

Psychische Gesundheit und Beschäftigung



© Wolfgang Stiller, Matchbox 2008–2011, 160x40x60 cm, Holz, Polyurethan, Acryl-Gouachefarbe

Gemäss der OECD entstehen der Schweizer Wirtschaft aufgrund psychischer Krankheiten jährlich Kosten in der Höhe von 3,2 Prozent des Bruttoinlandprodukts, verursacht durch Arbeitsausfälle, Sozialausgaben und Gesundheitskosten. Sowohl im ALV- als auch im IV- und im Sozialhilfesystem sind psychisch Beeinträchtigte überrepräsentiert. Die Autorinnen und Autoren der OECD-Studie «Mental Health and Work» betonen das hohe Potential des schweizerischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems, das es grundsätzlich erlaubt, psychischen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz entgegenzutreten. Gleichzeitig empfehlen sie aber auch den zielgerichteteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen bei den Arbeitgebern, in den betroffenen Versicherungssystemen und im Gesundheitswesen. Auch am Übergang vom Bildungssystem ins Berufsleben wären Strukturanpassungen sinnvoll.

Die koordinierte Vernetzung wirkungsvoll ausgerichteter Teilsysteme wird das Ausbrennen Einzelner nicht verhindern können. Sie wird aber dazu führen, den Schaden für das Individuum, seine unmittelbare Umgebung und das ganze Haus so zu begrenzen, dass kein Flächenbrand entsteht. Und – sie eröffnet den Betroffenen auch Möglichkeiten, ihre Lage zu stabilisieren und ihre individuellen, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen wieder zu mobilisieren und zu stärken.

Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Empfehlungen der OECD für die Schweiz

Um den Schwierigkeiten zu begegnen, mit der die Sozial- und Arbeitsmarktpolitik der Mitgliedstaaten aufgrund psychischer Krankheiten konfrontiert sind, untersucht die OECD die Frage, wie sich die Erwerbsbeteiligung der Betroffenen erhalten und erhöhen lässt. Das Schweizer System vermag sein Potential wegen seiner Fragmentierung trotz reichlich vorhandener Ressourcen zu wenig effizient umzusetzen. Wesentliche Verbesserungen erfordern weitreichende Reformen in verschiedenen Politikfeldern.

Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem verfügen über ausreichende Ressourcen und liefern grundsätzlich gute Ergebnisse. Die Stärken beinhalten: ein Bildungssystem mit einer Reihe wirksamer Instrumente; ein gut zugängliches psychiatrisches Versorgungssystem; einen gut entwickelten Stellenvermittlungsmarkt; ein flexibles Sozialschutzsystem, das auch Teilrenten umfasst; und einen flexiblen Arbeitsmarkt, der eine schrittweise Rückkehr in den Arbeitsprozess ermöglicht. Dank dieser Punkte sind die Beschäftigungsquoten von Personen mit psychischer Beeinträchtigung in der Schweiz hoch im Vergleich zu anderen Ländern.



Christopher Prinz

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung



Niklas Baer



Veerle Miranda

Psychische Krankheiten verursachen der Schweizer Wirtschaft Kosten in der Höhe von 3,2 Prozent des BIP durch Arbeitsausfälle, Sozialausgaben und Gesundheitskosten. Der Schweizer Arbeitsmarkt ist in hervorragender Verfassung und blieb vom jüngsten Konjunkturerinbruch relativ unberührt. Personen mit psychischen Beeinträchtigungen haben es dennoch schwer auf dem Arbeitsmarkt. So liegt die Arbeitslosenquote dieser Gruppe dreimal über dem Durchschnitt und die Beschäftigungsquoten sind deutlich niedriger. Mit fast 20 Prozent ist die Gesamtquote von Renten- und Sozialhilfeabhängigen im Erwerbsalter in der Schweiz sehr hoch, wobei in den vergangenen 20 Jahren eine kontinuierliche Verlagerung von Arbeitslosengeldern auf Invalidenrenten und Sozialhilfezahlungen festzustellen war. Personen mit psychischer Beeinträchtigung sind in allen Systemen stark überrepräsentiert. Von den Neuanmeldungen für eine Invalidenrente fallen bereits 40 Prozent in diese Gruppe.

Trotzdem sind die Ausgaben für Krankentaggelder und Invalidenrenten nach wie vor hoch und zunehmend auf psychische Indikationen zurückzuführen. Um psychisch Erkrankte noch stärker in den Arbeitsmarkt einzubinden und ihre Abhängigkeit von Sozialleistungen zu senken, bedarf es weiterer Anstrengungen: Lücken im System müssen geschlossen, Ressourcen umverteilt und die Anreize für die involvierten Akteure verbessert werden.

Studie

OECD, *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*.
Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 12/13:
www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte

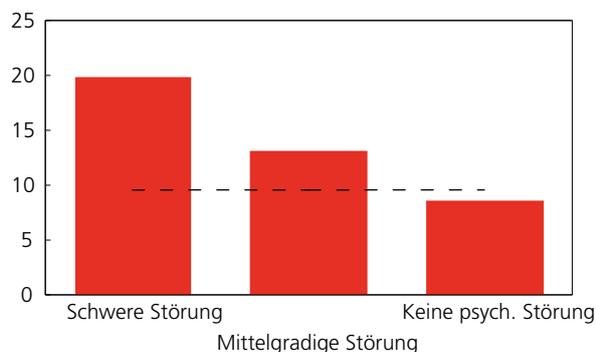
Die Häufigkeit und Dauer der Fehlzeiten erhöhen sich mit psychischen Problemen

G1

Inzidenz von krankheitsbedingter Absenz (in %) und durchschnittliche Absenzendauer (in Tagen), nach Grad der psychischen Gesundheit, 2010

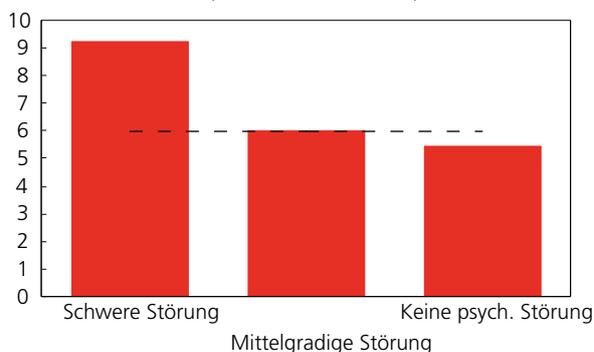
Tafel A. Inzidenz krankheitsbedingter Absenzen

Prozent der Personen, die in den letzten 4 Wochen abwesend waren



Tafel B. Durchschnittliche Dauer krankheitsbedingter Absenzen

Durchschnittliche Dauer (in Tagen) der Absenzen in den letzten 4 Wochen (von den Abwesenden)



Quelle: OECD (2014), Mental Health and Work: Switzerland

Verstärken arbeitsplatzbezogener Massnahmen

Wie in anderen OECD-Ländern gibt es auch in der Schweiz Hinweise für die starken Zusammenhänge zwischen psychischer Krankheit und Arbeit. Das schweizerische Arbeitsgesetz verlangt von den Arbeitgebern geeignete Massnahmen zum Schutz der Gesundheit ihrer Arbeitnehmer. Doch die verfügbaren Daten legen nahe, dass Schweizer Arbeitgeber psychologischen Risiken am Arbeitsplatz weniger Bedeutung beimessen als Unternehmer in vielen anderen Ländern und der Druck durch das Arbeitsinspektorat als weniger stark empfunden wird.

Arbeitnehmer mit einer psychischen Erkrankung sind im Schnitt deutlich öfter im Krankenstand und darüber hinaus auch länger krank, wobei Häufigkeit und Dauer der Absenzen mit dem Grad der psychischen Erkrankung zunehmen (vgl. Grafik G1).

Durch umfassende Betreuung können Arbeitsausfälle reduziert und die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit erleichtert werden. In der Schweiz bestehen für Unternehmen diesbezüglich keine gesetzlichen Verpflichtungen, und die finanzielle Zuständigkeit der Arbeitgeber für erkrankte Angestellte hängt vom individuellen Arbeitsvertrag und vom Gesamtarbeitsvertrag ab. Viele Versicherungsanbieter bieten Präventions- und Wiedereingliederungsleistungen an, doch die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen variiert stark. Zudem kann es – je nach Vereinbarung – mehrere Monate dauern, bis krankgeschriebene Mitarbeitende ein Case-Management erhalten. Da sich die Anstellungsdauer auf den Versicherungsschutz auswirkt, sind Angestellte mit einer psychischen Krankheit benachteiligt, weil sie tendenziell häufiger die Stelle wechseln als andere Angestellte.

Invalidenversicherungssystem näher an die Arbeitswelt bringen

Umfassende Reformen in den vergangenen zehn Jahren haben das Invalidenversicherungssystem sukzessive von einer passiven Rentenverwaltung in eine aktive Eingliederungsagentur gewandelt. Reformen beinhalteten eine Fokussierung auf Frühintervention, bessere medizinische Abklärungen sowie die Einführung neuer arbeitsplatzbezogener Massnahmen kombiniert mit vermehrten Pflichten für Neuangemeldete. Der Reformprozess hat die Zahl der Neuanmeldungen deutlich gesenkt, vermochte aber die Zunahme der Fallzahlen aufgrund psychischer Störungen nicht ganz zu stoppen – obwohl die Reformen speziell auf psychische Behinderungen gezielt haben (vgl. Grafik G2).

Diese Situation ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Erstens sind medizinische Abklärungen immer noch auf die Rentenanspruchsberechtigung anstatt auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person ausgerichtet. Das macht eine Eingliederungsplanung schwierig. Zweitens sind die neuen Frühinterventionsmassnahmen nicht genügend auf die Erhaltung der Arbeitsplätze im regulären Arbeitsmarkt ausgerichtet und erreichen Neuangemeldete mit psychischen Störungen oftmals nicht. Die Anzahl der Früherfassungsmeldungen ist in den letzten fünf Jahren nicht angestiegen. Drittens wird die Möglichkeit der Früherfassung bei der Invalidenversicherung von Personen mit Krankenabsenzen über 30 Tage zu wenig genutzt. Viertens ist es weiterhin lohnender, nicht zu arbeiten, besonders für Personen mit niedrigem Einkommen, die bei den psychisch Erkrankten überrepräsentiert sind. Fünftens erreichen die Frühinterventionsmassnahmen junge Menschen, die nie in den offenen Arbeitsmarkt eingetreten sind, nicht. Es ist schliesslich kaum zu erwar-

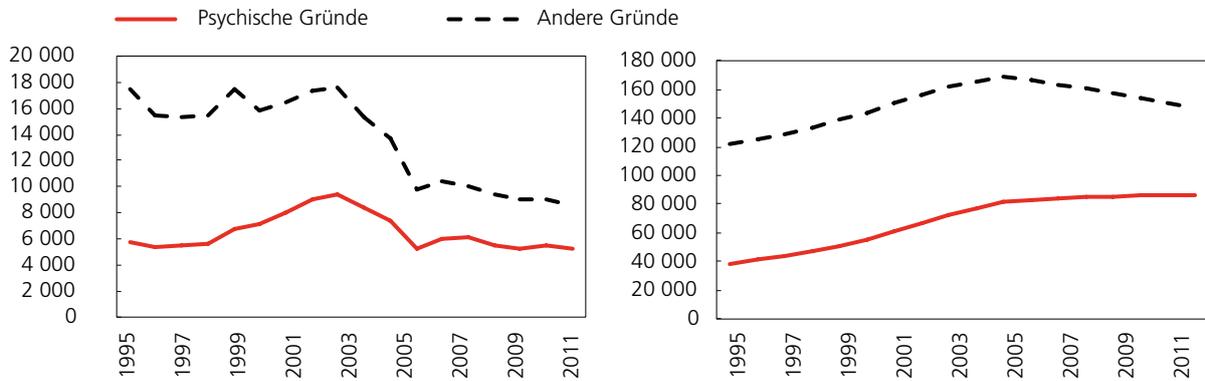
Die Zahl der Neubezüger ist rückläufig aber die Gesamtzahl an Bezüger mit einer psychiatrischen Diagnose steigt immer noch an

G2

Anzahl der Neuberentungen und aktuelle IV-Bezüger, psychische Gründe im Vergleich mit anderen Gründen, 1995–2012

Tafel A. Neubezüger

Tafel B. Bestehende Bezüger



Quelle: OECD (2014), Mental Health and Work: Switzerland

ten, dass es mit den jüngsten Eingliederungsmassnahmen gelingen wird (langjährige) Rentenbezüger wieder rentenwirksam in den Arbeitsmarkt einzugliedern.

