

# **Berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer Depression**

**Chancen und Herausforderung von «Supported Employment»**

**El-Ghribi Nadir**

**Eingereicht bei: Barbara Schürch, lic. phil.**

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Muttenz

Eingereicht im Januar 2020 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

# Vorwort und Danksagung

Durch persönliche Erfahrungen in meinem Umfeld hat mich diese Thematik schon während des Studiums beschäftigt. Weiter hat mich auch die Arbeit mit psychisch kranken Menschen geprägt. Innerhalb meines Praktikums in der Stiftung Rheinleben arbeitete ich mit Menschen, die eine berufliche Anschlusslösung im allgemeinen Arbeitsmarkt suchten. Dabei bekam ich Einblicke in die Lebenswelt von Betroffenen und entwickelte ein erweitertes Verständnis für deren Problemlage. In meiner Arbeit mit Betroffenen wurde mir klar, dass herkömmlichen Angebote nach dem «Stufenkonzept» der komplexen Bedarfslage nicht gerecht werden. Bei meinen Recherchen zu Wiedereingliederungsangeboten stiess ich auf «Supported Employment». Die Konzeption sowie Rahmenbedingungen weckten sofort mein Interesse. Daraus ergab sich für mich die Thematik sowie die Fragestellung dieser Arbeit.

An dieser Stelle möchte ich allen Personen danken, die mich im Prozess dieser Arbeit unterstützt haben. Zunächst danke ich meiner Begleitperson Barbara Schürch für die kompetente und engagierte Unterstützung. Weiter danke ich allen Familienmitglieder und Bekannten, die über diese Zeit eine grosse Stütze waren und meine Arbeit korrekturgelesen haben.

# Abstract

In dieser Bachelor Thesis wird die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer Depression behandelt. Mit der Annahme, dass die berufliche Wiedereingliederung mehrheitlich stufenweise erfolgt, wird das Konzept «Supported Employment» näher beleuchtet. Die zentrale Fragestellung bezieht sich auf Chancen und Herausforderungen des Konzepts. Die folgende Arbeit zielt darauf ab, die Vorzüge des SE-Konzepts im Kontrast zum herkömmlichen «Stufenkonzept» darzustellen.

Zur Bearbeitung der Fragestellung werden zunächst zentrale Thematiken dieses Felds bearbeitet. Dabei wird klar, dass Gesundheit eine relative Begrifflichkeit ist und sie je nach Kontext eine andere Bedeutung aufweist. Das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit kann im Kontext dieser Arbeit Zusammenhänge erklären und ist für die Bearbeitung der Fragestellung wesentlich. In einem weiteren Schritt wird festgestellt, dass Gesundheit kein fester Zustand ist. Anhand der Salutogenese nach Antonovsky wird Gesundheit als erstrebenswertes Ideal ermittelt, das sich weitgehend dynamisch verhält. Daten zur psychischen Gesundheit in der Schweiz belegen, dass psychische Krankheiten zu den häufigsten Einschränkungen der Gesundheit gehören. Die Zielgruppe sowie der Begriff «Depression» wird weiter ausdifferenziert. Ursachen für die Erkrankung an einer Depression sind multidimensional. Dies wird anhand des Vulnerabilitäts-Stressmodells aufgezeigt. Es zeigt sich, dass eine Depression Betroffene oft in ihrer Erwerbsfähigkeit einschränkt. Die berufliche Wiedereingliederung wird insofern als relevant eingestuft, als dass sie die soziale Sicherheit sowie Teilhabe determiniert. Ferner kann Erwerbsarbeit eine salutogene Wirkung auf Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung haben. Für die berufliche Eingliederung von Menschen mit einer Depression wird in erster Linie das SE-Konzept genauer betrachtet. Als Alternative zum herkömmlichen «Stufenkonzept» ist es für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung besonders geeignet. Weiter wird der Ablauf eines SE-Prozesses erklärt. Dabei werden die einzelnen Phasen, die wiederum aus Teilprozessen bestehen, aufgezeigt. Nachfolgend geht der Schlussteil auf die zentrale Fragestellung ein. Demnach bietet das SE-Konzept Chancen wie auch Herausforderungen für alle Beteiligten. Diese werden bezogen auf die einzelnen Akteure nochmals dargelegt und in Zusammenhang mit Handlungsempfehlungen gebracht.

