abzielen, vermehrt und gezielter rehabilitationspsychologisches Wissen bei Abklärung und Förderung zu integrieren und den psychosozialen Besonderheiten von Personen mit psychischen Erkrankungen durch eine intensivierete, personenbezogene, länger angelegte Betreuung zu begegnen.

Für Psychiatriepatientinnen und –patienten steht sehr oft nach einem akuten Krankheitsschub, der eine stationäre Behandlung erforderte, eine umfassende berufliche Um- oder Neuorientierung an. Dem entgegen werden gerade für diese Übergangsphasen Mängel im rehabilitativen Betreuungssystem dokumentiert. Versäumnisse und Fehlentscheidungen durch das Versorgungssystem entstehen z.B., weil Anschlussmassnahmen nach einem stationären Psychiatrieaufenthalt oder einer berufsintegrativen Massnahme nur ungenügend oder sehr verzögert erfolgen oder die Zuständigkeiten unklar oder zu bereichsspezifisch von den einzelnen Institutionen gesteckt sind.

Auf Personenebene sehen sich die Betroffenen mit der Inanspruchnahme und der Selbstorganisation geeigneter Hilfen überfordert. Viele bereits bestehende Massnahmen – auch die der IV - sind ihnen nicht bekannt oder die definierten Voraussetzungen hemmen Betroffene. Hier übernehmen – in stationärem Rahmen der Sozialdienst und ambulant die behandelnden Psychiater - wichtige vermittelnde Funktionen.

Transparente Kommunikationsmuster zwischen allen Beteiligten würden den Transfer von Lernerfahrungen sichern und den vielfach beschriebenen sozialen Hemmungen und Schwächen entgegenwirken.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das aktuelle Versorgungssystem immer noch als strukturorientiert (Stichwort gegliedertes System) darstellt, das von den betroffenen Personen eine Anpassung an die bestehenden Strukturen verlangt. Als Zielsetzung künftiger Verbesserungsmassnahmen ist zwingend eine Entwicklung hin zu einer personenorientierten Versorgung zu fordern, die

sich über strukturelle Bedingungen hinweg den Erfordernissen des individuellen Falls und dem Bedarf der Betroffenen anpasst.

4.3 Zu Fragestellung 3 (Ansatzpunkt für Präventionsmassnahmen)

Aus der differenzierten Darstellung der Ergebnisse und den Erkenntnissen im Zusammenhang mit der bisherigen Forschung und Praxis können zentrale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Personen mit psychischen Erkrankungen von Seiten der involvierten Personen und Institutionen und von Seiten der Bedingungen aus sozialem Umfeld, Therapie und Arbeitsumfeld benannt und zueinander in Beziehung gestellt werden. Mit dem qualitativen Vorgehen bei Erhebung und Auswertung wurden komplexe Wirkungszusammenhänge analysiert und deren individuelle Bedeutung für betroffene PatientInnen und deren berufliche Integrationschancen konkret und verhaltenswirksam erfasst. Aus den analysierten Wirkgefügen liessen sich konkrete Qualitätskriterien für Diagnostik, Integrationsplanung, Platzierung und Betreuung von Personen mit psychischen Erkrankungen ableiten, von denen im Folgenden Handlungsempfehlungen für einige Versorgungsbereiche zusammengestellt werden.

Ansatzpunkte für **präventive Massnahmen** gegen berufliche Desintegrationsprozesse und gegen Frühberentung umfassen zum einen strategische, organisatorisch-strukturelle und zum anderen operative Massnahmen für personenbezogene Hilfen für Personen mit psychischen Erkrankungen. Verbesserungswürdiges zeigt sich auf sämtlichen Ebenen – politisch, wirtschaftlich, gesellschaftlich, für die therapeutische Versorgung, in Eingliederungs- oder in Wirtschaftsbetrieben, innerhalb der Aufbau- und Ablauforganisation der IV und im sozialen Versorgungsnetz allgemein. Die folgende Aufstellung der Empfehlungen nach Interventionsbereichen ist lediglich künstlich getrennt. Es werden vor allem diejenigen Handlungsempfehlungen ausgesprochen, die für die IV auf struktureller und auf operativer Ebene relevant sind. Zunächst werden generelle Bewertungen der bestehenden präventiven Hilfen gegen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit dargestellt. Darauf folgen für ausgesuchte Bereiche konkrete Handlungsempfehlungen.

4.3.1 Handlungsempfehlungen für primärpräventive und früh einsetzende Hilfen

Aus den Ergebnissen zu personalen Einflussfaktoren folgt: Primärpräventive Ansätze sind extrem wichtig, um weit reichende Auswirkungen von z.B. Entwicklungsstörungen oder –verzögerungen auf die weitere persönliche Entwicklung und damit letztendlich auch auf die berufliche Perspektive möglichst zu verhindern. Für die Prävention von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit wurden aus den Fallanalysen die Schulzeit und die Berufsfindung als wichtige Phasen in der beruflichen Entwicklung identifiziert. Berufsfördernde Hilfen müssen bereits in den ersten Einrichtungen greifen, in denen junge Menschen sich der Leistungsthematik stellen- in Schule und Ausbildung. Die Fallanalysen verdeutlichen, dass psychische Erkrankungen und daraus resultierende Lern- und Leistungsprobleme bei betroffenen Auszubildenden oder Berufstätigen viel zu spät und zu undifferenziert erfasst und lange keine adäquaten Therapie- und Integrationsangebote bereitgestellt werden. Auf strategischer Ebene sollte der Einsatz und die Finanzierung von Massnahmen zur Früherkennung und Intervention gegen psychosoziale und leistungsbezogene Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen dis-

kutiert werden, um im Fall einer sich abzeichnenden Leistungs- und Integrationsproblematik schnell, adäquat und konsequent auf Störungen reagieren zu können. Lehrer und Ausbilder sind neben vermehrt einzusetzenden schulpсихologischen Diensten relevante Bezugspersonen, die für eine effektive Früherfassung sensibilisiert werden sollten. Bei Bedarf sollten fallspezifisch spezielle Dienste eine niederschwellig zu erreichende Förderung einleiten können, mit denen die Integration ins Erwerbsleben nachhaltig unterstützen werden kann. Analog dem Projekt BWB- BerufswegBereitungs-Case Management Berufsbildung¹², könnte ein speziell qualifizierter Case Manager die Hilfen im Berufsbildungsprozess von Jugendlichen systematisch koordinieren, die in Ausbildung und Beruf zu scheitern drohen.

Bei der herausgestellten Bedeutung der Primärprävention muss betont werden, dass diese nicht im Zuständigkeitsbereich der IV liegt. Strategische Schritte zugunsten nachhaltiger, primärpräventiv wirksamer Massnahmen müssen auf gesetzlicher und politischer Ebene geregelt werden.

4.3.2 Bewertungen und Empfehlungen für sekundärpräventive Hilfen

Interventionen durch die IV greifen auf sekundärer oder tertiärer Präventionsebene, weil für Leistungen der IV eine bereits diagnostizierbare Erkrankung und daraus resultierte berufliche Beeinträchtigung Voraussetzung ist. Auf strategischer Ebene empfiehlt sich ein institutionsübergreifender Dienst, der durch ein Case-Management die Frühförderung koordinieren könnte, noch bevor die Betroffenen Arbeitsplatzverluste verzeichnen oder die durch Studien belegte schnelle Abwärtsspirale der Wechselwirkungen von psychischer Erkrankung und psychosozialer Beeinträchtigung unaufhaltsam ist. Die Krankenkassen dürften Betroffene eher in der Phase erfassen können, in der Arbeitgeber von Unterstützung bei der Betreuung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen profitieren.

Sekundärpräventiv engagiert sich die IV bei Fällen drohender Invalidität mit Massnahmen zur Früherkennung (beruflicher) Erkrankungsfolgen und der Frühförderung, sowie mit Massnahmen zur Verhinderung von Schwierigkeiten am bestehenden Arbeitsplatz oder von beruflicher Desintegration. Die durch die Studie analysierten Erkrankungs- und Rehabilitationsverläufe lassen erkennen, dass der Versuch, von Invalidität bedrohte Personen früh zu erfassen, bevor es zum Ausstieg aus dem Berufsleben kommt, nur selten gelingt. Stationär behandelte PatientInnen haben meist bereits eine lange und folgenreiche berufliche Desintegration zu verzeichnen. Ansatzpunkte für eine optimierte Früherkennung sind daher bei den „Erstbehandlern“ gefunden, wofür die in den letzten Jahren intensivierte Aufklärung über IV-Leistungen und –Bedingungen verzeichnet wurde. Dennoch sind Leistungen der IV im selben Mass wie psychische Erkrankungen in der Bevölkerung mit einem Stigma versehen. Öffentlichkeitsarbeit der IV sollte an den relevanten Systemen ansetzen, wo soziale Bewertungen in einem öffentlichen, aber doch verbindlichen Raum stattfinden, etwa im Ausbildungs- und Arbeitsumfeld.

