

Fallanalyse zur beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Störungen

Wegen ihrer starken Zunahme sind IV-Berentungen aufgrund von psychischen Störungen seit den 1990er Jahren bis 2004 zu einem heissen Thema geworden. Den Ursachen dieser Entwicklung gehen mehrere Forschungsprojekte im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV nach. 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 wurden und dass Hinweise für eine rasche Rehabilitation der Versicherten oft fehlten. Die Studie des Teams der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) ergänzt diesen quantitativ ausgerichteten Bericht mit einer qualitativen Erhebung und Auswertung.

Personen mit psychischen Störungen zugunsten der Prävention von IV-Berentung und einer bedarfsgerechten Versorgung auf dem 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?
3. Welche Ansatzpunkte für Präventionsmassnahmen lassen sich ableiten?

Stichproben

Eine hinsichtlich Alter und psychiatrischer Diagnose heterogene Stichprobe von 45 PatientInnen 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 umfassende Exploration 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 erlebt haben.

Zur Analyse der individuellen Verläufe wurden zudem Einschätzungen von insgesamt 40 zentralen *Betreuungspersonen* aus dem Versorgungssystem einbezogen, um die Betroffenaussagen ergänzen und validieren zu können.

Eine weitere Stichprobe von 24 ExpertInnen für versicherungsrechtliche und arbeitsrehabilitative Fragen wurde zur Bewertung von Diagnostik und Interventionen der damit einher-



Henrike Winckel

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



Barbara Laskowska



Jörg Herdt

Hintergrund

Die Zahl der IV-Leistungsbeziehenden aufgrund psychischer Behinderungen hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt. Die fünfte IV-Revision hat daher zum Ziel, nach dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» diesem Trend entgegenzuwirken. Parallel dazu fördert das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) Untersuchungen zur Ursachenklärung von Invalidität und zur

Verbesserung von präventiven und integrativen beruflichen Massnahmen und Gesetzen. Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des Forschungsprogramms zur IV (FoP-IV) des BSV gefördert.

Ziele und Fragestellungen

Ziel der Studie ist die Identifikation von Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung von

gehenden Schnittstellenproblematik und zu Erfolg versprechenden Präventions- und Integrationsansätzen im Bereich Arbeits- und Erwerbs(un)fähigkeit herangezogen.

Methodik

Das als Längsschnittstudie angelegte Projekt verfolgt einen qualitativen Forschungsansatz. Die Begleitung der Fälle wurde auf 18 Monate begrenzt.

Sämtliche Interviews wurden elektronisch 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 bestätigen und explorieren vertiefend bisherige Forschungsergebnisse zu überwiegend quantitativ ermittelten Risikofaktoren und Chancen für die berufliche Integration (bspw. Dossieranalyse von Baer & Frick, 2009). Durch die Einzelfallstudien konnten konkret erfahrbare Zusammenhänge und bisher unberücksichtigte Aspekte bei 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 Frage nach **förderlichen und hinderlichen Einflüssen** auf berufliche Eingliederungsprozesse liessen sich Faktoren aus folgenden drei Einflussbereichen differenzieren: Personenfaktoren, Arbeits- bzw. Förderbedingungen und soziales Umfeld.

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

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, (z.B. Anpas-

sungsfähigkeit, Anstrengungsbereitschaft und Lernfähigkeit). Hier empfiehlt sich ein höherer Differenzierungsgrad: Erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen wurden im Codier-Katalog in vielfältige *arbeitsrelevante Funktionsbereiche* aufgegliedert, die *als Kriterien für Diagnostik und Behandlung von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit* wiederholt und situationsbezogen betrachtet werden sollten. Zur Klärung der Behandlungs-, Eingliederungs- oder Rentent motivation bedarf es der *gründlichen und wiederholten Klärung* von erkrankungsbedingten Kognitionen, sowie von arbeitsbezogenen Motiven, Erwartungen und Befürchtungen und deren zugrunde liegenden Erfahrungen.

Aus dem Bereich **Arbeits- und Förderbedingungen** wurden – neben individuell flexibilisierter Arbeitsgestaltung und allgemein als gesundheitsförderlich erwiesenen Tätigkeitsanforderungen – als zentrale Einflussfaktoren für Gesundheit und Leistungsfähigkeit die *sozialen Merkmale der Anleitung* fokussiert. Es wurde Verbesserungsbedarf für den 1. und 2. 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 der Integration Beteiligten getroffen und verbindlich verfolgt werden können.

Im **sozialen Umfeld** sind für die Gesundheit und Integrationschancen von Personen mit psychischen Erkrankungen Stressoren zu finden, die ein Risiko für Rückfälle bergen. Hier empfiehlt sich ein *früher Einbezug des sozialen Kontextes* – etwa der Partnerschaft, Kindererziehung oder von Freundschaften – in die therapeutische Arbeit. Auch *Ressourcen*, wie stützende Kontakte in Familie oder Freundeskreis, sollten vermehrt zugunsten der Früherkennung und Stabilisierung von Symptomen in der

rehabilitativen Versorgung integriert werden.