Bei der Arbeitsvermittlung und den Sozialämtern Kapazitäten für den Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen schaffen

Seit den 1990er-Jahren konzentrieren sich die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) auf arbeitswillige und vermittlungsbereite Personen. Schwieriger vermittelbare Stellensuchende mit komplexeren Arbeitsmarktproblemen werden nicht mehr als zentrale Klienten der RAV betrachtet. Dieser Umstand hat zur hohen Langzeitarbeitslosigkeit in der Schweiz beigetragen, trotz

einer niedrigen Arbeitslosenrate. Eine weitere Folge davon ist, dass nicht voll Arbeitsfähige, darunter viele mit erheblichen psychischen Gesundheitsproblemen, zur Invalidenversicherung und zur Sozialhilfe abgeschoben werden. Ausgesteuerte Arbeitslose gleiten oftmals in die Sozialhilfe ab und viele Sozialhilfeempfänger beantragen früher oder später eine Invalidenrente.

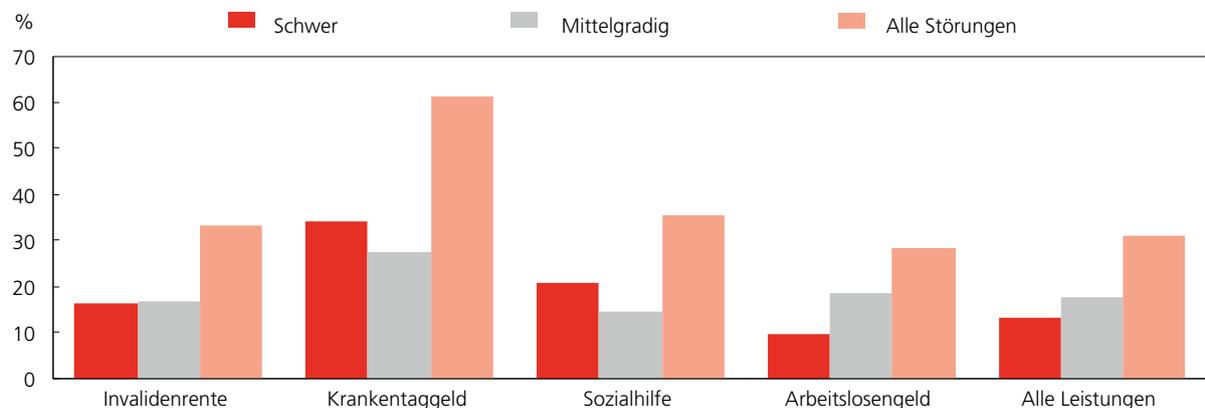
Dieser Prozess führt dazu, dass die Probleme psychisch Erkrankter zu spät angegangen werden und ignoriert, dass es auch bei den Arbeitslosen einen hohen Anteil mit einer mittelgradigen psychischen Erkrankung gibt, die eine massive Barriere bei der Jobsuche darstellen kann (vgl. Grafik G3).

Etwa jeder dritte Arbeitslose hat eine psychische Erkrankung, die sich zwar erheblich auf die Vermittlungsfähigkeit auswirkt, aber nicht adressiert wird. Dieser

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist unter allen Leistungsbezüger sehr hoch

G3

Anteil der Personen mit einer psychischen Störung unter den Leistungsbezüger im arbeitsfähigen Alter

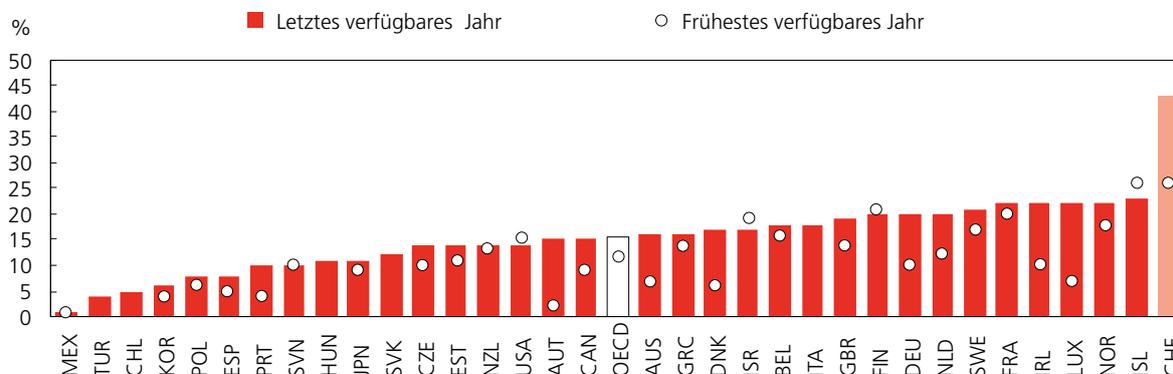


Quelle: OECD (2014), Mental Health and Work: Switzerland

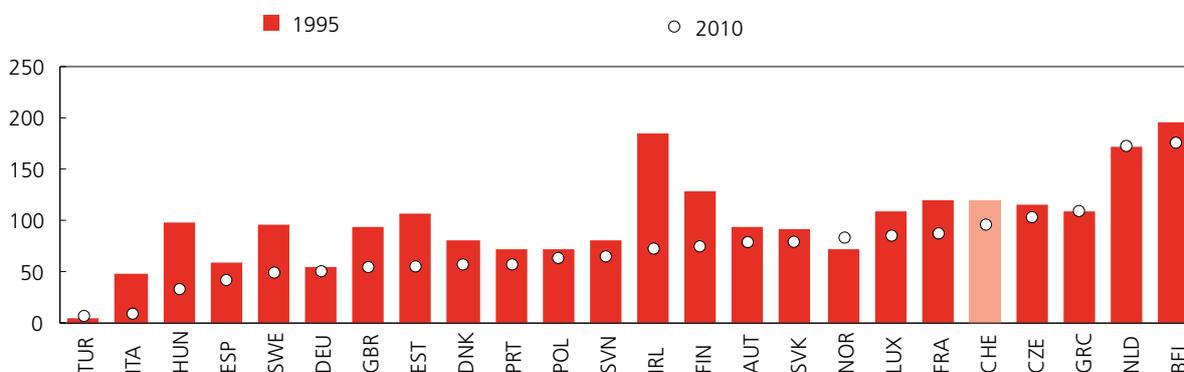
Die Ressourcen für psychiatrische Behandlung sind enorm, erreichen aber nicht alle

G4

Tafel A. Psychiater pro 100 000 Einwohner in OECD-Ländern



Tafel B. Psychiatriebetten pro 100 000 Einwohner in OECD-Ländern



Quelle: OECD (2014), Mental Health and Work: Switzerland

hohe Anteil psychischer Erkrankungen unter den «Stammkunden» des RAV muss aufgegriffen werden, um bei diesen Stellensuchenden für eine rasche Aktivierung zu sorgen und ein Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt zu verhindern. Die Sozialämter sind sich der noch höheren Prävalenz psychischer Störungen bei ihren Klienten wohl bewusst, es fehlt jedoch sowohl den RAVs als auch den Sozialämtern an Kapazität, um mit solchen Problemen angemessen und rasch umzugehen.

Neudefinition der interinstitutionellen Zusammenarbeit

Die IIZ ist nicht zuletzt aus dieser Problematik hervorgegangen und hat zum Ziel, Klienten mit komplexen Bedürfnissen zu helfen, die andernfalls zwischen den Programmen für Erwerbslose, Invalide und der Sozialhilfe hin- und hergeschoben würden. Die IIZ hat in den vergangenen zehn Jahren grosse Anstrengungen unternommen. Es wurden erhebliche Mittel eingesetzt, um kantonale und regionale Instrumente und Strukturen der Zusammenarbeit aufzubauen. Effektiv haben letztlich aber nur sehr wenige Personen von den neuen Ansätzen profitiert.

Die IIZ ist ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit davon entfernt, die häufig inadäquate Unterscheidung zwischen arbeitsfähig, sozial bedürftig und invalid zu überwinden. Die IIZ fokussiert immer noch zu stark auf die beteiligten Institutionen statt auf die involvierten Personen. Mangelnde und entgegengesetzte Anreize der Institutionen wirken kontraproduktiv. Eine entscheidende Schwäche der IIZ besonders für Klienten mit psychischen Gesundheitsproblemen ist der Nichteinbezug des Gesundheitssektors und der fehlende Kontakt mit Arbeitgebern. Eine echte Integration von gesundheits- und arbeitsplatzbezogenen Diensten ist nicht gewährleistet. Derartige integrierte Dienste wären häufig einfacher innerhalb der jeweiligen Institutionen umzusetzen.

Bessere Beschäftigungsergebnisse mit einer gut ausgestatteten psychiatrischen Versorgung

Das Schweizer psychiatrische Gesundheitssystem bietet eine breite Palette an Dienstleistungen, einschliesslich zahlreichen ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen, sowie die höchste Anzahl Psychiater pro

Einwohner der gesamten OECD (doppelt so viele wie das Land mit der zweithöchsten Anzahl) und sehr viele ausgebildete Psychologen und Psychotherapeuten (vgl. Grafik G4).

Trotz dieser enormen Ressourcen werden nur etwa sieben Prozent der Bevölkerung psychiatrisch behandelt, was angesichts der gemäss epidemiologischer Forschung tatsächlichen Ein-Jahres-Prävalenz psychischer Störungen von rund einem Drittel der Bevölkerung wenig erscheint. Dies legt nahe, dass ein relativ geringer Teil der Bevölkerung in hochstehender, langdauernder und kostspieliger Behandlung ist. Die Behandlungsprävalenz zeigt grosse kantonale Unterschiede; Behandlung scheint also zum Teil angebotsgetrieben und weniger auf klaren Kriterien zu beruhen. Zudem behandeln Hausärzte trotz der hohen Prävalenz nur einen von zehn Patienten, bei denen sie eine psychische Störung wahrnehmen, und weisen Patienten nur selten an Psychiater weiter.

