

Analyse der Potenzialbeurteilung zur beruflichen Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen

MASTERARBEIT

2017

Eingereicht von:
Nicoll Rietmann

Betreuender Dozent:
Prof. Dr. Oliver Rack

Embrach, Juni 2017

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre Unterstützung am Gelingen der vorliegenden Masterarbeit beigetragen haben.

Ruedi Zaugg und Raymond Müller von w^e-care, wisli Arbeitsintegration danke ich für die fachlichen Diskussionen und die persönliche Unterstützung.

Des Weiteren möchte ich mich bei meinen Kollegen und Kolleginnen für die Teilnahme an den Interviews herzlich bedanken. Ohne sie wäre diese Arbeit so nicht möglich gewesen.

Zusätzlich möchte ich mich bei der Stiftung wisli, w^e-care, Arbeitsintegration für das zur Verfügung Stellen der Assessmentprotokolle bedanken.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann, der mich immer wieder ermutigt und verständnisvoll unterstützt hat.

Zusammenfassung

Es bestehen noch wenige Kenntnisse darüber, welche Prädiktoren Fachpersonen der Arbeitsintegration anwenden, um das Potenzial zur beruflichen Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zu beurteilen. In einem explorativen Forschungsdesign wurden sowohl eine Dokumentenanalyse von 80 Personen, die an einer Integrationsmassnahme teilgenommen hatten durchgeführt als auch halbstandardisierte Interviews mit Fachpersonen aus dem Bereich Arbeitsintegration. Die induktiv-deduktive Inhaltsanalyse zeigte neben den in der Literatur diskutierten Prädiktoren (wie z.B. die berufliche Vorgeschichte, Diagnosen, funktionelle Einschränkungen, Kompetenzen, soziale Unterstützung und die subjektive Einstellung) die Relevanz vorgängiger Massnahmen, das äussere Erscheinungsbild, das Verhalten der Klienten während dem Assessment und PC-Anwendungskenntnisse. Die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Potenzialbeurteilung beinhalten u.a. die Anwendung von standardisierten Fragebögen.

Schlüsselwörter: Prädiktoren, berufliche Integration, gesundheitlich beeinträchtigte Personen, Fachpersonen der Arbeitsintegration

Abstract

There are only few findings about the predictors vocational rehabilitation experts use to assess the return to work potential of health impaired people. With an explorative research approach, both a document analysis of 80 persons who had participated in a rehabilitation program as well as semi-structured expert interviews (N=10) were conducted with employees of vocational rehabilitation. With an inductive-deductive content analysis, in addition to the predictors discussed in the literature (such as professional prebiography, diagnoses, functional limitations, competences, social support and the subjective attitude), the relevance of previous rehabilitation programmes, appearance, behavior during the assessment and PC application skills. Recommendations for improving the potential assessment include application of standardised surveys.

Key Words: predictors, vocational rehabilitation, health impaired, vocational rehabilitation experts.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	III
Danksagung	IV
Inhaltsverzeichnis	VI
1 Einleitung und Theorie.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Aktueller Stand der Forschung	3
1.3 Berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt.....	4
1.3.1 w ^e -care, wisli Arbeitsintegration	4
1.3.2 Eingliederungsmassnahmen	5
1.4 Theoretischer Hintergrund	6
1.4.1 Wirkungsmodell.....	6
1.4.2 Urteils- und Entscheidungsprozesse	7
2 Methodik.....	12
2.1 Erhebung.....	12
2.1.1 Methodisches Vorgehen Dokumentenanalyse.....	12
2.1.2 Stichprobenziehung.....	13
2.1.3 Definitive Stichprobe.....	16
2.1.4 Methodisches Vorgehen Literaturrecherche	17
2.1.5 Methodisches Vorgehen Interviews	18
2.1.6 Stichprobenziehung.....	18
2.1.7 Definitive Stichprobe.....	20
2.1.8 Empfehlungen für die Praxis.....	21
2.2 Auswertung	21
2.2.1 Dokumentenanalyse.....	21
2.2.2 Experteninterviews	22
2.2.3 Methoden - Triangulation.....	23
3 Ergebnisse	24
3.1 Dokumentenanalyse.....	24
3.1.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe.....	24

3.2	Dokumentenqualität.....	27
3.3	Interrater-Reliabilität	29
3.4	Prädiktoren.....	30
3.4.1	Ausbildungsniveau	31
3.4.2	Berufsbiographie	32
3.4.3	Diagnose und Erstmanifestation.....	34
3.4.4	Funktionseinschränkungen.....	35
3.4.5	Wohnsituation.....	37
3.4.6	Angaben zu Kindern	38
3.4.7	Soziale Unterstützung	38
3.4.8	Fähigkeiten und Kompetenzen	40
3.4.9	Subjektive Bewertung der gesundheitlichen Situation.....	41
3.4.10	Klinikaufenthalt	41
3.4.11	Vorgängige Integrationsmassnahmen	42
3.5	Zusammenfassung der Dokumentenanalyse.....	42
3.6	Literaturrecherche	43
3.6.1	Schul- und Berufsausbildung sowie berufliche Vorgeschichte	44
3.6.2	Biographie	45
3.6.3	Kompetenzen und mentale Modelle	45
3.6.4	Symptome, Diagnosen und Testverfahren.....	46
3.6.5	Soziodemographische Daten.....	47
3.6.6	Wohnsituation und soziale Integration	48
3.6.7	Massnahme.....	48
3.7	Zusammenfassung der Literaturrecherche	48
3.8	Experteninterviews	49
3.8.1	Thematische Analyse	49
3.8.1.1	Hinweisreize	50
3.8.1.2	Bewertung der Hinweisreize	54
3.8.1.3	Entscheidungen.....	56
3.9	Zusammenfassung der Experteninterviews	60

3.10 Wirkungsmodell zu den Urteils- und Entscheidungsprozessen der Potenzialbeurteilung.....	61
4 Diskussion.....	63
4.1 Zusammenfassung und Beantwortung der Hauptfragestellung.....	63
4.1.1 Prädiktoren.....	64
4.1.2 Urteils- und Entscheidungsprozesse	74
4.2 Grenzen der Untersuchung	78
4.3 Implikationen für die Praxis.....	79
4.3.1 Dokumentenqualität.....	79
4.3.2 Berufsbiographie	79
4.3.3 Kompetenzen	80
4.3.4 Klinisches Bild	80
4.3.5 Subjektive Einstellungen, Werte und Erwartungen sowie soziale Unterstützung.....	80
4.3.6 Vorgängige Integrationsmassnahmen, Beobachtungen während dem Assessment und PC - Anwendungskennnisse	81
4.4 Ausblick.....	81
Literaturverzeichnis	82
Abbildungsverzeichnis.....	88
Tabellenverzeichnis.....	89
Abkürzungsverzeichnis.....	90
Anhang.....	91

1 Einleitung und Theorie

Anhand der Ausgangslage folgt eine Einführung in die Problemstellung. Davon ausgehend wird der aktuelle Stand der Forschung dargestellt, danach der Praxispartner w^e-care, wisli Arbeitsintegration. Im Theorieteil werden die verwendeten Modelle und theoretischen Grundlagen beschrieben sowie weitere für die Masterarbeit relevante Begriffe. Das Kapitel schliesst mit den Fragestellungen für die Masterarbeit ab.

1.1 Ausgangslage

Die schweizerische Invalidenversicherung (IV) wurde in den 1950er- Jahren als obligatorische Versicherung für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Leistungsbe-rechtigt waren Erwerbstätige, die aufgrund einer körperlichen oder geistigen Ein-schränkung dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie konnten Gesundheitsdienste, Mas-snahmen zur beruflichen Eingliederung und Rentenzahlungen in Anspruch nehmen (Germann, 2010). Nach mehreren Revisionen wurden 2008 sog. *Eingliederungs-massnahmen* im Gesetz verankert. Diese Massnahmen zielten insbesondere auf die (Wieder-) Eingliederung von psychisch beeinträchtigten Menschen ab. Anspruch haben seither Personen, die über ein Eingliederungspotenzial verfügen. D.h. die Person ist in der Lage für ihr Einkommen zu sorgen, jedoch noch zu instabil um er-folgreich eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt anzutreten (Bollier, 2010). Wenn aus gesundheitlichen Gründen eine Wiedereingliederung als nicht oder nur teilweise möglich beurteilt wird, prüft die Invalidenversicherung den Rentenanspruch (Guggisberg & Becker, 2015). In der Schweiz hat die Zahl der Neuberentungen zwi-schen 2003 und 2006 abgenommen und sich danach stabilisiert. Dagegen ist die Zahl der Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Rente erhalten mit 43% aller Neurentenbezüger und -bezügerinnen seit 2008 stabil. Das bedeutet, dass psychische Erkrankungen die häufigste Ursache darstellen. Mit rund 52% er-folgten 2014 am zahlreichsten Neurenten wegen Persönlichkeitsstörungen, depres-siven Erkrankungen sowie somatoformen Schmerzstörungen. Schizophrenien und andere Psychosen stellten mit 31% ebenfalls häufige Gründe. Über 70% der Perso-

nen litten zusätzlich an körperlichen Beschwerden. Komorbidität – wenn eine oder mehrere weitere Krankheiten neben der Grunderkrankung vorliegen – besteht bei psychischen Störungen häufiger als bei anderen Krankheitsbildern (Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016). Eine Berentung vor allem wenn sie in jungen Jahren erfolgt, bringt für die betroffene Person und deren Familien psychosoziale und finanzielle Belastungen mit sich (Baer, Altwicker-Hamori, Juvalta, Frick & Rüesch, 2015). Semmer und Udris (2004) fassen die psychosozialen Bedeutungen von Erwerbsarbeit, die dann wegfallen, wie folgt zusammen: Durch das Arbeiten besteht die Möglichkeit neue Qualifikationen, Fähigkeiten und Kenntnisse zu erwerben, die Zeit zu strukturieren und kooperative Fähigkeiten sowie soziale Kontakte zu erweitern. Ausserdem führt eine erbrachte Leistung zu sozialer Anerkennung und dem Gefühl, einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Schliesslich, wenn eine Person die Berufsrolle und Arbeitsaufgaben bewältigt, dient dies der Identitätsentwicklung und Steigerung des Selbstwertgefühls.

Neben den Belastungen für die Einzelperson entstehen auch Kosten für das Sozialsystem und die Gesellschaft (Baer et al., 2015; Czypionka, Lappöhn, Pohl & Röhrling, 2016; Guggisberg, Egger & Künzi, 2008). Durch Produktivitätsverluste, Gesundheitsversorgung und soziale Ausgaben wird die Schweizer Wirtschaft jährlich mit schätzungsweise 19 Milliarden Franken belastet, was 3,2% des BIP beträgt. Die meisten Kosten fallen bei den indirekten Kosten in Form von Stellenverlust sowie verringerter Arbeitsleistung an. Basierend auf den Untersuchungen der OECD weisen in der Schweiz Personen mit einer psychischen Störung eine dreimal höhere Arbeitslosenquote auf als Personen ohne psychische Einschränkungen (OECD, 2014). Betrachtet man alle Personen die bei den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) gemeldet sind, so lag die Arbeitslosenquote im Dezember 2016 bei 3,5% (n=159`372) (SECO, 2017). Die Ergebnisse zahlreicher Studien im Bereich Gesundheitsförderung zeigen den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Situation auf. Demzufolge haben Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen mehr gesundheitliche Probleme. Aber auch die psychische Gesundheit wird durch die Arbeitslosigkeit besonders beeinträchtigt wird. Somit können Krankheiten sowohl als Folge wie als Ursache von Arbeitslosigkeit betrachtet werden (Robert-Koch-Institut, 2012). Vor diesem Hintergrund zeigt das Bundesamt für

Sozialversicherungen (BSV) grosses Interesse an Untersuchungen im Bereich (Re-) Integration psychisch beeinträchtigter Menschen (BSV, 2017). Die vorliegende Masterarbeit fokussiert in diesem Kontext verlässliche individuelle Prädiktoren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung.

1.2 Aktueller Stand der Forschung

Baer, Frick und Fasel (2009) analysierten über 800 IV - Dossiers von berenteten Personen mit psychischer Invalidität. Die Autoren beschrieben dazu Zusammenhänge zwischen Belastungen, Erkrankungen und Verfahren sowie mögliche weitere Einflussfaktoren auf eine Erwerbsunfähigkeit. Sie evaluierten fünf verschiedene Typologien begründet durch die biographischen Belastungen. Diese werden als „alleinerziehende, erwerbstätige Frauen“, „biographisch extrem belastete Personen“, „psychiatrisch, familiär vorbelastete Personen“, „unbelastete oder schlecht dokumentierte Personen“ sowie „mittelgradig belastete Personen“ bezeichnet. (Herdt, Winkel, & Laskowska, 2010) berichten bei ihrer Untersuchung von den individuellen Bewertungen und Zusammenhängen arbeitsbezogener Problembereiche und den Bedürfnissen von Personen mit psychischen Einschränkungen. In der Studie wurden förderliche und hinderliche Faktoren für die berufliche Wiedereingliederung identifiziert. Die Verfasser kommen bei den persönlichen Einflussfaktoren ebenfalls zum Schluss, dass sich biographische Belastungsfaktoren negativ auswirken. Weiter werden als hinderlich ein Migrationshintergrund genannt, früh auftretende psychische Symptome, geringe Schul- und Ausbildungsqualifikationen, zu hohes Alter und eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung. Bezüglich den förderlichen Prädiktoren thematisieren Herdt et al. (2010) Kompetenzen wie Eigeninitiative und Arbeitsmotivation, Kooperation, Reflexions-, Verbalisierungs- sowie Anpassungsfähigkeit. Sowohl Eignung und Neigungen, die zu den Arbeitsanforderungen passen als auch eine subjektiv gute Arbeitsprognose sind zusätzliche günstige Faktoren. Bereits im Jahr 2002 erörtert Baer wie wichtig es ist, dass Mitarbeitende von Arbeitsintegrationsbetrieben die zentrale Bedeutung der Erfolgsfaktoren kennen. Einerseits für die Planung beruflicher Massnahmen, andererseits um betriebliche Adaptationen durchführen zu können. Zudem zur Erfolgssteigerung aller Personen, die sich im Rahmen der Reintegration für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einsetzen (Baer, 2002).

Prädiktoren, Faktoren sowie potenziell relevante Informationen werden in dieser Studie als Synonym verwendet. Nebst den Prädiktoren sind für die Masterarbeit nachstehende Bereiche relevant: Berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, Institutionen zur Durchführung der Wiedereingliederung und Eingliederungsmassnahmen.

1.3 Berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt

Im Rahmen der Studie wird die berufliche Wiedereingliederung von Personen fokussiert, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Arbeits- und Erwerbsprozess ausgeschieden sind.

Das Sozialversicherungsrecht definiert Arbeitsunfähigkeit als teilweise oder völlige Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit. Erwerbsunfähigkeit greift weiter und bezieht auch andere Arbeitsbereiche mit ein. Die Einschränkungen können psychische, körperliche und geistige Ursachen haben (Bundesgesetz, 2012).

Oftmals ist eine Abgrenzung der Gründe per se nicht möglich und es bestehen auch Kombinationen. In der Masterarbeit wird allgemein von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gesprochen.

Berufliche Wiedereingliederung oder synonym *Integration* bezeichnet die Eingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die zuvor keine Anstellung im sog. *ersten Arbeitsmarkt* (compasso, 2017) hatten. Sinngleich werden die Begriffe freier, allgemeiner, offener oder primärer Arbeitsmarkt verwendet. Der erste Arbeitsmarkt unterscheidet sich vom zweiten (sekundären, geschützten) durch kompetitive Anstellungsbedingungen und die Anstellung wird mit einem Lohn abgegolten. Hingegen sind die Arbeitsplätze im zweiten Arbeitsmarkt Menschen mit einer Behinderung vorbehalten und werden in geschützten Werkstätten, Beschäftigungsstätten oder -programmen angeboten (Baumgartner, Greiwe & Schwarb, 2004).

1.3.1 w^e-care, wisli Arbeitsintegration

Die Masterarbeit entstand in Zusammenarbeit mit w^e-care, wisli Arbeitsintegration.

Die Stiftung wisli wurde als „Verein für Sozialpsychiatrie Zürcher Unterland“ 1985 in Embrach gegründet. 2013 erfolgte die Umwandlung in eine Stiftung. Wisli bietet über 400 Menschen mit einer psychischen, physischen oder sozialen Beein-

trächtigung professionelle Unterstützung in den Bereichen Arbeiten, Wohnen und Arbeitsintegration. Das Angebot umfasst Tagesstätten, geschützte Werkstätten, unterschiedlich betreute Wohnformen sowie Fach- und Beratungsstellen. Die Stiftung wisli verfolgt das Ziel, mit *Klienten* sinnvolle Lebensinhalte zu gestalten und deren Selbständigkeit weiter zu entwickeln oder zu erhalten. Der Praxispartner w^e-care, wisli Arbeitsintegration ist ein Angebot der Stiftung wisli. w^e-care arbeitet schwerpunktmässig für Sozialversicherungsanstalten und im Auftrag von Gemeinden. Rund 30 Fachpersonen an zwei Standorten in Bülach und Winterthur unterstützen betroffene Personen bei der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt (wisli, 2017). Professionelle Dienstleistungen können bei der beruflichen Integration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine zentrale Rolle spielen. Einerseits um den Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt zu begleiten und andererseits um in einer Anstellung zu verbleiben (Baumgartner et al., 2004; Gruber, Rauch & Reims, 2016).

Um die betroffenen Personen zu unterstützen werden von der Schweizer Invalidenversicherung unterschiedliche arbeitsintegrative Massnahmen angeboten. Nachfolgend werden nur die Angebote vorgestellt, die beim Klientel der Stichprobe zum Einsatz kamen.

1.3.2 Eingliederungsmassnahmen

Eingliederungsmassnahmen dienen der Vorbereitung für die berufliche Integration und unterteilen sich u.a. in Belastbarkeits- sowie Aufbautraining. Die beiden Angebote sind niederschwellig; eine Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit ist ganz oder deutlich eingeschränkt. Bei der *Arbeitsvermittlung* erhalten die Versicherten Unterstützung beim Erstellen des Bewerbungsdossiers und für Vorstellungsgespräche; eine Mindestarbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit von 50% ist attestiert (Informationsstelle der AHV/IV, 2015). Im *Arbeitstraining* steigert die Person in einem arbeitsnahen Umfeld oder an einem Einsatzplatz im ersten Arbeitsmarkt ihre Leistungsfähigkeit bis zu einem Pensum von 80%. Durch eine individuelle Betreuung werden fachspezifische Fähigkeiten sowie weitere Kompetenzen erlernt oder verbessert. Die *Potenzialabklärung* wird bei Personen mit unklarem Eingliederungspotenzial durchgeführt. Die Abklärung umfasst Assessments sowie eine vierwöchige Beobachtungsphase und

schliesst mit der Beurteilung der fachlichen und sozialen Arbeitsmarktfähigkeit ab (we-care, 2017).

Zwischen 2011 und 2014 erhielten rund 21% (n= 8`800), der bei der IV neuangemeldeten Personen zumindest eine externe Massnahme (Guggisberg, Bischof, Jäggi & Stocker, 2015). Berufliche Massnahmen wirken sich positiv auf die Quote der wieder eingegliederten Personen aus (Guggisberg et al., 2008; Bolliger, Fritschi, Salzgerber, Zürcher & Hümbelin, 2012). 1,1% der IV-Neurentnerinnen und -rentnern hatten vorgängig Integrationsmassnahmen erhalten sowie knapp ein Viertel eine berufliche Massnahme (Fluder, Salzgerber & Fritschi, 2013). Das heisst, in diesen Fällen war die Eingliederung trotz Massnahmen im Sinne der IV nicht erfolgreich.

Im Kontext von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und deren beruflicher Wiedereingliederung interessiert zusätzlich, wie Fachpersonen der Arbeitsintegration das Potenzial der Zielgruppe beurteilen.

1.4 Theoretischer Hintergrund

In diesem Unterabschnitt wird das Wirkungsmodell für die vorliegende Arbeit näher beschrieben.

1.4.1 Wirkungsmodell

Es besteht noch kein Rahmenmodell zur Beschreibung der Urteils- und Entscheidungsstrategien von Fachpersonen in Hinblick auf das berufliche Wiedereingliederungspotenzial von gesundheitlich eingeschränkten Personen. Deshalb wird für die Einbettung der Fragestellung das Wirkungsmodell zur Erklärung des Eingliederungsgeschehens und der Eingliederungsrate von Pärli, Künzi und Guggisberg (2006) herangezogen.

Das Wirkungsmodell von Pärli et al. (2006) baut auf dem bio-psycho-sozialen Modell (Pauls, 2013) auf. Das erweiterte Modell berücksichtigt die individuellen Akteure und deren Verhalten im Prozess der Wiedereingliederung. Es bezieht vorhandene Ressourcen und Ziele der Personen mit ein und geht zugleich davon aus, dass die-

se von gesellschaftlichen Merkmalen und Situationen abhängen (Pärli et al., 2006). Darauf aufbauend werden in Abbildung 1 förderliche und hinderliche Prädiktoren und die Fachpersonen der Arbeitsintegration als Hauptakteure integriert, welche den Prozess der Wiedereingliederung mediiieren. Das Helfernetz, IV – Fachpersonen, die Situation im aktuellen Arbeitsmarkt und die Firmenkultur wirken im multidimensionalen Spannungsfeld (Loisel et al., 2001; Waddell et al., 2002; Peters, 2003, zitiert nach Pärli et al., 2006, S.1) ebenfalls, sind aber nicht Inhalt der vorliegenden Arbeit.

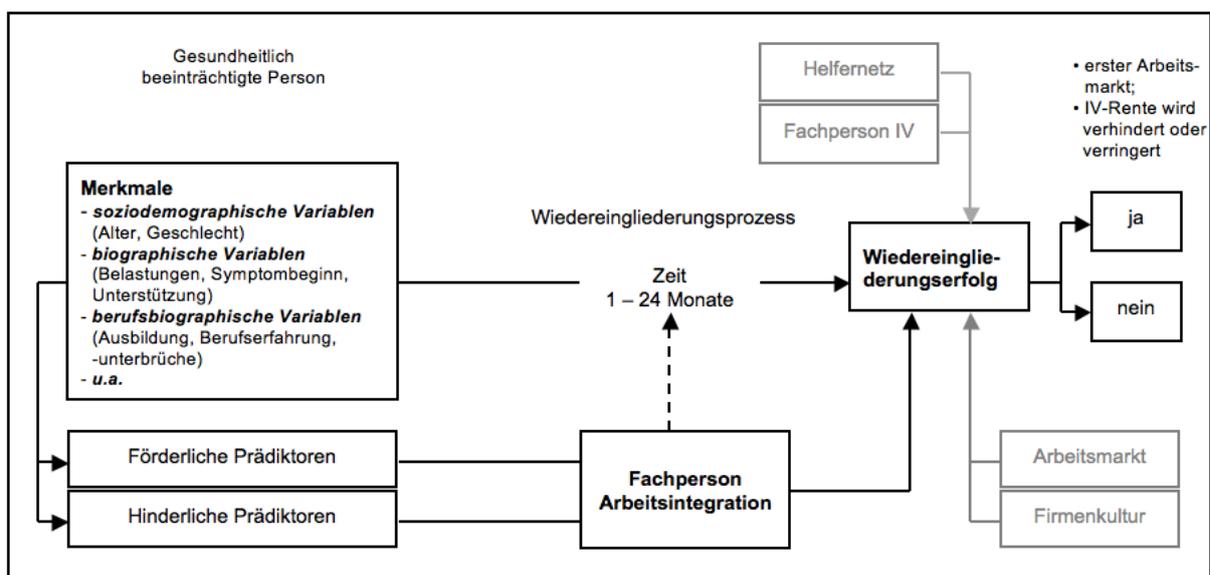


Abbildung 1: Wirkungsmodell zur Erklärung des Eingliederungsprozesses und -erfolges (in Anlehnung an Pärli et al., 2006)

Um die Determinanten der Beurteilungsprozesse von Fachpersonen bei der Potenzialbeurteilung zu verstehen, werden im nächsten Unterkapitel Theorien und Studien aus der Entscheidungspsychologie herangezogen und kurz beschrieben. Der Schwerpunkt liegt auf kognitionspsychologischen Perspektiven in Kombination mit motivationalen-, emotionalen- und sozialpsychologischen Aspekten.

1.4.2 Urteils- und Entscheidungsprozesse

Urteilen, Entscheiden und Probleme lösen sind tägliche Prozesse, mit denen Menschen ihr Handeln an die Anforderungen der Umwelt anpassen. Zugleich erreichen

Individuen so ihre Ziele. Die drei Prozesse sind eng miteinander verflochten. Für die Masterarbeit, ist jedoch nur der erste Prozesse von Bedeutung.

Die vorliegende Studie befasst sich mit *prädiktiven Urteilen*. Dabei handelt es sich um die Vorhersage von zukünftigen Ereignissen oder exakter definiert, wie wahrscheinlich es ist, dass ein bestimmtes Ereignis eintreten wird.

Ein zentrales Thema bei der Beurteilung betreffen *Hinweisreize*. Gemäss der social judgment theory (SJT) von Hamond (1975) haben Menschen zu den Ereignissen nämlich keinen direkten Zugang. Stattdessen erschliessen sie sich aus mehrdeutigen beobachtbaren Hinweisreizen die Welt (Betsch, Funke & Plessner, 2011).

Nach dem *Parallel Constraint Satisfaction* Model von Kunda und Thagard (1996) bilden sich Menschen einen Eindruck über anderen Personen, in dem zahlreiche Merkmale gleichzeitig berücksichtigt und zuerst nicht gewichtet werden. Durch parallele Verknüpfungen aller Referenzen entsteht daraufhin eine netzwerkartige, stringente Gesamtheit (Kunda & Thagard, 1996).

Fiske und Taylor (2017) weisen bei der Urteilsbildung über andere Personen auf spezifische Eigenheiten hin. Dazu zählen zum Einen, dass sich die wahrnehmbaren Attribute de facto nicht messen lassen. Zum Anderen benötigt es eine grosse Anzahl an Indikatoren sowie eine Interaktion zwischen den Personen, damit ein Urteil entstehen kann.

Im Hinblick auf die beschränkte kognitive Aufnahme- und Verarbeitungskapazität von Informationen interessieren hier hervorstechende, *saliente* Anhaltspunkte. Saliente Informationen sind dem Bewusstsein leichter zugänglich als nicht-saliente und können deshalb zu einer Überbewertung führen (Fiske & Taylor, 2017).

Menschen treffen Entscheidungen im Alltag oft nicht rational, sondern sie beurteilen Situationen, wählen aus verschiedenen Möglichkeiten im Rahmen ihrer beschränkten kognitiven Kapazität aus und dies basierend auf der Grundlage ihrer Erfahrungen (Pfister, Jungermann & Fischer, 2017). Dazu nutzen Personen *Heuristiken*. Darunter werden mentale Strategien verstanden, um mit unvollständigen Informationen und wenig Zeit zu brauchbaren Lösungen zu kommen (Bierhoff & Herner, 2002). Der *Heuristics and Biases* – Ansatz geht auf Tversky und Kahneman (1974) zurück und wurde als intuitive kognitive Strategie definiert, die meistens, aber nicht immer,

zu richtigen Einschätzungen führt. Fehltritte entstehen aufgrund von systematisch auftretenden Fehlern, weil die zur Verfügung stehenden Informationen unvollständig genutzt werden (Biases; kognitive Verzerrungen). Der Beurteilungsprozess läuft unmittelbar sowie ohne Anstrengung ab und gibt Personen das Gefühl, richtig und wahr entschieden zu haben. Heuristiken werden in *Repräsentativitäts-, Verfügbarkeits- sowie Verankerungs- und Anpassungsheuristik* unterteilt. Bei der Heuristik der Verfügbarkeit wird die Leichtigkeit von abrufbaren Erinnerungen herangezogen und die Heuristik der Repräsentativität orientiert sich an der Ähnlichkeit von Informationen (Betsch et al., 2011; Kahneman, 2011; Werth, 2004). Verankerungs- u. Anpassungsheuristiken verwenden für die Urteilsbildung frühere Erfahrungen sog. *Anker* (valides Wissen), die je nach dem Grad fehlender relevanter Informationen ein *Ambiguitätsgefühl* auslösen. Durch Plausibilitätsüberlegungen oder Berücksichtigung zusätzlicher Informationen wird die Ambiguität vermindert.

Bei der *Attributsubstitutionstheorie* von Kahneman und Frederick (2002, 2005) wird durch die Anwendung von Heuristiken die Wahrscheinlichkeit eines eintretenden Ereignisses beurteilt. Die kann jedoch, wie bereits beschrieben nicht direkt beobachtet werden, weshalb ein anderes, unmittelbar wahrnehmbares Attribut verwendet wird. Die komplexe Frage: „Wie wahrscheinlich ist es, dass X eintritt?“ wird dabei in eine einfachere Frageform: „Wie repräsentativ ist X?“ umformuliert (Pfister et al., 2017). Kahneman argumentiert, dass es prinzipiell möglich ist, den intuitiven Substitutionsmechanismus zu kontrollieren, allerdings erfordere die Überwachungsfunktion sowie ggf. Korrekturen einen kognitiven Mehraufwand. Personen würden meistens auf den Aufwand verzichten (Kahneman, 2011). Frederick entwickelte 2005 den „Cognitiv Reflection Test“ (CRT) um die Effekte zu überprüfen. Die Ergebnisse der Studie von Toplak, West und Stanovic (2011) zeigen, dass eine Korrelation zu den kognitiven Überwachungsfunktionen besteht, jedoch die einfacheren und schnelleren Heuristiken in besonders starkem Masse auftreten (Toplak, West & Stanovic, 2011). Andere Forschende gingen der Frage nach, ob sich Menschen bewusst sind, dass sie Heuristiken anwenden oder ob, Heuristiken auf ein Versagen der inhibitorischen Gehirnfunktionen zurückzuführen sind. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Menschen ihre Heuristiken kennen, wenn sie intuitive Antworten geben (De Neys, Vartanian & Goel, 2008). Seit den Heuristiken von Tversky und

Kahneman sind weitere Untersuchungen hinzugekommen wie z.B. die von Gerd Gigerenzer. Der Psychologe legt den Fokus allerdings auf die Effizienz von Heuristiken und nicht auf die Analyse von Fehlern wie Tversky und Kahneman (Gigerenzer & Goldstein, 1999).