¹² www.afbb.bl.ch

Die folgenden Verbesserungsmassnahmen verstehen sich als Handlungsempfehlungen in IV-relevanten Aufgabenbereichen und Aktivitäten, die aus den inhaltsanalytischen Auswertungen gewonnen wurden. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die IV nicht zwingend für die Umsetzung dieser Massnahmen verantwortlich ist. Welche Institutionen für deren Implementierung zuständig sind, ist letztendlich für jede einzelne Massnahme zu prüfen. In den Fällen, in denen die Zuständigkeiten nicht eindeutig identifizierbar sind, müssten die bestehenden gesetzlichen Grundlagen geprüft und gegebenenfalls präzisiert werden, um eine adäquate Umsetzung sicherzustellen.

- Information und Sensibilisierung von Betrieben zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung und psychische Erkrankungen
- Zentrale Anlaufstellen zur Beantwortung aller Fragen zu den Themen Arbeit, Gesundheit und IV
- Konzipieren, Durchführen, Evaluieren von Projekten
- Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch über IV-relevante Angebote, die z.B. von Betrieben genutzt werden können
- Weiterbildungsseminare für Führungskräfte

Bei Anmeldung eines Leistungsgesuchs bei der IV sind bereits verschiedene Fachleute involviert, deren Wissen und Engagement meist unkoordiniert sind und das die IV zur Abklärung von bestehenden Arbeitsproblemen und –möglichkeiten nicht ausreichend nutzt. Zugunsten einer effizienteren Fallführung sollten früh und interinstitutionell die Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten geklärt werden.

Die Kooperation der IV mit anderen Einrichtungen, bspw. öffentlichen Berufsberatungen oder Sozialversicherungen und auch mit dem medizinischen Versorgungssystem wurde als verbesserungswürdig beschrieben. Durch fallspezifische AnsprechpartnerInnen bei der IV und persönlicher und transparenter gestalteten Informationsflüssen könnte die beiderseits gewünschte interinstitutionelle Kooperation realisiert werden.

Aus den Studienergebnissen lässt sich insgesamt ableiten, dass mehr Zeit und personelle Ressourcen in die Phase der Abklärung und Hilfeplanung investiert werden muss.

Wie in der Arbeits- und Organisationspsychologie seit langem propagiert, ist die Passung von persönlicher Eignung und Neigung einerseits und den Anforderungen einer Tätigkeit andererseits entscheidend für eine erfolgreiche Platzierung. Dementsprechend sollten als grundlegende und entscheidende präventive Massnahmen die arbeitsdiagnostische Eignungsabklärung und das Einrichten einer geeigneten Tätigkeit besonders sorgfältig erfolgen. Dabei zu beachten gilt, dass zwar möglichst zeitnah und lückenlos eine berufliche Integration erfolgen sollte, eine im Erkrankungsverlauf zu frühe auf Leistungssteigerung abzielende Intervention aber auch schaden kann. Indizien für den „richtigen Moment“ oder die „Reife“ der einzugliedernden Person geben positive Ausprägungen der ermittelten krankheitsbezogenen und arbeitsbezogenen Personenmerkmale, insbesondere funktionale und flexible Kognitionen bezüglich der eigenen Leistungs- und Integrationsfähigkeit und deren Fördermöglichkeiten.

Sowohl bei Befragten der ExpertInnen-Stichprobe als auch bei Befragten der PatientInnen-Stichprobe werden die subjektiven Erfahrungen mit den jeweiligen Erkrankungsverläufen, aber auch mit Integrationsprozessen als entscheidende, die Entwicklungs- und Motivationsprozesse beeinflussende Faktoren benannt. Früh ansetzende Massnahmen und auch die Förderung junger Menschen,

deren Krankheitswissen und berufliche Vorstellungen noch unintegriert sind, sollten durch niederschwellige und flexibel steuerbare Arbeitsproben und Praktika erlebnis- und vertrauensstiftend gestaltet werden.

4.3.3 Bewertungen und Handlungsempfehlungen in der Teriärprävention

Massnahmen der Tertiärprävention verfolgen das Ziel, das Fortschreiten einer bereits manifesten Erkrankung oder Komplikationen v.a. am Arbeitsplatz zu verhindern und / oder die berufliche Wiedereingliederung zu fördern.

Zur Vorbeugung von beeinträchtigenden Arbeitsfolgen oder zur Verhütung der Verschlimmerung beruflicher Probleme bedarf es einer offenen Problemmunikation und -lösungssuche am Arbeitsplatz. Gerade diese ist aber durch gefestigte Konflikte erschwert und es bedarf einer fachlichen Aufklärungs- und Vermittlungshilfe. Die Aufklärung der Arbeitgeber wurde in einigen Fällen erfolgreich durch therapeutische Bezugsbetreuer oder den Sozialdienst durchgeführt, wonach sich das Verständnis der Vorgesetzten verbesserte, dass Arbeitsprobleme aufgrund der konkret benannten psychischen Beeinträchtigungen ergeben und es Veränderungen oder Interventionen am Arbeitsplatz bedürfe. Kliniken sollten bei bestehender fachlicher Kompetenz hierfür mehr personelle Ressourcen stellen. Eine situationsbezogene Unterstützung und personbezogene Begleitung im Wiedereingliederungsprozess könnte am ehesten durch einen eingesetzten Jobcoach geleistet werden.

Bei sämtlichen Massnahmen zur beruflichen (Re-) Integration sollte die Fachkompetenz von Therapeuten und Integrationsfachpersonen verstärkt eingesetzt werden, um am Arbeitsplatz auf Rückfälle und Krisen vorzubereiten. Ausserdem wurden für diese Massnahmen verschiedene Arbeits- und Förderbedingungen identifiziert, die im Berufsberatungsprozess entsprechend der individuellen Leistungsproblematik und den persönlichen Arbeitsbedürfnissen angepasst werden sollen.

Wichtig für Lernprozesse von Personen, die vielfach mit (Selbst-) Stigmatisierung zu kämpfen haben, scheint ein sicheres Lernumfeld, in dem Aufgaben flexibel und gut strukturiert abgestimmt und eine Fähigkeitserprobung unter Selbst- und Fremdkontrollen ermöglicht werden. Für eine optimierte Platzierung sind Hinweise aus der Arbeitsbiographie oder aus aktuell gezeigtem Arbeitsverhalten in einem vorgeschalteten Probearbeiten in der Arbeitsrehabilitation zu entnehmen.

Von Arbeitsunfähigkeit Betroffene sollten auch aus gescheiterten beruflichen Anstrengungen heraus Chancen aufgezeigt bekommen, wie sie auf diese Erfahrungen aufbauen können. Die begleitenden Fachpersonen könnten durch die Analyse von Verlaufsdaten wichtige Hinweise erhalten, welche Förderbedingungen in dem spezifischen Eingliederungsfall optimiert werden müssen.

4.3.4 Empfehlungen für ausgesuchte Interventionsbereiche der IV

Im Folgenden wird nochmals der Frage nachgegangen, welche Massnahmen für welche Zielgruppe am effizientesten entwickelt und eingesetzt werden sollten („Wer profitiert von was“). Auch in diesem Abschnitt lässt das Aussprechen einer Empfehlung nicht die Schlussfolgerung zu, dass deren Umsetzung zwingend im Zuständigkeitsbereich der IV liegt. Die Realisierung eines integrierten Konzeptes beispielsweise, bei dem psychiatrische und berufliche Integrationsmassnahmen ineinander ver-

zahlt und aufeinander abgestimmt erfolgen, muss nicht unbedingt von der IV angestossen und umgesetzt werden. Die IV spielt allerdings als einer der Player in diesem Prozess eine wesentliche Rolle und kann, wie die anderen beteiligten Player auch, ein integriertes Konzept unterstützen.

Die aufgezeigte Komplexität der Bedingungen und die vielfältigen Wechselwirkungen bei der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit psychischen Erkrankungen machen deutlich, dass für die empirische Überprüfung und die abschliessende Beantwortung der Frage zunächst sämtliche Einflussgrössen definieren werden müssen:

WER: Psychisch erkrankte Personen stellen eine extrem heterogene Gruppe dar. Für die Teilhabe der betroffenen Person an Arbeit, Familie und Gesellschaft ist, wie im Krankheitsfolgenmodell der WHO beschrieben, weniger die zugrunde liegende Erkrankung (in diesem Fall definiert über die psychiatrische Diagnose) entscheidend, als vielmehr die (von vielen weiteren Faktoren beeinflusste) Funktionseinschränkung der Person. In Untersuchungen wie auch in der Versorgungspraxis sollte daher die heterogene Gruppe von Personen mit psychischen Störungen eher nach Funktionseinschränkungen statt nach Diagnosen unterteilt werden.

PROFITIEREN: Die Frage „Wer profitiert von was“ beinhaltet die implizite Bewertung des Effekts einer Massnahme als positiv oder negativ. Bei der Beantwortung dieser Frage ist genauer zu spezifizieren, was genau als positiver, was als negativer Effekt gewertet wird. Das globale Erfolgskriterium „Platzierung im ersten Arbeitsmarkt“ stellt bestenfalls ein Grobziel dar, das für die individuelle Massnahmenplanung in Teilziele zu untergliedern ist. Erfolgsabsichten und –kriterien müssten für jeden Abschnitt eines längerfristigen (Wieder-)Eingliederungsprozesses definiert werden, um die Wirksamkeit von (Teil-)Massnahmen beurteilen zu können.