Fragestellung 2

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 reagiert wird. Von einer *Früherfassung* zum Zeitpunkt der (An-)Meldung bei der IV *kann bisher nicht gesprochen werden*, auch wenn unter den Behandelnden die Instrumente der IV zur Früherfassung und Frühintervention (FEFI) theoretisch bekannt sind. Zum einen fehlen Erfahrungen mit deren Wirkung und Wirksamkeit und manchmal auch das Vertrauen – auch von Fachpersonen – in die Absichten und Vorgehensweisen der IV. Zum anderen sind die Erkrankungen und ihre Folgen zum Zeitpunkt der (An-)Meldung meist nachhaltig vorangeschritten, wogegen sich *primärpräventive Massnahmen* bereits in Ausbildung und vermehrte Sensibilisierung und Qualifizierung bei Hausärzten empfehlen lassen. Auch *in der Klinik* wird dem Thema «Arbeit» oft zu spät oder nur am Rande begegnet, obwohl die PatientInnen *Handlungsbedarf* sehen, da nach einer stationären Therapie vielfach Um- und Neuorientierungen anstehen oder Unsicherheiten bzgl. der eigenen Leistungsfähigkeit und Arbeitsbeziehungen bestehen. Für eine Rückkehr in ein bestehendes Arbeitsverhältnis bedarf es einer *sensiblen Vermittlungshilfe* für offene Problemmunikation und -lösungssuche am Arbeitsplatz. Der bedarfs- und situationsorientierte *Ansatz des Kliniksozialdienstes* erscheint zielführend durchgeführt, wird aber häufig *zu spät* und für die als kritisch bezeichneten Übergangsphasen *zu wenig nachhaltig* eingesetzt. *Abklärungs-*

oder Trainingsangebote der klinikinternen Arbeitsrehabilitation bieten einigen PatientInnen noch während des stationären Aufenthalts 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. Dies könnte durch transparentere Informationsstrukturen und Zuständigkeitsklärungen verbessert werden. Unklare 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 eine *intensivere, nachhaltig angelegte Betreuung* könnte den psycho-sozialen Besonderheiten von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen begegnet werden.

Auch bei Eingliederungsmassnahmen gelingt es IV-LeistungsbezüglerInnen 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*. Deswegen Nachbetreuung sollte nicht an institutionsgebundene Zuständigkeiten, sondern an personbezogenen Zuständen und arbeitsbezogenen Umständen orientiert sein («*Person statt Strukturorientierung*»).

Fragestellung 3

Ansatzpunkte für **präventive Massnahmen** 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, an arbeitsagogische Massnahmen zur Prävention und korrektiven Förderung von Arbeitsfähigkeit, an therapeutische Massnahmen und 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, innerhalb der Versicherungsstrukturen 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 die IV verstärkt die Fachkompetenz und das Wissen um die zu begutachtende Person von betreuenden ÄrztInnen/TherapeutInnen und Integrationsfachpersonen integrieren und die Betroffenen selbst einbinden. Für eine optimierte Platzierung wären Hinweise aus der Arbeitsbiografie oder aus aktuell gezeigtem Arbeitsverhalten in einem vorgeschalteten Probearbeiten zu nutzen. Generell müssten mehr Zeit und personelle Ressourcen in die Phase der Abklärung und Hilfeplanung investiert werden, 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 *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 dort greifen, wo sich Probleme zeigen und bedarfsorientiert gestaltet werden. Für Fertigkeitserprobung und -aufbau sollten 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 und das neu anzupassende Leistungsverhalten von psychisch erkrankten Personen. 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 Zielen. Einer personenorientierten Versorgung stehen noch immer bereichsspezifische strukturelle Zuständigkeiten im Weg, die den Erfordernissen des individuellen Falls nicht entsprechen. Die therapeutischen Hilfen sollten rehabilitative Themen integrieren, weil dort 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 primärpräventiv 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 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 homogenen Bedingungen der Adressaten wie auch der Massnahmen, die sich in der vorliegenden Studie als sehr uneinheitlich und komplex verknüpft herausgestellt

haben. Des Weiteren sollte vorab genauer definiert werden, was unter dem Erfolg einer Massnahme verstanden wird. Wenn auf politischer, strategischer und operativer Ebene Ziele definiert werden 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.

Literatur

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.

Mayring, P. (2003). Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. (8. ed.). Weinheim. Beltz.

Henrike Winkel, Dipl. Psych., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
E-Mail: henricke.winkel@upkbs.ch

Barbara Laskowska, Psychologin M. Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
E-Mail: barbara.laskowska@upkbs.ch

Jörg Herdt, Dr. phil., Dipl. Psych., Leiter Direktionsstab, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
E-Mail: joerg.herd@upkbs.ch