Zu Beginn wurde bereits erwähnt, dass Hinweisreize einen zentralen Aspekt darstellen. Die Suche nach Informationen, welche als präselektionale Phase im Entscheidungsprozess bezeichnet wird, verknüpft sich in der selektionalen Phase mit Bewertungen und Entscheidungen. Bei der Bewertung werden Personen oder Objekten Werte zugeordnet, Merkmale auf einem Kontinuum skaliert oder eine Klassifizierung vorgenommen. Dabei merken Pfister et al. an, dass Beurteilende nicht jedes einzelne Detail aller zukünftigen Ereignisse hypothetisch generieren können (Pfister et al., 2017).

Die *statistische Urteilsbildung* repräsentiert bei wiederholten Entscheidungen (Routineentscheidungen) die Ereignisse aus der Vergangenheit als relative Häufigkeiten. Die individuellen Erfahrungen und Informationen werden abstrahiert und die Beurteilung wird aufgrund von bekannten Beobachtungsgrößen vorgenommen (Jost, 2000).

Solvic definiert im Rahmen der Entscheidungsfindung „Affekt“ als spezifische Qualität eines Gefühls im Sinne von „es fühlt sich gut bzw. schlecht an“. Laut seinen Aussagen bedienen sich Menschen bei Entscheidungen vielfach dieser *Affektheuristiken* (Solvic, Finucane, Peters & MacGregor, 2007).

Die *somatic marker hypothesis* liefert einen neuroanatomisch - kognitiven Rahmen für die Entscheidungsfindung unter dem Einfluss von Emotionen. Menschen entwickeln gemäss Bechara und Damasio (2005) im Laufe ihres Lebens nach sehr schlechten oder guten Erfahrungen *somatische Marker* in Form von affektiven Reaktionen. Haben Menschen mit Personen in der Vergangenheit entsprechende Erfahrungen gemacht, werden später bei ähnlichen Personen vergleichbare Präferenzen ausgelöst. Einige Reaktionen treten bewusst auf, andere unbewusst.

Mit *Intuition* oder *Bauchgefühl* wird ein unbewusster Prozess definiert, von dem nur das Ergebnis im Bewusstsein repräsentiert wird. Intuition basiert auf individuellen Erfahrungen (Evans & Stanovic, 2013; Gigerenzer, 2007; Horr, Braun & Volz, 2014).

Die so erzeugten Erkenntnisse, Wertungen und Überzeugungen werden mit Wahlmöglichkeiten aus dem Langzeitgedächtnis verglichen und wiedererkannt. Dies ist jedoch nur möglich, wenn eine Person ausreichend Wissen angesammelt hat (Pfister et al., 2017). Auch Klein (2008) kommt zu dem Entschluss, dass Fachexpertise rasches und effektives Entscheiden ermöglicht. Denn Experten fokussieren die wichtigen Punkte.

Mittlerweile sind *Zwei-Prozess-Modelle* in der Fachwelt implementiert (Betsch et al., 2011). Die Modelle unterscheiden zwei Verfahren des Denkens: *Schnelles Denken* oder *System 1*, das Automatische, Unbewusste, mit geringem kognitivem Aufwand Entscheidende, zu dem die Heuristiken zählen. *Langsames Denken* oder *System 2*, das Kontrollierte, Bewusste, Logische mit kognitivem Aufwand Entscheidende zu dem die statistische Urteilsbildung subsumiert wird. Die Konzeptualisierung beinhaltet auch, dass die beiden Systeme nicht separat, sondern vernetzt miteinander funktionieren (Chaiken & Trope, 1999; Kahneman, 2011).

Zusammengefasst können Entscheidungen als komplexe Prozesse verstanden werden, die aus grundlegenden kognitiven Mechanismen aufgebaut sind und mentale Repräsentationen nutzen (Pfister et al., 2017).

Fragestellungen

Aus den vorangegangenen Schilderungen leiten sich folgende Fragestellungen ab:

- Auf der Grundlage von welchen Prädiktoren beurteilen Fachpersonen der Arbeitsintegration das Potenzial zur beruflichen Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen?
- Welche Empfehlungen für die Praxis der Arbeitsintegration können davon abgeleitet werden?

2 Methodik

Nachdem die Ausgangslage und der theoretische Hintergrund erläutert wurden, beschreibt das folgende Kapitel die zentralen Schritte der Studie. Damit verbunden sind die methodische Datenerhebung und -auswertung sowie die detaillierte Beschreibung der Stichprobe. Die verwendeten Verfahren werden zudem begründet und kritisch betrachtet.

2.1 Erhebung

Für die Masterarbeit wurde ein sequentielles Design gewählt, das grob in vier Phasen - Dokumentenanalyse, Literaturrecherche, Experteninterviews und daraus abgeleitete Empfehlungen für die Praxis, unterteilt wurde.

Döring und Bortz (2016) postulieren, dass sich die Forschungsmethode dem untersuchten Gegenstand möglichst adäquat annähern sollte und neben dem Erkenntnisgewinn, den ökonomischen Aufwand sowie die Umsetzbarkeit der Untersuchung berücksichtigt.

Um die offene Forschungsfrage an einer kleinen Stichprobe mit vielen Facetten zu beantworten wurde deshalb ein qualitativer Ansatz mit teilstrukturierten Erhebungsmethoden gewählt. Ziel war eine Beschreibung des Gegenstandes.

Für die Erhebung der förderlichen und hinderlichen Prädiktoren zur beruflichen Wiedereingliederung wurde eine Dokumentenanalyse gewählt. Döring & Bortz (2016) argumentieren wie Mayring (2002) als Vorteile der Dokumentenanalyse die Unabhängigkeit der Daten von der Forschungstätigkeit sowie die einfache Verfügbarkeit. Nachteilig wirken sich fehlende Informationen über den Kontext aus. Ausserdem wird das Material nicht spezifisch für die Forschungsfrage generiert. Beide Aspekte schmälern die Aussagekraft.

Die gewonnenen Erkenntnisse wurden anhand von Experteninterviews überprüft und gleichzeitig als Hinweisreize für die Potenzialbeurteilung verwendet.

2.1.1 Methodisches Vorgehen Dokumentenanalyse

In der ersten Phase wurden Gesprächsprotokolle sowie standardisierte Formulare

(und in einigen Fällen der Lebenslauf oder die Ausgangslage im ersten Bericht) von 80 *Klienten* (Personen) analysiert. Alle Klienten absolvierten mindestens eine Massnahme zur beruflichen Wiedereingliederung bei w^e-care. Daneben wurde die Häufigkeit der Prädiktoren berechnet und interferenzstatistische Analysen durchgeführt.

Das Datenmaterial wurde vorgängig, unabhängig von der Studie, erhoben. Es entstand während dem ersten Gespräch zwischen Klient und Fachperson. Das Gespräch diente dazu, relevante Informationen für die berufliche Wiedereingliederung zu generieren, die Unterstützungsmöglichkeiten durch w^e-care vorzustellen und eine Prognose hinsichtlich der Wiedereingliederung zu stellen. Der Austausch dauerte in der Regel 60 Minuten. Es bestand eine gering standardisierte Vorgehensweise durch die Verwendung von Hilfsdokumenten. Die Daten wurden in physischer und/oder digitaler Form im Dossier der Klienten abgelegt. Zur Datenerhebung wurde, falls es einen Verweis in den Unterlagen gab, der Lebenslauf beigezogen. Dieser diente der Rekonstruktion der beruflichen Biographie. Die Daten umfassten eine ¼ - bis 1 DIN – A4 – Seite. Bei knapp 25% der Dokumente wurde zusätzlich der erste Bericht mit der Beschreibung der Ausgangslage zugezogen. Da der Bericht digital vorhanden war, konnten die Daten ressourcenschonender gesammelt werden, als wenn sie in physischen Dossiers hätten erhoben werden müssen. Dem Datenschutz wurde durch eine schriftliche Schweigepflichtserklärung Rechnung getragen. Die Erhebung erfolgte planmässig im Dezember 2016.

2.1.2 Stichprobenziehung

Zur Ziehung der Stichprobe wurden von w^e-care standardisierte Formulare, die für das interne Reporting verwendet werden, zur Verfügung gestellt. Das Reporting umfasste Angaben zur Person, zur durchgeführten Massnahme sowie Enddatum, Leistungsfähigkeit und Anschlusslösung. Die Anschlusslösung wiederum teilte sich in die Aussagen auf, ob eine Person nach einer Massnahme eine Stelle im ersten oder zweiten Arbeitsmarkt antrat, weitere medizinische Abklärungen benötigte, der Rentenanspruch abgeklärt oder die Stellensuche selbständig durchgeführt wurde. Damit informationshaltige Fälle zur Beantwortung der Fragestellung heran gezogen werden konnten, erfolgte die Stichprobenziehung kriterienorientiert nach dem Prinzip des purposive sampling nach Schreier (2010). Durch das purposive sampling war

es jedoch nicht möglich, Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu ziehen (Schreiber, 2010).

Döring & Bortz (2016) vertreten die Position, kausale Zusammenhänge in einer experimentellen Studie mit zwei Gruppen (Experimental- und Kontrollgruppe) zu erforschen. In der vorliegenden Arbeit soll geprüft werden, welche personenbezogenen Merkmale (unabhängige Variable) eine Auswirkung auf die Wiedereingliederung (abhängige Variable) haben. Die abhängige Variable der Experimentalgruppe stellte die **erfolgreiche** und die der Kontrollgruppe die **erfolglose** Wiedereingliederung dar. Die Tabelle 1 skizziert den Versuchsplan mit 2-Gruppen \times y Personenmerkmale.

Tabelle 1: zweifaktorieller Untersuchungsplan mit Merkmalen

		uV individuelle Merkmale			
		Merkmal 1	Merkmal 2	Merkmal 3 ...	Merkmal 16
aV Eingliederung	erfolgreich				
	erfolglos				

Für die Planung der Stichprobengrösse wurde von zwei unterschiedlich grossen Stichproben ausgegangen, weil erfahrungsgemäss die Eingliederungsquote bei ca. 10% lag. Dies wären bei einer Gesamtstichprobe von $n=350$ ca. 35 Personen.

Zur Auswahl der Stichprobe wurden Personen berücksichtigt, die eine Abklärung bzw. Massnahme während dem 01.01.2014 und 30.09.2016 bei w^e-care abgeschlossen hatten. Vor dem 01.01.2014 erfolgte keine systematische Erhebung der Anschlusslösung, nach dem 30.09.2016 konnten die Daten aus Zeitgründen nicht mehr berücksichtigt werden. Ausgeschlossen wurden Fälle, die nach einer Abklärung bzw. Massnahme eine Lehre oder Umschulung absolvierten. Die heterogenen Aspekte der Stichprobe bezogen sich auf Geschlecht, Alter, Nationalität und Erstmassnahme. Der Unterschied zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe ergab sich aus der Anschlusslösung. Bei Letzterem waren zwei Gruppen von Inte-

resse:

1. Erfolgreich eingegliederte Personen, d.h. Personen bei denen nach einer beruflichen Massnahme zu einem späteren Zeitpunkt eine IV- Rente vermieden oder verringert werden konnte (Guggisberg et al., 2008).

Für diese Masterarbeit ist der Kontext der IV relevant und deshalb wird die Definition einer erfolgreichen beruflichen Integration von Guggisberg et al (2008) wie oben beschrieben im weitesten Sinne übernommen. Da eine Überprüfung „zu einem späteren Zeitpunkt“ aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, wurden Personen ausgewählt, die während oder direkt im Anschluss einer Massnahme eine Stelle antraten. Erfahrungsgemäss, laut Aussagen der Betreuungsperson des Praxispartners, generiert eine Person ein rentenausschliessendes oder -reduzierendes Einkommen im ersten Arbeitsmarkt ab einem Pensum von 50% bei einem branchenüblichen Lohn. Dass die genannten Kriterien vorhanden waren, leitete sich aus dem Arbeitsvertrag ab, welcher dem Klientendossier beigelegt war.

2. Erfolglos eingegliederte Personen, d.h. Personen die nach einer Massnahme entweder in eine geschützte Einrichtung übertraten, weitere medizinische Abklärungen benötigten, der Anspruch auf Rente geprüft wurde, die Stellensuche selbständig durchführten oder die Anschlusslösung nicht bekannt war.

Anhand der Reportingunterlagen konnten 40 Personen identifiziert werden, welche die Einschlusskriterien der Experimentalgruppe erfüllten. Die Kontrollgruppe bestand aus 346 Personen, woraus ebenfalls 40 zufällig bestimmt wurden. Mit dem Zufallsprinzip wurde ein möglicher Selektionsbias auf die Daten ausgeschlossen. Daraus ergaben sich total 386 Personen, die den vorher beschriebenen Einschlusskriterien entsprachen. Mit einer Gesamt-Stichprobengrösse von $N=80$ erschien es möglich Prädiktoren zur erfolgreichen Wiedereingliederung identifizieren zu können. Die Erhebung und Verarbeitung der persönlichen Daten erfolgte pseudonymisiert. Es wurden keine Namen sondern ein Buchstabe und eine Zahl als Code verwendet. Es existierte auf einem passwortgeschützten PC eine Codierliste, welche den Code mit den Daten verband. Die Codierliste wurde nach Abschluss der Datenerhebung

vernichtet. Die Daten waren somit anonymisiert.

2.1.3 Definitive Stichprobe

In Tabelle 2 ist die Verteilung der heterogenen Aspekte beider Stichproben, **erfolglos** und **erfolgreich** eingegliedert Personen, abgebildet.

Tabelle 2: Verteilung heterogener Aspekte beider Stichproben

Dokumentenanalyse		Erfolglos eingegliedert		Erfolgreich eingegliedert	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	männlich	23	57	21	53
	weiblich	17	43	19	47
Alter metrisch	Mean (in Jahren)	40.4		41.3	
	SD	11.29		11.12	
	Min - Max.	19 - 59		20 - 60	
Altersklassen	Bis 20 Jahre	-	0	1	2.5
	20 – 29 Jahre	8	20	7	17.5
	30 – 39 Jahre	9	22.5	7	17.5
	40 – 49 Jahre	14	35	14	35
	50 – 62 Jahre	9	22.5	11	27.5
Nationalität	CH	25	62	26	65
	Andere Nationalität	15	38	14	35
(Erst-)Massnahme	Potenzialabklärung	8	20	5	13
	Integrationsmassnahmen	21	52.5	23	57
	Berufliche Massnahmen	11	27.5	12	30

Die Personen der Stichprobe „**erfolglos** eingegliedert“ waren im Durchschnitt 40.4 Jahre und in der Stichprobe „**erfolgreich** eingegliedert“ 41.3 Jahre alt. Die Männer stellten in beiden Stichproben den etwas grösseren Anteil (57% vs. 53%). Rund ein Drittel der Personen in der Stichprobe „**erfolglos**“ waren in der Altersklasse der 40 –

49 Jährigen vertreten, danach folgten mit knapp einem Viertel die Gruppe der 30 bis 39 und der 50 bis 62jährigen. In der Altersklasse 20 bis 29 waren 20% vertreten, unter 20 war keine Person. In der Stichprobe „**erfolgreich**“ bildete ebenfalls mit einem Drittel die Altersklasse zwischen 40 und 49 den grössten Anteil. Etwas über ein Viertel der Personen waren 50 bis 62 Jahre alt, 17.5% zwischen 20 und 39 Jahre und den kleinsten Anteil machten mit 2.5% die unter 20jährigen aus. In beiden Stichproben besaßen die Personen jeweils mit knapp zwei Drittel eine Schweizer Staatsangehörigkeit und ein Drittel diverse Andere. Die Massnahme, die als erstes und somit zum Zeitpunkt der Potenzialbeurteilung durchgeführt wurde, waren bei den nicht eingegliederten Personen mit 52.5% Integrationsmassnahmen, 27.5% berufliche Massnahmen und 20% Abklärungen. **Erfolgreich** integrierte Personen absolvierten mit 57% Integrations- und mit 30% berufliche Massnahmen sowie 13% Abklärungen.

2.1.4 Methodisches Vorgehen Literaturrecherche

In der zweiten Phase stellte die Literaturrecherche die Grundlage zur Entwicklung des Codierasters für die Dokumentenanalyse dar.

Für die systematische Erfassung der Literatur wurden Forschungsberichte zur sozialen Sicherheit vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) gesichtet. Die gefundenen Berichte wurden darauf geprüft, ob sie sich mit potenziellen Einflussfaktoren, Prädiktoren, hinderlichen und förderlichen Faktoren beruflicher Integration bzw. IV-Berentung oder den Eintritt ins Erwerbsleben mit gesundheitlichen Einschränkungen befassten. Ausgehend von 26 Forschungsberichten konnte google scholar abgefragt werden, was zu weiteren fünf Treffern im deutschsprachigen Raum führte. Die Suche nach französisch- oder italienischsprachiger Literatur ergab keine studienrelevanten Treffer. Auf eine Suche im angelsächsischen Sprachraum wurde verzichtet, da das Thema mit der Entwicklung des Schweizerischen Sozialversicherungssystems und Arbeitsmarktes verknüpft war. Die Resultate wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm aufgenommen.

2.1.5 Methodisches Vorgehen Interviews

In der dritten Phase wurde eine weitere Stichprobe von zehn Expertinnen und Experten aus dem Bereich Arbeitsintegration herangezogen.

Die Interviewpartner und -partnerinnen wurden mithilfe qualitativer semistrukturierter Experteninterviews (Flick, 2014; Gläser & Laudel, 2004) zu ihrer Vorgehensweise bei der Potenzialbeurteilung befragt. Zur Vorbereitung der Untersuchung sowie für die Erstellung des Interviewleitfadens wurde eine thematische Literaturrecherche in den Portalen Annual Review of Psychology, Annual Review of Neuroscience und SAGE Management & Organisation durchgeführt. Dies ermöglichte ein grundsätzliches Verständnis zum Thema. Der semistrukturierte Leitfaden (siehe Anhang I) wurde nach Helfferich (2011) erstellt. Zum einen beinhaltete er Fragen nach Hinweisreizen zur Potenzialbeurteilung und zum Anderen wurde nach der Bewertung der Hinweisreize und nach dem Vorgehen bei der Beurteilung gefragt.

In einem Pretest wurde der Leitfaden auf seine Anwendbarkeit überprüft (Kuckartz, 2014) und angepasst. Der Interviewverlauf wurde nach vorgängig festgelegten Kriterien teilstandardisiert und mit der Reflexionen eines typischen Erstgespräches begonnen. Daran schlossen offene Fragen zum Prozess der Beurteilung an. Die Befragten konnten im Anschluss daran Ergänzungen anbringen. Abschliessend wurde ein schriftlicher Kurzfragebogen (siehe Anhang II) zur Erhebung demographischer und weiterer Kennwerte vorgelegt. Erhoben wurden das Alter, die Stellenprozente, das Geschlecht, die Dauer der Erfahrung in der Arbeitsintegration sowie Berufsausbildungen. Die Erhebung dieser Kennwerte diente der Beschreibung und Kontextualisierung der Stichprobe. Da die Autorin der vorliegenden Arbeit selber in dem Bereich tätig war und beim Praxispartner angestellt ist, nahm sie als Interviewerin die Position der Co-Expertin ein (Bogner, Littig & Menz, 2005).

2.1.6 Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung erfolgte einerseits entsprechend der absichtsvollen Stichprobenziehung (purposive Sampling) (Schreier, 2010) kriterienorientiert und andererseits nach Verfügbarkeit der Experten und Expertinnen, also Angestellte, welche als Case Managerin oder Case Manager beim Praxispartner w^e-care arbeiteten. Die entsprechenden Experten und Expertinnen sollten bereits Erfahrung in der Beurtei-

lung des Potenzials vorweisen können. Die heterogenen Kriterien bezogen sich auf Geschlecht, Stellenprozent, Alter, Berufserfahrung in der Arbeitsintegration sowie die beruflichen Vorerfahrungen. Hinsichtlich der drei letztgenannten Aspekte wurde folgende Hypothese aufgestellt: Je mehr Erfahrungswissen eine Fachperson mitbrachte, desto realistischer beurteilte sie das Potenzial.

Es wurde ein Stichprobenplan erstellt, um die Interviewpartnerinnen und -partner nach dem bestmöglichen Informationsgehalt auszuwählen. Die Experten und Expertinnen wurden im Rahmen einer Teamsitzung fangefragt. Die Teilnahme war freiwillig und unentgeltlich. Weiter wurden die Teilnehmenden gemäss den Ethikrichtlinien der deutschen Gesellschaft für Psychologen informiert. Die Einverständniserklärung wurde mündlich abgegeben (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2017). Die Erhebung erfolgte pseudonymisiert. Die Befragungen wurden im persönlichen Gespräch durchgeführt. Sämtliche Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewpartner und -partnerinnen akustisch aufgezeichnet. Der Gesprächsverlauf und subjektive Eindrücke wurden protokolliert und bei der Auswertung verwendet. Die 20- bis 50-minütigen Interviews fanden im Januar und Februar 2017 statt.

2.1.7 Definitive Stichprobe

Die nachfolgende Tabelle 3 beschreibt die Stichprobe der Expertinnen und Experten nach relevanten Merkmalen.

Tabelle 3: Heterogene Aspekte der Expertinnen und Experten

Experteninterviews		
n = 10		Häufigkeit
Geschlecht	männlich	4
	weiblich	6
Alter metrisch	Mean (in Jahren)	44.2
	SD	9.24
	Min - Max.	34 - 57
Stellenprozent	60%	1
	80%	5
	90%	2
	100%	2
Zugehörigkeit zum Unternehmen	Median (in Jahren)	2.9
	SD	1.78
	Min. - Max.	0.9 – 7.5
Erfahrung in der Arbeitsintegration	Mean (in Jahren)	6.96
	SD	6.43
	Min. - Max.	0.9 – 19.0
Berufserfahrungen	Betreuung, Berufs- u. Laufbahnberatung, Ergotherapie, Geschäftsleitung, Job-Coach, Personalberatung, Psychologie, Psychotherapie, Tanz- und Gestaltherapie, wissen. Assistenz	je 1 Person
	Pflegefachperson	je 2 Personen
	kaufm. Bereich	je 3 Personen

Die Stichprobe bestand aus zehn Personen im Alter von 34 bis 57 Jahren (M= 44.2 Jahre). Darunter befanden sich sechs Frauen und vier Männer, die von knapp ei-

nem Jahr bis 19 Jahren in der Arbeitsintegration tätig waren. Der Median bei der Unternehmenszugehörigkeit lag bei knapp drei Jahren. Eine Person arbeitete 60 Prozent, die Hälfte 80 Prozent und je zwei Personen 90 bzw. 100 Prozent. Die beruflichen Vorerfahrungen waren breitgefächert und bezogen sich auf die Betreuung, Berufs- und Laufbahnberatung, Ergo-, Psycho-, Tanz- und Gestalttherapie, Co- Geschäftsleitung, Job-Coaching, Psychologie, Personalberatung und wissenschaftliche Assistenz. Je drei Personen waren im kaufmännischen Bereich oder in der Sozialberatung tätig. 6 von 10 Personen hatten zwei Ausbildungsabschlüsse.

2.1.8 Empfehlungen für die Praxis

In der vierten und letzten Phase wurden aus den gewonnenen Erkenntnissen Empfehlungen für die Praxis entwickelt, auf die im Kapitel „Diskussion“ eingegangen werden.

2.2 Auswertung

2.2.1 Dokumentenanalyse

Für die Analyse der Daten kam eine Kombination aus quantitativer und strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) zur Anwendung. Bei der quantitativen Auswertung lag der Schwerpunkt auf den inhaltlichen Merkmalen. Für die Operationalisierung wurden die nach Döring & Bortz (2016) vorgeschlagenen drei Kriterien: Genauigkeit, Exklusivität und Exhaustivität berücksichtigt und ein Codebuch entwickelt (siehe Anhang III). Die Strukturierung der Kategorien erfolgte deduktiv-induktiv (Kelle & Kluge, 2010) sowie iterativ.

Die 80 Protokolle wurden zuerst in die Codiersoftware MaxQDA (Release 12.3.1) eingefügt und wenn nötig, anonymisiert. Aufgrund des Forschungsstandes wurden neun Themengruppen bestimmt, die zur Beurteilung des Potenzials für eine berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt potenziell relevant erschienen. Diesen Hauptkategorien wurden 40 Subkategorien zugeordnet, von denen acht weiter differenzierte Dimensionen aufwiesen. Die Zuordnung befindet sich im Anhang IV. Anschliessend wurden fünf Fälle nach den erwähnten Kategorien ausgewertet.

Im nächsten Schritt und unter Einbezug von in-vivio-Codierungen wurde das Kategoriensystem und Codebuch überarbeitet. Zur Anwendung kamen nur die für die Forschungsfragen relevanten Informationen. Im Verlauf der Auswertung wurden einige Kategorien zu übergeordneten zentralen Kategorien verdichtet oder bei unscharfer Abgrenzung in Subkategorien aufgeteilt. Nach der Codierschulung, einer Person aus dem Arbeitsumfeld und der Diskussion über unklare Codierungen erfolgte die Berechnung der Interrater-Reliabilität (Wirtz & Caspar, 2002) mittels SPSS (detaillierte Angaben finden sich im Anhang V). Neben der Validierung des Kategoriensystems durch die Literaturrecherche fand somit eine weitere Verifizierung statt. Die statistische Analyse fand bei den meisten Kategorien durch eine Nominalcodierung (0 = keine Angaben; 1 = dokumentiert), bei einzelnen Kategorien durch ordinale Merkmalsausprägungen statt. Die Dokumente wurden zuerst fallbezogenen und danach fallübergreifend ausgewertet (Ayres, Kavanaugh & Knafl, 2003). Dabei wurden die Prädiktoren erfasst und die absolute und/oder relative Häufigkeit berechnet. Die erzeugten Messwerte wurden direkt in das Statistikprogramm SPSS (Version 24.0.0.0) eingegeben und mittels Kreuztabellen ausgewertet. Zöfel (2003) empfiehlt bei nominal- und ordinalskalierten Variablen eine Kreuztabelle, damit die Beziehungen der Kategorien miteinander aufgezeigt werden können. Zudem postuliert er bei weniger als fünf Fallzahlen zur Prüfung der Signifikanz den exakten Test nach Fisher und Yates zu verwenden, ansonsten das Chi-Quadrat nach Pearson. Bei signifikanten Ergebnissen ($p < 0,05$) wurde zusätzlich das Odds-Ratio errechnet.

Neben der quantitativen Inhaltsanalyse erfolgte auch eine Qualitätsanalyse der Gesprächsprotokolle. Dazu wurde das Kategoriensystem als Qualitätskriterium verwendet und überprüft, in wie vielen Protokollen die Informationen vorhanden waren. Die Ergebnisse wurden zusätzlich im Anhang IV „Kategoriensystem Dokumentenanalyse“ festgehalten. Nach dem Schweizer Schulnotensystem entstand eine Bewertung von Note 6 = sehr gut (100-85% Vollständigkeit), 5 = gut (84%-65%), 4 = genügend (64-45%), 3 = ungenügend (44%-25%), 2 = schwach (24-5%) bis 1 = schlecht (4-0%) (Bildungsdirektion Katon Zürich, 2017).

2.2.2 Experteninterviews

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse der Experteninterviews wurden inhaltliche Merk-

male nach der strukturierenden Methode von Mayring (2010) untersucht.

Die Audiodateien der zehn Interviews wurden in anonymisierter Form wörtlich nach den Transkriptionsregeln gemäss Kuckartz (2014) transkribiert. Diese Protokolle wurden ebenfalls in das Computerprogramm MaxQDA (Release 12.3.1) überführt, das zur computerunterstützten Analyse verwendet wurde. Das deduktive Kategoriensystem zur Operationalisierung entstand anhand der Literaturrecherche. Durch die zirkuläre Vorgehensweise mit in - vivo - Codes sowie weiteren Hinweisen aus der Literatur kam es während der Auswertung zu Anpassungen (Kelle und Kluge, 2010). Das finale Kategoriensystem kann im Anhang VI und das Codebuch in Anhang VII eingesehen werden. Beim Codieren wurden nur die für die Forschungsfrage relevanten Passagen erfasst. Ergänzend zum codierten Datenmaterial wurde für jeden Fall eine Zusammenfassung bedeutsamer Äusserungen zum Forschungsthema erstellt (Ayres et al., 2003). Die Analyse der Daten wurde mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf den inhaltlichen Merkmalen.

2.2.3 Methoden - Triangulation

Im Rahmen einer methodischen Triangulation (Flick, 2011) wurden die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse, der Literaturrecherche und der Experteninterviews zum Schluss miteinander verknüpft.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse, der Literaturrecherche und der Experteninterviews vorgestellt. In den entsprechenden Unterabschnitten wird vertieft auf die Stichproben, die Prädiktoren zur beruflichen Wiedereingliederung sowie auf die Urteilsprozesse der Experten hinsichtlich der Potenzialanalyse von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen eingegangen. Im vierten Unterabschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse der Interviews und Prädiktoren im Hinblick auf die Hauptfragestellung noch mal aufgegriffen und miteinander verknüpft. Die Unterabschnitte 1 bis 3 enden jeweils mit einer Zusammenfassung.

3.1 Dokumentenanalyse

Dieser Abschnitt gibt Auskunft über die Stichprobe und Prädiktoren, welche unabhängig von der Studie verfasst wurden. Zuerst erfolgen die Darstellung und der Vergleich beider Stichproben. Danach werden die Ergebnisse der Dokumentenqualität dargestellt. Die Resultate der Prädiktoren werden im deskriptiven Vergleich der Gruppen „**erfolglos**“ vs. „**erfolgreich**“ eingegliedert Personen vorgenommen. Durch diesen Vergleich konnten die stichprobenspezifischen Unterschiede evaluiert werden. Neben der Darstellung der Häufigkeiten sollte im Rahmen der Masterarbeit auch ein möglicher Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und der beruflichen Wiedereingliederung vorgenommen werden. Dazu mussten jene Prädiktoren herausgefiltert werden, die einen Unterschied sichtbar machen. Wenn die interferenzstatistische Analyse der Prädiktoren signifikant war, werden die Ergebnisse mit Effektstärke und Chancenverhältnis (Odds Ratio) dargestellt.