WAS: Wie die Befragungen von PatientenInnen wie auch von Professionellen zeigen, werden Massnahmen sowohl uneinheitlich zugesprochen als auch unterschiedlich ausgeführt. Im vorliegenden Bericht wurden optimierende Handlungsempfehlungen zur Gestaltung der Massnahmen gegeben. Diese können und sollten in Richtlinien münden, die in die Praxis implementiert und deren Umsetzung dann evaluativ begleitend untersucht werden sollten. Hier können Erkenntnisse aus der Arbeits- und Organisationspsychologie ebenso wie aus der Evaluationsforschung herangezogen werden, um sowohl die Massnahmenentwicklung wie auch deren Implementierung zu unterstützen.

Im Wissen um den noch bestehenden Präzisierungsbedarf der genannten Grössen werden im Folgenden dennoch Handlungsempfehlungen für die IV ausgesprochen, die auf der vorliegenden Wissensbasis vertretbar und aus Sicht der AutorInnen zielführend sind.

Die IV sollte bei Wiedereingliederungsbemühungen folgende Systeme und deren Passung im Blick haben:

a) das *individuelle System*, in dem durch persönliche Betreuung und Förderung die personellen Bedingungen für eine berufliche Wiedereingliederung abgeklärt und optimiert werden.

Die Eingliederung auf der individuellen Ebene verläuft in zu analysierenden Phasen, für die zielgerichtete Empfehlungen ausgesprochen wurden:

- Fallaufnahme – niederschwelliger Einstieg
- Profiling- ganzheitliche Abklärung
- Planung – gemeinsame und individualisierte Zielvereinbarung und Eingliederungsplanung

- Intervention – integrative Durchführung und koordinierte Leistungssteuerung
- Monitoring – ergebnisoptimierte Verlaufs und Erfolgskontrolle
- Evaluation - Ergebnisbewertung nach Qualitätskriterien.

b) das *therapeutische und rehabilitative institutionelle System*, in dem es um die Koordination von Sach- und Dienstleistungen und den Aufbau von Kooperationsbeziehungen geht.

Aufgabenbereiche des institutionellen Systems sind:

- Bedarfs- und Bestandsaufnahme (wann welche Leistungen durch wen)
- Ergänzung des verfügbaren Dienstleistungsangebots – bedarfsorientierte Konzeptentwicklung
- Ausbau der Kooperationsnetze – effizientere Informations- und Kommunikationswege.

Für beide Systeme ergeben sich folgende Handlungs- und Steuerungsbedarfe, die zur Unterstützung von Versicherten möglichst effektiv miteinander verknüpft werden sollten:

4.3.4.1 Rehabilitative Orientierung bei Diagnostik und Abklärung

Die Perspektive, die die IV-Stellen bei Diagnostik und Hilfeplanung einnehmen, ist in erster Linie eine medizinische. Zur Entscheidung nach dem Versicherungsrecht mögen psychiatrische Kriterien berechtigt und funktional sein und durch Fachärzte angemessen vorgenommen werden (vgl. Baer & Frick, 2009). Für weiterführende Entscheidungen nach der Zuständigkeitsklärung, ob und welche beruflichen Fördermassnahmen und Eingliederungshilfen einer berechtigten Person Erfolg versprechend sind, liegen nach den inhaltsanalytisch ausgewerteten Fallstudien viele differenzierte Personenfaktoren vor, die es bei Abklärung, Platzierung und Begleitung im beruflichen Eingliederungsprozess zu beachten gilt. Da es sich bei den Hilfen der IV um rehabilitative Massnahmen handelt, sollten bei der Eingliederungsplanung zwingend entsprechende Einflusskriterien der Erwerbs(un)fähigkeit herangezogen werden, die im Anschluss an eine therapeutisch-kurative Massnahme über die Eingliederungschancen mit und ohne Förderung bestimmen. Spätestens mit der IST-Analyse von Baer & Frick (2009) sind strategisch vorzunehmende Verbesserungen in Richtung integrierter ärztlich-rehabilitativer Abklärung wissenschaftlich begründet, die die vorliegende Studie mit ihrem prospektiven, qualitativen Ansatz detailliert unterstützt. Für die Erfassung der den Eingliederungserfolg entscheidend beeinflussenden Personenfaktoren, wie Motivation, Krankheitseinsicht oder (berufliches) Selbstbild wurden formale Qualitätskriterien für die Diagnostik herausgearbeitet. Dringend zu empfehlen sind die Formulierung valider Instrumente und Kriterien; die Durchführung mehrfacher Erhebungen mittels unterschiedlicher Erhebungsmethoden, sowie der Einbezug der Stellungnahmen unterschiedlicher Fachpersonen in das IV-Abklärungsverfahren.

4.3.4.2 Verknüpfung der therapeutischen Ziele und Massnahmen mit denen der Arbeitsrehabilitation bei der Eingliederungsplanung/ Integriertes Konzept

Veränderbarkeit und Wechselwirkungen verschiedener arbeits- und erkrankungsbezogener Personenfaktoren zeigen deutlich, wie wichtig ein integriertes (ganzheitliches) Verständnis und Konzept der beruflichen Integration ist: (Psycho)therapeutische und arbeitsrehabilitative Massnahmen zur beruflichen Integration sollten unbedingt ineinander verzahnt ablaufen, um den Besonderheiten psy-

chischer Störungen (z.B. der Instabilität) gerecht werden zu können. Hier stellt sich auf der strukturellen Ebene das Problem der gegliederten Zuständigkeiten mit verschiedenen Kosten- und/oder Leistungsträgern und verschiedenen Leistungserbringern. Auch auf operativer Ebene behindert die zunehmende Spezialisierung in der Versorgung eine institutions- und berufsgruppenübergreifende Versorgung: Die Psychiatrie behandelt primär biologische Komponenten der Störung, die Rehabilitation verfolgt primär psychosoziale Ziele und das Sozialwesen rechtliche Angelegenheiten. Die Herausforderung ist, sowohl auf der strukturellen wie auf der konkreten operativen Ebene der beteiligten Anbieter integrativer Massnahmen eine Schnittstellen überwindende Versorgung möglich zu machen, die die betroffene Person (und nicht die bestehenden Strukturen) in den Mittelpunkt stellt.

Die Fallanalysen verdeutlichen, dass die Ziele der medizinischen und der Psychotherapie nicht von denen der Rehabilitation zu trennen sind und nach Absprachen zwischen den unterschiedlichen Behandlungssettings verlangen. Durch den Einsatz eines Case-Managements würde am ehesten die übergreifende Rehabilitationsplanung gelingen, in dem die verschiedenen Behandlungsschritte von stationärer bis ambulanter Behandlung integriert und effektiv koordiniert werden. Probleme ergeben sich vor allem daraus, dass zur wirkungsvollen Umsetzung von Fallsteuerungen zusätzliche Kapazitäten freigestellt werden müssten, dass die verschiedenen Systeme z.B. stationärer und ambulanter Therapie noch immer nicht ausreichend verknüpft sind und sich für den Betroffenen Schwierigkeiten ergeben, sobald verschiedene Kostenträger beteiligt sind.

Für das therapeutische Team wird die Empfehlung ausgesprochen, Arbeit als relevantes Thema für eine ganzheitliche Therapie von Beginn der Massnahme an mit zu berücksichtigen, um allfällige rehabilitative Schritte integrieren zu können.

4.3.4.3 Leitlinien und Qualitätsmanagement für Abklärung und Förderung

Die eindeutige Beschreibung krankheits- oder arbeitsbezogener funktionaler Probleme wird als Voraussetzung für eine gezielte Prävention und Intervention gesehen.

In den ExpertInneninterviews und an einer Fachtagung für Jobcoaches im November 2009 in Olten wurde der Mangel an einheitlichen Förderkonzepten und an Standards für Abklärung und Erprobung berufsrelevanter Fähigkeiten aufgezeigt. Für den Bereich Arbeit sind zugrunde liegende Kriterien vielfach wissenschaftlich überprüft und ermöglichen eine realistische Definition der aktuellen Fähigkeiten sowie neuer Ziele. Bestehende Instrumente sollten für die Brauchbarkeit zur Abklärung durch die IV geprüft und zugunsten eines objektivierten Abklärungsassessments implementiert werden.

Für die konzeptuelle Entwicklung empfiehlt sich auf strategischer Ebene der fachliche Austausch, eine wissenschaftlich fundiert vorzunehmende IST-Analyse bestehender Förderbereiche und -verfahren, sowie eine Begleitevaluation zur deren Wirkmechanismen und Erfolgen für eine flächendeckende Implementierung sich bewährender Verfahren.