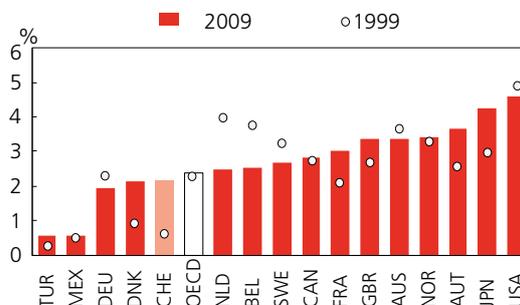
Psychiatrische Dienste sind zwar erreichbar und effizient in der Symptombehandlung, doch weist das System erhebliche Defizite im Bewusstsein für arbeitsplatzbezogene Probleme von Patienten auf. Obwohl sich die Erwerbstätigkeit erheblich auf die Behandlungsdauer und deren Wirksamkeit auswirkt und viele Patienten zwar in Anstellungsverhältnissen stehen, aber am Arbeitsplatz Probleme haben, nehmen Psychiater normalerweise keinen Kontakt mit den Arbeitgebern auf. Dies zeugt von einer eingegengten Sichtweise und einer Unsicherheit betreffend der Art der Intervention bei problematischen Arbeitsverhältnissen von Patienten. Auch die Krankenversicherungen sind bisher nicht an einer finanziellen Unterstützung von speziellen arbeitsbezogenen Massnahmen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit interessiert. Dementsprechend sind arbeitsbezogene Probleme weder in der Ausbildung von Ärzten noch bei den bereitgestellten Diensten ein Thema.

Ausrichtung auf den Übergang aus dem Bildungssystem ins Berufsleben

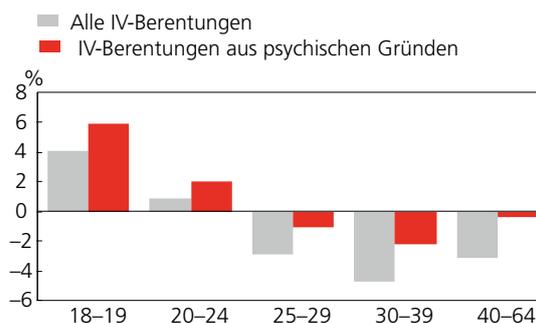
Das Spektrum an Diensten für Kinder mit speziellen Bedürfnissen ist breit, sowohl in Form von speziellen Schulen und Klassen als auch im normalen Schulsystem. Dazu gehören schulpädagogische und psychiatrische Dienste, Schulsozialarbeit und therapeutische und pädagogische Massnahmen. Es ist daher im Allgemeinen gewährleistet, dass Kinder mit diagnostizierter psychischer Erkrankung Zugang zu spezialisierten Diensten haben, wenn auch mit Unterschieden von Schule zu Schule. Schweizer Jugendliche haben auch allgemein geringe Schwierigkeiten beim Wechsel von der Schule in die Arbeitswelt, nicht zuletzt dank des gut ausgebauten dualen Berufsbildungssystems, das Schule und Arbeit tendenziell verbindet.

Die Chancen niedrigqualifizierter Jugendlicher haben sich deutlich verschlechtert G5

Tafel A. Relative Arbeitslosenrate Niedrigqualifizierte/Hochqualifizierte (ISCED<3/ISCED>3)



Tafel B. Durchschnittliche Veränderung bei Invalidenrente-Neuzuerkennungen in % und nach Alter, 1995–2012



Quelle: OECD (2014), Mental Health and Work: Switzerland. OECD Publishing.

Indessen sind bisher drei Aspekte praktisch unbeachtet geblieben (Grafik G5). Erstens sind die Arbeitsmarktchancen für wenig ausgebildete Jugendliche schlecht und haben sich in den vergangenen zehn Jahren weiter verschlechtert. Die Arbeitslosenrate gering qualifizierter Jugendlicher im Alter von 15 bis 24 Jahren liegt bei 30 Prozent. Dabei handelt es sich um eine Gruppe mit hoher Prävalenz von psychischen Erkrankungen. Zweitens nehmen IV-Berentungen bei Jugendlichen im Vergleich mit anderen Altersgruppen weiterhin zu. Zahlreiche Neurenten betreffen psychische Erkrankungen. Drittens sind Dienstleistungen für Sekundarschul- bzw. Berufsschulabbrecher, welche eine hohe Rate an gängigen psychischen Erkrankungen aufweisen nicht ausreichend entwickelt. Diese Befunde verlangen nach vermehrter Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse von Jugendlichen mit psychischen Störungen. Schliesslich wäre zu überlegen, die Altersgrenze für eine IV-Berentung zu erhöhen, zugunsten aktiver rehabilitativer Massnahmen.

Resümee

Die Schweiz verfügt über einen robusten Arbeitsmarkt und ein gut ausgestattetes Bildungs- ebenso wie Gesundheitssystem, was grundsätzlich eine hohe Erwerbsbeteiligung auch psychisch kranker Personen ermöglicht. Kombiniert mit umfassenden Sozialleistungen ist auch die Armutgefährdung dieser Personengruppe im internationalen Vergleich relativ gering. Dennoch könnte die Schweiz mehr tun, um die Erwerbsbeteiligung psychisch Erkrankter zu erhalten und zu erhöhen. Dazu sind aber strukturelle Veränderungen erforderlich. Insbesondere sollte der Fokus auf geringqualifizierte Jugendliche sowie auf Klienten der Arbeitsvermittlungszentren und der Sozialämter deutlich verstärkt werden, weil in diesen Gruppen psychische Krankheiten weit verbreitet sind. Darüber hinaus benötigt die Schweiz eine arbeitsmarktnahe Invalidenversicherung und ein

beschäftigungsförderndes Gesundheitswesen, vor allem im gut ausgestatteten psychiatrischen Bereich. Schliesslich sollten Arbeitgeberpflichten verstärkt und gleichzeitig die Unterstützungsinstrumente für Arbeitgeber ausgebaut werden.

Christopher Prinz, PhD, Senior Economist, OECD
E-Mail: Christopher.Prinz@OECD.org

Niklas Baer, Dr. phil., Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie BL
E-Mail: Niklas.Baer@pbl.ch

Veerle Miranda, PhD, Economist, OECD
E-Mail: Veerle.Miranda@OECD.org

Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen der OECD für die Schweiz

Hauptproblemfelder

1. Arbeitgeber sind für den Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern nicht optimal ausgestattet und vorbereitet.
2. Die Invalidenversicherung bezieht Arbeitgeber immer noch zu wenig mit ein und bietet zu geringe Anreize für die Arbeitnehmer.
3. Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und Sozialdienste bieten Personen mit psychischer Krankheit begrenzt Unterstützung.
4. Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) wird den aktuellen Problemen nicht gerecht.
5. Das psychiatrische Versorgungssystem kann durch eine bessere Nutzung der vielen Ressourcen bessere Ergebnisse liefern.
6. Ressourcen im Schulsystem können Schulabbrüche und die häufige Beantragung von Invalidenrenten nicht verhindern.

Politikempfehlungen

- Finanzielle Anreize für Arbeitgeber stärken und adäquate Unterstützung bei psychologischen Arbeitsplatzproblemen anbieten.
- Vermehrte Anerkennung von psychischen Krankheiten als Berufskrankheit in Erwägung ziehen.
- Beratung für Arbeitgeber aufbauen.
- Arbeitsmarktnahe Frühintervention intensivieren.
- Arbeitsanreize schaffen und Teilrenten fördern.
- Leistungsumfang und Leistungspflicht der RAV erweitern, um Ausrichtung auf Klienten mit psychischen Erkrankungen zu ermöglichen.
- Kapazitäten der Sozialhilfe stärken, auch durch neue regionale bzw. kantonale Dienste für kleine Gemeinden.
- Fokus der IIZ von den wenigen Personen mit schwersten multiplen Problemen auf die grosse Zahl gefährdeter Personen ausweiten.
- Gesundheitswesen zu einem gleichwertigen IIZ-Partner machen und bessere Vernetzung mit Arbeitgebern aufbauen.
- Integrierte Dienstleistungen **innerhalb** der involvierten Institutionen verstärken.
- Arbeitsmarktbezogene Module in die Grundausbildung von Ärzten einbeziehen.
- Einführung von arbeitsbezogenen Richtlinien zur Behandlung von psychischen Problemen.
- Verschiebung von stationärer auf arbeitsnahe ambulante Behandlung und Tageskliniken.
- Reduzieren der Unterversorgung und bessere Abrechnung der psychologischen Psychotherapie.
- Senken der Schul- und Lehrabbrüche durch systematisches Erfassen von Abbrechern und bessere Zusammenarbeit mit den RAV, Sozialdiensten und psychiatrischen Diensten.
- Den Fluss in die Invalidenrente mittels besseren Arbeitsanreizen für gefährdete Jugendliche eindämmen.

OECD-Seminar und Medienkonferenz

Am 23. Januar 2014 präsentierte die OECD ihre Länderstudie «Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz» an einem Seminar in Bern. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass der Erfolg der beruflichen Eingliederung psychisch Erkrankter von der Zusammenarbeit aller involvierten Akteure abhängt. Die Präsenz zahlreicher Medien- und Interessenvertreter und eine breite Medienberichterstattung zeugten vom erheblichen Interesse an der Thematik.



Stefan Kühne
Bundesamt für Sozialversicherungen

Alle Akteure an einem Ort

Um der OECD-Länderstudie die gebührende Aufmerksamkeit zu verschaffen und die wichtigsten betroffenen Akteure in der Schweiz zu vereinen, fand am 23. Januar ein Seminar statt. Als Vertreter der OECD nahm Projektleiter Christopher Prinz dabei die Schlüsselstellung ein. Das Bundesamt für Sozialversicherungen, dessen Geschäftsfeld Invalidenversicherung ein substantielles Interesse an der bestmöglichen beruflichen Eingliederung auch von Personen mit psychischen Krankheiten hat, stellte für das Seminar seine Räumlichkeiten zur Verfügung. Auch die anderen betroffenen Akteure aus der Schweiz hatten die Gelegenheit, zur Studie und insbesondere zu deren Empfehlungen an die Schweiz Stellung zu nehmen. Zudem präsentierten Vertreter aus Belgien bzw. dem Vereinigten Königreich zwei innovative Ansätze.

Verstärkte Zusammenarbeit als Schlüssel für die berufliche Eingliederung

Aus diversen Wortmeldungen ging hervor, dass für die Integration von Personen mit psychischen Problemen in den Arbeitsmarkt – gerade für die Jüngeren unter ihnen – weitere Verbesserungen notwendig sind, auch wenn bereits in verschiedenen Gebieten eine Reihe neuer, zielgerichteter Instrumente geschaffen wurden.