3.1.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Im Folgenden sind die demographischen Merkmale sowie Angaben zur ersten Masnahme nach der Protokollerhebung für die untersuchte Stichprobe aufgeführt.

Die Tabellen 4 bis 7 zeigen in der ersten Zeile die Hauptkategorie. Darunter in der linken Spalte differenzierte Unterkategorien. In den nächsten zwei Spalten folgen die Resultate der **erfolglos** eingegliederten Personen, unterteilt in die Anzahl vorgefundener Nennungen (N) und deren prozentualer Häufigkeit (%). Die Ergebnisse der

Stichprobe „**erfolgreich** eingegliedert“ finden sich in den letzten beiden Spalten. Eine tabellarische Übersicht über alle Kategorien ist im Anhang IV ersichtlich.

Alter

Tabelle 4: Altersverteilung

Alter				
	Erfolglos eingegliedert		Erfolgreich eingegliedert	
	Anzahl (N)	Prozent %	Anzahl (N)	Prozent %
unter 20 Jahre	0		1	2.5
20 - 29 Jahre	8	20	7	17.5
30 - 39 Jahre	9	22.5	7	17.5
40 - 49 Jahre	14	35	14	35
50 - 62 Jahre	9	22.5	11	27.5
gesamt	40	100	40	100

Die beiden Stichproben „**erfolglos** eingegliedert“ (N=40) vs. „**erfolgreich** eingegliedert“ (N=40) waren hinsichtlich des durchschnittlichen Alters (40.4 vs. 41.3 Jahre) sehr ähnlich (Tabelle 4). In beiden Stichproben stellte die Altersklasse der 40 bis 49 jährigen den grössten Anteil (je 35%; N=14) und die unter 20 jährigen den kleinsten Anteil (0% vs. 2.5%; n=1)¹. Die Verteilung in den anderen Altersklassen waren ebenfalls ähnlich (20 - 29 Jahre: 20%; N=8 vs. 17.5%; N=7; 30 – 39 Jahre: 22.5%; N=9 vs. 17.5%; N=7)². Betrachtete man das Alter unter dem Aspekt „ältere Person“, d.h. über 50 Jahre, wies die Stichprobe „**erfolgreich**“ mit 27.5% (N=11) zur Vergleichsgruppe „**erfolglos**“ (22.5%; N=9) den etwas höheren Anteil auf.

¹ Wenn kein anderer Hinweis angegeben ist, wird in den Klammern jeweils zuerst der Wert der „**erfolglos**“ und danach der „**erfolgreich**“ eingegliederten Stichprobe angegeben.

² Die Werte werden zur besseren Lesbarkeit in 0.5% Schritte gerundet wiedergegeben.

Nationalität

Tabelle 5: Zuordnung der Nationalität

Nationalität				
	Erfolglos eingegliedert		Erfolgreich eingegliedert	
	Anzahl (N)	Prozent %	Anzahl (N)	Prozent %
Schweizer Staatsbürgerschaft	25	62	26	65
andere	15	38	14	35
gesamt	40	100	40	100

Im Hinblick auf die Nationalität (Tabelle 5) erwiesen sich die Stichproben als sehr ähnlich. Bei den nicht integrierten Personen hatten 62% (N=25) die Schweizer Staatsbürgerschaft und bei den **erfolgreich** Eingegliederten 65% (N=26). 15 bzw. 14 Personen stammten aus anderen Ländern wie Deutschland, Italien, Serbien, Albanien, Kroatien, Türkei, Tschechische Republik, Israel, Peru und Tunesien.

Geschlecht

Tabelle 6: Verteilung der Geschlechter

Geschlecht				
	Erfolglos eingegliedert		Erfolgreich eingegliedert	
	Anzahl (N)	Prozent %	Anzahl (N)	Prozent %
männlich	23	57	21	53
weiblich	17	43	19	47
gesamt	40	100	40	100

Bei der Quote von Männern zu Frauen (Tabelle 6) zeigte sich in beiden Stichproben ein leicht höherer Anteil an männlichen Personen, was der generellen Verteilung beim Praxispartner (N=386; männlich 54%) entsprach. In der Stichprobe der **erfolglos** eingegliederten Personen lag der Anteil bei 57% (N=23) und bei den **erfolgreich** Eingegliederten bei 53% (N=21) .

Massnahme nach dem Erstgespräch

Tabelle 7: Zuordnung der Erstmassnahme

Erstmassnahme				
	Erfolglos eingegliedert		Erfolgreich eingegliedert	
	Anzahl (N)	Prozent %	Anzahl (N)	Prozent %
Integrationsmassnahmen	21	52.5	23	57
Berufliche Massnahmen	11	27.5	12	30
Abklärungen	8	20	5	13
gesamt	40	100	40	100

Hinsichtlich der Erstmassnahme (Tabelle 7) waren beide Stichproben ähnlich. Integrationsmassnahmen kamen mit 52.5% (N=21) vs. 57% (N=23) am häufigsten vor, danach berufliche Massnahmen mit 27.5% (N=11) vs. 30% (N=12) sowie Abklärungen (20%; N=8 vs. 13%; N=5).

Die Abweichungen zwischen den Massnahmen entsprachen ebenfalls der grundsätzlichen Verteilung beim Praxispartner und wurden deshalb nicht als spezifisches Unterscheidungsmerkmal bewertet.

Fazit

Die Auswertung der soziodemographischen Daten ergab, dass die beiden Stichproben miteinander vergleichbar waren.

3.2 Dokumentenqualität

Der Abschnitt veranschaulicht die Ergiebigkeit der Dokumente, die während oder nach dem Assessmentgespräch von Fachpersonen bei w^e-care angefertigt wurden. Als Überblick dient die nachfolgende Tabelle 8. In der linken Spalte werden die zugeordneten Haupt- und in der mittleren Spalte die Unterkategorien aufgelistet. In der vorletzten Spalte sind Angaben zur Häufigkeit (N) der Informationen in Bezug auf alle Protokolle (N=80) und in der letzten Spalte die relative Häufigkeit als Prozentwert dokumentiert.

Tabelle 8: Zuteilung der Haupt- und Unterkategorien zur Dokumentenanalyse

Hauptkategorie	Unterkategorie	N	%
Daten zur Person	Alter	80	100
	Geschlecht	80	100
	Nationalität	80	100
	Kinder	45	56
	Wohnsituation	61	76
	Ausbildungsniveau	73	91
Berufsbiographie	Berufserfahrung	71	89
	Arbeitsunterbruch		
Diagnose		69	86
Erstmanifestation		29	36
Funktionseinschränkung		62	78
Klinikaufenthalt		28	35
Subjektive Bewertung der gesundheitlichen Situation		25	31
Fähigkeiten und Kompetenzen	Arbeitsfähigkeit über 40%	40	50
	Kompetenzen		
Soziale Unterstützung		45	56
Vorgängige Integrationsmassnahmen		1	1

Es wurden Gesprächsprotokolle und Stammdatenblätter (und in einigen Fällen der Lebenslauf oder die Ausgangslage im ersten Bericht) von 80 Fällen inhaltlich-qualitativ codiert nach Informationen zur Person, Beruf, Erkrankung, persönlichen Einstellung, sozialer Unterstützung und vorgängigen Integrationsmassnahmen. Theoretisch wären 17 potenziell interessierende Informationen pro Fall möglich gewesen. Tatsächlich konnten im Minimum sieben und im Maximum 13 thematisch gebündelte Angaben codiert werden. Der Median lag bei zehn Informationen (siehe Anhang VIII).

Die 80 Protokolle wurden bezüglich den 17 Kategorien sowie der Anzahl vorgefundener Informationen beurteilt. Die Auswertung erfolgte mit Schweizer Schulnoten, die im Kapitel 2.2.1 detailliert beschrieben wurden, von Note 6 (100-85% Vollständigkeit = sehr gut dokumentiert) bis Note 1 (4-0% = schlecht dokumentiert).

- Note 6 Sehr gut dokumentiert waren die Merkmale: Alter, Geschlecht, Nationalität, Erstmassnahme, Ausbildung, Berufsbiographie und Diagnose.
- Note 5 Bei mindestens 65% der Dokumente, was einer guten Dokumentation entsprach, fanden sich Notizen über Funktionseinschränkungen und zur Wohnsituation.
- Note 4 Explizite Angaben zu Kindern (bzw. kinderlos), Fähigkeiten und Kompetenzen sowie zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung kamen bei 45 bis 64% aller Protokolle vor.
- Note 3 Subjektive Bewertungen der Gesundheit, Erstmanifestation der Erkrankung und Klinikaufenthalte waren im Minimum bei einem Viertel (44-25%) der Dokumente schriftlich festgehalten.
- Note 1 Informationen zu vorgängigen Integrationsmassnahmen waren einmal dokumentiert.

Fazit

Die Analyse zeigte, dass bezogen auf die 17 Kategorien, alle Protokolle mindestens genügend (Note 4) waren. Der Durchschnitt betrug 4,4. Die Kategorien: subjektive Bewertung der Gesundheit, Erstmanifestation, Klinikaufenthalte und vorgängige Integrationsmassnahmen fielen unter die Bewertung „genügend“.

3.3 Interrater-Reliabilität

Zur Beurteilung der Güte bei der Übereinstimmung von zwei Ratern gelten Cohens Kappa - Werte bis .40 als schwache Indikatoren, zwischen .40 bis .59 als mässige, .60 bis .74 als gute und ab .75 als sehr gute Werte (Wirtz und Caspar, 2002). Die tabellarische Übersicht befindet sich im Anhang V.

Die Kategorien: Alter, Geschlecht, Nationalität, Massnahme, Kinder, Ausbildungsniveau, soziale Unterstützung, Erstmanifestation und Klinikaufenthalte erbrachten einen Kappa – Wert (κ) von 1.0. Vorgängige Integrationsmassnahmen kamen in den 10% der überprüften Protokolle nicht vor. Die Wohnsituation ergab einen signifikanten κ – Wert von .71, die subjektive Bewertung der Gesundheit κ = .64 und die Be-

rufsbiographie $\kappa = .62$, was nach Wirtz und Caspar (2002) als gute Übereinstimmung bewertet wird. Mässig übereinstimmend schnitten die Kategorien Einschränkungen mit $\kappa = .53$ sowie Fähigkeiten und Kompetenzen $\kappa = .50$ ab. Das mässige Ergebnis bei den „Kompetenzen“ kam vor allem durch den Unterpunkt „Arbeitsfähigkeit > 40%“ zustande, der oftmals übersehen wurde. Mit $\kappa = .25$, erbrachte die Kategorie „Diagnose“ eine schwache Übereinstimmung.

Fazit

Die Übereinstimmungen variierten über die 17 Kategorien zwischen .25 und 1.0. Die Gesamtübereinstimmung lag mit .83 im sehr guten Bereich.

Was die Ergebnisse im Einzelnen bedeuten, wird anhand der nachfolgenden Auswertungen deutlich.

3.4 Prädiktoren

Von den 17 Prädiktoren lagen für die Auswertung mittels Kreuztabellen drei vollständige, nämlich das Alter, Geschlecht sowie die Nationalität und 14 unvollständige Datensätze vor.

In den Tabellen 9 bis 16 ist in der ersten Zeile wieder die Hauptkategorie angegeben und in der ersten Spalte die Unterkategorien. Daneben folgen in der zweiten Spalte die Resultate der Stichprobe „erfolglos eingegliedert“ in Form der vorgefundenen Häufigkeit (N). In der dritten Spalte befindet sich die Anzahl der Stichprobe „erfolgreich eingegliedert“. In der letzten Zeile sowie Spalte sind die Gesamtanzahlen angegeben.

3.4.1 Ausbildungsniveau

Tabelle 9: Kreuztabelle Ausbildungsniveau – berufliche Wiedereingliederung

Ausbildungsniveau			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
Ohne Abschluss	11	5	16
Praktische Ausbildung nach Insos	2	3	5
Lehre / Handelsschule	23	23	46
Höherer Bildungsabschluss	1	5	6
gesamt	37	36	73

Bei der höchsten abgeschlossenen Ausbildung (Tabelle 9) wurde bei den dokumentierten Notizen ein Unterschied sichtbar. „Erfolgreich eingegliederte“ Personen besaßen knapp fünf Mal häufiger einen höheren Bildungsabschluss (N=5) wie eine Fach- oder Hochschulreife als „erfolglos eingegliederte“ Personen (N=1). Die Diskrepanz zeigte sich bei der Kategorie „ohne Abschluss“ wieder. Mit 11 Personen verfügten „erfolglos eingegliederte“ Personen mehr als doppelt so häufig über keinen Berufsabschluss wie „erfolgreich eingegliederte“ Personen (N=5). Den grössten Anteil machten in beiden Stichproben allerdings die Personen aus, die eine Lehre (je N=23) respektive eine praktische Ausbildung nach INSOS³ (N=2 vs. N=3) abgeschlossen hatten. In acht Dokumenten war mehr als eine Lehre codiert.

Obwohl ein Unterschied zwischen erfolglos und erfolgreich eingegliederten Personen anhand der Protokolle sichtbar wurde, lieferte die interferenzstatistische Auswertung keine signifikanten Ergebnisse [Chi²: p= ,164 und 50% der Zellen hatten eine erwartete Häufigkeit < 5; Umkodierung: „kein Ausbildungsabschluss“ vs. „Ausbildungsabschluss vorhanden“: Chi²: p= ,102] .

³ Die Praktische Ausbildung nach INSOS (PrA) orientiert sich an den individuellen Fähigkeiten von Jugendlichen, die der zweijährigen Attestausbildung (EBA) wegen einer Lern- oder Leistungsbeeinträchtigung nicht oder noch nicht, gewachsen sind (INSOS, 2017)

Fazit

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmern mit und ohne berufliche Ausbildung bezüglich der beruflichen Integration.

3.4.2 Berufsbiographie

Tabelle 10: Kreuztabelle Berufsbiographie – berufliche Wiedereingliederung

Berufsbiographie			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
Berufserfahrung	13	16	29
Arbeitsunterbruch	4	3	7
Sowohl Berufserfahrung wie Arbeitsunterbruch	20	15	35
gesamt	37	34	71

Zum Thema Berufsbiographie (Tabelle 10) wurden 149 Textstellen in 71 Dokumenten codiert (Mehrfachnennungen möglich). Aufgrund der grossen Anzahl wurden die Codierungen in zwei Untergruppen geteilt: a) Berufserfahrung (102 Codes) und b) Arbeitsunterbruch (47 Codes). In den meisten Protokollen war mehr als ein Eintrag der jeweiligen Ausprägung sowie Kombinationen aufgeführt.

a) Berufserfahrung

In der Stichprobe der **erfolglos** eingegliederten Personen fanden sich bei 13 Fällen ausschliesslich Angaben zu Berufserfahrungen vs. 16 Fälle in der Gruppe „**erfolgreich** eingegliederte Personen“.

b) Arbeitsunterbruch

In beiden Stichproben waren bei ca. 10% (N=4 vs. N=3) der Protokolle nur Erfahrungen mit Arbeitsunterbrüchen dokumentiert.

Bei 34 von 71 Fällen waren sowohl Informationen über Berufserfahrungen wie Arbeitsunterbrüche aufgeführt. Wobei bei den nicht eingegliederten Personen häufiger Aussagen notiert waren (N=20) als bei der Vergleichsgruppe (N=15).

Die statistische Auswertung ergab einen signifikanten Wert [Chi²: p= ,047] aber

auch, dass 25% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 aufwiesen. Deshalb wurden die Kategorien „Arbeitsunterbruch“ und „sowohl Berufserfahrung wie Arbeitsunterbruch“ zusammengefasst.

Tabelle 11: aggregierte Kreuztabelle Berufsbiographie – berufliche Wiedereingliederung

Berufsbiographie			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
Berufserfahrung	13	16	29
Sowohl Berufserfahrung wie Arbeitsunterbruch	25	20	45
gesamt	38	36	74

Nach der Umcodierung fanden sich bei 13 **erfolglos** und bei 16 **erfolgreich** eingegliederten Fällen Informationen ausschliesslich zur „Berufserfahrung“ während „Berufserfahrung sowie Arbeitsunterbruch“ bei der Stichprobe „**erfolglos**“ mit 25 vs. 20 bei „**erfolgreich**“ Eingegliederten angegeben wurden (Tabelle 11). Der exakte Test nach Fisher wies auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Angaben über Berufserfahrungen und einer erfolgreichen Eingliederung hin und der Phi-Koeffizient auf einen grossen Effekt [Fisher exact: $p < ,012$; $\phi = 0,56$]. Die Chance beruflich wiedereingegliedert zu werden war bei Personen, die im Erstgespräch mehr über ihre Berufserfahrungen berichteten 13-mal so hoch wie bei Personen, die zusätzlich einen oder mehrere Arbeitsunterbrüche angaben.

Es wurden zwar quantitativ sehr viele Informationen zur Berufsbiographie erhoben, aber qualitativ konnten keine zuverlässigen Aussagen getroffen werden. Der geringe Grad der Differenzierungen bei den Vermerken reichte für eine Beurteilung nicht aus. Die Angaben umfassten Berufsbezeichnungen oder Tätigkeitsbereiche sowie Firmennamen, die Dauer, Informationen über den Berufsstatus oder Belastungen am Arbeitsplatz.

Fazit

Der Anteil an **erfolgreich** integrierten Personen mit Berufserfahrung war signifikant grösser als der Anteil der nicht integrierten Personen mit Berufserfahrung.

3.4.3 Diagnose und Erstmanifestation

Die Informationen über Diagnosen beruhten weitgehend auf Selbstaussagen der Klientel, welche in den Gesprächsprotokollen dokumentiert waren oder wurden durch die Autorin interpretiert. Aufgeteilt in Diagnosegruppen, welche in Abb. 2 aufgeführt sind, konnten den Gesprächsprotokollen detaillierte Angaben entnommen werden.

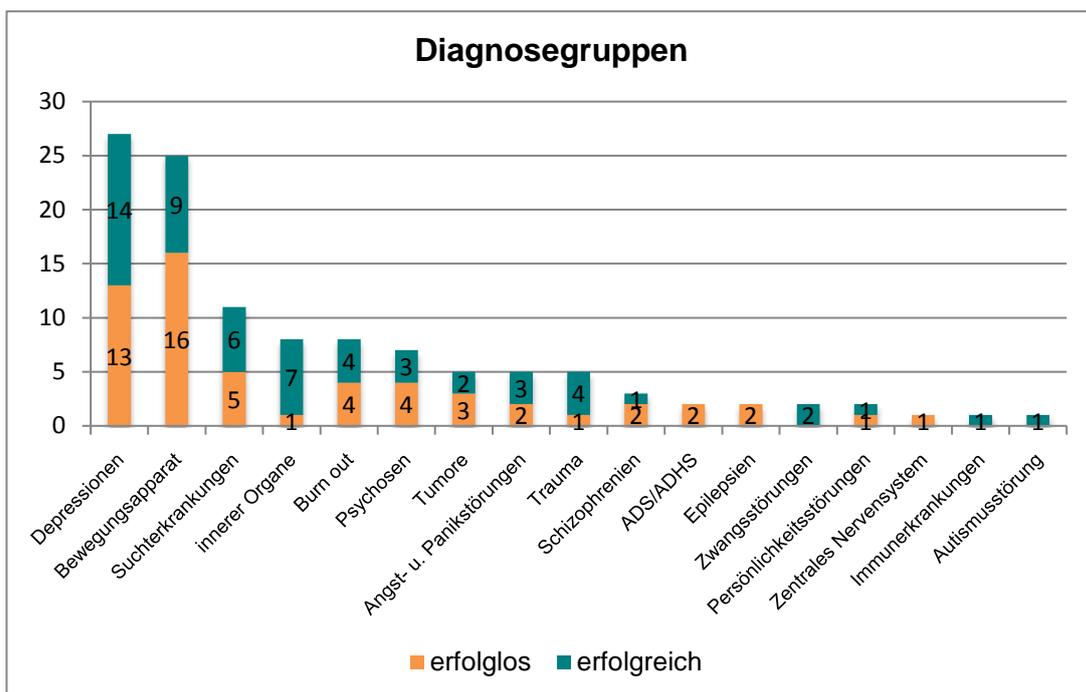


Abbildung 2: Häufigkeiten der Diagnosegruppen nach Stichproben

Bei den **erfolglos** eingegliederten Personen wurden zusammen 59 Aussagen in Form einer Diagnose codiert, bei den **erfolgreichen** Fällen gesamthaft 57 (Mehrfachnennungen möglich). In der Stichprobe „**erfolgreich**“ fanden sich in den Gesprächsprotokollen am häufigsten Angaben über Depressionen hingegen Erkrankungen am Bewegungsapparat bei den nicht eingegliederten Personen, welche in der Vergleichsgruppe deutlich seltener vorkamen. Unter anderem konnten bei beiden Stichproben etwa die gleiche Anzahl an Hinweisen zu Suchterkrankungen auffindig gemacht werden. Auskünfte über Erkrankungen der inneren Organe sowie Traumatisierungen wurden bei den Dokumenten der **erfolgreich** eingegliederten Personen häufiger entdeckt als bei der Kontrollgruppe. Angaben über Burnout, Psy-

chosen, Tumore sowie Angst- und Panikstörungen liessen sich in beiden Stichproben wieder etwa gleich häufig identifizieren. Daneben fanden sich wieder in beiden Stichproben Informationen zu Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen. ADS/ADHS, Epilepsie und Erkrankungen des zentralen Nervensystems waren nur bei **erfolglos** integrierten Personen dokumentiert, indessen Immunerkrankungen und Autismus ausschliesslich bei **erfolgreich** Integrierten. Die Anzahl der Diagnosegruppen ab den Schizophrenien waren mit jeweils ein bis zwei Personen sehr gering.

Bei den dokumentierten Diagnosen liessen sich gesamthaft geringe Unterschiede zwischen den **erfolglos** und **erfolgreich** eingegliederten Personen feststellen. Ausnahmen bildeten Angaben zu Erkrankungen am Bewegungsapparat (häufiger bei **erfolglos** Eingegliederten) und Erkrankungen der inneren Organe (häufiger bei **erfolgreich** eingegliederten Personen).

In Bezug auf den Beginn der Krankheit konnten bei 16 Protokollen der **erfolglos** und bei 13 der **erfolgreich** eingegliederten Personen ein Eintrag gefunden werden.

Fazit

Mit zwei Ausnahmen konnten nur geringe Unterschiede bei der Verteilung der Diagnosen in beiden Stichproben eruiert werden. Bei den nicht integrierten Personen waren fast doppelt so häufig Erkrankungen am Bewegungsapparat notiert als bei den **erfolgreich** Integrierten. Im Gegensatz dazu fanden sich bei den **erfolgreich** eingegliederten Personen deutlich häufiger Einträge über Erkrankungen der inneren Organe, als bei der Vergleichsgruppe.

Da es sich generell um subjektive Daten oder um die Einschätzung der Autorin handelte und zudem die Interrater-Reliabilität eine schwache Übereinstimmung ergab, war die interne Validität kaum gegeben, weshalb die Daten nicht interferenzstatistisch ausgewertet wurden. Die Darstellung sollte den inhaltlichen Gehalt der Gesprächsprotokolle aufzeigen.

3.4.4 Funktionseinschränkungen

Wie in Abb. 3 ersichtlich, ergab die Analyse der Protokolle bei **erfolglos** eingeglied-

derten Personen mehr Einschränkungen (76 zugewiesene Codes) als bei **erfolgreich** Eingegliederten (59 zugewiesene Codes).

Konkret gaben 23 der nicht Eingegliederten mehr als eine Einschränkung an (max. 6 Notizen) vs. 17 Personen bei den **erfolgreich** Eingegliederten (max. 4 Notizen). Die Defizite wurden nach den Untergruppen körperliche-, psychische- unspezifische Einschränkungen, Beeinträchtigung im sozialen Bereich sowie Schmerzen codiert. Die Untergruppen kamen mannigfaltig und ohne erkennbares Muster miteinander kombiniert in den Protokollen vor.

Keiner der Unterschiede war statistisch signifikant [Chi²: p= ,123 und 93% der Zellen hatten eine erwartete Häufigkeit < 5; Umkodierung: „eine Einschränkung angeben“ vs. „zwei und mehr Einschränkungen angeben“: Chi²: p= ,111].

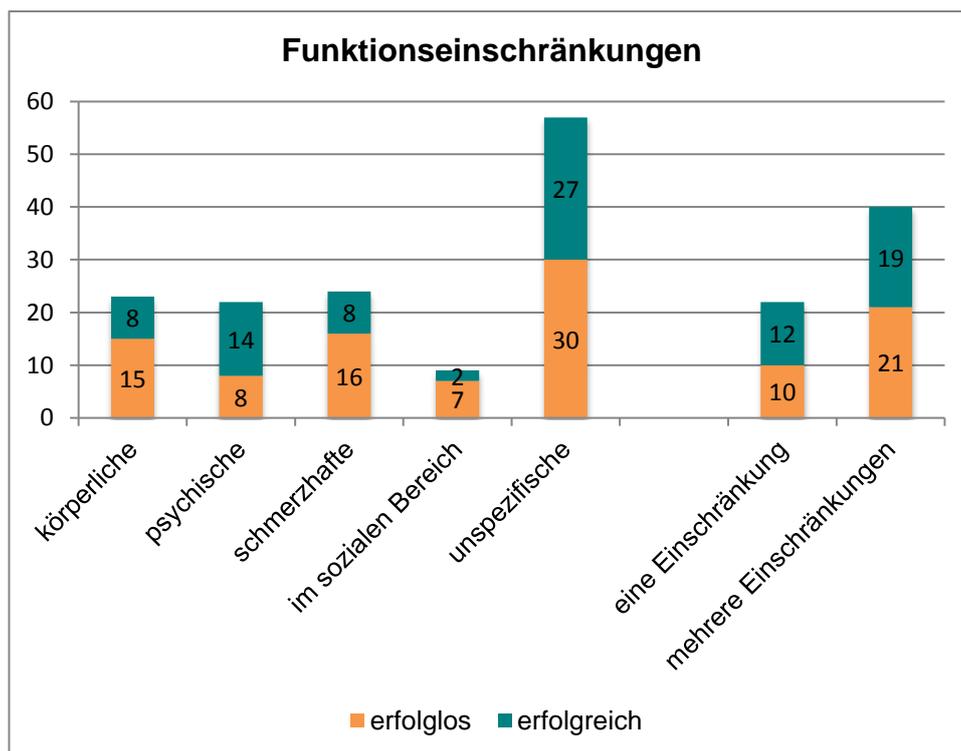


Abbildung 3: Häufigkeiten der Funktionseinschränkungen pro Stichprobe

Fazit

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit einer und mehreren Funktionseinschränkungen bezüglich der Wiedereingliederung.

3.4.5 Wohnsituation

Bei 61 (76%) Personen konnte mit Hilfe der schriftlichen Unterlagen ermittelt werden in welcher Wohnsituation sie sich zum Zeitpunkt des Erstgespräches befanden.

Tabelle 12: Kreuztabelle Wohnsituation – berufliche Wiedereingliederung

Wohnsituation			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
Alleinelebende	12	7	19
In einer Partnerschaft	11	6	17
Mit anderen erwachsenen Familienmitgliedern im gleichen Haushalt Lebende	10	5	15
Alleinerziehende	3	2	5
In einer betreuten Wohngemeinschaft lebend	2	3	5
gesamt	38	23	61

Etwas mehr als ein Viertel (N=12) der erfolglos Integrierten und sieben der erfolgreich Integrierten lebten alleine und fast gleich viele Person in einer Partnerschaft (N=11 vs. N= 6) (Tabelle 12). Die Alleinerziehenden machten mit Klienten, die in einer betreuten Wohngemeinschaft lebten den kleinsten Anteil aus. Mit Verwandten im gleichen Haushalt wohnten hingegen bei den nicht eingegliederten Personen (n=10) doppelt so viele wie in der Vergleichsgruppe (N=5).

Für die statistische Auswertung wurden die Merkmale „Alleinelebende“ und „in einer Partnerschaft“ mit einander verglichen.

Fazit

Da die Irrtumswahrscheinlichkeit bei 39% lag und damit weit über dem gesetzten 5% - Niveau war ein Zusammenhang zwischen Alleinelebenden bzw. in einer Partnerschaft und der beruflichen Eingliederung unwahrscheinlich. Auch qualitativ konnten keine Erkenntnisse aus den vorgefundenen Informationen abgeleitet werden.

3.4.6 Angaben zu Kindern

Insgesamt wurden bei 45 Protokollen Aussagen zu Kindern codiert.

Tabelle 13: Kreuztabelle Angaben zu Kindern – berufliche Wiedereingliederung

Angaben zu Kindern			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
Kinder „ja“	15	18	33
kinderlos	5	7	12
	20	25	45

In der Stichprobe der **erfolglos** Eingegliederten gaben 15 Personen an, Vater oder Mutter und fünf ohne Kinder zu sein (Tabelle 13). 18 **erfolgreich** eingegliederte Personen gaben im Erstgespräch Auskunft darüber, dass sie Kinder hatten und sieben, dass sie kinderlos waren.

Die unterschiedlichen Häufigkeiten waren zwischen **erfolglos** und **erfolgreich** eingegliederten Personen mit Kindern nicht signifikant [χ^2 : $p = ,517$].

Inhaltlich lagen Informationen über die Anzahl der Kinder vor, und ob sie schulpflichtig oder schon erwachsen, ggf. beim getrennt lebenden Elternteil wohnhaft waren. In Bezug auf die Fragestellung konnten die Aussagen nicht zuverlässig interpretiert werden. Es blieb in fast allen Fällen unklar, ob die Kinder eher als Ressource oder eher als einschränkender Faktor für die berufliche Wiedereingliederung zu deuten waren.