Spezifische rehabilitative Konzepte sollten sich nicht nach den medizinischen Diagnosen richten, sondern an den diagnostisch abgeklärten zu fördernden Funktionsbereichen. Insbesondere für sozial-kommunikative Beeinträchtigungen sollten Module für das arbeitsrehabilitative Setting entwickelt oder angepasst werden.

Die mit der Vermittlung betrauten IV-Stellen benötigen einen praxisnahen Einblick, um Arbeits- und Organisationsmerkmale von speziellen Eingliederungseinrichtungen abschätzen zu können und ent-

sprechend Personen mit psychischen Funktionsbeeinträchtigungen vermitteln zu können. Anhand der in der vorliegenden Untersuchung entwickelten Kriterien förderlicher Arbeitsbedingungen in speziellen Eingliederungsbetrieben sollten Qualitätskriterien für Anbieter beruflich rehabilitativer Leistungen entwickelt werden, die gezielt überprüft werden können. Eine enge Begleitung des Eingliederungsprozesses ermöglicht situationsadäquate Kontrollen und Modifikationen der Hilfe- und Betreuungsform, um Misserfolge zu vermeiden, die sich potenzierend auf den weiteren Erkrankungs- und Integrationsverlauf auswirken können. Durch spezifische praxisorientierte Coachings werden nahe am Alltagsgeschehen orientierte Interventionen sichergestellt.

4.3.4.4 Individualisierte Förderung

Eine auf die individuellen Problemlagen zugeschnittene Hilfestellung zur beruflichen Wiedereingliederung sollte in Form eines spezifischen, auf die komplexen Einflussbedingungen abgestimmten Massnahmepakets erfolgen. Leistungsziele und –grenzen sowie deren Bedingungen sollten individuell und situationsbezogen (z.B. je nach Erkrankungsphase) erhoben und abgestimmt werden. Ein wesentliches Element dabei ist die aktive Einbeziehung des Betroffenen in Planung, Zielvereinbarung und Umsetzung. Die den Studienergebnissen zufolge erforderliche Flexibilisierung der Renten- und Massnahmenzusprüche verlangt Änderungen auf strategischer Ebene, die erlauben, dass eine leistungssteigernde Förderung den individuellen Bedingungen angepasst anstatt an standardisierten Leistungsstufen orientiert erfolgen kann.

Hinsichtlich der Empfehlung, Angebote stärker zielgruppenziendifferenziert auszurichten, bedarf es genauerer Analysen, nach welchen Merkmalen Zielgruppen zusammengestellt werden sollen. Die Ergebnisse sprechen nicht für eine diagnosespezifische Ausrichtung der Hilfen, sondern vielmehr für eine Orientierung nach beruflichen Fähigkeiten und Bedürfnissen sowie sozialen Besonderheiten. Hierbei sollte die Wirkung der personenbezogen gestalteten Betreuung nicht unterschätzt werden. Für positive Verläufe wurde in den meisten Fällen die wahrgenommene präsente, engagierte und interessierte, motivierende und Vertrauen stiftende Unterstützung und Anleitung verantwortlich gemacht. Der Passung des Anleitungsstils sollte dabei unbedingt Beachtung geschenkt werden. Im Arbeitskontext können diese sozialen Merkmale zugunsten erfolgreicher Arbeitsabläufe über das fest installierte MitarbeiterInnen-Gespräch besprochen und wirksam werden. Dabei können unter Einbezug und Mitsprache des Mitarbeitenden Ziele und deren Sinnhaftigkeit für die Institution und die Person gemeinsam und bindend vereinbart werden. Vor allem Leistungskontrollen bergen Angst- und Konfliktpotential für PatientInnen und sollten daher nachvollziehbar erklärt und Ergebnisse anschaulich gestaltet und angemessen reflektiert werden.

4.3.4.5 Mitwirkung und Autonomie des Klienten

Die Abstimmung zwischen Personen mit drohender Invalidität, ArbeitgeberInnen und Rehabilitationsbegleitenden sollte als ein Prozess kontinuierlicher Adaptation gestaltet werden.

Durch die Fallanalysen konnte aufgezeigt werden, dass durch den Einbezug der Betroffenen bei Abklärung und Hilfeplanung die Anstrengungsbereitschaft und Zuversicht verbessert und damit die Prinzipien von Involvement und Empowerment realisiert werden können.

Die bei PsychiatricpatientInnen aufgezeichneten Wechselwirkungen von Erkrankungsvariablen, Kognitionen und Motivation legen nahe, dass bei der IV-relevanten Beurteilung der Mitwirkungspflicht andere Massstäbe angelegt werden sollten als z.B. bei körperlich Erkrankten. In Fällen, in denen eine mangelnde Motivationslage gerade Teil der Erkrankung sein kann, bedeutet das Feststellen mangelnder Mitwirkung nicht mehr als eine Bestätigung der Folgen einer psychiatrischen Erkrankung. Allein davon das Zu- oder Absprechen von Massnahmen abzuleiten greift deutlich zu kurz. Der viel zitierte Vergleich mit dem Alkoholkranken, der erst zu einer therapeutischen Massnahme zugelassen wird, wenn er „trocken“ ist, also bereits erfolgreich mit seiner Erkrankung umgehen kann, drängt sich hier auf. Die Lösung ist in einer individuelleren Prüfung der Gesamtsituation einer betroffenen Person zu sehen, in die die Einschätzungen verschiedener beteiligter Akteure einfließen. Darüber hinaus müssen das individuelle und aktuelle Krankheitsverständnis und die persönlichen Ziele und Erwartungen bei Integrationsbestrebungen als Interventionsziele offen thematisiert und behandelt werden. Diese Hinweise entsprechen motivationspsychologischen Erkenntnissen, wonach weniger die Anstrengungsbereitschaft als vielmehr die Erfolgs-/Misserfolgsorientierung und das (arbeitsbezogene) Selbstkonzept für Leistungsverhalten eine Rolle spielen (Heckhausen & Heckhausen, 2006).

4.3.4.6 Nachhaltige Begleitung

Die frühe Integration sollte nachhaltig wirksam begleitet werden. Die zeitlich unbegrenzte bedarfsorientierte Unterstützung hat sich als Stärke des Supported-Employment-Ansatzes erwiesen und sollte von der IV umgesetzt werden. Eine ausreichend stabilisierte und trainierte Person hat Selbstvertrauen und Copingstrategien entwickelt, um selbstgesteuert die Anpassung an sich in der freien Wirtschaft ständig ändernde Arbeitserfordernisse zu bewältigen. Der Transfer von in geschütztem Bereich Erlerntem gelingt nur schwer und bedarf einer kontinuierlichen Begleitung durch vertraute, Realitätsbezug vermittelnde, gut vernetzte Bezugspersonen. Eine Nachbetreuung sollte sich nicht an institutionsgebundene Zuständigkeiten orientieren, sondern an personbezogenen Zuständen und arbeitsbezogenen Umständen. Der Einsatz von Jobcoaches hat sich gerade bei Übergängen im Eingliederungsprozess als Erfolg sichernd erwiesen.

4.3.4.7 Schulung von Führungsqualitäten und Fachkompetenzen

Es sind, wie die Interviewanalysen und die Integrationsforschung allgemein zeigen, vor allem die sozialen Anforderungen und Merkmale, die für Personen mit psychischen Störungen zentrale Risikofaktoren im Arbeitsprozess zu bergen scheinen. Gerade diese beeinträchtigen ihre Eingliederungschancen und die Bereitschaft von ehemaligen oder potentiellen Vorgesetzten im ersten Arbeitsmarkt. Doch auch im geschützten Bereich wurde in Einzelfällen der Anleitungstil als unpassend, unqualifiziert und/oder integrationshinderlich bewertet. Information und Weiterbildung über psychische Erkrankungen werden für Anleiter von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen im ersten und zweiten Arbeitsmarkt als unerlässlich angesehen. Die Ziele von IV-Massnahmen sollten auch dahingehend erweitert werden, Führungskräfte und agogische Fachkräfte für den Einfluss ihres Führungsverhaltens auf ihre MitarbeiterInnen und ihre eigene Person zu sensibilisieren und ihren Umgang mit psychisch beeinträchtigten MitarbeiterInnen zu verbessern. Über Fortbildung, Supervision und Qualitätsmanagement sollten besonders folgende Kompetenzen geschult werden:

- Gesprächs- und Verhandlungskompetenz
- Beratungskompetenz
- Konfliktfähigkeit
- Moderationskompetenz.

Das persönliche Engagement, die Reflektions- und Kommunikationsfähigkeit sowie ein hoher fachlicher Standard für eine professionelle Anleitung sind den Studiendaten zufolge wichtige Erfolgsfaktoren für Eingliederungsmassnahmen.

4.4 Forschungsbedarf

Abschliessend lässt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse weiterer Forschungsbedarf formulieren, dem im Rahmen von weiterführenden Untersuchungen nachgegangen werden sollte.