Wie auch die OECD-Studie betont, spielen mehrere gesellschaftliche Systeme – Bildung, Arbeitsmarkt, Gesundheitsversorgung, soziale Sicherheit – und die jeweils verantwortlichen Akteure eine wichtige Rolle. Dementsprechend herrschte am Seminar auch Konsens, dass der Schlüssel zum Erfolg bei der beruflichen (Wieder)eingliederung in der Zusammenarbeit dieser Akteure liegt. Die Zusammenarbeit funktioniere bereits vielerorts, könne aber noch weiter verstärkt werden. Unter anderem könnten Arbeitsmarktspezialisten von mehr medizinischem Wissen profitieren; Ärztinnen und Ärzte von einem besserem Verständnis des Erwerbslebens. Gerade auch im Hinblick auf die Koordination der verschiedenen Akteure wurde am Seminar die Bedeutung des Case-Management-Ansatzes hervorgehoben, der zum Teil noch konsequenter umgesetzt werden müsste. Zudem sind die betroffenen Systeme nicht nur Teil der Lösung, sondern können ebenso selbst von einer besseren beruflichen Integration profitieren: Nebst der Invalidenversicherung, die auf die Folgen von Gesundheitsschäden ausgerichtet

ist, betreuen auch die Sozialhilfe und die Arbeitslosenversicherung eine bedeutende Anzahl Personen mit psychischen Problemen. Ihre Arbeit wird durch Verbesserungen in der psychischen Gesundheit erleichtert.

Der Titel der OECD-Studie sagt es bereits: Die «Beschäftigung» steht im Zentrum. Dies liegt nicht nur daran, dass die Integration im Arbeitsmarkt als Ziel gesehen wird, sie ist ebenfalls ein Mittel: Obgleich am Seminar auf gewisse Risiken des Arbeitslebens für die psychische Gesundheit hingewiesen wurde, waren sich die Anwesenden im Grundsatz einig, dass eine Beschäftigung – oder noch exakter eine Erwerbsarbeit – einen positiven Effekt auf die Psyche haben kann.

Grosses Medienecho

An der Medienkonferenz, die ans Seminar anschloss, nahmen rund zwei Dutzend Journalistinnen und Journalisten sowie Vertreter von Interessengruppen teil. Nach Fragen ans Podium hatten sie die Gelegenheit, Interviews zu führen. Am Abend berichteten dann die Fernsehnachrichten der lateinischen Schweiz über den Anlass. Am folgenden Tag war in zehn der grösseren Tageszeitungen,

von der OECD-Studie zu lesen. Auch in den folgenden Wochen hinterliess sie in der Medienberichterstattung ihre Spuren.

Die Medien interessierten sich zunächst vor allem für die Kosten psychischer Krankheiten, welche die OECD unter Berücksichtigung von Gesundheitskosten, Sozialleistungen und Produktivitätsausfällen auf etwa 19 Milliarden Franken pro Jahr beziffert. Häufig wurde der Befund der OECD hervorgehoben, dass die beachtlichen Ressourcen, über die die Schweiz gerade in der Psychiatrie verfügt, noch zu wenig effizient eingesetzt würden. Ebenfalls wiesen mehrere Zeitungen auf den konstatierten Nachholbedarf im Umgang mit psychischen Risiken auf dem Arbeitsmarkt hin. Zudem waren mehrfach die Bedeutung der Prävention und einer möglichst frühzeitigen Intervention sowie bessere Anreize eine Erwähnung wert.

Stefan Kühne, lic. rer. pol. und MA (Brügge), wissenschaftlicher Mitarbeiter Bereich Rechtsetzung, Geschäftsfeld IV, BSV
E-Mail: stefan.kuehne@bsv.admin.ch

Berufliche Wiedereingliederung mehrfach und psychisch belasteter Menschen

Auch mehrfach und psychisch belastete Menschen wollen arbeiten. Zur Erhöhung ihrer Beschäftigungschancen bietet der flämische Arbeitsvermittlungsdienst ein interdisziplinär abgestütztes Übergangsbeschäftigungsprogramm an, das darauf ausgerichtet ist, die Arbeitsmarktfähigkeit seiner Klienten nachhaltig zu verbessern. Aufgrund der guten Resultate wurde die Weiterführung dieser intensiven, behördenübergreifenden Zusammenarbeit beschlossen.

der VDAB daran, den Kontakt zwischen Arbeitgebern und Arbeitssuchenden zu verbessern.

Übergangsbeschäftigung und behördenübergreifende Zusammenarbeit

Der VDAB bemüht sich, seinen Klienten eine Übergangsbeschäftigung (Transitional Employment, TE) in einem realen Arbeitsumfeld zu ermöglichen. TE umfasst befristete, integrierte, subventionierte und unbezahlte Arbeit, die den Arbeitssuchenden den Weg zu eigenständiger, wettbewerbsfähiger Beschäftigung ebnet. TE-



Jeroen Knaeps
KU Leuven



Chantal van Audenhove



Lut Gailly
Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)

Der flämische Arbeitsvermittlungsdienst (VDAB) hat festgestellt, dass viele mehrfach und psychisch belastete Menschen fähig und willens sind zu arbeiten. Dabei sind jedoch viele Schranken zu überwinden. Die sozialen und finanziellen Probleme, mangelndes Selbstvertrauen oder fehlende Motivation lassen sich oft nur mit einer interdisziplinären, behördenübergreifenden Begleitung und Unterstützung der Betroffenen angehen.

Zudem zögern viele Arbeitgeber, mehrfach und psychisch belastete Menschen anzustellen. Einschlägige Untersuchungen zeigen, dass Vorurteile verbreitet und die bestehenden staatlichen Wiedereingliederungsprogramme zuweilen nicht bekannt sind. Gleichzeitig zeigen Arbeitgeber, die bereits Erfahrung mit der Zielgruppe haben, eine höhere Bereitschaft, gesundheitlich angeschlagene Personen einzustellen.¹ Demzufolge arbeitet

Programme können mit einer verbesserten Arbeitsmarktfähigkeit der Teilnehmenden in Verbindung gebracht werden und sie bieten diesen die Gelegenheit, ihr berufliches Selbstvertrauen zu stärken sowie Qualitäten wie Pünktlichkeit und Toleranz gegenüber Vorgesetzten zu entwickeln.² Die TE-Stellen des flämischen Projekts sind im zweiten Arbeitsmarkt angesiedelt. Arbeitssuchende mit diversen Problemen, deren Stellensuche erfolglos geblieben ist, werden an einen Jobcoach der GTB (www.gtb-vlaanderen.be) verwiesen. Die staatliche Behörde ist spezialisiert auf die Beratung und Unterstützung bei der beruflichen (Wieder)eingliederung von Menschen mit Behinderungen. Der Jobcoach sucht so schnell wie mög-

1 *Lit.* Gilbride et al.

2 *Lit.* Henry et al., *Lit.* Waghorn und Lloyd

lich nach einer intensiven TE-Stelle. Denn eine rasche Platzierung erhöht die Beschäftigungsaussichten der Klienten nachweislich.³

Neben der eigentlichen TE-Massnahme profitieren die Klientinnen und Klienten von weiteren Unterstützungsangeboten, im Rahmen von Einzel- oder Gruppencoachings. In einem Zentrum für psychische Gesundheitsversorgung tätige Psychologinnen und Psychologen bieten Trainings zur Stärkung des Selbstvertrauens und des Durchsetzungsvermögens oder zur verbesserten Stressbewältigung an. Empowerment-Coaches konzentrieren sich auf psychoökonomische oder soziale Fragestellungen und befassen sich mit Themen wie Mobilität, Finanzen oder Unterkunft.

Während die involvierten Berater die adäquate Begleitung ihrer Klientinnen und Klienten in ihrem jeweiligen Kompetenzbereich selbstständig organisieren und verantworten, wurden gleichzeitig Strukturen geschaffen, die der Komplexität der Fälle gerecht werden. Eine angemessene Schulung, eine gute Kommunikationsstruktur, eine klare Rollenverteilung sowie regelmässige Prozess- und Ergebnisevaluationen fördern dabei die angestrebte interdisziplinäre und behördenübergreifende Zusammenarbeit.⁴

Sobald genug praktische Arbeitserfahrung gesammelt worden ist (maximal 520 Stunden), reichen Jobcoach und arbeitssuchende Person beim VDAB einen gemeinsamen Bericht ein. Darin kann allfälliger weiterer Unterstützungsbedarf angemeldet werden. Gleichzeitig werden die Ziele festgehalten, die kurzfristig angestrebt werden. Dabei kann es sich um ein vorberufliches Training, wettbewerbsfähige, geschützte oder gar keine Beschäftigung handeln. Auch wenn eine betroffene Person während des TE-Programms eine Arbeit gefunden hat, wird weiterhin Unterstützung angeboten.

Von den 637 Personen, denen bisher zu einem Eintritt in den offenen Arbeitsmarkt geraten wurde, fanden 49 Prozent eine bezahlte Arbeit. Diese Beschäftigungsrate blieb in den 24 Monaten nach Programmabschluss stabil. Von den 363 Arbeitssuchenden, für die eine geschützte Beschäftigung als angemessen erachtet worden war, fanden 42 Prozent während oder am Ende des Programms eine bezahlte Arbeit im zweiten oder ersten Arbeitsmarkt. Von den 1877 Arbeitssuchenden ohne realistische Erwerbschancen arbeiten derzeit 677 weiterhin im Rahmen vorberuflicher Praktika an ihren Kompetenzen. Bis zur erneuten Erwägung einer beruflichen Wiedereingliederung wurden 1200 weitere Personen an die spezialisierte (psychologische bzw. psychiatrische) Gesundheitsversorgung verwiesen.

3 Lit. Macias et al.

4 Lit. Timmons et al.

5 Lit. Knaeps et al.

Fazit

Bei der Zusammenarbeit von VDAB und GTB handelt es sich um das bis anhin grösste Projekt in Flandern, bei dem die staatliche Arbeitsvermittlung und Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten. Sowohl die beiden Behörden als auch die Regierung sind mit diesem neuen Ansatz zufrieden und möchten daher die Zusammenarbeit vertiefen: So könnte ein verstärkter Fokus auf praktische Arbeitstrainings und langfristige Follow-ups die Beschäftigungsraten weiter verbessern helfen.⁵

Lut Gailly, Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)

E-Mail: lut.gailly@vdab.be

Jeroen Knaeps, Interdisziplinäres Forschungszentrum LUCAS, KU Leuven (Katholische Universität Löwen)

Prof. Dr. Chantal van Audenhove, Interdisziplinäres Forschungszentrum LUCAS, KU Leuven (Katholische Universität Löwen)

Literatur

- Gilbride, D., Stensrud, R., Vandergoot, D. und Golden, K., «Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities», in *Rehabilitation Counseling Bulletin* 46, 2003, S. 130
- Henry, A. D., Barreira, P., Banks, S., Brown, J. M., McKay, C., «A retrospective study of clubhouse-based transitional employment», in *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24, 2001–2002, S. 344
- Waghorn, G., und Lloyd, C., «The employment of people with mental illness. A discussion document prepared for the mental illness fellowship of Australia», in *Advances in Mental Health* 4, 2005, S. 129–171
- Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J. und Barreira, P., «Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation», in *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 28, 2000–2001, S. 279–297
- Timmons, J. C., Cohen, A., und Fesko, Sh. L., «Merging cultural differences and professional identities: Strategies for maximizing collaborative efforts during the implementation of the Workforce Investment Act», in *Journal of Rehabilitation* 70, 2004, S. 19
- Knaeps, J., DeSmet, A., und Van Audenhove, Ch., «The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment», in *Journal of Vocational Rehabilitation*, Nr. 37, 2012 S. 13–23

Psyche und Beschäftigung – Herausforderungen für das UK und die Schweiz

Die OECD-Studie zu psychischer Gesundheit und Beschäftigung in neun Ländern bringt Licht in einige dunkle Winkel: In den meisten entwickelten Volkswirtschaften stellen psychische Erkrankungen von Menschen im erwerbsfähigen Alter ein bedeutendes wirtschaftliches und soziales Problem dar, das dringend Beachtung braucht. Mir wurde die besondere Ehre zuteil, bei der Veröffentlichung des Schweizer Berichts zugegen zu sein, um aufgrund der Erfahrungen des Vereinigten Königreichs Perspektiven aufzuzeigen.