Fazit

Es gab keinen signifikanten Unterschied bezüglich den Angaben über Kinder zwischen **erfolglos** und **erfolgreich** eingegliederten Personen. Die qualitative Untersuchung erbrachte keine weiteren Erkenntnisse.

3.4.7 Soziale Unterstützung

Die Angaben zur sozialen Unterstützung (Tabelle 14) wurden in den vier Unterkategorien „gering“, „Partner/in und Familie“, „Kollegen/innen“ sowie „Arbeitgeber/in“ co-

diert.

Tabelle 14: Kreuztabelle Soziale Unterstützung – berufliche Wiedereingliederung

Soziale Unterstützung			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
gering	5	4	9
Durch Partner/in bzw. Familienangehörige	13	6	19
Durch Kollegen/innen	8	7	15
Durch Arbeitgeber/in	0	2	2
gesamt	26	19	45

Bei vier Fällen in der Gruppe der **erfolgreich** integrierten Personen waren Informationen über geringe soziale Unterstützung notiert und bei fünf Protokollen der **nicht** Integrierten. Bei den Angaben zur sozialen Unterstützung dominierte die letztgenannte Stichprobe. Bei 13 vs. sechs Dokumenten zeigten sich Aussagen über unterstützende Partner bzw. Partnerinnen oder Familienangehörige. Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen wurden bei der **erfolglos** eingegliederten Stichprobe bei acht Unterlagen und bei den **erfolgreich** Eingegliederten bei sieben aufgeschrieben. Bei den **erfolgreich** Eingegliederten fanden sich bei zwei Fällen Vermerke darüber, dass frühere Arbeitgeber als unterstützend wahrgenommen wurden. Bei der Stichprobe der **erfolglos** eingegliederten Personen wurden diesbezüglich keine Informationen gefunden.

Zwischen gering wahrgenommener und „guter“ sozialer Unterstützung bestand kein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der Wiedereingliederung [geringe soziale Unterstützung: χ^2 : $p=,723$; Unterstützung durch Partner/in und Familie: χ^2 : $p=,066$; Unterstützung durch Kollegen/innen: χ^2 : $p=,775$; durch früheren Arbeitgeber/in: Fisher exact: $p=,241$].

Fazit

Die beiden Stichproben unterschieden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützung und der beruflichen Wiedereingliederung.

3.4.8 Fähigkeiten und Kompetenzen

Das Merkmal „Kompetenzen“ unterteilte sich in zwei Aspekte: Angaben über die Arbeitsfähigkeit sowie persönliche Kompetenzen (Tabelle 15). Bei der Arbeitsfähigkeit wurden nach der Empfehlung von Baumgartner, Greiwe und Schwarb (2004) als förderlicher Prädiktor alle Aussagen zur Arbeitsfähigkeit über 40% codiert.

Tabelle 15: Kreuztabelle Fähigkeiten und Kompetenzen – berufliche Wiedereingliederung

Fähigkeiten und Kompetenzen			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
Arbeitsfähigkeit über 40%	6	7	13
Kompetenzen	6	21	27
gesamt	12	28	40

Bei sechs **erfolglos** eingegliederten Personen vs. sieben integrierten Personen konnten Informationen in den Gesprächsprotokollen codiert werden. Zusätzlich zur quantitativen Arbeitsfähigkeit war manchmal angegeben, ob die Beurteilung aus einer medizinisch-theoretischen Empfehlung oder vom subjektiven Eindruck der Klientel stammte. Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit waren in beiden Stichproben gleich verteilt.

Von den Personen, die **erfolgreich** eingegliedert wurden, waren bei gut der Hälfte (N=21) Kompetenzen aufgeführt. Darunter fielen: Sozialkompetenz, Zuverlässigkeit, realistische Selbsteinschätzung, Flexibilität, Verantwortung übernehmen, hohe Leistungsfähigkeit, ausgeprägt hohe Motivation und ein gepflegtes äusseres Erscheinungsbild. In der Gruppe der **erfolglos** eingegliederten Personen lag der Anteil bei sechs Personen. Es wurden die gleichen Kompetenzen bis auf die Übernahme von Verantwortung codiert, was in dieser Stichprobe nicht vorkam.

Hinsichtlich der Kompetenzen ergab sich, auch statistisch ein Unterschied zwischen den Stichproben. Angaben über Kompetenzen wiesen einen engen Zusammenhang mit einer erfolgreichen Wiedereingliederung auf [χ^2 : $p < ,000$] und der Phi-Koeffizient auf einen mittleren bis grossen Effekt [$\phi = 0,40$]. Die Chance beruflich wiedereingegliedert zu werden war bei Personen, bei denen in den Erstprotokollen

Kompetenzen dokumentierten waren 6-mal höher als in der Vergleichsgruppe.

Fazit

Die Auswertung ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kompetenzen und einer erfolgreichen Reintegration. Der Unterschied der beiden Gruppen entstand aufgrund der Häufigkeitsangaben, denn inhaltlich konnten die gleichen Kompetenzen identifiziert werden.

3.4.9 Subjektive Bewertung der gesundheitlichen Situation

Aussagen über die eigene Bewertung der Gesundheit (Tabelle 16) waren bei 25 Protokollen schriftlich festgehalten.

Tabelle 16: Kreuztabelle Subjektive Bewertung der Gesundheit – berufliche Wiedereingliederung

Subjektive Bewertung der gesundheitlichen Situation			
	Erfolglos eingegliedert	Erfolgreich eingegliedert	gesamt
negativ	3	5	8
positiv	9	8	17
gesamt	12	13	25

Es zeigten sich, bei drei **erfolglos** Eingegliederten negative Bewertungen der eigenen Gesundheit und bei neun Personen positive Äusserungen. Bei den **erfolgreich** eingegliederten Fällen waren bei fünf Personen negative und bei acht Personen positive Bewertungen notiert. Zwei Personen fanden sich sowohl positive wie negative Bemerkungen. Inhaltlich handelte es sich um Beschreibungen zu somatischen wie psychischen Zuständen, Darstellungen zur Leistungsfähigkeit, Konzentration, Belastbarkeit, zum Selbstwert und Stressempfinden.

Die beiden Stichproben zeigten grosse Ähnlichkeiten bezüglich der Bewertung der eigenen Gesundheit.

3.4.10 Klinikaufenthalt

Insgesamt waren bei 28 Dossiers Klinikaufenthalte dokumentiert (je Stichprobe

N=14) in Form von ambulanten wie stationären Hospitalisationen aufgrund von psychischen und somatischen Erkrankungen. Bei fünf von 80 Dokumenten wurden mehr als ein Klinikaufenthalt codiert. Die Gruppe der **erfolglos** eingegliederten Personen unterschied sich hinsichtlich der Anzahl oder Form/Fachrichtung der Klinikaufenthalte nicht von den **erfolgreich** Eingegliederten.

3.4.11 Vorgängige Integrationsmassnahmen

In einem Protokoll war eine Aussage zu vorhergehenden Integrations- bzw. beruflichen Massnahmen vermerkt.

3.5 Zusammenfassung der Dokumentenanalyse

Die Gesprächsprotokolle von 80 Fällen wurden inhaltlich-qualitativ und quantitativ ausgewertet nach Informationen zur Person, Beruf, Erkrankung, sozialer Unterstützung und vorgängigen Integrationsmassnahmen. Von 17 potenziell interessierenden Informationen (11 Hauptgruppen mit Untergruppen) waren im Minimum sieben und im Maximum 13 Aussagen dokumentiert. Der Median lag bei zehn Informationen. In Bezug auf die Vollständigkeit der 17 Kategorien erreichten die Protokolle durchschnittlich die Note 4,4.

Die Gegenüberstellung der Daten der **erfolglos** und **erfolgreich** integrierten Personen zeigten Unterschiede bei der Berufsausbildung, den Einschränkungen, der Wohnsituation und der sozialen Unterstützung. Einerseits waren die Unterschiede bei den vorgefundenen Häufigkeiten oftmals nur gering. Andererseits bestanden keine signifikanten Zusammenhänge mit der beruflichen Wiedereingliederung. Die Diagnosen wurden nicht interferenzstatistisch ausgewertet, da es sich um subjektive Angaben der Klientel oder Interpretationen der Autorin handelte und die interne Validität kaum gegeben war. Angaben über vorgängige Integrationsmassnahmen konnten lediglich in einem Protokoll erfasst werden. Auch bei anderen Prädiktoren fiel eine hohe Zahl an „nicht - vorgefundenen Informationen“ auf. So waren bei ca. der Hälfte aller Gesprächsprotokolle keine Aussagen zu Kindern, zur sozialen Unterstützung oder Kompetenzen notiert. Bei knapp zwei Drittel fanden sich keine Vermerke zur eigenen Bewertung der Gesundheit sowie dem Beginn der Erkrankung oder zu Klinikaufenthalten.

Zum Schluss konnten zwei Merkmale extrahiert werden, die eine Vorhersage für die berufliche Wiedereingliederung zuließen und zwar Berufserfahrungen und Kompetenzen. Bei beiden Aspekten lieferte der Test zur Überprüfung der Signifikanz relevante Werte. Mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 95% war anzunehmen, dass ein Zusammenhang zwischen dokumentierten Berufserfahrungen und einer erfolgreichen Eingliederung bestand [Fisher exact: $p < ,012$; $\phi = 0,56$] sowie ein sehr hoher Zusammenhang mit Angaben zu Kompetenzen [Chi^2 : $p < ,000$; $\phi = 0,40$]. Die Chance beruflich wiedereingegliedert zu werden war bei Personen, die im Erstgespräch über ihre Berufserfahrungen berichteten 13-mal bzw. über ihre Kompetenzen 6-mal so hoch wie bei der Vergleichsgruppe.

3.6 Literaturrecherche

Im Abschnitt Literaturrecherche werden die in der Fachliteratur diskutierten Prädiktoren zusammenfassend wiedergegeben. Die Abb. 4 zeigt eine Übersicht zum Thema und bezieht die im Kapitel 3.1 beschriebenen Prädiktoren mit ein. Die grün markierten Einflussvariablen wurden in der Dokumentenanalyse interferenzstatistisch bestätigt, die gelb markierten nicht. Die ungekennzeichneten Prädiktoren fanden sich in der Literatur, aber nicht in den Protokollen.

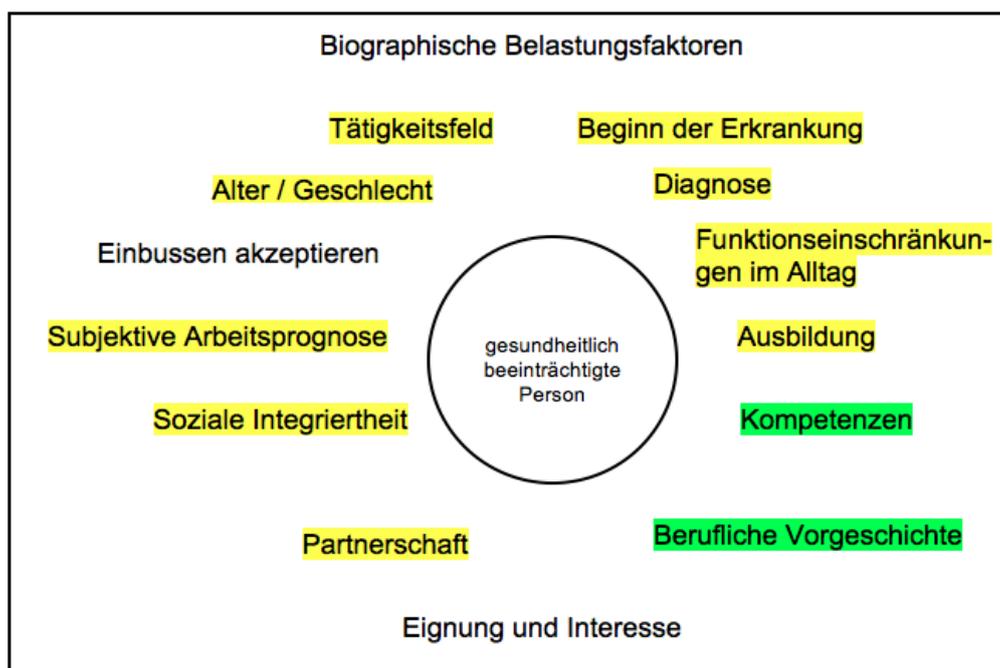


Abbildung 4: Übersicht individueller Prädiktoren zur Potenzialbeurteilung, eigene Darstellung (2017)

Nach einer Definition von Döring und Bortz (2016) umfassen Prädiktoren Daten die als Einflussfaktoren zur Vorhersage aufgefasst werden. Im Rahmen der Masterarbeit unterstützen förderliche Prädiktoren die berufliche Wiedereingliederung und hinderliche Prädiktoren stehen für ungünstige Voraussetzungen. Die Erforschung individueller Prädiktoren für die Wiedereingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist Gegenstand zahlreicher Studien. Der Begriff „Prädiktoren“ wurde dabei in der Literatur je nach Fragestellung unterschiedlich definiert. Es fanden sich Begriffe wie Erfolgs- und Störfaktoren, Einflussvariable, Kriterien, Indikatoren oder positive und negative Faktoren. Auch das Erfolgskriterium wurde je nach Studie anders festgelegt. So verwendeten Baer et al. in ihrem Bericht beispielsweise den Begriff Einflussfaktoren und verglichen soziodemographische Daten, Persönlichkeitsmerkmale, die Art der Behinderung, prämorbid berufliche Anpassungen, Merkmale von Rehabilitationsmassnahmen und das Hilfesuchverhalten miteinander. Die Einflussfaktoren haben dann Auskunft über den Berentungsverlauf gegeben (Baer et al., 2009). Ergebnisse dieser Art werden in der vorliegenden Arbeit als hinderliche Prädiktoren verwendet, da eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt höchstwahrscheinlich nicht stattgefunden hat. Für die genauso interessierenden förderlichen Prädiktoren steht stellvertretend die Studie von Herdt et al., die Aspekte zur gesundheitlichen und beruflichen Situation untersucht haben. Die Studie fokussierte u.a. das Wiedererlangen sowie Fördern einer Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit mit dem Ziel der Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt (Herdt et al., 2010).

Zur Vorhersage einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung werden in der Literatur wie vorher dargestellt, verschiedenste Merkmale herangezogen. Die für die Arbeit relevanten werden nachfolgend erörtert.

3.6.1 Schul- und Berufsausbildung sowie berufliche Vorgeschichte

Eine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung hat nach Meinung von vielen Autoren wie Baer et al. (2009), Baumgartner et al. (2004), Bürger, Kluth & Koch (2008), Cypionka et al. (2016), Gruber et al. (2007), Guggisberg et al. (2008), Herdt et al. (2010) und Weiss (1990) eine hohe Aussagekraft. Die berufliche Stabilität vor Ausbruch der Krankheit wird sowohl von Anthony, Rogers, Cohen & Davies

(1995), Fluder et al. (2013), Herdt et al. (2010) wie auch von Weis (1990) als förderlicher Prädiktor beschrieben. Eine internationale Studie, wer zur Arbeit zurückkehrt und warum bestätigte die These (Bloch & Prins, 2001). In der Schweiz veröffentlichten Fluder et al. (2013) die Untersuchung „Sozialleistungsbezüge und Profile von neuen IV-Rentenbeziehenden“. Als Risikofaktoren nennen die Autoren einen durchschnittlichen Erwerbsunterbruch von zwei Jahren, mehrere Unterbrüche (auch bei Gruber et al., 2007; Guggisberg et al., 2008), die oft längere Zeit zurückliegen oder berufliche Dequalifizierungen und unfreiwillige Teilzeitarbeit. Die Erkenntnisse von Baer et al. (2009) weisen Gemeinsamkeiten auf. Besonders viele Stellenwechsel und Absenzen treten i.d.R. zeitlich viele Jahre vor der IV-Anmeldung auf.

Im Weiteren kehren Büroarbeitskräfte häufiger und früher ins Erwerbsleben zurück als Personen, die manuelle Serientätigkeiten ausführen (Bürger et al., 2008) und positive Erfahrungen beim vorherigen Arbeitgeber wirken sich förderlich auf eine erfolgreiche Stellensuche aus (Pärli et al., 2013).

3.6.2 *Biographie*

Eine ausführliche Dokumentenanalyse von IV berenteten Personen und damit einhergehende negative Prädiktoren für die berufliche Integration fanden sich bei Baer und seinem Team. Sie haben biographische Belastungsfaktoren von Personen mit psychischen Störungen beschrieben. Die Faktoren sind unter anderem das Aufwachsen in psychiatrisch vorbelasteten Familien, schwere körperliche Erkrankungen der Eltern, schwere und längerandauernde Vernachlässigung, schwere Gewalt, Heimaufenthalte oder sexueller Missbrauch. Daneben beeinflussen psychische Störung seit der Kindheit, unterdurchschnittliche Leistungen bzw. ein schwieriges Verhalten in der Schule die Berentung. Akzentuierte Persönlichkeitsmerkmale treten besonders häufig bei biographisch belasteten Personen auf und führen oft zu zwischenmenschlichen Problemen am Arbeitsplatz. Letztere stellen einen der Hauptfaktoren für die Berentung dar (Baer et al., 2009).

3.6.3 *Kompetenzen und mentale Modelle*

Zum selben Ergebnis wie Baer et al. (2009) kommen auch Bolliger et al. (2012) und

Herdt et al. (2010) in ihren Studien: Belastende Sozialisationsbedingungen wirken sich negativ auf eine Wiedereingliederung aus. Andererseits zeigten sich bei Herdt et al. (2010) Eigeninitiative, Eignung und Interesse für eine Tätigkeit, Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeit, Durchhaltevermögen sowie Strukturierungsfähigkeit als relevante positive Merkmale für eine Reintegration. Zu ähnlichen Einschätzungen kommen Baumgartner et al. (2004) und ergänzen die Erkenntnisse mit der Fähigkeit einer Person sich selber realistisch einzuschätzen (auch bei Gruber et al., 2007) und der Bereitschaft eine Rentenreduktion einzugehen (auch bei Bürger et al., 2008). Entscheidend für den beruflichen Wiedereinstieg sind Zuverlässigkeit, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit (Baumgartner et al., 2004; Herdt et al., 2010). Die Indikatoren werden allerdings von psychischen Erkrankungen beeinflusst und zeigen sich dementsprechend instabil (Herdt et al., 2010). Soziale Kompetenzen (Anthony et al., 1995; Baer et al., 2009; Baumgartner et al., 2004; Hoffmann, 1999; Weiss, 1990) und eine hohe Arbeitsmotivation wirken sich förderlich auf die berufliche Integration aus (Baumgartner et al., 2004; Herdt et al., 2010; Pärli, Guggisberg, Hug, Oesch, Petrik & Rudin, 2013), ebenso wie positive Zukunftserwartungen resp. Bewertungen der eigenen Gesundheit (Bürger et al., 2008; Herdt et al., 2010; Hoffmann, 1999; Weiss, 1990).

Die Erkenntnisse von Baumgartner et al. (2004) weisen als Erfolgsfaktor eine Arbeitsfähigkeit von mind. 40% aus.

3.6.4 Symptome, Diagnosen und Testverfahren

Der Einfluss psychischer Symptome sowie Diagnosen auf die künftige berufliche Entwicklung wurden in der Literatur kontrovers diskutiert. Im Artikel von Anthony et al. (1995) wird der Zusammenhang als mässig signifikant dargestellt, ausser bei Menschen mit der Diagnose Schizophrenie. Bei Hoffmann (1999), der eine Metaanalyse durchgeführte, die Ergebnisse bei Schizophrenen empirisch überprüfte und eine detaillierte Liste über die Prädiktoren aufstellte, bleibt der prädiktive Wert von Diagnosen unklar. Nach seinen Aussagen besteht aber ein signifikanter Zusammenhang zwischen Symptomen und Funktions(un)fähigkeit. Hingegen haben Tsang, Lam und Leung sowie Cook und Razzo herausgefunden, dass Diagnosen ein schlechter Prädiktor für den Eingliederungserfolg darstellen (2000, zit. nach

Herdt et al, 2010, S.18).

Anthony et al. sind der Meinung, dass Intelligenz-, Einstellungs- und Persönlichkeitstest zur Prognose der Wiedereingliederung eine geringe Aussagekraft haben, ausser Tests, welche die Ich-Stärke⁴ und das berufsbezogene Selbstkonzept messen (Anthony et al., 1995). Grundlegend für die Prädiktorenforschung der beruflichen Integration Schizophrener ist die Studie von Hoffmann. Der Autor postuliert Negativsymptome⁵ als gute Prädiktoren, jedoch nicht Positivsymptome⁶. Im Unterschied zu anderen Autoren hat Hoffmann in seiner 1999 erschienenen Publikation das Ausbildungsniveau und vorbestehende Arbeitslosigkeit als schlechte Prädiktoren evaluiert. Die gegenteiligen Ergebnisse (siehe Berufsausbildung und Biographie) werden vom Autor mit der selektionierten Stichprobe begründet (Hoffmann, 1999).

Mit seiner Befragung bei Schweizer KMU wies Baer (2002) nach, dass Personalverantwortliche eher eine chronisch körperlich kranke Person einstellen würden als eine Person mit psychischen Krankheiten. Auch andere Autoren sehen psychische Erkrankungen im Gegensatz zu körperlichen als „Störfaktor“ (Bürger et al., 2008; Fluder et al., 2013; Guggisberg et al., 2008).

3.6.5 Soziodemographische Daten

Ausserdem ist ein zu hohes Alter hinderlich für die Stellensuche (Herdt et al., 2010). Sadowski und Frick legen das hohe Alter „von mehr als 50 Jahren“ fest (1992, zit. nach Baumgartner et al., 2004, S.28;). Bürger et al. (2008), Gruber et al. (2007) und Guggisberg et al. (2008) argumentieren ebenso. Hinsichtlich dem Geschlecht als Prädiktor werden Frauen gering seltener und mit etwas grösserer Verzögerung wiedereingegliedert (Bürger et al., 2008; Gruber et al., 2007; Guggisberg et al., 2008; Pärli et al., 2013). In der Studie von Guggisberg, Oesch und Gardiol zeigt sich, dass Migranten und Migrantinnen durchschnittlich ein höheres Invaliditätsrisiko aufweisen

⁴ Regulationskompetenz die auf Kernberg (1993) zurückgeht und die Integration des Selbstkonzeptes oder des Konzeptes von anderen Personen schildert (Stahlin, 2012)

⁵ Antriebsarmut, allgemeiner Interessenverlust, sozialer Rückzug, Apathie, verflachte Affekte, geringe Sprachproduktion (Korbel, 2012)

⁶ Halluzinationen, Wahn, Ich-Störungen, formale Denkstörungen (Stahlin, 2012).

als Schweizer und Schweizerinnen, wobei das Risiko je nach Herkunftsland unterschiedlich hoch ist. Die Autoren identifizieren eine soziale und berufliche Unterschicht, subjektiv schlechtere Einschätzung der Gesundheit und häufiger wahrgenommene Symptome als Ursachen (Guggisberg, Oesch & Gardiol, 2010).

3.6.6 Wohnsituation und soziale Integration

Das Leben in einer Partnerschaft (Gruber et al., 2007; Weiss, 1990) sowie eine gute soziale Integriertheit scheinen zwei positive Einflussgrößen zur erfolgreichen Integration zu sein (Baer et al., 2009; Weiss, 1990; Herdt et al., 2010 und Guggisberg et al., 2008, im Sinne von Entwurzelung wegen Migration). Gruber et al. (2007) thematisieren in diesem Zusammenhang als besonders wichtig die Unterstützung durch frühere Arbeitgeber (Gruber et al., 2007).

3.6.7 Massnahme

Weiss (1990) ist der Meinung, dass das Abschliessen einer Integrationsmassnahme und Hoffmann (1999) das Arbeitsverhalten an einem geschützten Arbeitsplatz gute klinische Prädiktoren für eine spätere Berufstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt darstellen. Personen die vor einer Massnahme länger als sechs Monate im Betrieb fehlten, kehren im Bericht von Bürger et al. (2008) seltener und später an den Arbeitsplatz zurück und je später eine Massnahme beginnt, desto schlechter ist die Prognose zur Wiedereingliederung (Beginn der Massnahme auch Guggisberg et al., 2008).

3.7 Zusammenfassung der Literaturrecherche

Die Sichtung der Literatur lieferte Hinweise zu personenbezogenen Prädiktoren, die auf eine berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit Beeinträchtigungen Einfluss haben können. Dabei gab es zwischen den verschiedenen Studien ebenso Übereinstimmungen wie Widersprüche.

Als wesentliche förderliche Prädiktoren werden eine abgeschlossen Schul- und Berufsausbildung, ein Lebensalter unter 50 Jahren, eine stabile berufliche Vorgeschichte und soziale Integriertheit beschrieben. Während Menschen mit psychischen Krankheiten gegenüber körperlich Kranken bei der Wiedereingliederung einen Nachteil haben. Nicht nur die berufliche Vorgeschichte sondern auch die bio-

graphische beeinflusst die Reintegration. So werden Menschen mit markant belastenden Biographien, die oft bereits in der Kindheit beginnen, häufiger berentet als Menschen ohne diese Erfahrungen. Im Gegensatz dazu wirken sich eine hohe Sozialkompetenz, Arbeitsmotivation und positive Einschätzungen der eigenen Gesundheit förderlich auf die Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt aus. Auch das Geschlecht hat einen Einfluss, wenn auch nur einen geringen. Frauen werden etwas seltener und mit etwas grösserer Verzögerung wiedereingegliedert. Daneben weisen Personen mit Migrationshintergrund ein höheres Invaliditätsrisiko auf. Eine tragfähige Partnerschaft und eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 40% werden zusätzlich zu den förderlichen Prädiktoren gezählt. Kontrovers diskutiert wird in der Literatur die Vorhersagekraft einer späteren Berufstätigkeit basierend auf Symptomen und Diagnosen.

3.8 Experteninterviews

Der Abschnitt 3.3 gibt eine Übersicht zu den Befunden der Urteilsprozesse von Fachpersonen, die in der Arbeitsintegration tätig sind. Im Fokus stand dabei, wie sie das Potenzial von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen hinsichtlich einer beruflichen Wiedereingliederung beurteilten. Im ersten Teil werden die identifizierten Hinweisreize beschrieben. Im zweiten Teil werden die Anhaltspunkte mit den „Bewertungs“-Kategorien zusammengeführt. Im dritten Teil erfolgt die Erörterung der, deduktiv abgeleiteten Entscheidungsstrategien, welche eng mit den Bewertungen verknüpft sind. Es werden die wichtigsten Ergebnisse der zehn Interviewpersonen zusammengefasst wiedergegeben und durch einzelne Zitate illustriert. Eine Darstellung der Kodierungen in tabellarischer Form findet sich im Anhang VI.

3.8.1 Thematische Analyse

Basierend auf den offenen Fragen des Leitfadens und der Literaturrecherche ergaben sich bei der Auswertung der Transkripte drei Hauptkategorien:

1. Hinweisreize
2. Bewertung der Hinweisreize
3. Entscheidungen

Die Ergebnisse der einzelnen Kategorien werden nachfolgend detailliert dargestellt.

3.8.1.1 Hinweisreize

Ein sehr differenziertes Bild ergab sich bei der Frage nach den Kriterien zur Potenzialbeurteilung. In der Tabelle 17, die als erste Übersicht dient und in den Tabellen 18 bis 20 sind zuerst die Hauptkategorien und danach die untergeordneten Merkmale angegeben. Zum Schluss ist die Anzahl der Interviewpersonen abgebildet, die sich zum Thema geäußert haben. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Insgesamt nannten die Interviewten 32 Hinweise, die in zehn Gruppen zusammengefasst wurden. Jede Interviewperson gab im Durchschnitt elf Hinweisreize an (min. 5 bis max. 16).

Tabelle 17: Anhaltspunkte

Anhaltspunkte zur Potenzialbeurteilung		
<i>Hauptkategorie</i>	<i>Unterkategorie</i>	<i>N</i>
Kompetenzen (n=29)	Motivation	9
	Willensstärke	5
	Selbstkompetenzen (siehe Anhang VI)	5
	(realistische) Selbsteinschätzung	4
	Sozialkompetenzen	3
	Deutsche Sprachkenntnisse	2
	PC-Kenntnisse	1
Arbeitsbezogene Aspekte (n=24)	Berufserfahrung	8
	Ausbildung	7
	Arbeitsunterbruch	5
	Unternehmen	2
	Arbeitsfähigkeit	1
	Arbeitsbemühungen	1
Gesundheitliche Aspekte (n=19)	allgemein	1
	Diagnose	8
	Funktionelle Einschränkungen	3
	Klinikaufenthalt	2
	Erstmanifestation	2
	Tagesstruktur	2
	Rente	1
Persönliche Einstellungen (n=16)	Allgemein	4
	Negativ	8
	Positiv	4
Periphere Hinweisreize (n=8)	Äusseres Erscheinungsbild	3
	Blick (n=3), Körper (n=1), Stimme (n=1)	5
Soziodemographische Daten (n=5)	Alter	3
	Kultureller Hintergrund	2

Soziale Integration	5
Vorgängige Integrationsmassnahmen	3
Helfernetz	2
gesamt	111

Am häufigsten nannten die Experten als Hinweis zur Potenzialbeurteilung Kompetenzen, gefolgt von arbeitsbezogenen und gesundheitlichen Aspekten. Die persönliche Einstellung der Klienten bezog sich sowohl auf die Massnahme wie auf eine spätere Berufstätigkeit. Direkte Beobachtungen während dem Assessment, die in die Beurteilung einfließen, wurden in der Gruppe „periphere Hinweisreize“ zusammengefasst. Mit einer geringen Anzahl an Nennungen äusserten sich die Experten zu soziodemographischen Daten und zur sozialen Integration der Klienten. Das Helfernetz und vorgängige Massnahmen wurden von drei bzw. zwei Personen angeführt. In der letzten Unterkategorie fanden sich Angaben zu PC – Kenntnissen.