Die zu Fragestellung 1 gefundenen **Einflussfaktoren der beruflichen Eingliederung** sollten *gewichtet* werden, um in einem späteren Schritt eine Priorisierung von Verbesserungsmassnahmen der Gewichtung entsprechend vornehmen zu können. Viel versprechend erscheint auch die weitere Untersuchung von *Indikatoren für spezifische Verläufe*. Als Methoden kämen, neben der Untersuchung *grösserer Stichproben*, eine *quantitative Überarbeitung* der vorliegenden Daten sowie die *Analyse von Zusammenhängen* verschiedener Faktoren (Code-Code-Beziehungen) in Frage.

Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten *Unterschiede zwischen Expertinnen und PatientInnen-Sicht* verdienen ebenfalls eine weitergehende Betrachtung. Neben der Verifizierung der hier vorgestellten Erklärungsversuche zu möglichen *Ursachen* (insbesondere zu beeinflussbaren kognitiven und sozialen Prozesse) dieser Diskrepanzen wäre insbesondere den Fragen nachzugehen, ob sich die Diskrepanzen im Prozess *verändern*, in welcher Weise damit umgegangen wird und welche *Konsequenzen* sich daraus ergeben.

Bezüglich der vertiefenden Untersuchung der **Schnittstellenproblematik** wären detaillierte Untersuchungen zu Planung, Zielabsprache, -kontrolle und Dokumentation der *Zusammenarbeit der verschiedenen am Eingliederungsprozess beteiligten „Player“* hilfreich. Sinnvoller Weise könnten hierbei die identifizierten Hauptkooperationspartner begleitet werden, für die dann konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit abgeleitet werden könnten. Aufgrund der gezeigten Relevanz des Themas sollte besonders der Frage nachgegangen werden, inwieweit es gelingt, rehabilitationspsychologisches Wissen (zu funktionalen und sozialen Folgen einer Erkrankung sowie deren Einflussfaktoren) mit medizinischem Wissen zusammenzuführen und dadurch optimale Rahmenbedingungen für eine berufliche Eingliederung sicherzustellen.

Schliesslich besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Entwicklung von **Konzepten für Eingliederungsmassnahmen**. Ausgehend von einer genaueren Identifikation des *Prozesses der Bewilligung und Einleitung von Eingliederungsmassnahmen* wäre besonders der Notwendigkeit einer *differentiellen Förderung* nachzugehen. Wie gezeigt wurde, verspricht ein nicht nach Diagnosen, sondern nach (beeinträchtigten) Funktionen differenziertes Massnahmenbündel am meisten Erfolg. Die zu untersuchende Frage wäre hier, welche *Funktionen zentral* sind und wie diese *am validesten zu erfassen* sind. Eine systematische Recherche nach (international) erprobten, praktikablen und

validen Erhebungsinstrumenten könnte hier zur Evidenzbasierung von weit reichenden Entscheidungen beitragen.

Weiter wäre zu untersuchen, welche *Förderstrategien* bei welchen Subgruppen am sinnvollsten eingesetzt werden sollten. Die relevanten Personenfaktoren („Skills“) sollten individuell gefördert werden, die Frage ist, welche Massnahmen in diesem Sinne zielführend sind. Ausgehend von den in der vorliegenden Studie identifizierten förderlichen Einflussfaktoren sollten *Leitlinien* für die Umsetzung und *Checklisten* zur Überprüfung von Massnahmen in den Bereichen Diagnostik, (Berufs)Beratung, Training oder Case-Management entwickelt werden. Diese Kriterienkataloge wären dann die Grundlage für die Evaluation auch umfassender Konzepte (beispielsweise das FEFI Konzept zur Früherkennung und Frühintervention).

Literaturverzeichnis

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, 12, 1-139.
- Adler, Y., Rauchfleisch, U., & Mülleians, R. (1996). Significance of concepts about illness attribution and treatment expectations in the initial treatment phase. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 46(9-10), 321-326.
- agile. (2006). Zurück in die Arbeitswelt mit der Unterstützung des Job Coach Projekts (Vol. 2): agile. [Webpräsenz]: <http://www.agile.ch/t3/agile/index.php?id=806>. Zugriff am 18.8.2009.
- Alverson, H., Carpenter, E., & Drake, R. E. (2006). An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 15-22.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: research and policy implications. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M., & Davies, R. R. (1995). Relationships between Psychiatric Symptomatology, Work Skills, and Future Vocational Performance. *Psychiatric Services*, 46(4), 353-358.
- Apfel, T., & Riecher-Rössler, A. (2005). Werden psychisch Kranke zu schnell in die Rente "abgeschoben"? *Psychiatrische Praxis*, 32, 172-176.
- Arling, V., & Spijkers, W. (2008). *Berufliche Reintegration von Rehabilitanden. Welche Faktoren beeinflussen die Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt*. Rehabilitationswissenschaftliches Seminar. Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg.
- Bachmann, R., & Furrer, C. (1999). Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, 1-70.
- Baer, N. (2006). *Probleme der Psychiatrischen (Früh-) Rehabilitation und Massnahmen im Kanton Basel-Landschaft*. Paper presented at the Symposium Frühzeitige Wiederintegration psychisch erkrankter Menschen, Psychiatrische Klinik Wil, 26.4.2006.
- Baer, N. (2007). *Hindernisse und Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung psychisch kranker Menschen*. Paper presented at the Symposium "Job trotz psychischem Handicap", 04.05.2007, Olten.
- Baer, N. (2007). *Hürden bei der Eingliederung psychisch kranker Menschen*. Paper presented at the Symposium Jubiläum 25 Jahre ESPAS Forum für Arbeitgeber, 22.7.2007.
- Baer, N. (2007). *Lebens- und Hilfebedürfnisse psychisch kranker Menschen im betreuten Wohnen*. Paper presented at the Symposium Wohnheim Weissenstein, 18.9.2007, Solothurn.

- Baer, N. (2007). Was brauchen KlientInnen, Betriebe und Fachleute, damit Eingliederung gelingen kann? *Pro Mente Sana aktuell*, 4, 18-20.
- Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? *Zeitschrift für Sozialhilfe (ZeSo)*, 1, 32-33.
- Baer, N., & Cahn, T. (2003). Psychiatrieplanung in einem fragmentierten Gesundheitssystem. *Public Health*, 4, 34-38.
- Baer, N., & Domingo, A. (2008). *Manipuliert, hilflos, wütend Erleben, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit schwierigen Persönlichkeiten am Arbeitsplatz*. Informationsveranstaltung, 11.3.2008, Basel.
- Baer, N., Domingo, A., & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert - Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Baer, N., & Frick, U. (2007). *Differenzierung der Invalidisierungen aus psychischen Gründen (Machbarkeitsstudie)*. BSV Forschungsbericht 2/07. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. BSV Forschungsbericht 6/09. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U., & Gautschin, D. (2006). Befragung von kleineren und mittleren Unternehmen im Kanton Baselland zu Hürden, Möglichkeiten und Anreizen der Anstellung von Menschen mit einer Behinderung. *Pro Mente Sana Jahrestagung*, 16./17.11.2006.
- Baumgartner, E., Greiwe, S., & Schwarb, T. (2004). Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz. *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, 1-36.
- Bayer, W. (2005). *Effekte stationär arbeitstherapeutischer Massnahmen bei schizophren erkrankten Menschen*. Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Tübingen.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual Placement and Support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30, 193-206.
- Becker, D. R., Xie, H., McHugo, G. J., Halliday, J., & Martinez, R. A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42(3), 303-313.
- Becker, P. (2001). Modelle der Gesundheit - Ansätze der Gesundheitsförderung. In S. Höfling & O. Gieseke (Eds.), *Gesundheitsoffensive Prävention - Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik* (pp. 41-53). München: Hans Seidel Stiftung.
- Becker, T., Born, A., Kalkan, R., & Kilian, R. (2006). *Evidenzbasierte Rehabilitation - Gesicherte Forschungserkenntnisse zur Rehabilitation chronisch psychisch erkrankter Menschen*. Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen. Ergebnisse der Forschung - Perspektiven aus der Praxis. Evangelische Akademie Bad Boll.
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1995). Psychiatric Symptoms and Work Performance Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 46(5), 508-510.
- Bell, V., Blumenthal, S., Neumann, N. U., Schuttler, R., & Vogel, R. (1988). Rehabilitation of pen-

- sion--which course do psychiatric patients follow after their first inpatient treatment in a psychiatric hospital? Results of a prospective longitudinal study. *Rehabilitation*, 27(2), 97-102.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 6.
- Bloch, F. S., & R., P. (2001). *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*. London: Transaction Publishers.
- Blumenthal, S., Bell, V., Neumann, N. U., Schuttler, R., & Vogel, R. (1986). Occupational handicaps as risk factors for the readmission of psychiatric patients hospitalized for the first time--results of a prospective longitudinal study. *Rehabilitation*, 25(3), 112-115.
- Bohny, C. L. (2004). Früherfassung von Arbeitsunfähigkeit: Was bringt die 5. IV-Revision? *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(38), 2031-2033.
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 244-275). Boston: Allyn & Bacon.
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345-359.
- Brenner, H. D., & Hoffman, H. (2004). Hospital beds are expensive for Swiss patients. *Psychiatrische Praxis*, 31(3), 166-168.
- Brugger, G. (1995). Providing and maintaining jobs for psychiatric patients--how can it be done? *Psychiatrische Praxis*, 22(6), 249-251.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2005). 5. IV-Revision: Verabschiedung Botschaft. Anhang 1: *Früherfassung von arbeitsunfähigen Personen zum Zweck der frühzeitigen Wiedereingliederung*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2007). Argumentarium: *Eidg. Volksabstimmung vom 17. Juni 2007: JA zur 5. IV-Revision*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/index.html?lang=de>. Zugriff am 20.11.2008.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2007). Faktenblatt 5. IV-Revision: *Früherfassung und Frühintervention*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/index.html?lang=de>. Zugriff am 20.11.2008.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2007). Faktenblatt 5. IV-Revision: *Integrationsmassnahmen als Vorstufe zur beruflichen Eingliederung*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/index.html?lang=de>. Zugriff am 20.11.2008.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2007). *Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen (KSIM)*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: http://www.bsv.admin.ch/vollzug/storage/documents/3098/3098_1_de.pdf. Zugriff am 21.11.2008.

- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, & Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD. (2006). *Projektdossier IIZ-MAMAC*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: www.iiz.ch/dokumente/DE/IIZ_MAMAC/IIZ_MAMAC_d_200610.pdf. Zugriff am: 20.11.2008.
- Burkhard, H.-P. (2008). "IIZ-MAMAC": *Nur der erste Schritt?* Paper presented at the symposium „Eine Pforte" für IV, ALV und Sozialhilfe? 28.4.2008, Aarau.
- Cahn, T., & Baer, N. (2003). *Folgeplanung II zum Psychatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft*. Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion.
- Cahn, T., & Baer, N. (2007). *Psychisch Kranke und Arbeit: Daten und Dynamik*. Paper presented at the symposium H+ Aktivkonferenz Psychiatrie, 27.4.2007 Liestal.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231.
- Champion, C. (2008). Gemeinsam gegen den Drehtüreffekt: Erste Erfahrungen mit MAMAC sind vielversprechend. *Soziale Sicherheit*, 3, 153-157.
- Champion, C. (2008). IIZ-MAMAC und die 5.IV-Revision. Drei Werkzeugkisten sind besser als eine. *Integration*, 1, 8-9.
- Condrau, M., Müller, C., Eichenberger, A., Gossweiler, L., & Rössler, W. (2001). Integration psychisch Kranker in die Arbeitswelt. *Psychiatrische Praxis*, 28, 270-274.
- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., et al. (2005). Results of a multisite randomized controlled trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 505-512.
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., R., M. W., Gold, P. B., Leff, H. S., et al. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948-1956.
- Cook, J. A., & Razzano, L. A. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Corbiere, M., Mercier, C., Lesage, A., & Villeneuve, K. (2005). Professional integration of individuals with a mental illness: an analysis of individual characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 722-733.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2007). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). *The Cochrane Collaboration*(4), 1-55.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322(7280), 204-208.
- Domingo, A., & Baer, N. (2003). Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 30, 355-357.

- Dummermuth, A. (2007). *Zielsetzungen und Erwartungen an Integrationsmassnahmen gemäss der 5. IVG-Revision*. Paper presented at the Symposium Arbeitsmarkt 2010 - Chance für alle?, ETH Zürich, 09.03.2007.
- Ebner, G. (2005). Psychisch Kranke sind schwer einzugliedern. Auswirkungen der IV-Revision auf psychisch Behinderte. *Neue Zürcher Zeitung*. [Webpräsenz]: <http://www.nzz.ch/2005/10/10/il/articleD6HJH.html>. Zugriff am 18.4.2009.
- Eidgenössische Invalidenversicherung. (2008). *Arztbericht: Berufliche Integration/Rente*. [Webpräsenz]: <http://www.ahv-iv.info/andere/00140/00236/index.html?lang=de>. Zugriff am: 20.11.2008.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI. (2007). Soziale Sicherheit. *Soziale Sicherheit*, 6.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI, & Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. (2006). *Die "Fünfte"*. Experten-Forum Fachkommission Berufliche Integration, 10.11.2006, Bern.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI, & Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. (2007). IV-Statistik 2007, *Statistiken zur Sozialen Sicherheit*, Bern: BSV.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI, & Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. (2007). *Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH)*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: www.bsv.admin.ch/vollzug/storage/documents/204/204_1_de.pdf. Zugriff am: 21.11:2008.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI, & Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. (2008). *Pilotversuche nach Art. 68quater IVG*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/02181/index.html?lang=de>. Zugriff am: 12.11.2008.
- Eidgenössisches Departement des Innern EDI, & Bundesamt für Statistik BFS. (2008). *Medienmitteilung. Wertschwankungsreserven vor Bewährungsprobe*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/22/press.html>. Zugriff am: 12.11.2008.
- Eikermann, B., & Reker, T. (1993). Results in extramural rehabilitation of chronic mental patients: 5-year follow-up study. *Rehabilitation*, 32(3), 171-176.
- Eikermann, B., & Reker, T. (1996). Rehabilitation of psychiatrically ill and handicapped patients--historical, conceptual and scientific aspects. *Gesundheitswesen*, 58(1 Suppl), 72-78.
- Engels, D. (1993). Medical and occupational rehabilitation of psychiatric patients. Results of concomitant research of rehabilitation facilities for psychiatric and handicapped patients. *Rehabilitation*, 32(4), 227-231.
- Evans, J. D., Bond, G. R., Meyer, P. S., Kim, H. W., Lysaker, P. H., Gibson, P. J., et al. (2004). Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 331-342.
- Feuz, P., & Leibundgut, Y. (2007, 23.04.2007). "Die Frage ist, wer in die IV gehört". *Der Bund*, p. 5.
- Fiedler, R. G., Ranft, A., Greitemann, B., & Heuft, G. (2005). Arbeitsmotivation - Diagnostikinstrumente und ihre Relevanz in der Patientenversorgung. *Psychotherapie Psychosomatik medi-*

- zinische Psychologie*, 55, 469-475.
- Fiedler, R. G., Schubmann, C., Heuft, G., & Greitemann, B. (2006). Arbeitsmotivation in der Rehabilitation - Überblick zur Diagnostik, Vorstellung und Diskussion neuer Befunde. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Eds.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartungen*. Bern: Hans Huber.
- Föhres, F., Kleffmann, A., & Weinmann, S. (2002). *Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (IDA)*. Siegen: Miro GmbH.
- Furrer, C., Bieri, O., & Bachmann, R. (2004). *Berufliche Massnahmen in der Eidg. Invalidenversicherung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht 6/04. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Galvao, A., Watzke, S., & Brieger, P. (2005). Abschlussbericht Projekt C 3: *Berufliche Rehabilitation und Integration psychisch Kranker - eine kontrollierte Studie zum Rehabilitationserfolg in zwei Einrichtungen mit gemeindenahem Konzept*. Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Galvao, A., Watzke, S., Gawlik, B., Huhne, M., & Brieger, P. (2005). Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Massnahmen. *Rehabilitation*, 44(4), 208-214.
- Geisen, T., Lichtenauer, A., Roulin, C., & Schielke, G. (2008). *Disability Management in Unternehmen in der Schweiz*. Forschungsbericht 03/08. Bern: BSV.
- Gobes, K. (1998). Rehabilitation for psychiatric and handicapped patients. "Haus Schutz" study of experiences and follow-up of rehabilitation of psychiatric and handicapped patient care 1992-1995. *Rehabilitation*, 37(4), 192-198.
- Gold, J. M., Goldberg, R. W., McNary, S. W., Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (2002). Cognitive Correlates of Job Tenure Among Patients With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1395-1402.
- Grahn, B., Ekdahl, C., & Borgquist, L. (2000). Motivation as a predictor of changes in quality of life and working ability in multidisciplinary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 22(5), 639-654.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati R. & Bernauer F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 5.ed. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Guggisberg, J., Egger, T., & Künzi, K. (2008). Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung. *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, 1-133.
- Gündel, H., Stadtland, C., & Huber, D. (2003). Sozialmedizinische Begutachtung und psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsempfehlung bei Patienten mit somatoformen Beschwerden und Rentenwunsch. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 53, 250-257.