Stephen Bevan
The Work Foundation, UK

Derzeit leidet jede sechste erwerbstätige Person im Vereinigten Königreich (UK) an Depressionen, Angstzuständen oder Stress, was die britische Wirtschaft jährlich insgesamt 26 Milliarden Pfund oder 1 035 Pfund pro Angestellten kostet. Jedes Jahr müssen die britischen Arbeitgebenden so 70 Millionen verlorene Arbeitstage hinnehmen. Unter den Arbeitslosen litt beinahe die Hälfte derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente (*incapacity benefit*) bezogen, an einer psychischen Erkrankung. Fast ein Drittel aller Personen mit chronischen Krankheitsbildern sind zusätzlich in ihrer psychischen Gesundheit eingeschränkt (Depression oder Angstzustände): Dadurch steigen die Kosten der nicht-psychiatrischen Gesundheitsversorgung um mindestens 45 Prozent. Trotz des zunehmenden öffentlichen Bewusstseins für das Problem psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz gibt ein Drittel der Menschen im Vereinigten Königreich an, nicht mit psychisch erkrankten Personen zusammenarbeiten zu wollen. Dies mag ein Hinweis darauf sein, wie Stigmatisierung der Entwicklung einer aufgeklärteren und toleranteren Unternehmenskultur entgegenstehen kann.

Eine der Stossrichtungen, welche die OECD der Schweiz aufzeigt, ist jenen unter uns, die im Vereinigten Königreich arbeiten, gut vertraut. Es geht um eine bessere Verschränkung von Arbeitsvermittlungsangeboten und Gesundheitsdienstleistungen für psychisch erkrankte Menschen. Obwohl die Schweiz OECD-weit die höchste Anzahl Psychiater pro Kopf aufweist, ist der Zugang zu arbeitsorientierter psychologischer Beratung und psychiatrischer Behandlung hier ebenso ein Problem wie anderswo. Neuere Entwicklungen im Vereinigten Königreich geben jedoch Anlass zu vorsichtiger Zuversicht.

Seit mehreren Jahren gewährt das System Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) erleichterten Zugang zu Behandlungen gegen Depressionen und Angstzustände. 2012 standen seine Angebote gut der Hälfte der erwachsenen Bevölkerung offen, über 680 000 Menschen hatten eine Behandlung aufgenommen, und 45 000 war dabei geholfen worden, von Krankengeldern wegzukommen. In jüngerer Zeit erzielte zudem die Integration spezialisierter Beschäftigungsberater in die IAPT-Dienste positive Ergebnisse bei Personen mit Arbeitsverlustrisiko oder Arbeitssuchenden. Aufbauend auf diesem Erfolg will die britische Regierung psychischen Erkrankungen gesundheits- und beschäftigungspolitisch künftig die gleiche Bedeutung beimessen wie körperlichen Krankheiten. Sie hat auch angekündigt, demnächst Pilotprogramme finanzieren zu wollen, die den Nutzen von vier integrierten Ansätzen zur Gesundheits- und

Beschäftigungsförderung untersuchen sollen. Geprüft werden sollen neben einem vollständig integrierten Dienst (basierend auf dem IPS-Ansatz)¹ ein Konzept, das mit Gruppensitzungen arbeitet, eine Methode, welche die kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behaviour Therapy, CBT) online einsetzt, sowie eine Help-line für Arbeitslose. Ermutigend ist, dass diese Projekte viele der Empfehlungen aufnehmen, welche die OECD, die im Februar bei der Work Foundation zu Gast war, in ihrem Bericht über das Vereinigte Königreich abgegeben hat.

Wie die OECD in ihren Studien hervorhebt, haben sowohl das Vereinigte Königreich als auch die Schweiz solide gute Praktiken, auf denen sie aufbauen können. Aber es bleibt immer noch viel zu tun, um für psychisch

Erkrankte im Erwerbsalter kohärente und koordinierte Leistungen bereitzustellen. Für das Vereinigten Königreich kam die OECD zum Schluss, dass zwar viele Strategien und Konzepte vorliegen, es aber bei der Umsetzung hapert – eine sehr angemessene Kritik. Ich bin jedoch zuversichtlich, dass Entscheidungsträger und Fachleute nun gemeinsam an greif- und umsetzbaren Initiativen arbeiten, und dem Vereinigten Königreich dabei helfen, die Herausforderungen anzugehen, die uns die Kolleginnen und Kollegen von der OECD freundlicherweise aufgezeigt haben.

1 IPS: Individual Placement and Support (individuelle Vermittlung und Betreuung); vgl. Kawohl, Wolfram et al., «ZHEPP – Pilotprojekt nach Art. 68^{quater}», in *CHSS* 1/2014, S. 41f.

Prof. Stephen Bevan, Direktor des Centre for Work Force Effectiveness, The Work Foundation, UK
E-Mail: shutchings@theworkfoundation.com

Guter Bericht mit wichtigen Hinweisen für das Gesundheitssystem

Der OECD-Bericht «Mental Health and Work in Switzerland» ist ein wichtiger Meilenstein im Prozess, der zum Ziel hat, Menschen mit psychischen Problemen im Arbeitsmarkt zu halten oder wieder einzugliedern. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nimmt die Empfehlungen der OECD ernst und wird sich dafür einsetzen, die bestehenden gesundheitspolitischen Strukturen und Prozesse dahingehend zu optimieren.



Stefan Spycher
Bundesamt für Gesundheit

Der Bericht hält fest, dass der Beschäftigungsgrad von Menschen mit psychischen Problemen in der Schweiz im internationalen Vergleich hoch ist. Dennoch erfolgt immer noch ein erheblicher Teil der Neu-Berentungen in der Invalidenversicherung aufgrund von psychischen Krankheiten. Dabei bietet die Ausstattung des Gesundheits- und des Bildungswesens wie auch der Sozialversicherungen grundsätzlich sehr gute Handlungsmöglichkeiten.

Bundeseitig engagieren sich heute hauptsächlich das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und das Staatssekretariat für Arbeit (SECO) für verbesserte Arbeitsbedingungen und Integrationsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Problemen. Doch auch das Bundesamt für Gesundheit ist an einigen relevanten Aktivitäten beteiligt bzw. federführend:

- BAG, SECO, BSV, die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und Gesundheitsförderung Schweiz bilden gemeinsam die Trägerschaft des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz¹, das eine Plattform für den Austausch zwischen den in der Praxis tätigen Akteuren und den Behörden anbietet.
- Das BAG unterstützt in zwölf Kantonen die Umsetzung des Bündnis gegen Depression², ein in Deutschland entwickeltes Konzept zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depressionen.
- Im Rahmen der Beantwortung zweier Postulate³ werden demnächst konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung bzw. der Prävention und Früherkennung psychischer Krankheiten formuliert werden.

In der im Januar 2013 veröffentlichten Strategie Gesundheit2020 (www.gesundheit2020.ch) spricht der Bundesrat sich für eine Stärkung der Gesundheitsförderung – auch der betrieblichen Gesundheitsförderung – sowie der Prävention und der Früherkennung aus. Dies soll unter anderem dazu führen, dass die Ausgliederung von Personen mit psychischen Störungen aus dem Arbeitsprozess zunehmend verhindert werden kann. Das Teilprojekt Psychische Gesundheit, welches GDK, BAG und Gesundheitsförderung Schweiz im Kontext des Vorhabens Ge-

1 Netzwerk Psychische Gesundheit: www.npg-rsp.ch. Vgl. auch Künzler, Alfred und Katrin Jentzsch «Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz – eine Zwischenbilanz», in *CHSS* 6/2013, S. 329f.

2 Bundesamt für Gesundheit – Bündnis gegen Depression: www.bag.ch → Themen → Gesundheitspolitik → Psychische Gesundheit → Netzwerk psychische Gesundheit

3 Postulate Stähelin (10.3255) und Gutzwiller (13.3370): www.parlament.ch → Dokumentation → Curia Vista Geschäftsdatenbank

sundheitsförderung und Prävention 2020 ins Leben gerufen haben, soll dazu einen Beitrag leisten. Ein weiteres Ziel der Gesundheit2020 gilt der Verstärkung der integrierten Versorgung, die auch die Zusammenarbeit zwischen der Hausarztmedizin und der Psychiatrie fördern wird.

Der OECD-Bericht äussert sich zu einigen Besonderheiten des schweizerischen Gesundheitswesens und leitet daraus weitere Empfehlungen ab:

- Das Versorgungsangebot sei zwar gut ausgebaut und es konnte bereits mehrfach eine grosse Patientenzufriedenheit belegt werden. Zu bemängeln sei jedoch, dass in der psychiatrischen Versorgung der Schwerpunkt zu stark auf dem stationären Bereich liegt. Die Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs soll entsprechend vorangetrieben werden.
- Der Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Problemen werde in der psychiatrischen Versorgung zu wenig Beachtung geschenkt. Deshalb soll in der Aus- und Weiterbildung im Bereich der Psychiatrie einen konsequenten Einbezug der Erwerbsperspektive angestrebt werden.

- In der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern, IV-Stellen und Sozialdiensten sei vermehrt auch die Expertise von Gesundheitsfachpersonen einzubeziehen.

Diese wichtigen Hinweise sollen nun aus gesundheitspolitischer Sicht weiterverfolgt werden. Dabei ist das BAG bestrebt, die Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Stellen beim Bund und bei den Kantonen zu optimieren, ohne die heutigen Zuständigkeiten grundsätzlich zu verändern. Wichtig ist auch die Sensibilisierung der nicht staatlichen Akteure, wie beispielsweise der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Ärzteschaft. Für diese Entwicklungen setzt der OECD-Bericht wichtige Impulse.