# Inhaltsverzeichnis

## Vorwort und Danksagung

## Abstract

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5Á</b>
	1.1 Ausgangslage.....	5Á
	1.2 Fragestellung.....	7Á
	1.3 Methodisches Vorgehen .....	8Á
<b>2.</b>	<b>Verständnis und Bedeutung psychischer Gesundheit</b> .....	<b>10Á</b>
	2.1 Theorien und Modelle von Gesundheit.....	10Á
	2.2 Psychische Gesundheit in der Schweiz.....	13Á
<b>3.</b>	<b>Depression und Erwerbsarbeit</b> .....	<b>16Á</b>
	3.1. Diagnose einer Depression.....	16Á
	3.2 Ursachen und Folgen einer Depressionen .....	20Á
	3.3 Folgen einer Depression .....	22Á
	3.4 Bedeutung von Erwerbsarbeit.....	23Á
<b>4.</b>	<b>Berufliche Eingliederung von Menschen mit einer Depression</b> .....	<b>27Á</b>
	4.1 Begrifflichkeiten, Modelle und Theorien .....	27Á
	4.2 Supported Employment.....	29Á
	4.2.1 Geschichte und Etablierung von Supported Employment.....	29Á
	4.2.1 Zielgruppen und Kostenträger.....	32Á
	4.2.2 Theorien, Bezüge, Prinzipien und Qualitätsmerkmale .....	33Á
	4.2.3 Aufbau und Vorgehen .....	37Á
<b>5.</b>	<b>Schluss teil</b> .....	<b>51Á</b>
	5.1 Beantwortung der Fragestellung.....	51Á
	5.1.1 Chancen und Herausforderungen des SE-Konzepts .....	51Á
	5.1.2 Chancen und Herausforderungen für Unternehmen .....	53Á
	5.1.3 Chancen und Herausforderungen für Menschen mit einer Depression ..	54Á
	5.2 Ausblick .....	55Á

## Quellenverzeichnis

## Ehrenwörtliche Erklärung

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Psychische Krankheiten sind ein relevantes sozialpolitisches Problem. Sie können Betroffene in allen Lebensbereichen beeinträchtigen, was schwerwiegende Auswirkungen auf die Lebensqualität hat. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geht in seinem Bericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz von rund 18% psychischen Erkrankungen innerhalb der Schweizer Bevölkerung aus (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015: 5). Psychische Beschwerden gehören zu den höchsten Ursachen für Neurenten der Invalidenversicherung (IV) in der Schweiz. Gemäss dem Bundesamt für Sozialversicherungen sind rund die Hälfte aller IV-Neurenten auf psychische Krankheiten zurückzuführen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2017: 5). Weiter sind psychisch kranke Menschen mit einer durchschnittlichen Beschäftigungsrate von 24% in der Arbeitswelt am stärksten von Desintegration betroffen (vgl. Jäckel/ Hoffmann 2015: 58).

Wirtschaftlich gesehen verursachen psychische Krankheiten dadurch Kosten in der Höhe von rund 3.2% des Bruttoinlandprodukts (vgl. OECD 2014: 15). Daher kam dieser Thematik auch in der Politik immer mehr Relevanz zu. Während im Jahr 2011 bei der IV noch ein Defizit von etwa einer Milliarde Franken bestand, schloss die IV im Jahr 2017 mit einem Gewinn von rund 0.8 Milliarden ab. Diese positive Entwicklung ist mitunter den vorhergegangenen IV-Revisionen zu verdanken. So trat im Jahr 2012 die IV-Revision 6a in Kraft. Im Fokus stand dabei die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2017: 1).