Im Weiteren werden die Hinweisreize einzeln und vertieft vorgestellt.

Kompetenzen

Die erste Kategorie umfasste Kompetenzen. Hierbei wurde von den Experten am häufigsten eine hohe Motivation für eine erfolgreiche Wiedereingliederung erwähnt. Stellvertretend für acht weitere Befragte stand folgende Äusserung zum Thema „Motivation“ in den Transkripten:

„Im Gespräch hole ich die Motivation mit gezielten Fragen ab; wie sieht die Person selber seine Zukunft? Wenn sie einen Weg sieht, ist das gut. Wenn eine Person aber selber nicht daran glaubt oder das Gefühl hat, sie sei zu krank oder keine Chance sieht, weil er nicht mehr das Arbeiten kann, was er früher gemacht hat. Dann sieht das eher schlecht aus. Und wenn sie es nicht wirklich sagen, dann bekomme ich während dem Gespräch so ein Gefühl für die Motivation.“ (Ip6)

Jeweils fünf befragte Personen gaben an, dass sie einen ausgeprägten Willen der Klientel und Selbstkompetenzen wie Reflexion-, Veränderungs- und An-

passungsfähigkeit in die Beurteilung einfließen lassen. Weiter schilderten vier Fachpersonen eine realistische Selbsteinschätzung und im speziellen der Arbeitsfähigkeit als gutes Zeichen. Bei der Sozialkompetenz sprachen drei Fachpersonen davon, dass sie ein freundliches und zugängliches Auftreten der Klientel als positiv für die Wiedereingliederung betrachten. Sprachkenntnisse der deutschen Sprache seien nicht nur für eine Berufstätigkeit wichtig sondern auch für das Assessmentgespräch und folglich für eine qualifizierte Beurteilung, ergänzten zwei Experten. Allgemein könnten die Kompetenzen jedoch, gemäss der Aussage einer Interviewperson, im Rahmen eines einstündigen Gespräches nur bedingt beurteilt werden. Dies, weil die subjektive Bewertung der Kompetenzen von den beobachtbaren Fähigkeiten abweichen und weil die Klienten oftmals ihre Kompetenzen nicht stabil einsetzen können.

Arbeitsbezogene Aspekte

Alle befragten Fachpersonen berichteten über arbeitsbezogene Aspekte, um das Potenzial einzuschätzen. Am häufigsten wurden Aussagen über Berufserfahrung mitgeteilt. Sieben Befragte erwähnten Ausbildungen und fünf Arbeitsunterbrüche. Sowohl bei der Berufserfahrung wie bei den Arbeitsunterbrüchen war für die Fachpersonen die Dauer bzw. Stabilität von Bedeutung. Die Interviewpersonen berichteten, dass je länger die Arbeitsunterbrüche waren oder je häufiger ein Stellenwechsel stattgefunden hat, desto geringer ist das Potenzial. In welchem Bereich oder Unternehmen die Klienten gearbeitet hatten, interessierte zwei Interviewpersonen. Zum Anderen gab je eine Person an, nach Arbeitsbemühungen oder nach der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu fragen.

Gesundheitliche Aspekte

In der Unterkategorie Gesundheitsstatus äusserten sich acht Interviewpersonen zu Diagnosen. Dabei unterschieden sie zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen und erwähnten den Beginn der Erkrankung sowie Klinikaufenthalte. Eine Person fasste die vorigen Punkte als „momentanes klinisches Bild“ zusammen, welches wichtig für die Beurteilung des Potenzials ist. Drei Fachpersonen beurteilten das Potenzial auch anhand der funktionellen Einschränkungen im Alltag. So sehen

sie bei Klienten, die bereits Mühe beim Treppen steigen haben und sich nicht selber resp. den Haushalt versorgen können, geringe Chancen zur Wiedereingliederung. Ähnliche Beurteilungen lagen zum Thema „Tagesstruktur“ vor, welches von zwei Experten angebracht wurde. Denn gemäss ihren Aussagen, war bei Klienten die über geringe Strukturen berichteten, der Wiedereingliederungsprozess langwierig und das Potenzial eher gering. Für eine Fachperson war es wichtig zu Wissen, ob die Klienten bereits ein Renteneinkommen haben oder nicht.

Persönliche Einstellungen

Die Analyse ergab weiter, dass acht Fachpersonen die Einstellung der Klienten zur Massnahme bzw. zu einer späteren Berufstätigkeit eruieren. Die Fachpersonen präzisieren, dass sie negative sowie passive oder positive und proaktive Einstellungen feststellten. Ferner gaben sie an, dass dementsprechend Angaben über „Hoffnung“, „Offenheit“, „Hilfe annehmen können“ oder „Hilflosigkeit“ sowie „die Opferrolle“ in die Beurteilung einfliesen.

Periphere Hinweisreize

Der fünften Unterkategorie wurden Erklärungen zu Beobachtungen während dem Assessment zugeordnet. Das äussere Erscheinungsbild (3x), der Blickkontakt (3x), die Körperhaltung (1x) und die Stimme (1x) dienten den Fachpersonen zur Potenzial-einschätzung. Zum Erscheinungsbild und anderen Merkmalen äusserte sich eine Interviewperson folgendermassen:

„Zuerst schaue ich, ganz unbewusst auf das Erscheinungsbild. Wie ist die Hautfarbe, schwitzt er, ist er nervös, angespannt, wie ist der Blickkontakt, wie sind die Hände, hat es gelbe Spuren vom Rauchen so Tendenzen zum Verwahrlosen.“ (Ip3)

Soziodemographische Daten

Bei den soziodemographischen Daten wurde drei Mal das Alter angesprochen. Ip10 fand die Wiedereingliederungschancen geringer, je mehr eine Person auf das Rentenalter zugeht und kombiniert mit einer beruflichen Neuorientierung sinkt das Potenzial zusätzlich. Aber eine Interviewperson sagte, dass auch jüngere Personen,

die vier bis fünf Jahre nicht im Arbeitsprozess standen, eigentlich zu lange ist (Ip 2). Von zwei Personen wurde der Einfluss des kulturellen Hintergrundes angesprochen, der sowohl sprachliche Barrieren wie auch destruktive Einstellungen mit sich bringen kann, was die Wiedereingliederung erschwert.

Soziale Integration und das Helfernetz

Fragen nach der sozialen Integration wurden von fünf Experten ebenfalls zur Einschätzung genutzt und von zwei Experten das Ausmass der professionellen Unterstützung.

Vorgängige Integrationsmassnahmen

In der letzten Unterkategorie gaben drei Fachpersonen an, dass vorgängige gescheiterte Integrationsmassnahmen tendenziell negativ für eine Reintegration sind.

Fazit

Die Fachpersonen nannten 32 verschiedene Hinweisreize, um das Potenzial gesundheitlich beeinträchtigter Personen zur beruflichen Wiedereingliederung zu beurteilen. Weiterhin fiel auf, dass die Merkmale miteinander in Beziehung gesetzt wurden um die Einschätzung vorzunehmen

3.8.1.2 Bewertung der Hinweisreize

Die Bewertung der Hinweisreize erfolgte in den sechs Kategorien: ordinale und nominale Klassifizierung, Affekt, Stellenwert/Rangliste, Attribute der Person und Gesamtbild (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Bewertung der Hinweisreize

Bewertung		
Hauptkategorie	Unterkategorie	N
Nominale Klassifizierungen (n=14)	gut - schlecht	11
	aktiv - passiv	1
	physisch - psychisch	1
	sofort arbeitsfähig – zuerst trainieren	1
Persönliche Attribute (n=13)	Authentizität	5
	Persönlichkeitsmerkmale	3
	Psychische Stabilität	2
	Präsenz	2
	Schmerzäusserungen	1
Gefühl		9
Gesamtbild		8
Rangliste		5
Ordinale Klassifizierungen		3
gesamt		52

Am häufigsten konnten nominale Klassifizierungen der Anhaltspunkte wie z.B. „gut oder schlecht“ identifiziert werden.

Weiter fanden sich Aussagen, dass die Fachpersonen während dem Assessment die Authentizität, Präsenz, psychische Stabilität, Persönlichkeitsmerkmale und häufige Schmerzäusserungen der Klientel bewerteten.

7 von 10 Interviewpersonen beschrieben den Einfluss von Gefühlen bei der Beurteilung des Potenzials. Die anschliessenden zwei Zitate stellen typische Aussage für die Kategorie dar:

*„Und dann bekommt man ein Gefühl, könnte das klappen? Oder nicht? Es ist wie ein Feeling, dass man für einen Menschen bekommt.“
(Ip7)*

„Also, ich spüre die Ansatzpunkte beim Klienten, ob man etwas bewegen kann.“ (Ip1)

Ausserdem argumentierten die Befragten, dass sie das Gesamtbild der Person beurteilen und nicht einzelne Aspekte (8x). Stellvertretend stand folgendes Zitat:

„Ich versuche alle Punkte schnell zu einem Gesamtbild zusammen zu-

fassen. Einen Überblick von der Person zu erhalten. Man kann das Potenzial nicht isoliert betrachten, sondern man muss es zusammen führen.“ (Ip3)

Bei der Hälfte der befragten Personen zeigte sich, dass sie mittels Ranglisten die Anhaltspunkte beurteilten. Die Diagnose hatte z.B. einen hohen Stellenwert, wobei zeitlich abgegrenzte Erkrankungen oder eine einmalige Krise ein höheres Potenzial zur erfolgreichen Wiedereingliederung und chronische Zustände wie Schizophrenien sowie immer wiederkehrende Krisen ein niedriges Potenzial implizierten. Ansonsten werteten die Befragten eine hohe Motivation, kooperative Zusammenarbeit, Interesse für eine Tätigkeit, das Ausmass der Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft als förderliche Attribute für die Wiedereingliederung. Dagegen standen häufige und lange Arbeitsunterbrüche oder Neuorientierungen ohne qualifizierende Voraussetzungen als bedeutende hinderliche Kriterien.

Daneben konnten ordinale Klassifizierungen eruiert werden. Eine Interviewperson merkte an, dass sie es relativ schnell spüre, ob eine Person „gut“, „mässig“ oder „gar nicht“ integrierbar sei (Ip4).

Fazit

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Befragten sechs verschiedene Strategien anwenden um die zuvor eruierten Hinweisreize zu bewerten. Diese sind nominale und ordinale Klassifizierungen, Affekte, Ranglisten, Persönlichkeitsmerkmale und das Gesamtbild. Dabei kombinierten sie im Durchschnitt 3,7 Strategien (im Minimum drei und im Maximum sechs).

Die Bewertung der Hinweisreize ist, wie im Kapitel 1.4.2 beschrieben, eng mit kognitiven Entscheidungsstrategien verbunden, welche im nächsten Unterkapitel dargestellt werden.

3.8.1.3 Entscheidungen

Aus den berichteten Hinweisreizen und deren Bewertungen konnten acht Kriterien

identifiziert werden, wie die Fachpersonen bei der Entscheidung vorgehen. Diese sind in der Tabelle 19 angegeben.

Tabelle 19: Entscheidungen

Entscheidungen		
<i>Unterkategorie</i>	<i>Kernaussage</i>	<i>N</i>
Fortlaufende Anpassungen	es bilden sich fortlaufend Hypothesen ungenügende Informationen beeinträchtigen die Entscheidung mehr Fachwissen wirkt sich positiv auf die Entscheidung aus ständige Anpassung der Prognose	6
Orientierung an Anhaltspunkten	Orientierung an Diagnosen Orientierung an der Einstellung der Klienten Orientierung an der Berufsbiographie	5
Gefühl	Bauchgefühl oder Vermutungen entscheiden auf das Gefühl verlassen, bei der Entscheidung	10
Vergleich	Vergleich mit Klienten, die eine ähnliche Diagnose hatten Mit der Zeit gleichen die Fachpersonen automatisch ab	4
Berufserfahrung	Erfahrungen mit den Klienten hinsichtlich der beruflichen Eingliederung bewusst machen	6
Bewusstes beantworten selbstgestellter Fragen	Ist da Integration möglich oder nicht? Ist es überhaupt möglich etwas zu finden? Wie sieht eine Person selber seine Zukunft? Könnte das klappen? Oder nicht? Wie vermittelt mir die Person, dass sie relativ stabil ist für den Prozess der Arbeitsintegration?	5
Sympathie und Antipathie	Sympathie und Antipathie beeinflussen Entscheidungen	2
Prominente Erinnerung	Mittels markanter Erinnerungen entscheiden	1
gesamt		39

Aus den Interviews konnten sechs Mal Aussagen über **fortlaufende Anpassungen** bei der Beurteilung herausgefiltert werden. Dabei wurde das Potenzial nach einer ersten Einschätzung durch weitere Informationen stetig adaptiert. Dies zeigte fol-

gende Aussage exemplarisch auf:

„Die Einschätzung vom Potenzial läuft bei mir während dem Gespräch ab. Da bildet sich die Hypothese fortlaufend. Also je mehr Informationen während dem Gespräch dazu kommen, bildet sich bei mir die Hypothese.“ (Ip1)

Zu den Entscheidungen bei der Potenzialbeurteilung gehörte auch die **Orientierung an** bereits gesetzten individuellen **Anhaltspunkten** wie der Diagnose, der Einstellung der Klientel oder deren Berufsbiographie.

Interviewperson (Ip) 2 führte an, dass sie bei einem Klienten eher das **Gefühl** hatte, dass er es wieder schafft zum Arbeiten zu gehen. Solche Aussagen konnten bei allen Interviewpersonen zugeordnet werden. Die Fachpersonen kommunizierten z.B., dass sie entweder ein „gutes“ oder ein „schlechtes Gefühl“ bei der Potenzialbeurteilung hatten. Bei einigen Befragten korrelierte ein „schlechtes Gefühl“ mit einer „tiefen“ Beurteilung des Potenzials, bei anderen mit einer „unklaren“⁷. Ausserdem befürworteten die interviewten Personen „dem Bauchgefühl zu vertrauen“. Diese Haltung zeigte sich in folgendem Zitat:

„Darum neigt man dazu, dass man dem Gefühl nicht so einen Stellenwert gibt. Aber ich verlasse mich eigentlich am liebsten nur auf das.“ (Ip9)

Ip6, die aufgrund ihrer Erfahrungen, von Klienten die sie mit der gleichen Diagnose bereits begleitet hatte eine Einschätzung vornahm oder bei Ip7, die „wie einen Vergleich“ machte, wurde deutlich, dass die Fachpersonen zur Entscheidung **Vergleiche** heranzogen.

Die nächste Unterkategorie befasste sich mit der **Berufserfahrung** der befragten Personen, die bei 6 von 10 Interviews eruierte wurden. Bei der Auswertung fiel auf, dass die erfahrenen Fachpersonen bei der Potenzialbeurteilung davon profitierten.

⁷ Das Potenzial wird in die Kategorien „unklar“, „tief“, „mittel“ und „hoch“ eingeteilt

Ip5 repräsentierte mit den nachfolgenden Ausführungen den Zusammenhang:

„Aus der Zusammenarbeit mit Menschen im Allgemeinen, aus dem Fachbereich Psychiatrie. Das Wissen, dass sich viele Sachen nicht mit einmal schlafen lösen. Sondern, dass es längere Prozesse gibt, die ganz fest verankert sind. Die häufig nicht von heute auf morgen entstanden sind, dann ist es für mich nachvollziehbar. Und ich habe die berufliche Erfahrung gemacht, dass Veränderungsprozesse Zeit brauchen bis die sich gefestigt haben und zu einer neuen Routine führen.“

Fünf Befragte formulierten **selber Fragen**, die sie sich **stellten** um das Potenzial zu beurteilen, wie z.B. von Ip1 im Anschluss typischerweise angegeben:

„Ich stelle mir die Frage: wenn er bei mir in der Beratung ist, bringen wir das zusammen hin? Ist er auch genug motiviert? Wenn nicht, können wir ihn motivieren? Ist er gewillt und kann er überhaupt einsteigen? Kann er das Angebot überhaupt annehmen?“

Auch Aussagen zu **Sympathie und Antipathie** konnten im Zusammenhang mit Entscheidungen identifiziert werden. Wiederum bei Unsicherheit, berichteten Fachpersonen, dass sie Klienten die ihnen sympathisch waren tendenziell ein höheres Potenzial zuschrieben als Personen die einen unsympathischen Eindruck hinterlassen hatten. Auch jüngere Klienten und Klientinnen bekamen eher einen Sympathiebonus und das Potenzial wurde zugunsten einer besseren Kategorie beurteilt.

Im Weiteren konnte sich Ip4 im Zusammenhang mit einem Klienten, der ein hohes Potenzial hatte, „**als letztes Beispiel**“ an eine Person mit Technikerausbildung **erinnern**.

Drei befragte Personen gaben an, dass sie die Potenzialbeurteilung zur Planung der beruflichen Integration einsetzten.

Fazit

Bei der Analyse zeigte sich, dass die Fachpersonen zur Potenzialbeurteilung zwischen zwei und acht Entscheidungsstrategien anwenden (durchschnittlich 4,4 Strategien). Teilweise basierten die Entscheidungen auf bewussten Vorgängen und teilweise auf automatischen. Zudem berichteten alle befragten Personen von Gefühlen bei der Potenzialbeurteilung. Die Analyse der Interviews deutete auf einen Unterschied zwischen berufserfahrenen, die im Durchschnitt über sieben Jahre spezifische Berufserfahrung in der Arbeitsintegration ausweisen konnten und berufsunerfahrenen Fachpersonen (weniger als drei Jahre) hin. Berufsanfänger verwenden zur Entscheidung eher Vergleiche mit ähnlichen Fällen sowie Fällen, die gerade markant im Gedächtnis waren und seltener Erfahrungswerte. Berufsprofis beschrieben hingegen häufiger, dass sie anhand ihrer Erfahrung entschieden, ihre Prognose fortlaufend anpassten und sich dabei an selber gesetzten Anhaltspunkten orientierten.

3.9 Zusammenfassung der Experteninterviews

Bei der Analyse der zehn Interviews stellte sich heraus, dass die Fachpersonen 32 Anhaltspunkte zur Potenzialbeurteilung nutzten. Die Befragten bewerteten die Hinweisreize z.B. durch die Einteilung in Kategorien wie „sofort vermittelbar resp. zuerst trainieren“. Als weitere Komponente beschrieben alle Interviewpersonen das Vorhandensein von Affekten. Ausserdem, dass sie das Gesamtbild der Person beurteilen und nicht einzelne Merkmale. Zudem setzten die Experten Ranglisten ein und als fünfte Strategie bewerteten sie individuelle Attribute der Klienten. Zur Entscheidung orientierten sich die Experten an bereits verinnerlichten Anhaltspunkten und zudem passten sie ihre Meinung laufend an. Ausserdem konnte das Vorhandensein von Affekten nicht nur zur Beurteilung der Hinweisreize identifiziert werden, sondern auch in Form von „Bauchentscheid“ oder „Vermutung“ als Entscheidungsgrundlage. Zudem zeigten einige Textpassagen, dass die Fachpersonen für ihren Entschluss vergleichbare Fälle aus der Vergangenheit herbeizogen. Aber sie trafen auch anhand der Berufserfahrung Entscheidungen. Im Weiteren formulierten die Experten selber Fragen, mit deren Beantwortung sie bewusste Entscheidungen herbei führten. Darüber hinaus gaben die Experten an, dass sie bei Unsicherheit

Klienten, die ihnen sympathisch waren eher besser beurteilten als Klienten die einen unsympathischen Eindruck hinterlassen hatten. Zusätzlich nutzte eine Person zur Entscheidung den Vergleich mit prominenten Fällen.

Eine klare Abgrenzung zwischen den übergeordneten Kategorien: Hinweisreize, Bewertung und Entscheidung waren nicht möglich. Was jedoch zu erwarten war, da die Prozesse gemäss Betsch et al. (2011) eng miteinander verknüpft sind.

3.10 Wirkungsmodell zu den Urteils- und Entscheidungsprozessen der Potenzialbeurteilung

Im letzten Abschnitt zu den Ergebnissen werden die vorangegangenen Auswertungen der Dokumentenanalyse und Literaturrecherche sowie der kognitiven Prozesse eingeordnet. Es fließen jedoch nur die Ergebnisse ein, welche die Hauptfragestellung beantworten. Zum Abschluss wird das auf die Fragestellung angepasste Wirkungsmodell vorgestellt.

Zusammenfassend medieren im Wirkungsmodell dieser Studie Fachpersonen der Arbeitsintegration mit der Potenzialbeurteilung die berufliche Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen (siehe Abb.1). Zur Beurteilung des Potenzials wurden in der vorliegenden Untersuchung förderliche und hinderliche Prädiktoren festgestellt. Als förderlich wurden eine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, eine stabile Partnerschaft und eine subjektiv positive Arbeitsprognose beschrieben. Ausserdem haben sozial integrierte Personen unter 50 Jahren und Männer bessere Chancen wiederingegliedert zu werden. Interesse sowie Eignung, (finanzielle) Einbussen akzeptieren können und das angestrebte Tätigkeitsfeld sind ebenfalls von Bedeutung. Bei der Dokumentenanalyse wurde weiter festgestellt, dass Berufserfahrungen und Kompetenzen einen signifikanten Einfluss auf eine erfolgreiche Integration haben. Hingegen wirken sich markante biographische Belastungen und ein früher Krankheitsbeginn negativ aus. Die Prädiktoren fungieren im Modell als Hinweisreize zur Potenzialbeurteilung. Als Bewertungsstrategien der Hinweisreize sind Klassifizierungen, Affekte, Ranglisten, Personenmerkmale und das Gesamtbild heraus gearbeitet worden. Aus den berichteten Anhaltspunkten und deren Bewertungen konnten acht Entscheidungsstrategien identifiziert werden.

Aus den dargelegten Ergebnissen leitet sich das nachfolgende Modell in Abb. 5 zur Potenzialbeurteilung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen ab. Wie die Abb. 5 verdeutlicht, bringt die Person individuelle Merkmale mit, die den Fachpersonen als Hinweisreize dienen. Die Fachpersonen bewerten die Anhaltspunkte und klassifizieren jene in förderliche oder hinderliche Prädiktoren. Für diesen Vorgang werden gespeicherte kognitive und emotionale Informationen verwendet. Die Entscheidung ist eng mit der Bewertung verknüpft und wird ebenfalls von, unbewussten und bewussten Gedächtnisleistungen sowie von Affekten gesteuert. Die bewerteten Prädiktoren beeinflussen die Entscheidung, ob die Fachperson das Potenzial der Klienten als hoch oder tief beurteilt.

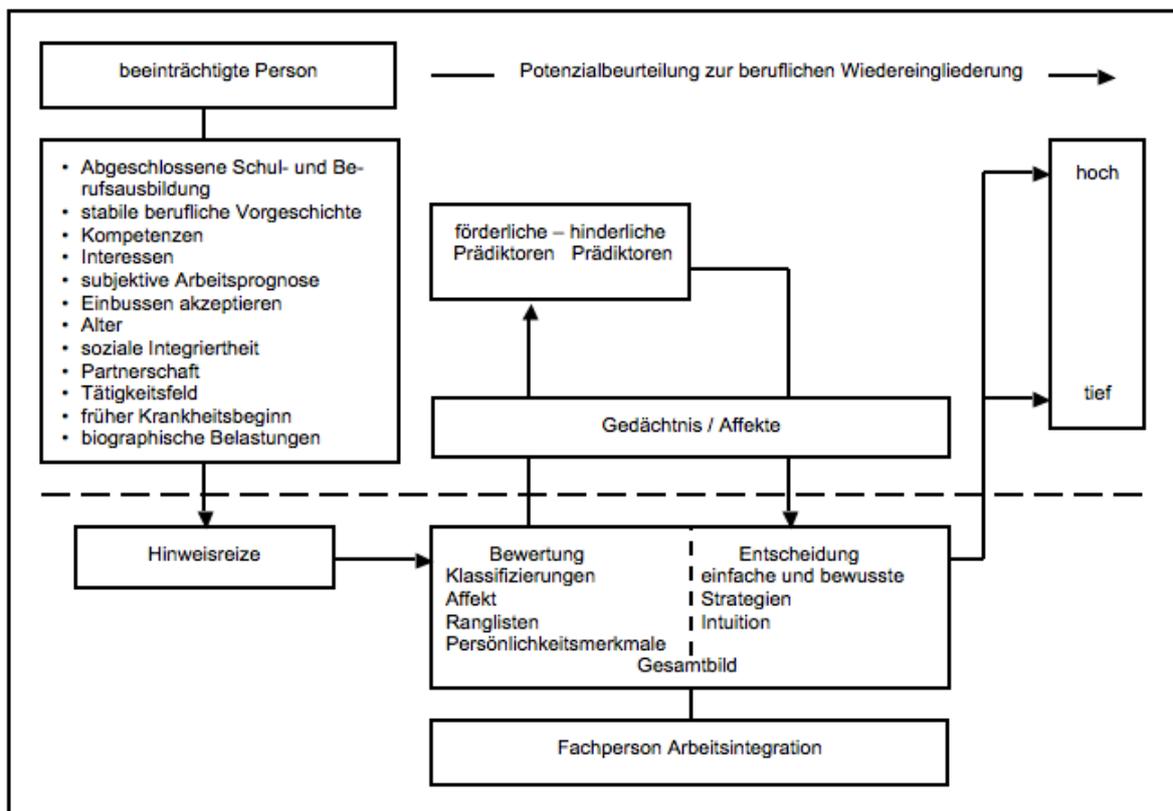


Abbildung 5: Wirkungsmodell zu den Prädiktoren und kognitiven Prozessen zur Potenzialbeurteilung, eigene Darstellung (2017)

Die Ergebnisse der Studie dienen als Handlungsempfehlungen zur Potenzialbeurteilung.

4 Diskussion

Im ersten Kapitel wurden die beiden Fragestellungen der Studie vorgestellt:

1. Auf der Grundlage von welchen Prädiktoren beurteilen Fachpersonen der Arbeitsintegration das Potenzial zur beruflichen Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen?
2. Welche Empfehlungen für die Praxis der Arbeitsintegration können davon abgeleitet werden?

Aufbauend auf den Ergebnissen wird in diesem Kapitel zuerst die Hauptfragestellung beantwortet. Dazu werden für jeden Prädiktor die zentralen Resultate der Dokumentenanalyse im Kapitel 3.1 aufgeführt. Danach werden die Befunde aus der Prädiktorenforschung (Kapitel 3.2.) verknüpft mit den wichtigsten Feststellungen aus den Experteninterviews (Kapitel 3.3) und analysiert. Hinsichtlich der kognitiven Strategien werden die Ergebnisse der befragten Fachpersonen, abgeleitet aus dem Theorieteil, nach den Teilprozessen „Hinweisreize“, „Bewertung“ und „Entscheidung“ gegliedert (vgl. Kapitel 1.4.2). Die Nebenfragestellung wird im Abschnitt „Implikationen für die Praxis“ aufgenommen und mit Empfehlungen zur Optimierung der Potenzialbeurteilung beantwortet. Ebenso bietet dieses Kapitel eine kritische Reflexion der Methode und zum Schluss einen Ausblick auf weiterführende Forschungen.

4.1 Zusammenfassung und Beantwortung der Hauptfragestellung

Die vorliegende Studie hat sich zum Ziel gesetzt, Prädiktoren zu explorieren, welche von Fachpersonen zur Potenzialbeurteilung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen verwendet werden. Die identifizierten förderlichen und hinderlichen Faktoren zur beruflichen Reintegration verknüpft mit Urteils- und Entscheidungsstrategien, ist bisher nicht erfolgt und stellt daher neue Erkenntnisgewinne dar.

Das explorative Forschungsdesign bestand aus zehn halbstandardisierten Interviews mit Experten, die unterschiedlich lange Erfahrung in der Arbeitintegration vorweisen und aus einer Dokumentenanalyse von 80 Fällen, d.h. von Personen die an einer Massnahme der Invalidenversicherung zur beruflichen Eingliederung teilgenommen hatten. Dabei unterstützen die meisten Ergebnisse der aktuellen Studie

die in der Literatur diskutierten Aspekte. Es sind jedoch in den Transkripten der Experteninterviews zusätzliche, neue Einflussvariablen identifiziert worden.

Basierend auf den Auswertungen der Experteninterviews werden nachfolgende Erkenntnisse zur Hauptforschungsfrage abgeleitet:

4.1.1 Prädiktoren

In diesem Unterkapitel werden die Resultate aus den 80 Dokumenten, den Studien zur Prädiktorenforschung sowie der zehn Experteninterviews analysiert und zusammengetragen. Die Ergebnisse werden dabei vorab in fünf Themenblöcke gegliedert, damit konvergierende und divergierende Befunde sichtbar werden. In Tbl. 20 sind diese Blöcke aufgeführt.

Tabelle 20: Übersicht zu den Prädiktoren

Prädiktoren	Protokoll	Literatur	Interview
Alter	x	x	x
Nationalität	x	x	x
Ausbildung	x	x	x
Berufsbiographie	x	x	x
Arbeitsunterbrüche	x	x	x
Tätigkeitsbereich	x	x	x
Diagnose	x	x	x
Erstmanifestation	x	x	x
Funktionseinschränkung	x	x	x
Soziale Unterstützung, soziale Integration	x	x	x
Arbeitsfähigkeit	x	x	x
Kompetenzen	x	x	x
subjektive Einstellungen	x	x	x
Krankheitsverlauf / Klinikaufenthalte	x	x	x
vorgängige Massnahmen	x	x	x
Geschlecht	x	x	
Angaben über Kinder	x	x	
Wohnsituation	x	x	
Angaben über Unternehmen	x		x
Biographische Belastungen		x	
Rentenreduktion akzeptieren		x	
Arbeitsbemühungen			x
Verhalten während dem Gespräch			x
Tagesstruktur			x
PC-Kenntnisse			x
äussere Erscheinung			x

Im ersten Block, der blau gekennzeichnet ist, finden sich die Faktoren, welche in allen drei Datenquellen hinsichtlich der Potenzialbeurteilung vorkommen. Die Teilergebnisse stimmen im Grossen und Ganzen überein. Im zweiten Block, rot markiert, sind die in den Protokollen und der Literaturrecherche identifizierten Indikatoren aufgeführt. Die Experten sprechen das Geschlecht und die Wohnsituation aber nicht an. Angaben der Klienten bei welchem Unternehmen sie gearbeitet haben (grün gekennzeichnet), sind Notizen aus den Protokollen und Äusserungen der Experten. Die Variable wird jedoch in der gesichteten Literatur nicht beschrieben. Biographische Belastungen und der Aspekt, ob ein Klient bereit ist eine Rentenreduktion einzugehen, fliesen aufgrund der Literaturrecherche in die Studie ein. Weder bei den Protokollen noch bei den Interviews sind Informationen zu den beiden Punkten enthalten (hellblau markiert). Im letzten Themenblock, orange eingefasst, sind die Einflussfaktoren dargestellt, die nur in den Interviews vorkommen.