- Haarschmidt, U., & Fischer, A. (2006). *AVEM: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster* (3 ed.). Frankfurt: Harcourt Test Services GmbH.
- Hammer, M., & Plossl, I. (2001). Relationship between illness, rehabilitation and work (ZERA)- a training program for medical-vocational rehabilitation of the mentally ill. *Rehabilitation, 40*(1), 28-35.
- Hartmann, J., Bahr, B., & Dickenberg, D. (1993). Occupational and vocational rehabilitation of psychiatric patients: a control and attribution theory approach to examining the effect of working conditions. *Rehabilitation, 32*(1), 26-39.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (eds.). (2006). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heijdel, W., & Prins, R. (2004). *Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern*, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Bern: BSV.
- Hillert, A., Koch, S., & Faller, H. (2008). Bericht zum 2. Reha-Symposium des Netzwerkes Rehabilitationsforschung in Bayern e.V. im Oktober 2007 in Prien zum Thema "Chronische Erkrankung und berufliche Realität - Neues zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation". *Rehabilitation, 47*, 131-132.
- Hoffman, H., Baettig, V., & Jäckel, D. (2004). Das Berner Job-Coach-Modell - ein wegweisender Ansatz. *Pro mente sana, 1*, 2004.
- Hoffman, H., & Jäckel, D. (2007). Nachhaltige Reintegration psychisch Kranker in die freie Wirtschaft. *Managed Care, 7/8*, 9-12.
- Hoffmann, H., & Kupper, Z. (2003). Predictive factors of successful vocational re-integration in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatrische Praxis, 30*(6), 312-317.
- Hossiep, R., & Paschen, M. (1998). *Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung (BIP)*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, M. (2000). Aspects of occupational disability in psychosomatic disorders. *Versicherungsmedizin, 52*(2), 66-75.
- Hubschmid, T., & Schaub, M. (1988). Long-term psychiatric patients in the workplace--a survey of employers. *Rehabilitation, 27*(3), 145-148.
- Informationsstelle AHV/IV. (2007). *Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.ahv-iv.info/andere/00134/00186/index.html?lang=de>. Zugriff am: 12.11.2008.
- Informationsstelle AHV/IV. (2007). *Das IV-Verfahren*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.ahv-iv.info/andere/00134/00186/index.html?lang=de>. Zugriff am: 12.11.2008.
- Informationsstelle AHV/IV. (2007). *Früherfassung und Frühintervention*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.ahv-iv.info/andere/00134/00186/index.html?lang=de>. Zugriff am: 12.11.2008.
- Informationsstelle AHV/IV. (2007). *Invalidenrenten und Hilflosenentschädigungen der IV*. Bern: BSV. [Webpräsenz]: <http://www.ahv-iv.info/andere/00134/00186/index.html?lang=de>. Zugriff am: 12.11.2008.
- IV-Stelle Wallis. (2006). *IIZ bzw. MAMAC im Kanton Wallis*. Medienkonferenz, 4. September 2006.

- IV-Stelle Wallis, & Group Mutuel. (2007). *Früherfassung und Wiedereingliederung. Leitfaden für den Arbeitgeber*. [Webpräsenz]:
http://www.corporatecare.ch/etc/medialib/documents/deutsch/corporatecare/infotheque/memos_juridiques.Par.0018.File.tmp/detection%20et%20reinsertion_d.pdf. Zugriff am 05.02.2010.
- Jack, M. (2007). *Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobs, H. E., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D., & Burkeman, D. (2002). Correlations Between Psychiatric Disabilities and Vocational Outcome. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(4), 365-369.
- Janke, W., & Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste (EWL). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kallert, T. W., & Leisse, M. (1999). Occupational status of Saxony social psychiatry service clients as a result of the reunification of Germany. *Psychiatrische Praxis*, 26(3), 133-138.
- Kessler-Schoch, U., & Wenk, M. (2004). *Berufliche Orientierung: Ein Kurs zur Förderung der beruflichen Rehabilitation von psychisch kranken jungen Erwachsenen ohne abgeschlossene Berufsausbildung*. Hochschule für Angewandte Psychologie, Zürich.
- Kielhofner, G., Marotzki, U., & Mentrup, C. (2007). *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis (Ergotherapie - Reflexion und Analyse)*. Berlin: Springer.
- Kin Wong, K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., & Ning Chiu, S. (2008). A Randomized Controlled Trial of a Supported Employment Program for Persons With Long-Term Mental Illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59(1), 84-90.
- Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., & Müller, B. (2006). *MELBA - Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit*. Siegen: Miro GmbH.
- Klimke, A. (2007). *Therapie und Rehabilitation schizophrener Patienten*. Vorlesung. Uni Frankfurt.
- Koch, S., Geissner, E., & Hillert, A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 97-109.
- Koch, S., Hedlund, S., Rosenthal, S., & Hillert, A. (2006). Stressbewältigung am Arbeitsplatz: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 16, 7-15.
- Kollmann, I., Fock-Putsch, F., Müller, R., Habersellner, E. M., & Hochfellner, S. M. (2006). Medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter in Österreich. *Soziale Sicherheit Online*, 8, 1-15.
- Kraak, B., & Nord-Rüdiger, D. (1989). *Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zur Kontrollüberzeugung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kriener, B., Neudorfer, E., Künzel, D., & Aichinger, A. (2004). *Gesund durchs Arbeitsleben. Empfehlungen für eine zukunfts- und altersorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein-*

und Mittelunternehmen. Wien.

- Kuhl, H., Junge, C., & Bader, K. (2007). Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patienten. Sind psychiatrische Patienten von negativen Entwicklungen am Arbeitsmarkt besonders stark betroffen? *Psychiatrie*, 2, 1-4.
- Küpper-Nybelen, J., Rothenbacher, D., Jacobi, E., & Brenner, H. (2003). Die prognostische Bedeutung von Variablen aus dem Qualitätssicherungsprogramm und dem Reha-Entlassungsbericht der LVA Baden-Württemberg für die Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit: Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie. *Rehabilitation*, 42, 335-342.
- Kurmann, S. (2007). *Arbeitsplätze für Menschen mit psychischer Leistungseinschränkung: Vorsondierung im Rahmen des FoP-IV*. Bern: BSV.
- Lang, K. (2003). *Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen*. Universität Hamburg, Hamburg.
- Langle, G., Borbe, R., & Koster, M. (2003). Concepts in early planning for vocational rehabilitation in schizophrenia patients during acute care. *Rehabilitation*, 42(5), 314-318.
- Langle, G., Koster, M., Mayenberger, M., & Gunthner, A. (2000). Trial employment: a provisional work setting for psychiatric patients. *Psychiatrische Praxis*, 27(4), 176-182.
- Längle, G., Welte, W., & Niedermeier-Bleier, M. (1997). Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 2, 479-490.
- Leonhardt, K. (1990). Vocational rehabilitation of psychiatrically handicapped people. *Rehabilitation*, 29(3), 186-191.
- Locher, T. (2005). *Invalidität, Invaliditätsgrad und Entstehung des Rentenanspruchs nach dem Entwurf zur 5. IV-Revision*, Jusletter vom 12.09.2005. [Webpräsenz]: <http://jusletter.weblaw.ch>.
- Lohr-Wiegmann, U. (1988). Occupational rehabilitation of psychiatrically handicapped patients--concomitant help in employment. *Rehabilitation*, 27(1), 14-17.
- Lukesch, H., & Peters-Häderle, K. (2007). *Regensburger Leistungs-Motiv-Inventar für Erwachsene (RLMI-E)*. Göttingen: Hogrefe.
- Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J., & Barreira, P. (2001). Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(4), 279-297.
- Marcus, B. (2006). *Inventar berufsbezogener Einstellungen und Selbsteinschätzungen (IBES)*. Göttingen: Hogrefe.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Matschnig, T., Frottier, P., Seyringer, M. E., & Fruhwald, S. (2008). Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen - ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis*, 35(6), 271-278.
- Mayring, P. (2003). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. (8. ed.). Weinheim: Beltz.

- Meier, P. (2008). *Die Umsetzung der 5. IV-Revision*. Paper presented at the Symposium asim - Fortbildungsveranstaltung. 6.2.2008, Basel.
- Meyer, T., & Blum, F. (2004). Der Alkoholpatient, sein Arzt und die IV. *Schweizerische Ärztezeitung*, 85(25), 1333-1340.
- Muche, R., Rösch, M., Flierl, S., Alt, B., Jacobi, E., & Gaus, W. (2000). Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemässig erhobener Parameter. *Rehabilitation*, 39, 262-267.
- Muller, P., & Worm, M. (1987). Unemployment in psychiatric patients. *Psychiatrische Praxis*, 14(1), 18-21.
- Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*. Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP). (2004). *Psychische Gesundheit - Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*: 1-71.
- Nerdinger, F. W. (2001). Motivation. In H. Schuler (Ed.), *Lehrbuch der Personalpsychologie* (pp. 354-356). Göttingen: Hogrefe.
- Nordt, C., Muller, B., Rossler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1420-1429.
- NRW-Forschungsverbund. (2006). Abschlussbericht des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften 2002-2006. *Deutsche Rentenversicherung*, 15, 1-240.
- Nussbaum, C., Riecher-Rössler, A., Grize, L., & Apfel, T. (2008). Nützen Behandlungsempfehlungen in psychiatrischen versicherungsrechtlichen Gutachten? *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 76, 160-165.
- Oster, J. (2007). "Wer profitiert?" - *Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der Psychosomatischen Rehabilitation*. Unpublished Dissertation, Universität Ulm, Ulm.
- Paulus, C., & Lauermaun, P. (2004). *Das multidimensionale Lernprofil: Zur Diagnostik von Lernfähigkeit*. Universität des Saarlandes, Saarbrücken.
- Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z., & Brenner, H. D. (2000). Vocational rehabilitation in chronic mental illness. The current position. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 68(2), 61-69.
- Pietzcker, A., & Schonhoff, M. (1999). Psychosocial rehabilitation today and tomorrow. Therapeutic adaptations to altered life styles. *Psychiatrische Praxis*, 26 Suppl 1, S1-2.
- Priebe, S. (1999). What are the goals of psychiatric rehabilitation, and which have been accomplished? *Psychiatrische Praxis*, 26 Suppl 1, S36-40.
- Prins, R. (2006). Mental health problems and disability pensions: trends and measures in a cross-national perspective. *Journal of Public Health*, 14, 371-375.
- Prinz-Kaltenborn, R. (2003). *Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-*