Dr. Stefan Spycher, Ökonom, Vizedirektor BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik
E-Mail: stefan.spycher@bag.admin.ch

Beurteilung der OECD-Empfehlungen aus sonderpädagogischer Sicht

Um die Beschäftigungschancen psychisch beeinträchtigter Jugendlicher zu verbessern, empfiehlt die OECD der Schweiz u.a. einen wirkungsvolleren Ressourceneinsatz im Bereich der Bildung. Sie gibt dazu sieben Handlungsempfehlungen ab. Aus sonderpädagogischer Sicht lassen sich die Vorschläge, die das Schulobligatorium betreffen, im Rahmen des integrativen Unterrichts aufgreifen, während der Übergang in den Arbeitsmarkt in Koordination mit anderen Akteuren optimiert werden müsste.



Beatrice Kronenberg
Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter umfassen u.a. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Autismus, Depressionen, Angststörungen, Substanzenmissbrauch, Essstörungen und Psychosen. Sie alle äussern sich im Verhalten und stellen heute eine erhebliche Herausforderungen für die Schule dar. Generell lassen sich psychische Störungen oft bis weit in die Kindheit zurückverfolgen. Drei Viertel treten bis zum Alter von 24 Jahren auf, ein Viertel bereits bis zum siebten Altersjahr.¹

In ihrem Bericht beurteilte die OECD u.a. die Fähigkeit des schweizerischen Bildungssystems, mit psychischer Krankheit umzugehen. Dabei stellte sie fest, dass die im Bildungssystem der Schweiz reichlich vorhandenen Ressourcen bezüglich psychischer Gesundheit wirkungsvoller eingesetzt werden könnten. Weiter wird ein Zusammenhang zwischen bildungsfernen, schlecht ausgebildeten Jugendlichen und psychischen Beschwerden hergestellt.

Die Bildungsinstitutionen sind – analog zur Arbeitswelt – Orte, an denen psychische Krankheiten **sichtbar** werden

können. Im Gefüge der psychischen Befindlichkeit spielt die Schule eine Rolle, nicht aber die Hauptrolle. Sie kann Prävention betreiben, während die Behandlung von psychischen Krankheiten zu den Aufgaben des Gesundheitssystems gehört.

Im Folgenden werden die Empfehlungen der OECD aus sonderpädagogischer Sicht beurteilt.

Die OECD nennt drei Handlungsansätze, um die Wirksamkeit der Schulressourcen zu erhöhen:

1. Förderung der Regelschulen und des integrativen Unterrichts, namentlich auch für Jugendliche mit Verhaltensproblemen und einer psychischen Krankheit

Beurteilung: Zwei Forschungsergebnisse stützen diese Empfehlung.

Einschränkend ist jedoch auf eine Forschungsübersicht zur integrativen und separativen Förderung von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten hinzuweisen, die festhält, dass zur Wirksamkeit integrativer Schulung keine eindeutigen Aussagen möglich sind. Allerdings finden sich Hinweise darauf, dass Separation und damit die Konzentration verhaltensauffälliger Schülerinnen und Schüler in Sonderklassen und -schulen im Interesse der Betroffenen vermieden werden sollte.² Ein weiteres Forschungsergebnis bestätigt bei schulleistungsschwachen Lernenden im Vergleich zu Sonderschulung einen positiven Effekt von integrativer Schulung auf anspruchsvollere nachobligatorische Bildung.³

2. Bestandsaufnahme der verfügbaren Unterstützungsmaßnahmen

Beurteilung: Ein Verzeichnis der verfügbaren Unterstützungsmaßnahmen für Lernende mit Gesundheitsproblemen inklusive psychischer Beschwerden ist wünschenswert.

Aufbau und Unterhalt wären jedoch angesichts der föderalistischen Strukturen in der Schweiz mit entsprechendem finanziellen und personellen Aufwand verbunden.

3. Bereitstellung eines Interventionskonzepts für Schulen

Beurteilung: Die Bereitstellung von Wegleitungen zu den vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen und

1 Lit. Kessler et al., S. 595f.

2 Lit. Liesen und Luder, S.11–18

3 Lit. Eckhart et al., S. 73

-leistungen, welche die Schulen im Bedarfsfall koordiniert anbieten sollten, erscheint sinnvoll.

Aufgrund der kantonalen Bildungshoheit wäre allerdings **nicht ein einzelnes, landesweit gültiges** Interventionskonzept zu erarbeiten. Vielmehr erscheint es zielführend, kantonale Konzepte und Beispiele Guter Praxis (Good Practice) auszutauschen.

Im OECD-Bericht finden sich vier Vorschläge, um den Übergang in den Arbeitsmarkt zu begünstigen:

1. Übergangsmassnahmen für Schulabgänger entwickeln

Beurteilung: Die zentrale Rolle geeigneter Übergangsmassnahmen ist hinlänglich erkannt. Demzufolge sind in erster Linie die bereits bestehenden Gefässe zu nutzen und diese für Jugendliche mit psychischen Problemen noch gezielter einzusetzen.

Bund und Kantone haben sich auf gemeinsame Bildungsziele geeinigt: U.a. sollen 95 Prozent aller Jugendlichen bis 25 Jahre mindestens einen Sek-II-Abschluss ausweisen. Um dieses Ziel zu erreichen, führte die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) zwischen 2006 und 2010 das Projekt Nahtstelle (1 und 2) durch und erliess 2011 zuhanden der Kantone Empfehlungen zur Gestaltung der Nahtstelle 1 (obligatorische Schule–Sekundarstufe II). Daraus entwickelte sich eine Vielzahl von Projekten und Massnahmen, die in kantonalen Umfragen erhoben und zentral dokumentiert werden.⁴ Unter anderem sind darunter auch die Projekte Case-Management (CM) und fachkundige individuelle Begleitung (FIB) erfasst, die 2008 vom Bund lanciert worden und auf die Nahtstelle ausgerichtet sind. Gemäss dem aktuellsten Bildungsbericht von 2014 ist das Ziel von 95 Prozent Abschlüssen auf Sekundarstufe II bei den in der Schweiz geborenen Jugendlichen der heutigen Kohorte bereits erreicht, bei den nicht in der Schweiz Geborenen ist der Anteil beachtlich.⁵

Zwei kleine Schulabgängergruppen, denen der Sekundarstufen-II-Abschluss nicht gelingt, werden von den bestehenden Übergangsmassnahmen nicht erreicht. Ihren Bedürfnissen ist folglich besonders Sorge zu tragen. Es handelt sich dabei um:

- Jugendliche, die den Abschluss der Eidgenössischen Berufsbildung mit Attest (EBA) nicht schaffen, die aber einen individuellen Kompetenznachweis mit auf den Berufsweg erhalten.
- Jugendliche, die eine praktische Ausbildung nach IN-SOS (PrA) oder eine ähnliche Ausbildung ausserhalb des Berufsbildungsgesetzes absolvieren. Für etliche

von ihnen würde sich eine **zweijährige** erstmalige berufliche Ausbildung (EbA) nach Art. 16 IVG lohnen.

2. Psychische Probleme bei Schulabbrechern angehen

Beurteilung: In der Schweiz ist das Schulobligatorium stark verankert. Die Zahl der Schulabbrecher vor Ablauf der Schulpflicht ist nicht gesichert, dürfte aber gemäss einzelnen kantonalen Untersuchungen gering sein.

Mit der Einführung des individuellen Identifikators werden zum Hintergrund von Schulabbrechern dazu künftig mehr Daten verfügbar sein.

Für schulentlassene Jugendliche, die keine Anschlusslösung haben, die sogenannten NEETs, (Not in Education, Employment or Training) ist die Schule nicht mehr und die Berufsbildung oder die Arbeitswelt noch nicht zuständig. In dieser Situation wären in erster Linie die Eltern gefragt – aber diese sind nicht selten überfordert. Zwischen Schulende und Abschluss eines Lehr- oder Arbeitsvertrages begegnen die jungen Menschen vielen schwierigen Momenten. Es kann Zeitlücken geben zwischen Abklärungen, Praktika, Berufsschul- oder Arbeitsbeginn usw. Zudem sind gerade in erschwerten Verhältnissen zahlreiche Akteure (RAV, IV-Stelle, Psychiatrie, Lehr- oder Arbeitsbetrieb usw.) im Spiel. Aus sonderpädagogischer Sicht wäre den NEETs geholfen, wenn die Lücke der zuständigen Instanzen geschlossen werden könnte.

3. IV-Berentung junger Menschen verhindern

4. Arbeitsanreize für junge Menschen verstärken

Beurteilung: Die Vorschläge 3. und 4. betreffen das Bildungssystem nicht direkt.

Fazit: Wie Arbeit bei Menschen mit psychischen Behinderungen Therapie sein kann, trägt auch Bildung insbesondere bei jungen Menschen zu psychischer Gesundheit bei. Es gilt also, ihnen den Ausstieg aus dem Bildungssystem nicht allzu leicht zu machen!

Beatrice Kronenberg, Dr. phil., Direktorin SZH

E-Mail: beatrice.kronenberg@szh.ch

Literatur

Bildungsbericht 2014: www.skbf-csre.ch → Bildungsmonitoring → Bildungsbericht 2014 (PDF)

Eckhart, Michael et al. Langzeitwirkungen der schulischen Integration, Bern 2011
Kessler, Ronald C. et al., «Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication», in *Archives of General Psychiatry*, Nr. 62, 2005, S. 593–603

Liesen, Christian und Reto Luder, «Forschungsstand zur integrativen und separativen schulischen Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Verhaltensauffälligkeiten», in *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, Nr. 9, 2011

4 www.edk.ch → Basis-Wissen Bildungssystem CH → Kantonsumfragen → Kantonsumfrage 2012/2013 → H – Nahtstelle obligatorische Schule–Sekundarstufe II

5 *Lit.* Bildungsbericht, S. 112

Versorgungssituation von Versicherten mit psychischen Problemen: Terra incognita?