Die nächsten Abschnitte befassen sich getrennt mit den einzelnen Prädiktoren. Die Darstellung erfolgt anhand der Gliederung aus Tabelle 20. Dazwischen werden die Merkmale mit einem Fazit zusammengefasst.

Alter

Betrachtet man die „älteren Personen“ beider Stichproben der Dokumentenanalyse so weist die Gruppe „**erfolgreich**“ (N=11; 27.5%) den etwas höheren Anteil als die Vergleichsgruppe „**erfolglos**“ (N=9; 22.5%) auf. Das Ergebnis ist auf den ersten Blick erstaunlich, da mehrere Studien konträre Befunde liefern. Allerdings relativiert sich das Resultat, wenn die kleine Stichprobenanzahl sowie die nicht signifikanten Werte berücksichtigt werden.

Denn ein höheres Alter und damit werden Personen über 50 Jahre charakterisiert, hat einen negativen Einfluss auf die berufliche Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen (Bürger et al., 2008; Gruber et al., 2007; Guggisberg et al., 2008). Die Situation älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ist auch Gegenstand von Studien zur Arbeitsmarktentwicklung in der Schweiz. Gemäss dem Staatssekretariat für Wirtschaft sind Personen über 50 aber nicht stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als Jüngere. Verlieren sie ihre Arbeitsstelle dauert es aber

1.5 Mal so lange bis sie eine neue Stelle antreten, als der Durchschnitt der Stellensuchenden (SECO, 2016).

Die befragten Fachpersonen stimmen der Aussage, dass ein höheres Alter nachteilig für die Reintegration ist, grundsätzlich zu. Sie betrachten das Alter allerdings im Kontext mit weiteren Faktoren wie der Dauer des Arbeitsunterbruches oder einer beruflichen Neuorientierung vs. Wiederaufnahme der letzten Tätigkeit.

Nationalität

Bei der Stichprobe der Dokumentenanalyse ist der Anteil an nicht integrierten Personen mit Migrationshintergrund (N=15; 38%) eigentlich gleich gross wie der Anteil an beruflich integrierten (N=14; 35%) und stellt somit kein Differenzierungsmerkmal dar.

Die Studie, welche sich mit Migration und förderlichen bzw. hinderlichen Einflussvariablen befasst, stammt von Herdt et al. (2010). Die Analyse zeigt, dass u.a. ein Migrationshintergrund negative Entwicklungsbedingungen darstellt und mit als Ursache für eine spätere Berufsunfähigkeit steht.

In den Interviews erwähnen zwei Experten den kulturellen Hintergrund als hinderliches Kriterium für Ethnien, bei denen Ausbildung oder das Arbeiten generell einen geringen Stellenwert hat.

Sowohl in den Studien wie bei den befragten Personen fällt auf, dass die Nationalität als Vorhersagemerkmal nicht isoliert betrachtet sondern in Kombination mit persönlichen Einstellungen, Sprachkenntnissen, traumatischen Erlebnissen durch die Migration oder dem Grad der sozialen Integration betrachtet wird. Traumatisierte Personen, hier sind Schweizer und Schweizerinnen eingeschlossen, haben generell ein erhöhtes Risiko berentet zu werden als Personen ohne markante Belastungen (Baer et al., 2009).

Ausbildung

Unter den nicht eingegliederten Personen sind elf ohne Abschluss und eine Person mit höherem Abschluss aufgeführt. Zum Vergleich haben fünf erfolgreich Eingegliederte keinen Abschluss und ebenfalls fünf Personen einen höheren Berufsab-

schluss. Obwohl ein Unterschied zwischen den Stichproben sichtbar wird, liefert die interferenzstatistische Auswertung keine signifikanten Werte.

Auch das Merkmal „Ausbildung“ ist Gegenstand vieler Studien. Die Autoren der Untersuchungen sind dabei der Meinung, dass Personen ohne abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung ein höheres Risiko zur Berentung haben (Czypionka et al., 2016; Gruber et al., 2007; Herdt et al., 2010). Guggisberg und sein Team (2008) sprechen von einem zehnfach erhöhten Risiko im Vergleich zu Personen mit einem höheren Berufsabschluss.

Die befragten Experten erachten eine Ausbildung als bedeutenden Prädiktor und sind somit der gleichen Meinung wie die Autoren in der Fachliteratur.

Berufserfahrung

Anhand der Dokumentenanalyse konnte in der vorliegenden Arbeit ein signifikanter Zusammenhang zwischen „Berufserfahrungen“ und erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung statistisch nachgewiesen werden.

Ausgehend von der Literaturrecherche zu den Prädiktoren belegen verschiedene Studien, dass eine stabile berufliche Vorgeschichte förderlich für die berufliche Wiedereingliederung ist (z.B. Fluder et al., 2013; Herdt et al., 2010). Im Gegensatz zu den Berufserfahrungen wirken sich Arbeitsunterbrüche nachteilig auf die Reintegration aus (z.B. Fluder et al., 2013).

Die befragten Experten verifizieren sowohl die Arbeitsunterbrüche wie die Berufserfahrung als wichtige Parameter bei der Potenzialbeurteilung. Von zentraler Bedeutung sind für sie die Dauer der Beschäftigung bzw. Unterbrüche sowie häufige Stellenwechsel. In welchem Unternehmen die Klienten arbeiteten sowie die Frage nach Arbeitsbemühungen, kommt nur in den Interviews zum Ausdruck. Das könnte an der Relevanz der Thematik im Rahmen der Arbeitsintegration liegen, in dem alle Experten tätig sind.

Diagnosen und Belastungsfaktoren

Bei 86% der Protokolle sind Diagnosen dokumentiert. Die beiden Stichproben wurden nicht interferenzstatistisch verglichen, weil die interne Validität kaum gegeben

war. Die Ergebnisse wären zu stark verzerrt gewesen. Untermuert wird die These, da in den Protokollen nur zwei Angaben über Persönlichkeitsstörung zu finden waren. Dies stellt einen erstaunlich geringen Anteil für die Zielgruppe „psychisch beeinträchtigte Personen“ beim Praxispartner dar. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hält dazu fest, dass es eine Herausforderung ist psychische Erkrankungen zu diagnostizieren. Als Ursache wird u.a. der nicht vorhandene Leidensdruck von Patienten und Patientinnen angegeben, obwohl die diagnostische Schwelle nach ICD-10 bereits überschritten ist. Im Weiteren spielt bei Eigenaussagen über Erkrankungen die Selbststigmatisierung eine Rolle (BAG, 2016). Bei der kritischen Auseinandersetzung mit den Protokollen könnte die Selbststigmatisierung hinsichtlich der Angaben über Erkrankungen am Bewegungsapparat (z.B. Rückenschmerzen) zum Tragen kommen. Die Diagnosegruppe wurde nämlich am zweit Häufigsten (N= 25) identifiziert. Jene Aussagen erscheinen dafür bemerkenswert häufig für die Zielgruppe.

Die Autoren in der gängigen Fachliteratur sind sich uneinig, in wiefern Diagnosen als prognostischer Faktor Gültigkeit haben.

Interessanterweise berichten acht von zehn befragten Experten über die „Diagnose“ als Beurteilungskriterium und zudem haben Erkrankungen einen höheren Stellenwert als andere Merkmale.

Neuere Studien fokussieren anstatt einzelner Krankheitsbilder multidimensionale Aspekte. So stehen im Zentrum der Studie von Baer et al. (2009; sowie teilweise Herdt et al., 2010) die Auswirkungen von Belastungsfaktoren berenteter Personen der Invalidenversicherung.

Äusserungen dazu finden sich in den Experteninterviews nicht. Bei der Analyse der Dokumente lassen fünf Einträge im weitesten Sinne darauf schliessen. Ein Eintrag lautet beispielsweise, dass X [der Klient] seit der 2. Klasse in psychiatrisch-psychologischer Behandlung sowie mehrmals in Kliniken hospitalisiert gewesen sei. Eine Fachperson findet es im Interview eher irritierend, wenn eine „fremde“ Person im Rahmen eines einstündigen Assessments seine ganze und noch dazu belastende Familiengeschichte offenbart. Vor diesem Hintergrund erscheinen die wenigen, eher unscharf angeführten Informationen in den Protokollen plausibel.

Funktionelle Einschränkungen

Die Dokumentenanalyse evaluiert bei 62 Protokollen (78%) Einträge zu physischen und psychischen Einschränkungen sowie zu Defiziten im Bereich der Wahrnehmung. Die statistische Auswertung in der vorliegenden Arbeit ergibt keine Hinweise auf signifikante Zusammenhänge zwischen den Einschränkungen und der beruflichen Eingliederung.

Dafür belegt Hoffmann in seiner Studie mit an Schizophrenie erkrankten Personen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Symptomen und Funktions(un)fähigkeit (Hoffmann, 1999). Baer et al. (2009) zeigt den Zusammenhang zwischen funktionellen Einschränkungen und Arbeits(un)fähigkeit auf und postuliert Diagnosen nach dem Schweregrad der Funktionseinschränkung in Bezug auf das Arbeiten bei der Beurteilung zu gewichten.

Die Fachpersonen schildern in den Interviews, dass sie das Ausmass der funktionellen Einschränkungen im Alltag z.B. den Haushalt nicht selbständig bewältigen oder Mühe beim Treppen steigen, bei der Beurteilung berücksichtigen.

Klinikaufenthalt und Erstmanifestation

Insgesamt sind in 35% der Protokolle stationäre und/oder ambulante Aufenthalte notiert (N= 28) und bei 36% (N=29) Aussagen zur Erstmanifestation. Die statistischen Auswertungen ergeben bei beiden Merkmalen keine Hinweise auf signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Reintegration.

Ein negativer Zusammenhang zwischen Klinikaufenthalten und beruflicher Wiedereingliederung wird wiederum in der Studie von Baer et al. (2009) erwähnt. Demzufolge weisen zwei von fünf Belastungstypen viele bzw. sehr viele Klinikaufenthalte auf. Ferner eruieren Baer et al. einen frühen Beginn der Erkrankung als prognostisch ungünstig (Baer et al., 2009). Es können dadurch Probleme in der Schule auftreten und vorzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche folgen (Baer et al., 2015).

Drei Experten erzählen im Interview, dass sie zur Potenzialbeurteilung nach stationären Einweisungen fragen und zudem interpretieren sie den frühen Ausbruch einer Erkrankung als negativen Einflussfaktor.

Soziale Unterstützung

Die statistische Auswertung der beiden Stichproben ergibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung und einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. Allerdings ergeben sich bei der Auswertung Schwierigkeiten mit der theoretischen Konzeption, ob z.B. die Angaben darüber, dass man als Paar zusammen lebt, bereits als soziale Unterstützung gewertet werden kann. Im Weiteren kann das Zusammenleben mit anderen Familienmitgliedern in einem Haushalt sowohl förderlich für die Reintegration sein, weil Unterstützung vorhanden ist oder ein zusätzlicher Stressfaktor, basierend auf Konflikten.

In Studien hat sich herausgestellt, dass ein geringes Mass an sozialen Ressourcen einen direkten und negativen Einfluss auf die berufliche Reintegration hat (Bolliger et al., 2012; Pärli et al., 2013).

Das Ausmass der sozialen Integration wird von fünf Experten zur Einschätzung verwendet.

Arbeitsfähigkeit

Zum Merkmal „Arbeitsfähigkeit über 40%“ konnte in 16% der Protokolle die Information evaluiert werden. Die Angaben waren in beiden Stichproben gleich verteilt.

Baumgartner et al. (2004) thematisieren eine Mindestarbeitsfähigkeit von 40% in ihrer Studie als einen der Erfolgsfaktoren für die Wiedereingliederung.

Bei der Analyse der Interviews erläuterten die Experten den Prädiktor „Arbeitsfähigkeit“ nicht anhand von Zahlen, sondern dass die persönliche Einstellung der Klienten zum Arbeiten wichtig sei. So sehen sie Klienten, die sich eine Tätigkeit hypothetisch zutrauen und dies authentisch vermitteln als positiven Indikator.

Kompetenzen

Die vorliegende Arbeit hat anhand der Protokolle einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Angaben über Kompetenzen und einer erfolgreichen Wiedereingliederung, mit einer mittleren bis grossen Effektstärke nachgewiesen. Die in der Dokumentenanalyse angegebenen Kompetenzen decken sich dabei mit den Ergebnissen der Literaturrecherche (z.B. Baumgartner et al., 2004; Herdt et al., 2010) und

den Experteninterviews.

Für eine interviewte Person wären zusätzlich zu den subjektiven Aussagen der Klienten unmittelbare Beobachtungen nötig um aussagekräftige Informationen für die Potenzialbeurteilung zu erhalten. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung der Klienten und einer Fremdeinschätzung bestehen können. Ferner zeige sich erst nach einem längeren Zeitraum, ob die Kompetenzen stabil und in welchem Ausmass eingesetzt werden. Auch Betsch et al. (2011) machen darauf aufmerksam, dass soziale Attribute nicht direkt beobachtet werden können. Vielmehr müssen Personen immer wieder in Situationen gebracht werden, in denen sie sich entsprechend der Kompetenz verhalten können, um daraus beispielsweise die Eigenschaft „Zuverlässigkeit“ abzuleiten.

Subjektive Einstellungen

Die beiden Stichproben offenbaren bei der Dokumentenanalyse, wider Erwarten, grosse Ähnlichkeiten bezüglich der Bewertung der eigenen Gesundheit und der Wiedereingliederungschancen, statt Unterschiede.

Sich selber eine zuversichtliche Arbeitsprognose zu stellen, hat einen positiven Einfluss (Herd et al., 2010). Im Kontrast dazu haben Personen, die ihre Gesundheit schlecht bewerten oder einen Krankheitsrückfall bei Wiederaufnahme der Arbeit erwarten ein geringeres Wiedereingliederungspotenzial. Ausserdem ist es hinderlich, wenn Personen einer Berufstätigkeit eine geringe Bedeutung beimessen oder Rentenabsichten äussern (Bürger et al., 2008). Auch aus der Selbstwirksamkeitsforschung ist die Bedeutung der persönlichen Einschätzung bekannt. Studien zeigen, dass die berufliche Selbstwirksamkeit einen positiven Effekt auf die Wiedereingliederung hat (Arling, Griesbach, Zimmermann & Spijkers, 2008; Schmidt, 2007).

In den Interviews wird eine Verknüpfung zwischen den Erwartungen der Klientel zur Massnahme / späteren Berufstätigkeit und der Eingliederung genannt. Die Experten präzisieren, dass negative sowie passive Haltungen eher gegen eine Integration sprechen und proaktive Einstellungen für eine Integration.

Vorgängige Massnahmen

In den 80 Protokollen wurde eine Information zu vorgängigen Massnahmen eruiert. Erfahrungswerte zeigen, dass der Anteil an Klienten, die bereits an Massnahmen teilgenommen haben verhältnismässig gering ist, was eine Erklärung für den einzigen Eintrag sein könnte.

Das Beenden einer Integrationsmassnahme stellt einen guten Indikator für eine spätere Berufstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt dar (Weiss, 1990). Die Experten gewichten dementsprechend auch das Scheitern vorgängiger Integrationsmassnahmen als negatives Zeichen zur beruflichen Integration.

Prädiktoren aus den Experteninterviews

Abschliessend wird auf die Prädiktoren eingegangen, welche nur in den Experteninterviews exploriert wurden. Diese Merkmale können als neue Prädiktoren zur Potenzialbeurteilung betrachtet werden.

Die Verhaltensweisen der Klienten während dem Assessment werden von vier Experten als relevant eingestuft. Es werden sowohl der Blickkontakt, die Körperhaltung, Stimme wie das Übereinstimmen von verbalen Äusserungen und non-verbalem Verhalten angesprochen. Die weitere Analyse ergibt, dass ein gepflegtes äusseres Erscheinungsbild als förderlich für die Reintegration bewertet wird. Die Tagesstruktur der Klienten als Beurteilungskriterium werden von zwei Personen angefügt. Das Merkmal kann jedoch auch bei den bereits erwähnten Funktionseinschränkungen eingeordnet werden und stellt damit eher keinen neuen Prädiktor dar. Eine interessante Erkenntnis bringt die Aussage einer Interviewperson zur Wichtigkeit von PC-Kenntnissen. Denn im Hinblick auf die rasanten Fortschritte im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien (Elsbach & Bechky, 2007) sind Anwendungskennntnisse von Betriebssystemen, Office - Software, Intra- sowie Internet, computergesteuerten Geräten, Smartphone und Tablet im beruflichen Kontext unerlässlich geworden.

Zusammenfassend ergibt sich aus der Analyse der drei Datenquellen die Erkenntnis, dass Fachpersonen der Arbeitsintegration das Potenzial anhand folgender Prädiktoren beurteilen:

- Die Experten bewerten ein höheres Lebensalter im Allgemeinen als negativen Faktor für die Wiedereingliederung. Sie betrachten das Merkmal jedoch selten isoliert. Vielmehr verknüpfen sie das Alter mit weiteren Merkmalen.
- Alle befragten Fachpersonen berichten über arbeitsbezogene Aspekte, um das Potenzial einzuschätzen. Der Fokus liegt hierbei auf den Berufserfahrungen und Arbeitsunterbrüchen. In diesem Zusammenhang sind für die Interviewpersonen die Dauer der Beschäftigung bzw. der Unterbrüche sowie häufige Stellenwechsel von Bedeutung. Zudem erwähnen die Experten, dass Personen mit einer Ausbildung bessere Chance für eine Wiedereingliederung hätten als Personen ohne Lehre bzw. Hochschulabschluss.
- Acht von zehn Experten verwenden die Diagnose zur Potenzialbeurteilung. Dabei wird die Erkrankung als sehr wichtig eingeschätzt. Im Weiteren werden von den Fachpersonen Angaben über Klinikaufenthalte und der Beginn der Krankheit zur Potenzialbeurteilung genutzt.
- Im Weiteren wird das Ausmass der sozialen Unterstützung als Prädiktor für das Potenzial eruiert.
- Die Ergebnisse aus der Interviewanalyse zeigen, dass die Experten Sozial- sowie Selbstkompetenzen als zuverlässigen prognostischen Faktoren bewerten. PC-Anwendungskennntnisse werden bei der Beurteilung vernachlässigt, haben aber in Zukunft einen hohen Stellenwert aufgrund der Digitalisierung der Arbeitswelt. Valide Aussagen über vorhandene Kompetenzen können erst nach einem längeren Beobachtungszeitraum zur Potenzialanalyse verwendet werden.
- Für die Experten spricht eine negative sowie passive Haltung eher gegen eine Integration und eine proaktive Einstellung der Person für eine Integration. Das Merkmal „subjektive Einstellung“ wird im Zusammenhang mit anderen Faktoren beurteilt z.B. dem kulturellen Hintergrund, der Arbeitsprognose und der Gesundheit.
- Das Scheitern vorgängiger Integrationsmassnahmen werten die Fachpersonen

tendenziell als negatives Zeichen für die berufliche Integration.

- Für die Interviewpersonen haben das Verhalten der Person während dem Assessment und das äussere Erscheinungsbild zusätzlich eine hohe Aussagekraft zur Potenzialbeurteilung

4.1.2 Urteils- und Entscheidungsprozesse

In diesem Unterabschnitt wird die Hauptfragestellung aus kognitionspsychologischer Perspektive betrachtet und ergänzend beantwortet. Die Ergebnisse gliedern sich in „Hinweisreize“, „Beurteilungen“ und „Entscheidungen“. Für den besseren Überblick werden im Fliesstext die Schlagwörter **fett** gedruckt.

Hinweisreize

Gemäss der social judgment theory von Hamond (1975) haben Menschen zu den Ereignissen in ihrer Umwelt keinen direkten Zugang. Stattdessen erschliessen sie sich aus mehrdeutigen beobachtbaren Hinweisreizen die Welt (Betsch et. al., 2011).

Die Interviewanalyse bringt hervor, dass die Fachpersonen 32 verschiedene Hinweisreize zur Potenzialbeurteilung nutzten. Die 32 Hinweise wurden zehn Hauptgruppen zugeordnet. Sechs der zehn Gruppen entsprechen den Prädiktoren, die unter Punkt 3.1. „Dokumentenanalyse“ evaluiert wurden. Ein Prädiktor wird nach der Analyse im weitesten Sinne einer bereits bestehenden Kategorie zugeordnet. Somit konnten drei neue Prädiktoren als Hinweise exploriert werden: das Verhalten der Klienten während dem Assessment, das äussere Erscheinungsbild und PC-Anwendungskennnisse.

Bewertung der Hinweisreize

Für die Bewertung der identifizierten Hinweisreize hat sich gezeigt, dass die Fachpersonen im Zusammenhang mit der Potenzialbeurteilung am häufigsten **Klassifizierungen** verwenden (Betsch et al., 2011). Dabei tendieren sie zu nominalen Kategorien wie: „gut - schlecht“ oder „sofort vermittelbar - zuerst trainieren“. Allgemeine Prognosen werden hingegen eher in ordinalen Klassifikationen vorgenommen. Zudem konnte der Einfluss von **Affekten** bei der Beurteilung des Potenzials eruiert werden (Solvic et al., 2007). Als weitere Bewertungsstrategie wurden **Ranglisten**

identifiziert, die ebenfalls zu den Klassifizierungen zählen aber feinere Abstufungen beinhalten (Betsch et al., 2011). Die Ranglisten werden hauptsächlich beim Alter und bei Diagnosen angewendet. Aber auch **Attribute von Klienten** wie deren Präsenz, psychische Stabilität und Authentizität werden herangezogen. Fiske und Taylor (2017) gehen davon aus, dass zur Urteilsbildung über andere Personen, eine Vielzahl an Informationen benötigt werden. Aber vor allem sind Attribute dieser Art schwer zu messen. Die Analyse ergibt zusätzlich, dass die Fachpersonen das Gesamtbild der Klientel beurteilen. Nach dem **Parallel Constraint Satisfaction Modell** bilden sich Menschen einen Eindruck über andere Personen, in dem zahlreiche Merkmale gleichzeitig berücksichtigt und zuerst nicht gewichtet werden. Durch parallele Verknüpfungen aller Referenzen entsteht daraufhin eine netzwerkartige, stringente Gesamtheit (Kunda & Thagard, 1996). Verknüpft man die 32 Hinweisreize im Sinne der Theorie von Kunda und Thagard (1996) mit den Beurteilungsstrategien so wird die hohe Komplexität deutlich, welche bei der Beurteilung des Potenzials vorliegt.

Entscheidungsstrategien

Bewertungen und Entscheidungen sind eng miteinander verknüpft (Betsch et al., 2011). Die Resultate der beiden Bereiche zu trennen, wie in der vorliegenden Arbeit, geschah nur aus analytischen Gründen und zur Strukturierungshilfe.

In den Experteninterviews sind am häufigsten **Verankerungs- und Anpassungsheuristiken** evaluiert worden. Gemäss Bierhoff und Herner (2002) wenden Menschen Heuristiken an, um mit wenigen Informationen in kurzer Zeit zu brauchbaren Lösungen zu kommen. Diesen Ansatz bestätigen die Befragten indem sie angeben, während dem Erstgespräch wenige Informationen für die Beurteilung zu erhalten. Fehlende relevante Informationen lösen ein Gefühl der **Ambiguität** aus, so Jost (2000). Um dieses Gefühl zu verringern suchen Menschen nach zusätzlichen Informationen und überlegen sich plausible Erklärungen für ihre Entscheidungen. Zum einen erörtern die Experten in Verbindung mit dem Ambiguitätsgefühl, dass sie sich neues Wissen über Störungsbilder aneignen. Zum anderen suchen sie während dem Assessment nach zusätzlichen Informationen und passen fortlaufend ihre Beurteilung an.

Wissen und Erfahrung reduzieren nicht nur das Ambiguitätsgefühl sondern sind auch bei der dritten vorgefundenen Strategie von Bedeutung: der **statistischen Urteilsbildung**. Die Strategie wird bei wiederholten sprich Routineentscheidungen eingesetzt. Dabei werden individuelle Erfahrungen und Informationen abstrahiert und die Beurteilung aufgrund von Beobachtungsgrößen vorgenommen (Jost, 2000). Es wird davon ausgegangen, dass die Beobachtungsgrößen in der vorliegenden Arbeit den Prädiktoren entsprechen. Über den Vorteil beruflicher Erfahrungen bei der Potenzialbeurteilung haben folglich die dienstälteren Fachpersonen berichtet, die durchschnittlich berufsspezifische Erfahrungen (Arbeitsintegration und Beratung) von sieben Jahren aufweisen konnten.

Die Analyse ergibt weiter, dass Interviewpersonen die weniger als drei Jahre Erfahrungen ausweisen, zur Potenzialbeurteilung häufiger **die Heuristik der Repräsentation und der Verfügbarkeit** sowie seltener statistische Urteilsbildungen anwenden als ihre erfahrenen Kollegen und Kolleginnen. Bei der Repräsentationsheuristik wird eine Konsistenz zwischen neuen und bereits gespeicherten Informationen hergestellt (Kahneman, 2011). Anhand der Expertenaussagen in den Interviews, dass sie bei der Potenzialbeurteilung vergleichbare Fälle einbeziehen, konnte die Heuristik identifiziert werden. Auch hinsichtlich der Anwendung von Verfügbarkeitsheuristiken bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die Angaben aus der Literatur. So hat sich eine Interviewperson bezogen auf Klienten mit einem hohen Potenzial, „als letztes Beispiel“ an eine Person mit Technikerausbildung erinnert. Bei der Heuristik der Verfügbarkeit werden die Informationen verwendet, die kognitiv leichter verfügbar, also präsenter sind (Kahneman, 2011).

Affektheuristiken nach dem Konzept von Solvic et al. (2007) sind bei allen Transkripten als zusätzliche Strategie der Entscheidung identifiziert worden. Die Fachpersonen haben Beispiele entweder für ein „gutes“ oder ein „schlechtes Gefühl“ im Rahmen der Potenzialbeurteilung kommuniziert. Bei einigen Befragten korreliert ein „schlechtes Gefühl“ mit einer „tiefen“ Beurteilung des Potenzials, bei anderen mit einer „unklaren“⁸. Ausserdem befürworteten die Experten dem Bauchgefühl zu vertrauen, ebenso wie der Intuition.

⁸ Das Potenzial wird in die Kategorien „unklar“, „tief“, „mittel“ und „hoch“ eingeteilt

Intuition beschreibt einen unbewussten Prozess, bei dem nur das Ergebnis bewusst wahrgenommen wird (Evans & Stanovic, 2013; Gigerenzer, 2007; Horr et al., 2014). Der Einsatz der Komponente Intuition wurde bei den Interviewpersonen an Aussagen wie „Bauchentscheid“ oder „Vermutungen“ evaluiert.

Die Fachpersonen verifizieren die **somatic marker hypothesis** (Bechara & Damasio, 2005). Denn wenn sie bei Entscheidungen schwanken, schreiben sie Klienten die ihnen sympathisch sind tendenziell ein höheres Potenzial zu als Personen die einen unsympathischen Eindruck hinterlassen haben. Auch jüngere Klienten und Klientinnen bekommen eher einen Sympathiebonus und das Potenzial wird zugunsten einer besseren Kategorie beurteilt.

Eine Umformulierung der komplexen Frage: „Wie wahrscheinlich ist die berufliche Wiedereingliederung?“ in eine einfachere wie z.B.: „Ist es überhaupt möglich eine Stelle zu finden?“ konnte als letzte Strategie, in Anlehnung an die **Attributsubstitutionstheorie** nach Kahneman und Frederick (2002; 2005) eruiert werden.

Fazit

Die Experten verwenden bei der Potenzialanalyse sowohl kognitiv einfache Strategien wie Heuristiken als auch Strategien, die eine bewusste Kontrolle im Sinne der statistischen Urteilsbildung benötigen. Die Vorgehensweise entspricht der gängigen Meinung in der Literatur, denn mittlerweile sind Zwei-Prozess-Modelle implementiert. Die Modelle unterscheiden einerseits die zwei Verfahren des Denkens: System 1 – schnell, automatisch sowie unbewusst und System 2 – langsam, kontrolliert, logisch sowie kognitiv aufwendig (Betsch et al., 2011). Die Konzeptualisierung beinhaltet andererseits, dass die beiden Systeme, nicht separat, sondern vernetzt miteinander funktionieren (Chaiken und Trope, 1999). Im Weiteren haben Affekte und Intuition eine hohe Bedeutung bei der Entscheidungsfindung. Berufserfahrene Fachpersonen sollten ihrer Intuition vertrauen. Da Fachexpertise rasches und effektives Entscheiden ermöglicht, weil Experten die entscheidenden Punkte fokussieren (Klein, 2008; Pfister et al., 2017). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die aufgeführten Strategien dazu dienen die Komplexität bei der Beurteilung des Potenzials zu reduzieren.

4.2 Grenzen der Untersuchung

Die beiden Stichproben der vorliegenden Studie zur Dokumentenanalyse weisen, gerade bei den bedeutsamen Prädiktoren aus der Literaturrecherche eine kleine Anzahl auf. Deshalb sind die interferenzstatistischen Befunde mit Vorsicht zu betrachten. Die Anzahl fehlender Daten wurde bei der Planung der Stichprobengrösse unterschätzt.