Diese Entwicklungen verweisen auf einen Zusammenhang zwischen psychischen Krankheiten und der Teilhabe an Erwerbstätigkeit. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind durch die Einschränkungen in ihrer Leistungsfähigkeit häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (vgl. Schuler et al. 2016: 43). Gründe dafür liegen neben den unmittelbaren Auswirkungen der Krankheit in der Stigmatisierung und der Selbststigmatisierung (vgl. ebd.: 12). Umgekehrt sind arbeitslose Menschen statistisch gesehen häufiger von psychischen Krankheiten betroffen (vgl. Becker/Stengler 2015: 49). Dass eine Beschäftigung einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf von psychisch Kranken hat, konnten einige Studien bestätigen. Andere Studien konnten jedoch auch negative Effekte feststellen. Diese unterschiedlichen Ergebnisse lassen somit noch keine allgemein gültigen Aussagen zu. Nichtsdestotrotz scheint die Erwerbstätigkeit, unabhängig von psychischen Krankheiten, für Menschen im erwerbsfähigen Alter zentral (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 73).

Erwerbsarbeit ist für den Grossteil der Bevölkerung die wichtigste Ressource für die materielle Existenzsicherung und somit auch für eine autonome, selbstbestimmende Lebensführung. Weiter ist Erwerbsarbeit für den sozialen Status und die gesellschaftliche Teilhabe fundamental. Entsprechend sieht die UN-Behindertenrechtskonvention die berufliche Eingliederung als zentrales Kriterium für die gesellschaftliche Teilhabe (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 73). Es kann von einer Wechselwirkung zwischen psychischen Krankheiten und der sozialen Dimension ausgegangen werden. Das ganzheitliche Krankheits- und Gesundheitsverständnis wird von der WHO proklamiert. Die WHO stützt sich dabei auf das biopsychosoziale Paradigma. Demnach sind alle drei Teilbereiche, also der biologisch-organische, der psychische und der soziale miteinander in einer Wechselbeziehung (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 86). Somit sind psychische Krankheiten multifaktoriell bedingt und müssen für ein erweitertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit in allen drei Dimensionen betrachtet werden (vgl. Hüttemann/Rüegger/Wüsten 2015: 334ff).

Neben Therapeutischen Massnahmen kann die berufliche Wiedereingliederung somit ein entscheidender Zugang für mehr Teilhabe und ein erhöhtes Gesundheitsempfinden sein (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 9f). Die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung fällt in den meisten Fällen in den Verantwortungsbereich der IV. Dabei wird grösstenteils mit beruflichen Massnahmen gearbeitet, die eine stufenweise Eingliederung vorsehen. Betroffene Personen sollen nach dem Prinzip «first train, then place» im geschützten Rahmen auf den ersten Arbeitsmarkt vorbereitet werden. In einem weiteren Schritt folgt die Platzierung im ersten Arbeitsmarkt. Dieses «Stufenkonzept» wurde aufgrund der hohen Kosten in Verbindung mit der geringen Erfolgsquote zunehmend kritisiert. Vor dem Hintergrund dieser Kritik und der sozialpolitischen Relevanz hat ein weiteres Konzept an Bedeutung gewonnen (vgl. ebd.: 22).

Um psychisch kranke Menschen erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren kommt dem Konzept des „Supported Employment“ (SE) immer mehr Bedeutung zu. Dieses Konzept wurde in den 70er Jahren in den USA entwickelt. Mit dem Ziel Menschen mit einer intellektuellen Einschränkung bei der Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu helfen, wurde dieses Konzept fortlaufend auch für andere Zielgruppen übernommen. Das Konzept beabsichtigt, Betroffene nach dem Prinzip des «first place, then train» in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Im Gegensatz zum herkömmlichen «Stufenkonzept» sollen Betroffene möglichst schnell in einem normalisierten Arbeitsumfeld oder einem Arbeitsplatz arbeiten. Ein wichtiger Bestandteil ist die fortlaufende, individuelle Unterstützung am Arbeitsplatz durch Job Coaches (vgl. Rüst/Debrunner 2005: 11).