Psychische Krankheiten sind die häufigste Ursache für eine IV-Rente. Mit einer Machbarkeitsstudie liess das BSV die Versorgungssituation Versicherter untersuchen, die wegen psychischer Probleme eine IV-Anmeldung eingereicht haben oder Rente beziehen. Angesichts der niedrigen medizinischen Behandlungsrate von Menschen mit psychischen Störungen, war es für die Studienverantwortlichen eher überraschend, dass die meisten Versicherten auf eine längere Vorgeschichte medizinischer Behandlungen zurückblicken.

das Jahr 2012 eine durchschnittliche Behandlungsrate von rund 38 Prozent.² In der Schweiz nimmt rund ein Drittel der Personen mit einer schweren Depression (Frauen: 35%; Männer: 37%) professionelle Hilfe in Anspruch.³

Wenn, dann wenden sich die meisten Menschen auch bei psychischen Problemen zunächst an die Hausärztin oder den Hausarzt. Gemäss einer Schweizer Studie nehmen diese bei etwa einem Drittel ihrer Patientinnen und Patienten depressive Probleme wahr. Sie intervenieren jedoch nur sehr selten, nämlich nur in rund drei Prozent der Fälle.⁴ Deutlich wird in der erwähnten Studie auch,



Peter Rüesch
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften



Szilvia Altwicker-Hámori



Bernhard Bührlen
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Herausforderungen der Versorgung

Viele Menschen mit schweren psychischen Problemen, die sie im Alltagsleben, im Beruf oder in der Partnerschaft beeinträchtigen, lassen sich nicht von einer Fachperson behandeln. So erhalten etwa in der EU nur rund ein Viertel der Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen eine spezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.¹ Die neueste Studie zu psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung zeigt für

dass die betreffenden Patientinnen und Patienten häufig schon eine längere Leidensgeschichte hinter sich haben, wenn sie die ärztliche Praxis aufsuchen und oft – neben der Depression – in umfassenderem Sinne sowohl gesundheitlich als auch sozial beeinträchtigt sind. Diese komplexe multimorbide Problematik zeigt sich auch bei Personen, die aufgrund einer psychiatrischen Indikation eine IV-Rente beziehen.⁵ Die wissenschaftliche Befundlage zur Versorgungssituation weist darauf hin, dass bei vielen Menschen, die aufgrund psychischer Probleme an die IV

1 Wittchen, Hans-Ulrich und Frank Jacobi, «Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies», in *European Neuropsychopharmacology* 15, 2005, 357–376; Wittchen, Hans-Ulrich et al., «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010», in *European Neuropsychopharmacology* 21, 2011, 655–679

2 Wittchen, Hans-Ulrich und Frank Jacobi, *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?*, Präsentation am DEGS-Symposium, 14.6.2012: www.degs-studie.de → Ergebnisse → DEGS1-Symposium 2012 (PDF; Stand: Januar 2014)

3 Rüesch, Peter et al., *Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz*. Obsan Dossier 23, Neuenburg 2013

4 Baer, Niklas et al., *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung*. Obsan Bericht 56, Neuenburg 2013

5 Baer, Niklas et al., *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/09, Bern 2009

Psychische und körperliche Gesundheit: Anzahl dokumentierte Krankheits- und Behandlungsepisoden im Zeitverlauf (Analyseebene: Episoden)

T1

IV-Gebrechenscode	Psych. Krankheit			Psychiatr. Behandlungen			Körperl. Krankheit		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
641 (N=22)	54 (71)	13 (17)	9 (12)	51 (60)	14 (16)	20 (24)	12 (71)	5 (29)	0 (0)
642–645 (N=25)	56 (78)	11 (15)	5 (7)	50 (75)	12 (18)	5 (7)	20 (57)	9 (26)	6 (17)
646 (N=72)	158 (74)	39 (18)	16 (8)	132 (67)	45 (23)	21 (11)	68 (60)	34 (30)	11 (10)
Gesamt (N=119)	268 (74)	63 (17)	30 (8)	233 (69)	71 (21)	36 (11)	100 (61)	48 (29)	17 (10)

Zelleninhalt: Anzahl Episoden, in Klammern Prozentwerte

Beobachtungszeiträume: I=Beginn vor Erstkontakt; II=zwischen Erstkontakt und Rentenbeschluss; III=nach Rentenbeschluss

Ein Dossier musste aus formalen Gründen aus der Analyse ausgeschlossen werden.

gelangen, ein schleichender Prozess der Chronifizierung und beruflichen sowie sozialen Desintegration stattgefunden hat. Wenn es gelänge, diese Menschen frühzeitiger zu einer adäquaten Behandlung zu führen, könnten vielleicht in manchen Fällen der Verlust des Berufes und andere schwerwiegende soziale Konsequenzen vermieden werden.

Fragestellung der Machbarkeitsstudie

Aufgrund der eingangs skizzierten Herausforderungen besteht auch bei der Invalidenversicherung ein wachsendes Interesse an der Versorgungssituation von Versicherten mit psychischen Krankheiten. Und zwar sowohl an einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung als auch an einer vergleichbaren und der Wirkungsmessung zugänglichen Dokumentation. Invaliditätsbedingte Frühberentungen mit psychiatrischer Indikation liessen sich dadurch womöglich reduzieren. Im Rahmen der hier vorgestellten Machbarkeitsstudie, wurde die Versorgungsqualität von versicherten Personen deshalb näher untersucht. Dabei interessierte besonders, inwiefern die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung versicherter Personen sich aus den Versichertendossiers der IV-Stellen ermitteln und bewerten lässt.

Methodik

Zu diesem Zweck wurden mittels einer geschichteten Zufallsstichprobe 120 IV-Dossiers ausgewählt. Die Grundgesamtheit bildeten dabei all jene Personen, wel-

che bei der IV zwischen 2005 und 2010 mit einem Gebrechenscode aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen (641–646)⁶ für ein Rentengesuch, für Eingliederungsmassnahmen oder für einen Rentenbezug angemeldet waren. Die Schichtung erfolgte nach den Merkmalen Zeitperiode des Erstkontakts mit der IV (2005–2007 bzw. 2008–2010), Altersgruppe sowie Rentenstatus. In Bezug auf die weiteren soziodemographischen Merkmale der Versicherten und der geographischen Verteilung wurde durch eine Zufallsauswahl Repräsentativität für die Gesamtschweiz hergestellt.

Zunächst wurde in einer knapper gehaltenen «Schnellkodierung» der IV-Dossiers untersucht, welche der interessierenden Merkmale zum Gesundheitszustand, zu Behandlungsmassnahmen etc. überhaupt dokumentiert sind. Zwölf dieser Dossiers wurden dann einer detaillierteren Kodierung unterzogen, bei der nicht nur das Vorhandensein, sondern auch die Ausprägung der Merkmale erfasst wurde. Die umfassendere Charakterisierung dieser Dossiers wurde schliesslich zu einer qualitativen, inhaltsanalytischen Auswertung genutzt.

Was wird in Versichertendossiers wie dokumentiert?

Obschon methodisch nicht Hauptziel der Machbarkeitsstudie, bringen ihre Resultate doch Licht in die Versorgungssituation von Versicherten mit psychischen Problemen. So wiesen die Dossiers einer Mehrheit der versicherten Personen mindestens zwei oder mehr dokumentierte psychische Krankheits- oder Behandlungsepisoden (Maximum: acht Episoden) auf. Auffallend war, dass der grösste Teil (74%) der erfassten psychischen Krankheitsepisoden, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsepisoden (69%) und der körperlichen Krankheitsepisoden (61%) bereits vor dem Erstkontakt mit der IV begonnen hatten – und dies z.T. sogar lange (d.h. mehrere Jahre) vorher (vgl. Tabelle T1). Dies

⁶ Die Codes sind wie folgt definiert: 641 Schizophrenie. 642: Manisch-depressives Kranksein (Zyklothymie). 643: Organische Psychosen und Leiden des Gehirns. 644: Übrige Psychosen. 645: Psychopathie. 646: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

deutet darauf hin, dass die Gesundheitsprobleme, die letztlich zu einer IV-Anmeldung führen, oft eine bereits längere Vorgeschichte haben und die versicherten Personen schon vor dem ersten Kontakt mit der IV medizinisch betreut werden. Allerdings ist den Dossiers nicht zu entnehmen, ob die Versorgung adäquat erfolgt.

Bei rund der Hälfte der versicherten Personen sind nur psychiatrische Behandlungen dokumentiert, die bereits vor dem Erstkontakt mit der IV initiiert wurden. Demzufolge werden bei jeder und jedem zweiten Versicherten mit psychischen Gebrechen während der IV-Abklärung keine neuen Behandlungen mehr in die Wege geleitet.

Es wurde auch untersucht, wie lange der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn der frühesten Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem Erstkontakt mit einer IV-Stelle ausfällt (vgl. Grafik G1). Über alle versicherten Personen liegt der Beginn der frühesten dokumentierten Episode einer psychischen Erkrankung bis zum Erstkontakt mit der IV im Mittel (Median) bei 37 Monaten. Für den Beginn einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung liegt der Mittelwert bei 18 Monaten vor dem Erstkontakt. Allerdings ist die Streuung dieser Variablen

erheblich: Beispielsweise verzeichnet ein Viertel der Fälle einen dokumentierten Krankheitsbeginn von über 110 Monaten vor Erstkontakt und einen Behandlungsbeginn von über 56 Monaten vor Erstkontakt. Es sind jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gebrechensgruppen (641, 642–645, 646) festzustellen.

Heterogene Behandlungssequenzen

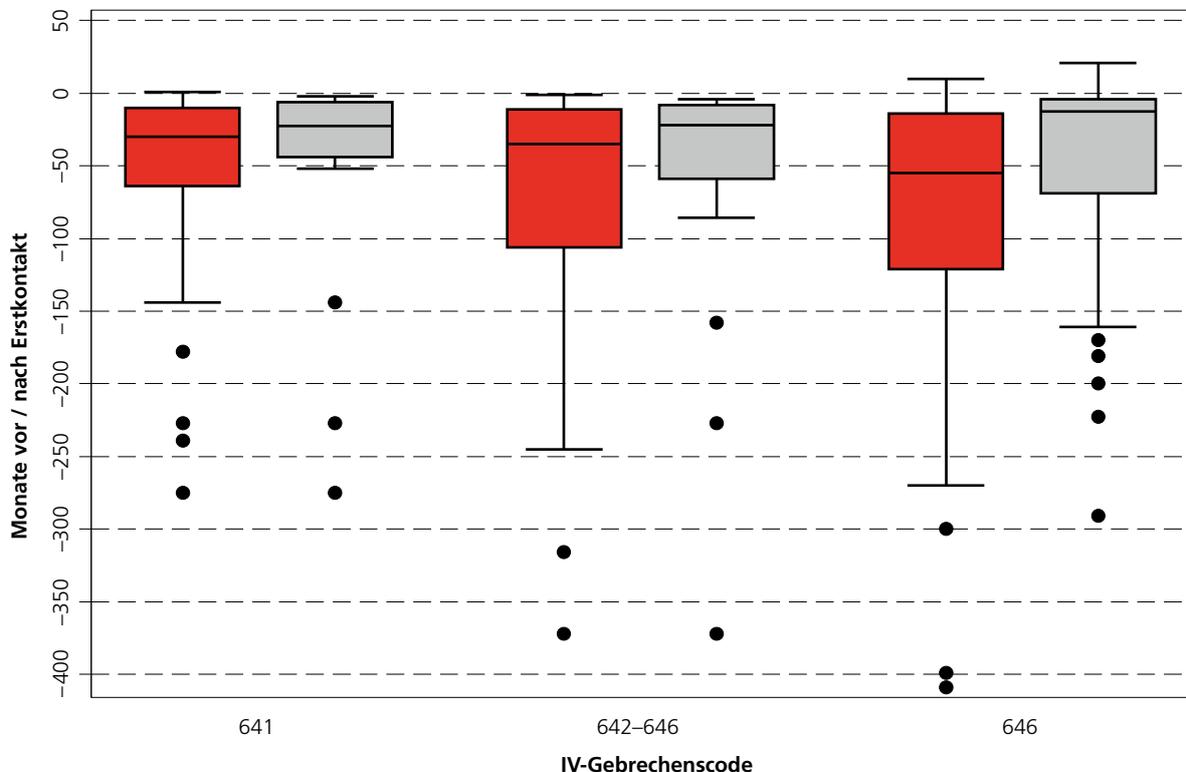
Die Analyse der 120 IV-Dossiers lässt auch Aussagen über Abfolge und Kombination verschiedener Sequenzen von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen zu. Bei rund einem Sechstel der versicherten Personen fallen diese sehr heterogen und komplex aus.