Es wird an dieser Stelle daraufhin gewiesen, dass bei der Auswahl der Literatur zu den Prädiktoren kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht und es möglich ist, dass einzelne Prädiktoren nicht berücksichtigt sind. Es handelt sich bei der Literaturanalyse um eine Validierung der Prädiktoren, die in den Dokumenten und bei den Interviews eruiert wurden. Da, v.a. Schweizer Studien einbezogen wurden, fehlt ein systematischer internationaler Vergleich.

Eine Herausforderung bestand darin, dass die kognitiven Strategien der Fachpersonen nicht direkt abgefragt wurden, sondern die individuelle Vorgehensweise bei der Potenzialbeurteilung. Die Strategien wurden im Anschluss deduktiv zugeordnet. Es stellte sich heraus, dass die Zuordnung trotz Operationalisierung sowie bestehenden Definitionen nicht eindeutig durchführbar war.

Etwas differenzierter zu betrachten ist die Gefahr der unbewussten Manipulation, da die Autorin ebenfalls als Fachperson in der Arbeitsintegration arbeitet. Das Insider - Wissen lässt unbewusste Einflüsse auf die Herangehensweise der Codierung vermuten. Obwohl versucht wurde sich immer wieder am Codebuch zu orientieren, ist es möglich dass persönliche Meinungen bei der Bewertung eingeflossen sind. Für die Identifizierung von Mustern könnte es jedoch auch von Vorteil gewesen sein, dass die Autorin über Fachwissen verfügt, da in der qualitativen Forschung die Erfahrungen der Forschenden miteinbezogen und genutzt werden.

Die Experten arbeiteten alle in der gleichen Institution. Deshalb ist es möglich, dass der Einbezug von Vertretern und Vertreterinnen andere Institutionen weitere Erkenntnisse erbracht hätten.

Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse sollte infolge der kleinen Stichprobengrösse umsichtig erfolgen.

Im Anschluss wird auf die Fragestellung: „Welche Empfehlungen zur Beurteilung des Potenzials können aus den Ergebnissen der Studie abgeleitet werden?“ eingegangen.

4.3 Implikationen für die Praxis

Die quantitative und qualitative Inhaltsanalyse der Protokolle und Experteninterviews liefern über die konkreten Ergebnisse hinaus Erkenntnisse für die Praxis. Die Gliederung richtet sich nach den Resultaten die bereits im Kapitel 4.1.1 präsentiert wurden. Vorgängig werden allgemeine Folgerungen zur Dokumentenqualität (siehe Kapitel 3.1.2) dargestellt. Es fließen nur diejenigen Befunde und Feststellungen ein, welche sich als aussagekräftig herausgestellt haben.

4.3.1 Dokumentenqualität

Bei der Dokumentenanalyse fiel als erstes auf, dass die Protokolle gering standardisiert erfasst wurden. Die Merkmale „subjektive Bewertung der Gesundheit“, „Erstmanifestation“, „Klinikaufenthalte“ und „vorgängige Integrationsmassnahmen“ fielen unter die Bewertung „genügend“, weil sie in weniger als 40% aller Protokolle dokumentiert waren. Eine Verbesserung ist durch ein standardisiertes Assessmentprotokoll zu erreichen. Um die Arbeit der Fachpersonen zu erleichtern, sollte das Protokoll die wichtigen Merkmale zur Potenzialbeurteilung enthalten.

4.3.2 Berufsbiographie

Die berufliche Vorgeschichte wurde als bedeutendes Vorhersagekriterium evaluiert. Das Spektrum an aussagekräftigen Informationen in den Protokollen variierte dabei deutlich. Darüber hinaus fanden sich sehr wenige Informationen zu den Gründen der Arbeitsunterbrüche. Wertvolle Merkmale zu Erfahrungen im Beruf sind z.B. Berufsbezeichnungen, Alter zu Beginn der Tätigkeit und die Dauer (Weichel, 2012). Einerseits stellt die Aufnahme der Kriterien in das Assessmentprotokoll eine Optimierung dar und andererseits vertiefen Schulungen zur Lebenslauf- und Biographieanalyse das Wissen zur Potenzialbeurteilung (Sackmann, 2013).

4.3.3 Kompetenzen

In den analysierten Datenquellen fanden sich zahlreiche Kompetenzen, die sich auf die Reintegration auswirkten. Da es Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung gibt, erscheint es wenig folgerichtig die Kompetenzen im Assessmentprotokoll zu erfassen. Für zuverlässige Aussagen braucht es einen längeren Beobachtungszeitraum. Neben den Inputs aus der Literatur, die in dieser Arbeit vorgestellt wurden, sind Workshops mit Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen die aus der Praxis berichten, angebracht.

4.3.4 Klinisches Bild

Diagnosen und Symptome sind zur Vorhersage der Wiedereingliederung weniger geeignet. Stattdessen werden in der Literatur Funktionseinschränkungen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, postuliert (Baer et al., 2009). In diesem Zusammenhang bieten sich Schulungen von Psychologinnen und Psychiatern an, die über die Einschränkungen im Allgemeinen berichten können. Eine weitere Möglichkeit, sind Fallsupervisionen gemeinsam mit Arbeitsagogen sowie –agoginnen und den Fachpersonen durchzuführen. Dabei sind Verknüpfungen von spezifischen Einschränkungen der Klienten beim Arbeiten mit den Krankheitsbildern und das Ableiten von Interventionen anzustreben.

4.3.5 Subjektive Einstellungen, Werte und Erwartungen sowie soziale Unterstützung

Die Analyse hat gezeigt, dass persönliche Einstellungen und soziale Unterstützung wichtige Einflüsse auf die berufliche Integration haben. Das Merkmal „subjektive Einstellung“ ist in mehreren Bereichen aufgetreten (kultureller Hintergrund, subjektive Arbeitsprognose, Gesundheit usw.). Selbstwirksamkeitserwartungen sind dabei besonders bedeutsam, können aber nicht direkt erfasst werden. Anhand von Fragebögen, die Klienten indirekt zum Thema befragen sind wissenschaftsbasierte Aussagen möglich (Abele, Stief & Andrä, 2000; Schyns & Collani, 2014). Auch zur Erfassung der sozialen Unterstützung gibt es geeignete Fragebögen (Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009).

4.3.6 *Vorgängige Integrationsmassnahmen, Beobachtungen während dem Assessment und PC - Anwendungskennnisse*

Als Prädiktoren, mit spezieller Praxisrelevanz, konnten vorgängige Integrationsmassnahmen, das Verhalten der Klienten während dem Assessment und PC-Anwendungskennnisse evaluiert werden. Die drei Punkte in das Assessmentprotokoll aufzunehmen und in Schulungen die Bedeutung für die Arbeitsintegration zu erarbeiten, stellt eine Entwicklungsmöglichkeit dar.

4.4 Ausblick

Da es im Zusammenspiel der Prädiktoren zur erfolgreichen beruflichen Integration von gesundheitlich beeinträchtigten Personen und hier im besonderen von Menschen mit psychischen Erkrankungen noch Erkenntnislücken gibt, wären weitere Studien wünschenswert. Die Untersuchungen sollten breit und auf mehreren Dimensionen abgestützt, konzipiert sein. Die IV-Stellen in der Schweiz verfügen bereits über grosse Datensätze, die einbezogen werden könnten. Dabei wäre eine ressourcenorientierte Betrachtung interessant. Qualitative Studien mit einem ethnographischen Ansatz und Fallstudien von Personen, die den beruflichen Wiedereinstieg geschafft haben, könnten beispielhaft Aufschluss über Zusammenhänge und Einflüsse in die komplexe Thematik geben. Quantitative Evaluationsstudien könnten im Anschluss an die explorierten Ergebnisse zur Generalisierbarkeit nützlich sein. In der vorliegenden Studie wurden hauptsächlich personenbezogene Prädiktoren betrachtet, die allerdings nur einen Baustein zur Integration darstellen. Weiter fokussierte die Studie, Urteils- und Entscheidungsprozesse von Fachpersonen der Arbeitsintegration zur Beurteilung des Potenzials. Aussagekräftig könnte ebenfalls sein, anhand welcher Merkmale die Fachpersonen das Matching zwischen Arbeitgeber und Klienten vornehmen, damit die Integration gelingt. PC-Anwendungskennnisse, als wichtige Kompetenz in Zusammenhang mit der beruflichen Wiedereingliederung wurden in der Literatur noch nicht thematisiert. Hier bestehen Forschungslücken, die gerade wegen der zukünftigen Entwicklungen, den Auswirkungen der Digitalisierung im Arbeitsmarkt beachtet werden sollten.

Literaturverzeichnis

- Abele, A., Stief, M. & Andrä, M. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen - Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44 (3), 145-151.
- Anthony, W., Rogers, E., Cohen, M. & Davies, R. (1995). Relationships between Psychiatric Symptomatology, Work Skills and Future Vocational Performance. *Psychiatrics Services*, 46 (4), 353-358.
- Arling, V., Griesbach, A., Zimmermann, M. & Spijkers, W. (2008). *Wiedereingliederung von Bürokaufleuten nach der beruflichen Rehabilitation - Eine Analyse personenbezogener Funktionen*. Berlin: DRV-Schriften.
- Ayres, L., Kavanaugh, K. & Knafl, K. (2003). Within-Case and Across Case Approaches to Qualitative Data Analysis. *Qualitative Health Research*, 13 (6), 871-883.
- Bürger, W., Kluth, W. & Koch, U. (2008). *Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung - Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Abschlussbericht*. Karlsruhe: fbg.
- Baer, N. (2002). *Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit*. Bern: Peter Lang Verlag.
- Baer, N., Altwicker-Hamori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. (2015). *Profile von IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. Beiträge zur sozialen Sicherheit. (Forschungsbericht Nr.19/15)*. Bern: BSV.
- Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierung aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufen. (Forschungsbericht Nr. 6/09)*. Bern: BSV.
- Bar-Hillel, M. & Budescu, D. (1995). The elusive wishful thinking effect. *Thinking and Reasoning*, 1 (1), 71-103.
- Baumgartner, E., Greiwe, S. & Schwarb, T. (2004). *Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz. Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsbemühungen. (Forschungsbericht Nr. 4/04)*. Bern: BSV.
- Bechara, A. & Damasio, A. (2005). The somatic marker hypothesis: a neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*, 52, 336-372.
- Betsch, T., Funke, J. & Plessner, H. (2011). *Denken - Urteilen, Entscheiden, Problemlösen. Allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

- Bierhoff, H.-W. & Herner, M. (2002). *Begriffswörterbuch Sozialpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bloch, F. & Prins, R. (2001). *Who returns to work & why? A six country study on work incapacity & reintegration, international social security series* (Vol. 5). New Brunswick/London: Transaction Publishers.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2005). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Bollier, G. (2010). *Die wesentlichen Revisionen. Soziale Sicherheit CHSS. (Bericht 1/2010)*. Bern: BSV.
- Bolliger, C., Fritschi, T., Salzgerber, R., Zürcher, P. & Hümbelin, O. (2012). *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, Frühintervention und der Integrationsmassnahmen der IV. (Forschungsbericht Nr. 13/12)*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Gesundheit (2016). *Postulat: Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2017). Zugriff am 09.04.2017, <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=de>
- Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (2012). Zugriff am 12.04.2017, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002163/index.html>
- Bundesdirektion Kanton Zürich (2017). Zugriff am 06.04.2017, <http://www.igkg-zueri.ch/uploads/notenberechnung-allgemeinbildung>
- Chaiken, S. & Trope, Y. (1999). *Dual-process theories in social psychology*. New York: Guilford Press.
- compasso. (2017). *Berufliche Wiedereingliederung*. Zugriff am 12.04.2017, <http://www.compasso.ch/berufliche-wiedereingliederung.html>
- Czypionka, T., Lappöhn, S., Pohl, A. & Röhring, G. (2016). *Invalideitspension aufgrund psychischer Erkrankungen. Projektbericht*. Wien: Österreichischer Seniorenbund.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- De Neys, W., Vartanian, O. & Goel, V. (2008). Smarter than we think. When our brains detect that we are biased. *General Psychological Science*, 19 (5), 438-489.
- Elsbach, K. & Bechky, B. (2007). It's more Than a Desk: Working Smarter Through Leveraged Office Design. *California Management Review*, 49 (2), 80-101.
- Evans, J. & Stanovic, K. (2013). Dual-Process Theories of Higher Cognition: Advancing the Debate. *Perspectives on Psychological Science*, 8 (3), 223-241.

- Fiske, S. & Taylor, S. (2017). *Social Cognition. From brains to cultur* (3rd Edition). London: Sage Publications Ltd.
- Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung* (4. Aufl.). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Fluder, R., Salzgerber, R. & Fritschi, T. (2013). *Sozialleistungsbezüge und Profile von neuen IV-Rentenbeziehenden. Soziale Sicherheit CHSS. (Bericht 6/2013)*. Bern: BSV.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 18 (1), 43-48.
- Gericke, C. (05.05.2017). *Einflussfaktoren der beruflichen Integration psychisch beeinträchtigter Menschen*. Zugriff am 05.05.2017, <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/gericke-christine-2010-12-15/PDF/gericke.pdf>
- Germann, U. (2010). *Die Entstehung der IV: lange Vorgeschichte, kurze Realisierungsphase. Soziale Sicherheit CHSS. (Bericht 1/2010)*. Bern: BSV.
- Gigerenzer, G. (2007). *Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Bertelsmann.
- Gigerenzer, G. & Goldstein, D. (1999). Simple heuristics that make us smart. In G. G. Todd, *Betting on one good reason: The take the best heuristic* (75-95). New York: Oxford University Press.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2004). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gruber, S., Rauch, A. & Reims, N. (2016). *Wiedereingliederung von Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit. Zeitpunkt, Nachhaltigkeit und Einflussfaktoren für den Wiedereinstieg*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Guggisberg, J. & Becker, H. (2015). *Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden. Soziale Sicherheit CHSS. (Bericht 5/2015)*. Bern: BSV.
- Guggisberg, J., Bischof, S., Jäggi, J. & Stocker, D. (2015). *Evaluation der Eingliederung und der eingliederungsorientierten Rentenrevision der Invalidenversicherung. (Forschungsbericht Nr. 18/15)*. Bern: BSV.
- Guggisberg, J., Egger, T. & Künzi, K. (2008). *Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung. (Forschungsbericht Nr. 2/08)*. Bern: BSV.

- Guggisberg, J., Oesch, T. & Gardiol, L. (2010). *Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invaliditätsrisiko. Forschungsbericht Nr. 2/10*. Bern: BSV.
- Hayes, A. F. & Krippendorff, K. (2007). Answering the Call für a Standard Reliability Measure for Codin Data. *Communication Methods and Measures*, 1:1, 77-89.
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herd, J., Winkel, H. & Laskowska, B. (2010). *Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen. (Forschungsbericht Nr. 5/10)*. Bern: BSV.
- Hoffmann, H. (1999). Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt - Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? *Psychiat. Praxis*, 26, 211-217.
- Horr, N., Braun, C. & Volz, K. (2014). Feeling before knowing why. the role of the orbitofrontal cortex in intuitive judgments - an MEG study. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, 14 (4), 1271-1285.
- Informationsstelle der AHV/IV (2015). *Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV*. Zugriff am 13.04.2017, <http://www.ahv-iv.ch/p/4.09.d>
- Jost, P.-J. (2000). *Organisation und Motivation. Eine ökonomisch-psychologische Einführung*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. London: Penguin.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus* (Vol. 2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Klein, G. (2008). Naturalistic Decision Making. *Human Factors*, 50 (3), 456-460.
- Korbel, R. (2012). Vorlesungsskript: Psychopathologie. Zürich: Zhaw Studiengang angewandte Psychologie.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kunda, Z. & Thagard, P. (1996). Forming impressions from stereotypes, traits and behaviors: a parallel-constraint-satisfaction theory. *Psychological Review*, 103, 248-308.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- OECD. (2014). *Mental Health and Work: Switzerland*. Zugriff am 08.04.2017, http://www.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-switzerland_9789264204973_en
- Oosterhof, N. & Todorov, A. (2008). The functional basis of face evaluation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105 (32), 11087-11092.
- Oswald, A. & Köhler, J. (2013). Schnelles und langsames Denken in Projekten. Teil 1. *projektMANAGEMENT aktuell*, 5, 30-36.
- Pärli, K., Guggisberg, J., Hug, J., Oesch, T., Petrik, A. & Rudin, M. (2013). *Arbeit und Krankheit. Berufliche Wiedereingliederung von Personen mit länger andauernder Arbeitsunfähigkeit - Eine Untersuchung zur Rolle des Rechts und des sozialen Umfelds*. Winterthur: ZSR.
- Pärli, K., Künzi, K. & Guggisberg, J. (2006). *Berufliche Wiedereingliederung von Personen mit längerandauernder Arbeitsunfähigkeit - eine mikrosoziologische Untersuchung zur Rolle des Rechts und des sozialen Umfelds. (Kurzfassung Projektbeschreibung)*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Pauls, H. (2013). *Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. Zugriff am 12.04.2017, <http://www.resonanzen-journal.org>
- Pfister, R., Jungermann, H. & Fischer, K. (2017). *Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung* (4. Aufl). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2017). *Ethikkommission*. Zugriff am 17.01.2017, <http://www.dgps.de/index.php?id=186>
- Robert-Koch-Institut. (2012). *Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 1/12*. Berlin.
- Sackmann, R. (2013). *Lebenslaufanalyse und Biographieforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, C. (2007). *Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation*. Zugriff am 07.05.2017, http://www.iqpr.de/download/publikationen/FB_5_2007.pdf
- Schreier, M. (2010). Fallauswahl. In M. & Mruck, *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (238-251). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchatel: Schweizerische Gesundheitsobservatorium.
- Schyns, B. & Collani, G. (2014). *gesis*. Zugriff am 05.06.2017, <http://zis.gesis.org/skala/Schyns-von-Collani-Berufliche-Selbstwirksamkeitserwartung>

- SECO. (2016). *Bericht. Ältere Arbeitslose (50+)*. Bern: Sekretariat für Wirtschaft.
- SECO. (2017). *Die Lage auf dem Arbeitsmarkt. Dezember 2016*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Semmer, N. & Udris, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler, *Lehrbuch Organisationspsychologie* (157-195). Bern: Huber.
- Solvic, P., Finucane, M., Peters, E. & MacGregor, D. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177 (3), 1333-1352.
- Stahlin, M. (2012). Vorlesungsskript: Schizophrenie. Zürich: Zhaw Studiengang angewandte Psychologie.
- Toplak, M., West, R. & Stanovic, K. (2011). The Cognitive Reflection Test as a predictor of performance on heuristics-and-biases tasks. *Learning, Memory & Cognition*, 39 (7), 1275-1989.
- we-care (2017). Zugriff am 13.04.2017, <http://www.w-care.ch/fileadmin/pdf/iv/potential.pdf>
- Weichel, J. (2012). *Ressourcen und Belastungen in der Berufsbiographie. Eine Studie zum Zusammenhang zwischen berufsbiographischen Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Leistungsfähigkeit*. Kassel: Universität Kassel Institut für Arbeitswissenschaften.
- Weis, J. (1990). Occupational rehabilitation of psychiatric patients - a literature review for reserarch and evaluation of occupational rheabilitation. *Psychiartrische Praxis* , 17 (2), 59-65.
- Werth, L. (2004). *Psychologie für die Wirtschaft. Grundlagen und Anwendungen*. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- wisli (2017). Zugriff am 13.04.2017, <http://www.w-care.ch>
- Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson Deutschland GmbH.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell zur Erklärung des Eingliederungsprozesses und -erfolges (in Anlehnung an Pärli et al., 2006).....	7
Abbildung 2: Häufigkeiten der Diagnosegruppen nach Stichproben	35
Abbildung 3: Häufigkeiten der Funktionseinschränkungen pro Stichprobe.....	37
Abbildung 4: Übersicht individueller Prädiktoren zur Potenzialbeurteilung, eigene Darstellung (2017)	44
Abbildung 5: Wirkungsmodell zu den Prädiktoren und kognitiven Prozessen zur Potenzialbeurteilung, eigene Darstellung (2017)	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: zweifaktorieller Untersuchungsplan mit Merkmalen.....	14
Tabelle 2: Verteilung heterogener Aspekte beider Stichproben	16
Tabelle 3: Heterogene Aspekte der Expertinnen und Experten	20
Tabelle 4: Altersverteilung	25
Tabelle 5: Zuordnung der Nationalität.....	26
Tabelle 6: Verteilung der Geschlechter.....	26
Tabelle 7: Zuordnung der Erstmassnahme.....	27
Tabelle 8: Zuteilung der Haupt- und Unterkategorien zur Dokumentenanalyse	28
Tabelle 9: Kreuztabelle Ausbildungsniveau – berufliche Wiedereingliederung.....	31
Tabelle 10: Kreuztabelle Berufsbiographie – berufliche Wiedereingliederung.....	32
Tabelle 11: aggregierte Kreuztabelle Berufsbiographie – berufliche Wiedereingliederung ..	33
Tabelle 12: Kreuztabelle Wohnsituation – berufliche Wiedereingliederung	37
Tabelle 13: Kreuztabelle Angaben zu Kindern – berufliche Wiedereingliederung	38
Tabelle 14: Kreuztabelle Soziale Unterstützung – berufliche Wiedereingliederung.....	39
Tabelle 15: Kreuztabelle Fähigkeiten und Kompetenzen – berufliche Wiedereingliederung	40
Tabelle 16: Kreuztabelle Subjektive Bewertung der Gesundheit – berufliche Wiedereingliederung.....	41
Tabelle 17: Anhaltspunkte	50
Tabelle 18: Bewertung der Hinweisreize.....	55
Tabelle 19: Entscheidungen	57
Tabelle 20: Übersicht zu den Prädiktoren	64
Tabelle 21: Zuordnung der Haupt- und Unterkategorien.....	100

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
IV	Invalidenversicherung
KMU	Klein- und Mittelunternehmen
RAV	Regionale Arbeitsvermittlungszentren

Anhang I Interviewleitfaden

Kurzzeichen Interviewpartner/in:

Datum:

Dauer:

I Einstieg (5 Min.)		
Leitfrage	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
Typisches Erstgespräch? Nach welchen Kriterien schätzt Du das Potenzial ein?	Und sonst noch?	
Notizen		
II Bewertung (5 Min.)		
Erklärung Zusammenhang zwischen ... (<i>Kriterium</i>) und <i>Potenzial</i> ?		
Notizen		
II Fragen zu Entscheidungsstrategien (15 Min.)		
Leitfrage	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
Wie bist Du vorgegangen, um das Potenzial zu beurteilen?	Wie ging es weiter? Und sonst noch? Was bringst Du mit ... in Verbindung?	Interpretation Kriterien? Herausforderungen? Probleme beim Entscheiden? Wie gelöst? Sicherheit, dass die Entscheidung richtig ist? Besonders zu beachten? Persönliche Eigenschaft? Hinderliche Eigenschaft? Hilfreich?
Notizen		
III Ergänzungen (2 Min.)		

Anhang II Kurzfragebogen

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Fachrichtung Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie, untersuche ich Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse. Mit Hilfe von Interviews will ich herausfinden, wie verschiedene Personen, die in der Arbeitsintegration tätig sind, das Potenzial für die berufliche Wiedereingliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen beurteilen. Das Interview dauert ca. 30 Min.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass daraus Nachteile entstehen. Die erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen werden vertraulich behandelt. Ich unterliege der Schweigepflicht. Des Weiteren wird die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in anonymisierter Form erfolgen, d.h. es können keine Rückschlüsse auf Personen gemacht werden. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und nach der Niederschrift gelöscht.

Mit Deiner Teilnahme leistest Du einen Beitrag für die Forschung. Für Rückfragen stehe ich gerne unter meiner internen Telefonnummer 654 zur Verfügung.

Ich bitte Dich im Folgenden um ein paar personenbezogene Daten:

1. Geschlecht weiblich männlich
2. Alter _____
3. Stellenprozent 100% 90% 80%
4. Bei w^e-care seit _____ Jahren
5. Berufserfahrung als (Jahre)

Vielen Dank für Deine Unterstützung!

Anhang III Codebuch Dokumentenanalyse

- Es werden nur Information codiert, welche die Fragestellung beantworten (thematische Codierung)

Welche personenbezogenen Faktoren können einen Einfluss auf die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt haben?

- Die kleinste sinnvolle Einheit codieren; das Merkmal muss jedoch eindeutig identifiziert werden können
- Interpunktionszeichen werden nicht codiert; ausser sie befinden sich in einer Sinneinheit
- Leerschläge vor und nach einer Kodierung werden nicht codiert (Ausnahmen sind bei der Beschreibung der Kategorie vermerkt; i.d.R. nach Doppelpunkt oder zwischen Wörtern)

Erfolgreich eingegliedert

Code	Beschreibung
A	Personen, die nach einer Abklärung oder Massnahme eine Festanstellung im ersten Arbeitsmarkt mit einem Mindestpensum von 50% zu einem branchenüblichen Lohn antreten (mit Arbeitsvertrag; nicht auf Abruf; selbständig erwerbend, wenn die anderen Punkte erfüllt sind).

Erfolglos eingegliedert

Code	Beschreibung
B	Personen die nach einer Abklärung bzw. Massnahme entweder in eine geschützte Einrichtung übertreten, weitere medizinische Abklärungen benötigten, der Anspruch auf Rente geprüft wird, die Stellensuche selbständig durchführen oder die Anschlusslösung nicht bekannt ist.

Beschreibung Geschlecht

Code	Ankerbeispiele
männlich	männlich; er; Berufsbezeichnung+er; Vater; Klient; Nationalität+er
weiblich	weiblich; sie; Berufsbezeichnung+in; Mutter; Frau

Beschreibung Nationalität

Zugehörigkeit einer Person zu einer Nation. Abgrenzung zwischen Schweizer Staatsbürgerschaft und andere Nationen

Code	Ankerbeispiele
CH	Schweiz; Schweizer/-in
andere	z.B. Italien, Tunesien, Deutschland, Kosovo, Kroatien, Serbien, Türkei, Tschechische Republik, Libanon, Albanien, Israel, deutsch-russisch, Peru

Beschreibung Alter

Es wird die Jahreszahl und das Wort „Jahre“ bzw. „jährig/e“ codiert z.B. 40 Jahre bzw. 47 jährig bzw. 24-jährig

Code	Ankerbeispiele
jüngere Person < 50J.	0 - 49 Jahre; Geburtsdatum: xx.xx.xx; geboren am xx.xx.xxxx
ältere Person > 50 J.	50 Jahre und älter; Jg. Xxxx;

Angaben zu Kindern

Code	Beschreibung
Kinder „ja“	Es werden die Grundform und alle Konjunktionen resp. Mehrzahl von „Kind“ bzw. „Sohn“ bzw. „Tochter“ codiert Bei Angaben von beiden Geschlechtern wird „Sohn und eine Tochter“ zusammen codiert
ohne Kinder	Kinder: keine (inkl. Leerschlag); keine Kinder;

Beschreibung Wohnsituation

Die Codierung wird bei der Wohnsituation, zum besseren Verständnis, als ganzer Satz vorgenommen z.B. „Die gesamte Familie, inklusive dem Ehemann von X sowie dem Lebenspartner von der Tochter, leben aktuell in einem Haushalt“

Code	Ankerbeispiele
Alleinelebende	z.B. lebt/wohnt alleine; alleine in einem Zimmer; lebt getrennt;
Alleinerziehende	alleinerziehende/r Mutter/ Vater
als Paar mit und ohne Kind(er)	z.B. lebt/wohnt mit Freundin/Partner/Ehefrau zusammen;
Personen, die mit anderen erwachsenen Familienmitgliedern im gleichen Haushalt zusammenleben	z.B. lebt/ wohnt (zusammen) bei den Eltern (und Geschwistern); wohnt mit Schwiegereltern/ - kindern; lebt gemeinsam mit erwachsenen Kindern;
Personen, die in einer betreuten Wohngemeinschaft leben	z.B. Wohnheim; betreute Wohngemeinschaft/ -gruppe; Name einer Institution

Beschreibung Ausbildungsniveau

Das bedeutet, die Ebene des schulischen und universitären Ausbildungssystems, die von einer Person erfolgreich abgeschlossen wurde

Es wird jede Ausbildung codiert (Mehrfachnennungen möglich)

Es werden kurze Sätze codiert z.B. über eine Ausbildung verfügt er nicht

Code	Ankerbeispiele
Ohne Schulabschluss	Sonderschule; kein Schulabschluss
Obligatorischer Schulabschluss	Sekundarschule B; Schulbildung: 9 Jahre; Grund und Mittelschule;
Ohne Lehrabschluss	vorzeitiger Abbruch der Lehre; verfügt über keinen/ohne Lehrabschluss; ungelernt; Abschluss ist in der Schweiz nicht anerkannt
PrA	= Praktische Ausbildung nach INSOS (PrA); zweijährige Attestausbildung (EBA); Anlehre; Berufattest
Lehre/Handelsschule	Berufsbezeichnung evtl. mit Angaben zur Qualifikation bzw. Anzahl Jahre z.B. gelernter Koch; Bürofachdiplom; Lehre als LKW-Mechaniker (Dauer: 4 Jahre); Fachschule; Ausbildung zur/m x;
Hochschulabschluss	z.B. Fachhochschule, Bachelor

Berufsbiographie

z.B. „20 Jahre als Sachbearbeiter gearbeitet“ oder „seit Januar 2013 nicht mehr arbeitsfähig“

Auslandsaufenthalt und Praktikum:

- muss im Kontext beurteilt werden, ob diese im Sinne einer beruflichen Entwicklung und damit zu den Berufserfahrungen gezählt wird
- oder als „Notlösung“ und damit zu den Arbeitsunterbrüchen

Code	Beschreibung
Berufserfahrung job experience	Berufsbezeichnungen, Alter zu Beginn, Tätigkeitsdauer, Klassifikationen (z.B. im handwerklichen Bereich), beruflicher Auf- oder Abstieg bzw. gleichbleibend, Arbeitsanforderungen (z.B. hohes Arbeitsvolumen, Schichtarbeit, einseitige körperliche Belastungen, Arbeitszeit pro Tag), weitere Einflussfaktoren (z.B. Mobbing Erfahrungen), Anzahl an Tätigkeiten, beruflicher Status (z.B. Abteilungsleitung), Weiterbildungen
Arbeitsunterbruch	Zeiten in denen kein Einkommen durch die eigene Arbeitsleistung generiert wird z.B. aus gesundheitlichen Gründen; Arbeitslosigkeit; Er-

	ziehungszeiten (ausgenommen davon ist der Militärdienst), Dauer, Häufigkeit
--	---