In empirischen Studien konnte in Zusammenhang mit der Wiedereingliederung psychisch Kranker entscheidende Vorteile gegenüber herkömmlichen Konzepten festgestellt werden. Das Konzept zeichnet sich demnach durch die kürzere Eingliederungsdauer sowie eine höhere Erfolgsquote aus. Obwohl das SE-Konzept bereits seit beinahe 20 Jahren in der Schweiz Anwendung findet, war die Verbreitung bisher weitgehend auf kleinere Institutionen begrenzt (vgl. Rüst/Debrunner 2005: 11). Es fehlt in der Schweiz bis heute die gesetzliche Fundierung, so dass das Konzept in verschiedenen Arbeitsfeldern nur bedingt oder keine Anwendung findet (vgl. EUSE 2012: 7f).

## 1.2 Fragestellung

Aus den sozialpolitischen Entwicklungen wird klar welche Relevanz die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in unserer Gesellschaft hat. Sie sind meist in mehreren Lebensbereichen von ihrer Krankheit betroffen. Gemäss den Zahlen der IV sind Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung überaus oft auf Unterstützung der IV angewiesen. Insofern ist diese Gruppe auch stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Erwerbsarbeit gilt in unserer Gesellschaft als zentraler Lebensbereich und ist somit auch als Schnittstelle zur sozialen Teilhabe zu sehen. Entsprechend dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis scheint somit klar, dass soziale Faktoren neben medizinischen und psychischen Faktoren eine zentrale Rolle einnehmen. Folglich ist die Thematik ebenfalls Gegenstand der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 1.1: 5f).

Die IV gliedert Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung generell nachdem herkömmlichen «Stufenkonzept» ein. Dieses Konzept scheint der Problematik jedoch nicht ganz gerecht zu werden. Mit dem SE-Konzept steht ein verhältnismässig neues Konzept in der Schweiz im Fokus. Das Konzept zielt mit dem Ansatz «first place, then train» auf eine Sicherung und Verbesserung der sozialen Teilhabe ab. Weiter verspricht SE im Gegensatz zum «Stufenkonzept» eine schnellere Eingliederung sowie höhere Erfolgsquoten. Das SE-Konzept hat in der Schweiz noch keine gesetzliche Fundierung. Entsprechend ist der Anwendungskontext wie auch die Verbreitung von SE in der Schweiz begrenzt (vgl. Kapitel 1.1: 5f). Diese Erkenntnis steht für den Verfasser im Gegensatz zur den potenziell hohen Chancen und der sozialpolitischen Bedeutung der Thematik. Deshalb geht es darum, die Chancen von SE im Kontrast zu herkömmlichen Eingliederungsverfahren zu verdeutlichen. Daher stellt sich folgende Frage:

**Welche Chancen und Herausforderungen bestehen bei der Wiedereingliederung von Menschen mit einer Depression anhand des Konzepts von «Supported Employment»?**

Um die Hauptfragestellung zu klären wird folgenden Unterfragen nachgegangen:

- *Was wird unter psychischer Gesundheit verstanden und wie zeigt sich die Situation in der Schweiz?*
- *Welche Ursachen und Folgen hat eine Depression?*
- *In welchem Verhältnis stehen Depressionen und Erwerbsarbeit?*
- *Was sind Ansätze und Modelle für die Eingliederung von Menschen mit einer Depression?*
- *Wie sieht das Konzept „Supported Employment“ aus? Was unterscheidet dieses Modell von herkömmlichen Modellen?*
- *Welche Chancen und Herausforderungen bieten sich dabei für*
  - a) *Professionelle der Sozialen Arbeit?*
  - b) *Klient\*innen?*
  - c) *Arbeitgeber?*