In der untersuchten Stichprobe liessen sich insgesamt 14 verschiedene Kombinationen von Behandlungssequenzen identifizieren. Dabei überwogen drei Varianten (82% der Fälle):

- Nur eine Behandlung wird über einen bestimmten Zeitraum durchgeführt (Sequenz A).

Zeitlicher Abstand (Monate) zwischen Datierung einer ersten psychischen Krankheits- oder Behandlungsepisode und dem Erstkontakt mit IV (negative Werte=Episode liegt vor Erstkontakt)

G1

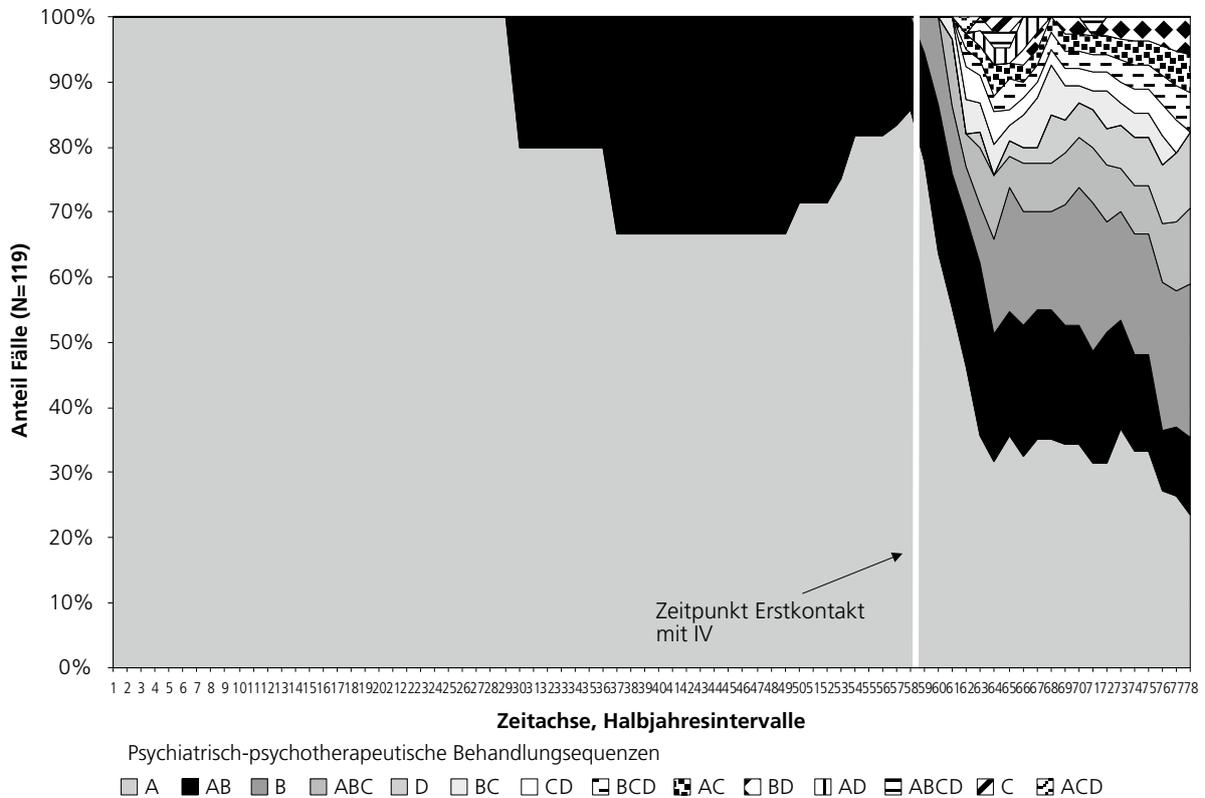


- Dauer in Monaten von erstem Dossiereintrag einer psychischen Krankheit bis IV-Erstkontakt
- Dauer in Monaten von erstem Dossiereintrag einer psychiatrischen Behandlung bis IV-Erstkontakt

Quelle: Lit. Ruesch et al.

Anteil verschiedener Behandlungssequenzen am Gesamt aller psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungssequenzen im Zeitverlauf (Gesamtstichprobe, N=119)

G2



Quelle: Lit. Rüesch et al.

- Eine erste Behandlung wird nach einer gewissen Zeitspanne mit einer zweiten kombiniert, welche dann beide zeitlich parallel laufen (Sequenz AB).
- Eine Behandlung wird nach Abschluss einer ersten neu aufgenommen (Sequenz B).

Im Zeitverlauf verändert sich der Anteil der einzelnen Behandlungssequenzen am Total aller Sequenzen (vgl. Grafik G2). Vor dem Erstkontakt überwiegen ein bis zwei Behandlungsepisoden (A und AB). Erst rund anderthalb Jahre (bzw. drei Halbjahresintervalle) vor dem Erstkontakt werden zunehmend weitere Behandlungsepisoden dokumentiert, deren Spektrum sich nach dem Erstkontakt nochmals deutlich verbreitert, um sich schliesslich gegen Ende des Beobachtungszeitraumes wieder zu reduzieren. Häufigkeit und Vielfalt von Behandlungen scheinen somit nach dem Erstkontakt mit der IV stark zuzunehmen, um gegen Schluss des Abklärungsprozesses wieder abzunehmen.

Allerdings geben die geschilderten Resultate nicht die unverstellte Realität der Behandlungssituation der versicherten Personen wieder, sondern die in den Dossiers

dokumentierte Realität. Die markant zunehmende Behandlungsvielfalt ab Erstkontakt kann nicht einfach als Ausdruck einer realen Zunahme von Interventionen – unter Umständen von der IV veranlasst – interpretiert werden. Der Befund kann auch das Ergebnis des IV-Abklärungsprozesses und der damit verbundenen Dokumentationspraxis sein, indem der Zeit um den Erstkontakt bei der Versicherten-Anamnese besondere Aufmerksamkeit zuteil wird und dazu entsprechend viel dokumentiert wird.

Psychotherapien nur marginal dokumentiert

Im Rahmen der vertiefenden Analyse von zwölf Dossiers zeigte sich, dass die Dokumentation von Diagnosen meistens nach einem anerkannten psychiatrischen Diagnostiksystem (in der Regel die ICD)⁷ erfolgte. Hingegen sind der zeitliche Verlauf und die Entwicklung von psychischen Störungen in der Biografie der versicherten Personen oft nur lückenhaft festgehalten.

Wenig detailliert dokumentiert sind auch die Behandlungsmethoden: Medikamentöse Behandlungen sind zwar präzise erfasst, aber genauere Angaben zu Psychotherapie (z.B. Therapiemethoden, Verfahren, Behand-

⁷ International Classification of Diseases (WHO); das Kapitel V (F) ist den psychischen Krankheiten zugeordnet.

lungsziele) und anderen Formen von psychosozialen Interventionen finden sich nur in wenigen Fällen. Häufig lässt sich die Entwicklung der psychischen Probleme nur dann ausreichend beurteilen, wenn das Dossier durch Austrittsberichte aus stationärer Behandlung oder umfassender durch psychiatrische Gutachten aufgearbeitet wurde.

Es erwies sich auch als schwierig, die Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen den jeweiligen Krankheits- und Behandlungs-Episoden zuzuordnen, da sämtliche Informationen dazu nur externen und nachträglich verfassten Berichten entnommen werden konnten. Die Analyse erschwerend war auch, dass in den Dossiers oft viele und zum Teil widersprüchliche Angaben verschiedener Akteure und Institutionen identifiziert werden mussten. Demzufolge lassen sich die Notwendigkeit und der Erfolg von Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen oft nur schwer abschätzen.

Fazit und Schlussfolgerungen

Wenn Menschen aufgrund schwerer psychischer Probleme an die IV gelangen, blicken sie meistens bereits auf eine längere Leidens- und Behandlungsgeschichte zurück, wie es auch die Resultate unserer Studie zeigen. Es handelt sich also in der Regel nicht um Personen, die eine unbehandelte chronifizierte psychische Störung aufweisen. Wer aufgrund psychischer Beschwerden später eine IV-Rente erhält, ist oft schon seit vielen Jahren in Behandlung. Ob diese adäquat erfolgt, lässt sich aufgrund der Dossieranalyse allerdings nicht beantworten. Somit dürfte diese Versichertengruppe weniger mit einer umfassenden Unterversorgung sondern allenfalls mit einer inadäquaten oder Fehlversorgung konfrontiert sein.

In der bereits bestehenden und manchmal weit zurückreichenden Behandlungsgeschichte liegt eine besondere Schwierigkeit für die Betreuung und Steuerung eines Falles durch die IV. Wenn diese ihren Auftrag so versteht, dass sie mit dem Zielhorizont des Integrationserfolges bis zu einem gewissen Grad auch die Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen oder andere Gesundheitsfachpersonen mitbestimmen soll, so muss die IV an häufig bereits etablierte Behandlungsarrangements anknüpfen. Es dürfte also in vielen Fällen weniger darum gehen, quasi «von Null auf» das passende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot zu suchen, sondern vielmehr ausgehend von bestehenden Arrangements ergänzende Angebote zu bestimmen und den Behandlungsverlauf zu dokumentieren.

Dies stellt erhebliche Anforderungen sowohl an die fachlichen Kompetenzen der Fallverantwortlichen der IV in den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie als auch an die Qualität der Zusammenarbeit zwischen IV und Behandlern. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit IV-Stellen bei der Behandlung von Versicherten überhaupt

mitreden sollen und können. Würde man die Frage bejahen, so hätte dies unter anderem Konsequenzen für das Aufgabenspektrum der Fallverantwortlichen, indem sich dieses in Richtung Case-Management entwickeln müsste. Darüber hinaus wäre es auch empfehlenswert, spezifische Richtlinien für die Dokumentation von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen in den Falldossiers zu entwickeln, welche die Bewertung der Wirksamkeit von Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie die Planung weiterführender Interventionen gewährleisten.

Studie:

Rüesch, Peter; Bührlen, Bernhard; Altwicker, Szilvia; Juvalta, Sibylle und Silke Träbert, *Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung*. Machbarkeitsstudie: Schlussbericht, [Bern] 2013: www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Studien, Gutachten

Prof. Dr. phil. Peter Rüesch, Leiter Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW
E-Mail: rech@zhaw.ch

Dr. rer. pol. Szilvia Altwicker-Hàmori, wissenschaftliche Mitarbeiterin Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW
E-Mail: altw@zhaw.ch

Dr. phil. Bernhard Bührlen, Abteilung Evaluation und Forensisch-Psychiatrische Klinik, UPK Basel
E-Mail: bernhard.buehrlen@upkbs.ch

Sibylle Juvalta, MSc Public Health, wissenschaftliche Assistentin Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften, Departement Gesundheit, ZHAW
E-Mail: sibylle.juvalta@zhaw.ch

Dr. Silke Träbert, Psychologin, Forensisch-Psychiatrische Klinik, UPK Basel
E-Mail: silke.traebert@upkbs.ch