- Beziehung. Eine Verlaufsstudie bei schizophrenen Erkrankten.* Universität Zürich, Zürich.
- Rajower, I. (2007). 5. IV-Revision: Welche Rolle spielen die Ärzte? *Schweizerische Ärztezeitung*, 88(23), 1003-1006.
- Ranft, A., Fiedler, R. G., Greitemann, B., & Heuft, G. (2007). Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO) [Electronic Version]. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*.
- Reker, T. (1999). Psychiatric vocational therapy--concepts, practice and scientifically-based results. *Psychiatrische Praxis*, 26 Suppl 1, S12-15.
- Reker, T., & Eickelmann, B. (2004). Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. *Psychiatrische Praxis*, 31(Supplement 2), S251-S255.
- Reker, T., & Eickelmann, B. (1999). Predictors of success in supported employment programmes--results of a prospective study. *Psychiatrische Praxis*, 26(5), 218-223.
- Reker, T., Eickelmann, B., Schonauer, K., & Folkerts, H. (1998). Occupational rehabilitation of chronic psychiatric patients. Results of a prospective study over 3 years. *Psychiatrische Praxis*, 25(2), 76-82.
- Reker, T., Hornung, W. P., Schonauer, K., & Eickelmann, B. (2000). Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(6), 457-463.
- Richter, A., Blaha, L., Gross, W., & Schreiber, W. (2004). Predicting the job performance of schizophrenic patients. *Psychiatrische Praxis*, 31 Suppl 1, S35-37.
- Rittmannsberger, H., Grausgruber, A., Mörth, I., Atzlinger, G., & Heilbrunner, C. (1996). Zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 23(2), 79-83.
- Rössler, W., & Riecher-Rössler, A. (1994). Psychiatric rehabilitation of chronic psychiatric and mentally handicapped patients. *Rehabilitation*, 33(1), 1-7.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, C., Rössler, W., & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686-694.
- Ruesch, P., Meyer, P. C., Graf, J., & Hell, D. (2002). Employment situation of psychiatric in-patients with schizophrenic or affective disorders. *Psychiatrische Praxis*, 29(2), 68-75.
- Rüst, T., & Debrunner, A. (2004). "Supported Employment", Modelle unterstützter Beschäftigung in der Schweiz. Teil A Von "beschützenden Arbeitsplätzen" zu Supported Employment? : Nationales Forschungsprogramm 45 "Probleme des Sozialstaats".
- Rust, W. (2002). Betreuung statt Arbeit? Der mühsame Weg zur Teilhabe am Arbeitsleben. In R. Schmidt-Zadel & N. Pörksen (Eds.), *Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (pp. 227-237). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salize, H. J., Schuh, C., Reichenbacher, M., Stamm, K., & Langle, G. (2007). Lowering vocational rehabilitative measures during inpatient psychiatric longterm treatment costs of patients with schizophrenia? Results of a controlled multicenter study. *Psychiatrische Praxis*, 34(5), 246-248.

- Schaarschmidt, U., & Fischer, A. (2006). *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (A-
VEM)* (3 ed.). Frankfurt: Harcourt Test Services GmbH.
- Schmidt-Zadel, R., & Pörksen, N. (Eds.). (2002). *Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäfti-
gung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schuler, D., Rüesch, P., & Weiss, C. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel:
Obsan.
- Schuler, H., & Prochaska, M. (2000). *Das Leistungsmotivationsinventar (LMI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuntermann, M. F. (2005). *Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. Lands-
berg: ecomed verlagsgesellschaft.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2006). *Erwerbstätigkeit und Berentung im Erwerbsal-
ter von stationär psychiatrisch behandelten Personen mit Haupt-F-Diagnose*. Neuchâtel:
Obsan.
- Seifert, K. (2005). Mehr Eingliederung - weniger Renten. *Zeitschrift für Sozialhilfe (ZeSo)*, 102(2),
18-19.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2008). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und ge-
sundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Huber.
- Spindler, C. (2007, 11.01.2007). Ciao, geschützte Werkstatt. *WOZ Die Wochenzeitung*, 2, 5.
- Spöndlin, R. (2006). Warum wird man aus psychischen Gründen invalid? [Webpräsenz]:
http://www.sozialemedizin.ch/archiv_wp/warum-wird-man-aus-psychischen-grunden-invalid/.
Zugriff am 13.4.2008.
- Spycher, S., Baillod, J., Guggisberg, J., & Schär-Moser, M. (2004). *Analyse der interkantonalen Un-
terschiede innerhalb der Invalidenversicherung*. Bern: BSV.
- Steinmann, R. M. (2005). *Psychische Gesundheit-Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine
nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der
Schweiz*: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., & Leung, O. (2000). Predictors of Employment Outcome for People with
Psychiatric Disabilities: A Review of the Literature since the Mid `80s. *Journal of Rehabilita-
tion*, 66, 19-31.
- Twamley, E. W., Jeste, D. V., & Lehman, A. F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and
other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled tri-
als. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 515-523.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6 ed.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- van de Sand, W. H., Ludtke, J., Schumacher, S., Eschenauer, H., Mutke, I., & Lansch, D. (1995).
Occupational rehabilitation of psychiatric patients in the Michaelshoven/Cologne vocational
training center--an integrated overall concept. *Rehabilitation*, 34(4), 179-192.
- von Kardoff, E., & Ohlbrecht, H. (2006). Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen
im gesellschaftlichen Wandel - soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation.
Heilpädagogik online, 3, 17-53.

- Wapf, B., & Paters, M. (2007). Evaluation der Regionalärztlichen Dienste (RAD). *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, 1-98.
- Watzke, S. (2007). *Die Wirkung beruflicher Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer kontrollierten Studie*. Paper presented at the symposium „retex Tag der offenen Tür“, 19.10.2007, Regensburg.
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Huehne, M., & Brieger, P. (2006). Change in work performance in vocational rehabilitation for people with severe mental illness: distinct responder groups. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(4), 309-323.
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M., & Brieger, P. (2006). Early termination of vocational rehabilitation for the severe mentally ill. *Psychiatrische Praxis*, 33(3), 124-131.
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M., & Brieger, P. (2005). Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 32, 292-298.
- Weis, J. (1990). Occupational rehabilitation of psychiatric patients--a literature review for research and evaluation of occupational rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 17(2), 59-65.
- Wiedl, K. H., & Uhlhorn, S. (2006). *Das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wiedl, K. H., Uhlhorn, S., & Jöns, K. (2004). Das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP) für psychiatrisch erkrankte Personen: Konzept, Entwicklung und Erprobung bei schizophrenen Patienten. *Rehabilitation*, 43, 368-374.
- Wiedl, K. H., Uhlhorn, S., Köhler, K., & Weig, W. (2002). Das Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP): Ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 29, 25-28.
- Windisch, R. (2006). *Berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen in der WfbM*. Paper presentend at the Symposium Informationsveranstaltung des Bezirks Oberbayern zum Modellvorhaben "Einführung des Gesamtplanverfahrens in der Werkstatt für behinderte Menschen, die Leistungen für seelisch behinderte Menschen erbringen", 06.02.2006, München.
- Wirtz, M., Löschmann, C., Nübling, R., Rundel, M., & Bengel, J. (2003). Psychische Beeinträchtigung und Behandlungsmotivation als Erfolgsprognosefaktoren in der stationären Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. DRV-Schriften (Ed.), 12. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (Vol. 40, pp. 230-232).
- Zbinden, E., & Labarthe, J. (2004). *"Supported Employment", Modelle unterstützter Beschäftigung in der Schweiz, Teil B - Die Integration von in ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit beeinträchtigten Personen in die Arbeitswelt; ein quantitativer Ansatz: Nationales Forschungsprogramm 45 "Probleme des Sozialstaats"*.
- Zwerenz, R. (2005). *Berufliche Belastung und Therapiemotivation in der psychosomatischen Rehabilitation: Entwicklung eines Fragebogens*. Rehabilitationswissenschaftliches Seminar an der Universität Würzburg. Würzburg.
- Zwerenz, R. (2008). *Behandlung berufsbezogener Probleme in der medizinischen Rehabilitation:*

Therapiekonzepte und Behandlungsmotivation der Patienten. 28. Hannoversches Werkstattgespräch Rehabilitation. 22.4.2008, Hannover.

Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L., & Beutel, M. E. (2004). Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. *Rehabilitation*, 43, 10-16.

Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., Schattenburg, L., & Beutel, M. E. (2005). Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitation*, 44, 14-23.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>