### 1.3 Methodisches Vorgehen

Bei der folgenden wissenschaftlichen Arbeit handelt es sich um eine Bachelor Thesis, die zur Erlangung des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit dient. Es ist eine Literaturarbeit mit Verarbeitung von Theorien und Konzepten sowie vorhandenen Daten aus der Empirie. Der Gegenstand dieser Bachelor Thesis befindet sich in einem interprofessionellen Kontext. Für ein möglichst umfassendes Verständnis werden Wissensbestände aus verschiedenen Disziplinen beigezogen. Die Thematik wird grundsätzlich aus der Perspektive der Sozialen Arbeit behandelt. Es werden ebenfalls Bezüge zur Medizin und Psychologie gemacht.

Zuerst soll ein Blick auf den Gesundheitsbegriff das Verständnis für psychische Gesundheit aufzeigen. Dabei orientiert sich diese Arbeit an dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis nach Engel sowie Aaron Antonovskys Salutogenese. Als literarische Quelle verwendet dieses Kapitel grundsätzlich Toni Faltermaiers «Gesundheitspsychologie» (Faltermaier 2005). Weitere relevante Quellen sind Antonovskys «Salutogenese» (Antonovsky 1997) sowie Texte der Welt Gesundheitsorganisation (WHO). Ferner wird die momentane Situation in der Schweiz thematisiert. Wichtige Daten liefert diesbezüglich das Bundesamt für Sozialversicherungen sowie das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Aufbauend auf dem zweiten Kapitel wird im dritten Kapitel näher auf psychische Krankheiten eingegangen. Als elementare Wissensbasis wird Literatur von Wittchen und Hoyer (Wittchen/Hoyer 2011) verwendet. Als weitere Referenz für diese Thematik dient die aktuellen Auflage der «Dualen Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie» von Möller, Laux und Deister (Möller/Laux/Deister 2015). Zentral für die Fragestellung dieser Arbeit ist das



Krankheitsbild «Major Depression», respektive «depressive Episode». Die Eingrenzung in dieses spezifische Krankheitsbild erfolgt anhand der Klassifikationssysteme DSM-V und ICD-10. Weiter geht das Kapitel auf die Diagnostik, Symptomatik, Ursache und Folgen von Depressionen ein. Die Thematik soll in der gebotenen Kürze beleuchtet werden und für die zu behandelnde Fragestellung das nötige Grundverständnis vermitteln. Wesentlich ist ein grundsätzliches Verständnis für das Krankheitsbild sowie dessen Auswirkung auf die Lebenswelt der Betroffenen. Das Interesse gilt dabei hauptsächlich dem reziproken Aspekt von Depressionen und Erwerbsarbeit. Das Sammelwerk «Handbuch Arbeit» von Storck und Plössl (Storck/Plössl 2015) befasst mit der beruflichen Inklusion von psychisch erkrankten Menschen und bietet sich für diesen Aspekt sowie den Gegenstand dieser Arbeit besonders an.

Im Kapitel 4 wird auf die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer Depression eingegangen. Im Mittelpunkt steht hier das Konzept «Supported Employment». Dabei handelt es sich um ein Konzept, das in der Schweiz vergleichsweise wenig Anwendung findet. Es wird davon ausgegangen, dass sich SE für die Eingliederung von Menschen mit einer Depression besonders eignet. Im Folgenden wird das Konzept genauer erläutert und es werden Bezüge zur Betroffenenengruppe gemacht. Als zentrale Literatur stützt sich dieses Kapitel auf Schaufelbergers «Supported Employment» (Schaufelberger/Mösch Payot 2015). Ferner ist das Forschungsprogramm «Supported Employment» von Rüst und Debrunner (Rüst/Debrunner 2005) für diese Arbeit wesentlich. Das gleichnamige Buch bezieht sich auf die qualitative und quantitative Forschungsstudie zu psychisch Beeinträchtigten in schweizerischen SE-Angeboten. Der SE-Prozess soll Chancen und Herausforderungen für Beteiligte aufzeigen. Diese werden zur Beantwortung der Fragestellung im Schlussteil nochmals herangezogen und in Zusammenhang mit Handlungsempfehlungen gebracht. Abschliessend folgt ein Ausblick betreffend dem SE-Konzept.