Beschreibung Einschränkungen

Es werden die fünf unten aufgeführten Einschränkungen codiert, aber pro Ausprägung nur 1x, d.h. Wiederholungen die auf die gleiche Ausprägung zurückgeführt werden können, werden nur beim ersten Mal codiert

Um die Einschränkungen korrekt zuordnen zu können, wird die Kategorie, wenn angegeben, mitcodiert z.B. „psychische Situation: fühlt sich sehr müde“ (inkl. Leerschläge codieren)

Code	Ankerbeispiele
körperliche Einschränkungen	Person benötigt wechselnde Ausgangsstellungen / Wechselbelastung, Heben von Gewichten, statische Körperhaltungen (stehen, sitzen), Mobilität (gehen, Treppen steigen), repetitive Tätigkeiten, Arbeitstempo oder Koordination sind eingeschränkt, Verminderte oder keine (Muskel-) Kraft, Eingeschränkte Körper- oder Extremitätenbewegungen, Person benötigt die Unterstützung von anderen Personen, um den Haushalt (Garten/Einkauf) zu erledigen, Angestammte Tätigkeit ist nicht mehr zumutbar, Arbeits-/Leistungsfähigkeit vermindert; Lähmungserscheinung;
Schmerzen	belastungsabhängige Schmerzen; konstante Kopfschmerzen
psychische Einschränkungen	Person fühlt sich den Anforderungen nicht gewachsen (Existenzängste, Unsicherheit, Druck, Verantwortung, Arbeitsvolumen), Nervenzusammenbruch, Krisen, psychische Probleme, aus psychischen Gründen, gereizt, gestresst, zitterig, fragil, schwitzen, nervös, Unruhe, fühlt sich nicht belastbar, Person benötigt die Hilfe der psychiatrischen SpiteX
Beeinträchtigungen der Kontaktfähigkeit	zu Personen und Gruppen (formelle und informelle Beziehungen)
unspezifische Einschränkungen	Schlafstörungen, affektive Störungen, Flexibilität/Feinmotorik/ Wahrnehmung eingeschränkt; Persönlichkeitsveränderung; Sprachstörung; Müdigkeit; kognitive Einschränkungen

Beschreibung Diagnose

Eine Diagnose ist die Feststellung oder Bestimmung einer Krankheit. In Anlehnung an die ICD-10 Klassifikationen:

Code	Ankerbeispiele
Depression	Mittelgradige Depression
Erkrankungen am Bewegungsapparat	Probleme mit den Gelenken; St.n. Skiunfall; chronische Erkrankungen; x mit Rentenanspruch

Bandscheibenvorfall / Rückenoperationen	
Suchterkrankungen	Alkohol, Drogen, Spielsucht, Kaufsucht
Erkrankungen innerer Organe	Diabetes mellitus;
Burnout	
Psychose	
Tumor	
Angst- und Panikstörungen	
Traumatisierungen	
Schizophrenie	
ADS/ADHS	
Epilepsie	
Zwangserkrankungen	
Persönlichkeitsstörungen	
Erkrankungen des zentralen Nervensystems	Multiple Sklerose
Immunerkrankungen	
Autismusspektrumstörungen	

Beschreibung Erstmanifestation

Die Erkrankung tritt bei einem vormals gesunden Menschen zum ersten Mal auf

Code	Ankerbeispiele
Erstmanifestation	z.B. „seit der Kindheit“; „seit 2014 diagnostizierte x“; „bis zu seinem Arbeitsunfall 2010“; „beim 1. Vorfall 1999“; „2013 erkrankte X“;

Klinikaufenthalte

Code	Beschreibung
Klinikaufenthalt/e	Anzahl; Dauer; Name der Klinik; stationär, teilstationär, ambulant, somatisch, psychisch z.B. 2x wegen Erschöpfung und Depression stationär behandelt;

Beschreibung Soziale Unterstützung

- Beziehung zu anderen Personen
- Informationsbedarf wird abgedeckt
- praktische und materielle Hilfe

Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung muss beim Codieren sichtbar werden z.B. „habe er wieder eine Freundin, die ihm Halt gebe“

Code	Ankerbeispiele
geringe	eher einsam
Partner/in und Familie	Beziehungsnetz: gut, Vater, Schwester
Kollegen/innen und unspezifisch	Beziehungsnetz: gut, wenige Freunde; hat wenigstens persönliches Umfeld
Arbeitgeber/innen	

Beschreibung Fähigkeiten und Kompetenzen

Verhalten und Anlagen von Menschen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und Kompetenzen, die jeder Mensch für das Ausführen einer Tätigkeit braucht

Bei der Arbeitsfähigkeit über 40% Angaben zu Eigen- oder Fremdeinschätzung mit codieren

Aufzählungen von Kompetenzen werden gesamthaft codiert z.B. zuvorkommende, offene und freundliche Art

Code	Ankerbeispiele
Arbeitsfähigkeit über 40%	sucht eine 80-100% Stelle; gemäss dem Bericht des RAD besteht eine 50% Arbeitsfähigkeit; möchte mind. 50% arbeiten
Kompetenzen	Flexibilität; Sozialkompetenz; Zuverlässigkeit; realistische Selbsteinschätzung; Verantwortung übernehmen; Leistungsbereitschaft; hohe Motivation; gepflegtes Erscheinungsbild;

Beschreibung subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes

ist ein Mass für die eigene Bewertung des Gesundheitszustandes

Code	Ankerbeispiele
negativ	Belastungen, instabil, reduziert, wechselhaft, angespannt, somatisch reagieren, keine Möglichkeit sehen zu arbeiten aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, Angst haben vor ..., gesundheitlicher Verlauf ist unklar, Umgang mit Druck und Stress ist schwierig, kein/geringer Selbstwert, niedrige Bewertung der Leistungsfähigkeit
positiv	psychisch geht es gut; körperlich fit; das Arbeiten ist nicht eingeschränkt, weitgehend oder keine Schmerzen, hohe Bewertungen der Leistungsfähigkeit, gesundheitlich keine Probleme haben, stabil

Vorgängige Integrationsmassnahmen

Code	Ankerbeispiel
Vorgängige Massnahme	war vorher in einem anderen Institut in einer Massnahme

Anhang IV Kategoriensystem Dokumentenanalyse

Die Tabelle zeigt in der ersten Spalte von links nach rechts die elf Hauptkategorien, danach die Zuordnung der Untergruppen und in der mittleren Spalte eine differenziertere Beschreibung der Unterkategorie. In der vorletzten Spalte wird die Anzahl der Codierungen angegeben und in der letzten Spalte die Anzahl der Dokumente in denen keine Angaben zur Unterkategorie gefunden wurden. Es wurden total n=1045 Codes vergeben.

Tabelle 21: Zuordnung der Haupt- und Unterkategorien

Hauptkategorie	Unterkategorie	Beschreibung	N	k.A.
Daten zur Person	Nationalität	Schweiz	40	
		Andere Nationalität	40	
	Geschlecht	männlich	44	
		weiblich	36	
	Kinder	Kinder „Ja“	33	35
		Ohne Kinder	12	
	Alter	0 - 49 Jahre	61	
		über 50 Jahren	19	
	Wohnsituation	als Paar	18	19
		Alleinelebende	17	
		mit Verwandten im gleichen Haushalt	15	
		betreutes Wohnen	5	
		Alleinerziehende	6	
	Ausbildungsniveau	Ohne Schulabschluss	2	68
		obligatorischer Schulabschluss	10	
		ohne Lehrabschluss	16	7
Ausbildung Praktische Ausbildung nach INSOS Lehre Handelsschule höhere Berufsbildung		57		
Klinikaufenthalt/e	somatische Rehabilitation	7	53	
	psychiatrische Rehabilitation	20		
Einschränkungen	körperliche Einschränkungen	39	18	

	Schmerzen	28	
	psychische Einschränkungen	28	
	Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit zu Personen und Gruppen	10	
	unspezifische Einschränkungen	61	
Diagnosegruppen	Depression	27	12
	Erkrankung am Bewegungsapparat	22	
	Suchterkrankung	13	
	Erkrankung der inneren Organe	9	
	Burnout	8	
	Psychose	8	
	Bandscheibenvorfall / Rückenoperation	7	
	Tumor	5	
	Angst- und Panikattacken	5	
	Traumatisierung	5	
	Schizophrenie	3	
	ADS/ADHS	2	
	Epilepsie	2	
	Zwänge	2	
	Persönlichkeitsstörungen	2	
Erkrankung des zentralen Nervensystems	1		
Immunerkrankung	1		
Autismusspektrumstörung	1		
Erstmanifestation		29	51
Berufsbiographie	Berufserfahrung	101	10
	Arbeitsunterbruch	46	
Subjektive Bewertung der gesundheitlichen Situation	positiv	8	55
	negativ	17	
Soziale Unterstützung	gering	11	34
	durch Partner/in und Familie	18	
	durch (Arbeits-) Kollegen/innen und unspezifisch	16	
	durch (früheren) Arbeitgeber/in	2	
Fähigkeiten und Kom-	Arbeitsfähigkeit > 40%	13	67

petenzen	Kompetenzen	Zuverlässigkeit	8	53
		Flexibilität	3	
		ausgeprägte Arbeitsmotivation/ Leistungsbereitschaft	3	
		realistische Selbsteinschätzung	2	
		genügend Sozialkompetenz	18	
		Verantwortung übernehmen	2	

Anhang V Interrater-Reliabilität Dokumentenanalyse

Die Rater bewerteten, ob die Kategorie im Protokoll „genannt“ wurde. Nach der Schulung lasen und beurteilten die Rater die Protokolle unabhängig voneinander. Die Daten „nicht genannt“ (0), „genannt“ (1), „zweimal genannt“ (2), „dreimal genannt“ (3) usw. wurden in SPSS eingegeben. In der Datenmaske wurden die Protokolle zeilenweise und die beiden Rater jeweils in einer Spalte aufgeführt und „R_1“ bzw. „R_2“ benannt. So entstand für jede Kategorie eine Kreuztabelle mit 2 (Beobachtern) x 2 – 4 (Bewertungen). Fehlende Werte kamen nicht vor. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurde der Cohens Kappa – Wert und die Signifikanz bei 10% (n=8) der Protokolle errechnet.

Zur Beurteilung der Güte bei der Übereinstimmung von zwei Ratern gelten Cohens Kappa – Werte (κ -Wert) bis .40 als schwache Indikatoren, zwischen .40 bis .59 als mässige, .60 bis .74 als gute und ab .75 als sehr gute Werte (Wirtz und Caspar, 2002).

In der nachfolgenden Tabelle sind in den Zeilen zuerst die Kategorien angegeben, danach die verwendeten Protokolle, welche von 1 bis 8 nummeriert und jeweils von zwei Ratern (R_1 und R_2) beurteilt wurden. In der vorletzten Spalte, ob die Kategorien übereinstimmend kodiert wurden oder nicht. In der letzten Spalte ist der Kappa - Wert angegeben. Signifikante Ergebnisse sind mit einem * gekennzeichnet. Die Zahlen von 0 bis 4 entsprechen der Häufigkeit der genannten Kategorien in den Protokollen.

Kategorie	Protokoll 1		Protokoll 2		Protokoll 3		Protokoll 4		Protokoll 5		Protokoll 6		Protokoll 7		Protokoll 8		Übereinstimmung	κ -Wert * = sig.
	R_1	R_2																
Alter	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	ja	= 1.0
Geschlecht	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	ja	= 1.0
Nationalität	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	ja	= 1.0
Erstmassnahme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ja	= 1.0
Kinder	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	ja	= 1.0

Wohnsituation	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	nein	= .71*
Ausbildungsniveau	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	ja	= 1.0
Berufsbiographie	2	2	1	1	1	1	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	nein	= .62*
Einschränkungen	1	2	2	2	0	0	0	0	3	4	4	4	4	1	3	3	nein	= .53*
Diagnose	1	1	2	2	1	2	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	nein	= .25
Erstmanifestation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	ja	= 1.0
Klinikaufenthalt/e	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	ja	= 1.0
Soziale Unterstützung	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	ja	= 1.0
Kompetenzen und Arbeitsfähigkeit > 40%	2	2	2	2	0	0	3	3	2	1	0	1	0	1	1	1	nein	= .50*
Subj. Bewertung Gesundheitszustand	2	2	1	2	1	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	nein	= .64*
Vorgängige Integrationsmassnahmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ja	= 1.0

Anhang VI Kategoriensystem Experteninterviews

Frage: „Welchen Zusammenhang hat mit der Potenzialbeurteilung?“

Anhaltspunkte			
<i>Hauptkategorie</i>	<i>Unterkategorie</i>	<i>Textpassage / Kernaussage (Quelle)</i>	<i>N</i>
Kompetenzen	Selbstkompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe annehmen können (Ip1) • Lernfähigkeit (Ip1) • Reflexionsfähigkeit (Ip1, Ip3, Ip5, Ip8) • Veränderungsfähigkeit (Ip1, Ip3, Ip8) • Pünktlichkeit (Ip1) • Zuverlässigkeit (Ip1, Ip3) • Auffassungsgabe (Ip3, Ip5, Ip7) • Hoffnung (Ip3) • Durchhaltevermögen (Ip3) • Verantwortungsbewusstsein (Ip3) • Kontaktfähigkeit (Ip3) • Selbstvertrauen (Ip3, Ip7) • Konzentration (Ip8) 	29
	Sozialkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • wie teamfähig, umgänglich jemand ist (Ip3, Ip4, Ip8) 	
	Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Und der Teil, wie motiviert jemand ist (Ip1, Ip2, Ip3, Ip4, Ip5, Ip6, Ip7, Ip8, Ip10) 	
	Selbsteinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> • sich selber realistisch einschätzen können (Ip1, Ip3, Ip10) • der aktuellen Arbeitsfähigkeit (Ip3) 	
	Willensstärke	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Wille (Ip1, Ip3, Ip4, Ip7, Ip10) 	
	Sprachkenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • kommunikative Einschränkungen (Ip1, Ip2) 	
	PC-Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • wenige PC-Kenntnisse (Ip6) 	
Arbeitsbezogene Aspekte	Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung (Ip1, p2, Ip4, Ip5, Ip6, Ip8, Ip10) 	24
	Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Jemand der vorher normal im Beruf gestanden ist (Ip1, Ip2, Ip4, Ip5, Ip6, Ip8, Ip9, Ip10) 	
	Dauer Arbeitsunter-	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lange ist jemand schon aus dem Arbeitsprozess draussen (Ip2, Ip3, Ip5, Ip6, Ip10) 	

	bruch		
	Arbeitsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • sofern ich das habe, wie die medizinische Einschätzung ist (Ip2) 	
	Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Wo hat die Person gearbeitet (Ip1, Ip4) 	
	Arbeitsbemühungen	<ul style="list-style-type: none"> • Und was sind die Bemühungen gewesen bis heute (Ip2) 	
Gesundheitliche Aspekte		<ul style="list-style-type: none"> • gesundheitliche Themen (Ip1) 	19
	Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Und klar, was ist die Diagnose (Ip2, Ip5, Ip6, Ip7, Ip8, Ip9, Ip10) • manische Komponente (Ip4) 	
	Erstmanifestation	<ul style="list-style-type: none"> • Und vom Alter, wann die Krankheit aufgetreten ist (Ip2, Ip8) 	
	Klinikaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> • schon zwei bis drei Mal in der Klinik gewesen ist (Ip2; Ip9) 	
	Funktionelle Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • bei Alltagsbewegungen wie z.B. Treppe steigen oder den Haushalt erledigen, eingeschränkt (Ip2; Ip4; Ip5, Ip9) 	
	Rente	<ul style="list-style-type: none"> • ob bereits eine Rente besteht oder nicht (Ip2) 	
	Tagesstruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsgestaltung (Ip4, Ip5) 	
Persönliche Einstellungen		<ul style="list-style-type: none"> • So wie die Sicht des Klienten ist (Ip1, Ip5, Ip7, Ip9) 	16
	Positive Einstellung	<ul style="list-style-type: none"> • und dann gibt es solche die noch Hoffnung haben (Ip1) • Und, dass jemand für sich persönlich Chancen sieht in der heutigen Arbeitswelt (Ip3, Ip5, Ip10) 	
	Negative Einstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierige Einstellungen, z.B. bei Menschen die nicht aus dem mitteleuropäischen Raum stammen und Ausbildung nicht wichtig ist oder Arbeit nicht wichtig ist (Ip1) • Ausser eine Person sagt mir, dass es kaum gehen wird (Ip2, Ip6, Ip7) • Opferrolle (Ip3, Ip5) • Hilflosigkeit (Ip5) • Passive Haltung (Ip8) 	
Periphere Hinweisreize	Äusseres Erscheinungsbild	<ul style="list-style-type: none"> • Hautfarbe, schwitzen, nervös, angespannt, wie sind die Hände, hat es gelbe Spuren vom Rauchen so Tendenzen zum Verwahrlosen (Ip3, Ip5, Ip6) 	8
		<ul style="list-style-type: none"> • Blickkontakt (Ip1, Ip3, Ip8) 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Körperhaltung (Ip7) 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Stimme (Ip7) 	
Soziodemographische Daten	Alter	<ul style="list-style-type: none"> • Und sicher auch demographische Sachen wie das Alter (Ip1, Ip2, Ip8, Ip10) 	6
	Kultureller Hintergrund	<ul style="list-style-type: none"> • Der kulturelle Hintergrund kann ein einschränkender Faktor sein (Ip1, Ip6) 	
Soziale Integration		<ul style="list-style-type: none"> • Dann sozial. Wie ist jemand eingebettet (Ip2, Ip3, Ip5, Ip6, Ip10) 	5
Vorgängige Integrationsmassnahmen		<ul style="list-style-type: none"> • und welche Programme sind schon gemacht worden (Ip1, Ip2, Ip10) 	3
Helfernetz		<ul style="list-style-type: none"> • Fragen nach den Therapeuten (Ip1, Ip3) 	2

Bewertungen			
<i>Hauptkategorie</i>	<i>Unterkategorie</i>	<i>Textpassage / Kernaussage (Quelle)</i>	<i>N</i>
Nominale Klassifizierungen	gut - schlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn jemand schon fünf Programme hinter sich hat, ist auch nicht so gut (Ip1) • Wenn jemand schnell aggressiv wird, ist das nicht so gut (Ip1) • Je weniger eine Person das kann, desto schwieriger wird es (Ip1, Ip5) • Einmalige Erkrankungen oder Krisen, die gut behandelbar sind, haben eine gute Prognose. Chronische Krankheiten und immer wiederkehrende Krisen haben eine schlechte Prognose (Ip2, Ip4, Ip5, Ip10) • Wenn eine Person schon vier bis fünf Jahre aus dem Arbeitsprozess draussen ist, dann ist das auch für eine junge Person eigentlich schon zu lange (Ip2) • Ich denke, dass Personen ohne Ausbildung schwieriger sind zu integrieren. Wenn du ein bis zwei Ausbildung hast, die sehr fachlich sind, ist das gut (Ip4) • Wenn sie z.B. immer schwer gearbeitet haben und jetzt können sie in den Beruf nicht mehr zurück, dann ist das schlecht (Ip10) 	14
	aktiv - passiv	<ul style="list-style-type: none"> • Ob die Person passiv ist, so nach dem Motto: Jetzt bringt mir mal was und dann schaue ich, ob das etwas für mich wäre. Oder ist sie aktiv (Ip3) 	
	physisch - psychisch	<ul style="list-style-type: none"> • Ist es psychisch oder ist es körperlich? (Ip2) 	
	Sofort arbeitsfähig – zu-	<ul style="list-style-type: none"> • ob jemand schon arbeitsfähig ist oder muss man das zuerst noch austesten mit einem Programm (Ip3) 	

	erst trainieren		
Persönliche Attribute	Authentizität	<ul style="list-style-type: none"> das, dass Verhalten und das Gesagte übereinstimmt (Ip1, Ip3, Ip6, Ip7, Ip9) 	13
	Persönlichkeitsmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> introvertiert (Ip4) andere sind sehr offen (Ip2, Ip4) 	
	Psychische Stabilität	<ul style="list-style-type: none"> Wie stabil ist eine Person (Ip5, Ip9) 	
	Präsenz	<ul style="list-style-type: none"> Wenn sie so präsent sind, während ich die anderen Sachen anspreche, dann ist das gut (Ip6, Ip7) 	
	Schmerzäusserungen	<ul style="list-style-type: none"> sehr klagend (Ip2) 	
Gefühl		<ul style="list-style-type: none"> ich spüre ... (Ip1, Ip3, Ip6) man merkt ... (Ip1, Ip2, Ip3, Ip4) wo ich das Gefühl hatte (Ip8, Ip10) 	9
Gesamtbild		<ul style="list-style-type: none"> Ich mache mir einfach wirklich ein Bild anhand von der Person (Ip1, Ip2, Ip4, Ip6, Ip8, Ip9, Ip10) Dann gibt es wie einen Mix aus all den Sachen (Ip3) 	8
Rangliste		<ul style="list-style-type: none"> eigentlich wie weit weg eine Person vom Arbeiten ist (Ip2) Das Alter hat bei mir einen grossen Einfluss (Ip6) Kein Potenzial ist auf einer Skala in etwa 1-2 und Potenzial haben ist 10 (Ip7) Je mehr jemand auf das Pensionsalter zugeht, desto schwieriger (Ip10) Die Diagnose ist für mich sehr wichtig (Ip10) 	5
Ordinale Klassifizierungen		<ul style="list-style-type: none"> dann sehe ich die Chancen gering (Ip3) Das merke ich relativ schnell vom Bauchgefühl her - gut, mässig oder gar nicht integrierbar (Ip4) Wiedereingliederung oder Neueingliederung oder ist es eine Wiedereingliederung mit einem langen auffälligen Werdegang (Ip5) 	3

Frage: „Wie beurteilst Du das Potenzial?“

Kognitive Überlegungen			
<i>Hauptkategorie</i>	<i>Unterkategorie</i>	<i>Textpassage / Kernaussage (Quelle)</i>	<i>N</i>
Verankerungs- und Anpassungsheuristik	Fortlaufender Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einschätzung vom Potenzial läuft bei mir während dem Gespräch ab. Da bildet sich die Hypothese fortlaufend. Also je mehr Informationen während dem Gespräch dazu kommen, bildet sich bei mir die Hypothese (Ip1) • wenn einfach noch zu viele offene Fragen da sind. Dann kann ich es zu wenig gut im Erstgespräch abschätzen (Ip2, Ip5, Ip6). • Je mehr Wissen ich vom Störungsbild im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung im beruflichen Kontext habe (Ip2) • Weil ich die Prognose ständig anpasse (Ip9) 	11
	Orientierung an bereits integrierten Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn jemand eine Erschöpfungsdepression hatte, aber vorher nichts, dann bewerte ich das Potenzial höher, als wenn jemand eine Schizophrenie hat (Ip2, Ip4) • Wenn die Klienten nicht immer am Alten hängen bleiben, sondern sagen: „Ich will vorwärts gehen“, dann ist das positiv (Ip2) • Das Potenzial sehe ich eher aus dem, was die Person schon gearbeitet hat. Wie lang ist sie schon stabil? Wie lange ist sie schon ohne oder mit kleinen Unterbrüchen im Arbeitsmarkt gewesen? Was bringt sie für Zeugnisse mit? (Ip5, Ip10) 	
Affektheuristik / Intuition	Gefühl	<ul style="list-style-type: none"> • Bauchgefühl/ -entscheid (Ip1, Ip3, Ip4, Ip5, Ip6, Ip7, Ip8) • habe ich eher das Gefühl, dass die Person es wieder schafft zum Arbeiten zu gehen (Ip2) • Darum neigt man dazu, dass man dem Gefühl nicht so einen Stellenwert gibt. Aber ich verlasse mich eigentlich am liebsten nur auf das (Ip9) • Das sind so Vermutungen (Ip10) 	9
Repräsentationsheuristik	Vergleich	<ul style="list-style-type: none"> • von KL die man bereits begleitet hat und die eine ähnliche Diagnose hatten (Ip6) • Man gleicht mit der Zeit automatisch ab, wenn man schon länger in dem Bereich arbeitet (Ip6, Ip7, Ip9) 	4
Statistische Urteilsbildung	Erfahrung	<ul style="list-style-type: none"> • Man kann nicht am Schreibtisch feststellen, ob jemand arbeiten kann (Ip1) • Mittlerweile habe ich Erfahrung mit den Klienten (Ip2; Ip5, Ip9, Ip10) • Dann musste ich mir vergegenwärtigen, was ich für Aspekte habe, um mich entscheiden zu können (Ip6) 	6
Attributsubstitutionstheorie	Umwandlung der komplexen Frage:	<ul style="list-style-type: none"> • Ist da Integration möglich oder nicht? (Ip1) • Ist es überhaupt möglich etwas zu finden? (Ip5) 	5

	„Kann X erfolgreich integriert werden?“ in	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht eine Person selber seine Zukunft? (Ip6) • Könnte das klappen? Oder nicht? (Ip7) • Wie vermittelt mir die Person, dass sie relativ stabil ist für den Prozess der Arbeitsintegration? (Ip9) 	
somatic marker hypothesis	Sympathie	<ul style="list-style-type: none"> • Es hat auch immer etwas mit Sympathie und Antipathie zu tun (Ip6, Ip8) 	2
Verfügbarkeitsheuristik	Prominente Erinnerung	<ul style="list-style-type: none"> • Als letztes Beispiel kann ich mich an eine Person mit Techniker Ausbildung erinnern (Ip4) 	1

Anhang VII Codebuch Experteninterviews

- Es werden nur Information codiert, welche die Fragestellung beantworten (thematische Codierung)

a) Welche Informationen werden zur Potenzialbeurteilung verwendet?

b) Wie werden die Informationen zur beruflichen Eingliederung bewertet?

c) Wie schätzt ein Fachmitarbeiter das Potenzial ein?

- Es werden grössere Sinneinheiten codieren, damit das Merkmal eindeutig identifiziert werden kann
- Leerschläge vor und nach einer Kodierung werden nicht kodiert (Ausnahmen nach Doppelpunkt oder zwischen Wörtern)

Hinweisreiz

- Reiz, der das Denken in bestimmte Bahnen lenken kann
- In Anlehnung an die förderlichen und hinderlichen Prädiktoren aus der Dokumentenanalyse

Code	Beschreibung
Arbeitsbezogene Aspekte	Kompetenzen, Motivation, Ausbildung, Berufserfahrung, Arbeitsunterbruch, berufl. Vorgeschichte, Unternehmen/Tätigkeit, Dauer der Berufstätigkeit, Arbeitsbemühungen
Soziodemographische Daten	Kultureller Hintergrund, Alter
Gesundheitsstatus	Klinikaufenthalt, Erstmanifestation, Arbeitsfähigkeit
Verhalten	Übereinstimmung verbal – nonverbal, Blickkontakt, Körperhaltung, Stimme
Persönliche Einstellung	Hilflosigkeit, Offenheit, Opferrolle, Einstellung gegenüber der Massnahme/Berufstätigkeit, Hilfe annehmen können, Hoffnung, Lebenseinstellung
Helfernetz	Therapeuten
Ressourcen	
Funktionelle Einschränkungen	z.B. Treppe steigen
Soziale Integration	
Erscheinungsbild	
Vorgängige Massnahmen	
PC-Kenntnisse	

Bewertung

Objekten oder Personen einen Wert zuordnen, damit das daraus resultierende Urteil explizit zum Ausdruck kommt

Code	Beschreibung
Gesamtbild	
Bewertung der Person	persönliche Einstellungen wie Vorstellungen von der Arbeitsintegration oder wie sich die Person selber einschätzt, Authentizität, Präsenz, Selbstvertrauen, psychische Stabilität, Verwahrlosung, Aggressivität, Emotionalität
Klassifizierung	ordinal, nominal
Stellenwert	Der Hinweisreize oder Bewertungen
Affekte	als spezifische Qualität eines Gefühls im Sinne von „es fühlt sich gut bzw. schlecht an“.

Theorien, Modelle und Konzepte

Code	Beschreibung
Verankerungs- und Anpassungsheuristik	Zur Urteilsbildung wird ein bereits bestehender Anker benutzt
Ambiguität	Es wird nach neuen Informationen gesucht und nach dem Ausschlussprinzip der Prozess angepasst
Repräsentationsheuristik	Beurteilende orientieren sich an der Ähnlichkeit von Informationen
Statistische Urteilsbildung	Erfolgt mit der Zeit resp. der Erfahrung; wiederholte Entscheidungen; Routineentscheidungen
Attributsubstitutionstheorie	Umformulierung der komplexen Frage: „Wie wahrscheinlich ist die berufliche Wiedereingliederung?“ in eine einfachere Frage
Intuition	Bauchgefühl
Affektheuristik	„Es fühlt sich gut an“; „Man merkt, ...“; „Das spürt man sehr gut“
Parallel constraint satisfaction modell	Durch parallele Verknüpfungen aller Referenzen entsteht eine netzwerkartige, stringente Gesamtheit
Somatic marker hypothesis	Einfluss von Emotionen. Frühere Erfahrungen mit Personen lösen vergleichbare Präferenzen aus. Sympathie/Antipathie.
Verfügbarkeitsheuristik	Menschen wählen die Informationen aus, die kognitiv besser/leichter verfügbar sind
Massnahmenplanung	

Anhang VIII Informationsdichte der Protokolle

Jeder Fall wurde daraufhin codiert, ob die Kategorie vorhanden war oder nicht (0 = keine Angaben; 1 = dokumentiert). Theoretisch wären 17 potenziell interessierende Informationen pro Fall möglich gewesen. Tatsächlich konnten im Minimum sieben und im Maximum 13 thematisch gebündelte Angaben codiert werden. Der Median lag bei zehn Informationen.