## 2. Verständnis und Bedeutung psychischer Gesundheit

Als Fundament für den Argumentationsgang soll in diesem Kapitel ein konkretes Verständnis für psychische Gesundheit geschaffen werden. Anhand von theoretischen Modellen wird versucht den komplexen Begriff Gesundheit für diese Arbeit sinnvoll einzugrenzen. Daraus leitet sich letztendlich das Verständnis zur psychischen Gesundheit ab. Schliesslich soll die aktuelle Situation in der Schweiz dargelegt werden.

### 2.1 Theorien und Modelle von Gesundheit

Um Gesundheit zu verstehen oder erklären, sollte an dieser Stelle auch der Krankheitsbegriff geklärt werden. Medizinisch gesehen sind Krankheiten körperliche oder psychische Beschwerden, die anhand von objektiven Faktoren messbar sind. Dabei wird von einer Abweichung der Norm ausgegangen, die durch funktionale oder statistische Faktoren determiniert ist. Gegenstand der Medizin sind Krankheiten, insofern definiert sich der Gesundheitsbegriff aus medizinischer Sicht als Abwesenheit von Krankheit. Das allgemeine Verständnis von Gesundheit, respektive Krankheit, war lange Zeit von dieser biomedizinischen Sichtweise geprägt. Dieses dichotome Modell von Gesundheit und Krankheit scheint in der Gesellschaft noch immer bedeutend. Als allgemeingültige Definition reicht es jedoch nicht, die Begriffe «Gesundheit» und «Krankheit» lediglich anhand von objektiv beobachtbaren Indikatoren zu differenzieren (vgl. Bengel/Jerusalem 2009: 47ff). Aus heutiger Sicht hat sich das biopsychosoziale Modell als wegweisend erwiesen. In den Gesundheitswissenschaften gilt es als grundlegendes Modell für das Verständnis von Gesundheit. Das biopsychosoziale Modell ist durch die Kritik am biomedizinischen Krankheitsmodell begründet. Der Sozialmediziner George Engel war einer der prägenden Kritiker (vgl. Faltermaier 2005: 45f). Faltermaier fasst Engels Kritik in folgenden Punkten treffend zusammen:

- *«das Modell beschränkt sich auf Krankheit als körperliches Phänomen, die sozialen, psychischen und verhaltensmässigen Aspekte von Krankheit werden unzulässigerweise weggelassen bzw. vernachlässigt;*
- *das Modell trennt Körper und Psyche und propagiert damit einen überholten Leib-Seele-Dualismus*
- *das Modell ist reduktionistisch, weil es so komplexe Phänomene wie Krankheit auf ein einfaches physikalisches Prinzip zurückführt, nämlich sie nur durch physikalische und biochemische Wirkmechanismen erklärt;*
- *das Modell ist individualistisch, weil es die Krankheit im Individuum lokalisiert, ohne dessen Umwelt oder seine Einbindung in gesellschaftliche Zusammenhänge zu berücksichtigen;*

- *das Modell ist zu einem Dogma geworden, weil es widersprechende Daten nicht mehr berücksichtigt, weil es alle Arten von Krankheit nach dem gleichen Modell auffasst und weil es Phänomene, die nicht durch das Modell erklärbar sind, ausschliesst.» (Faltermaier 2005: 47).*

Engel sah das biopsychosoziale Modell als eine Erweiterung zum vorherrschenden biomedizinischen. Dieses Krankheitsmodell geht von drei Dimensionen aus, die in einer dynamischen Wechselbeziehung zueinander stehen. Demnach können biologische, psychische oder soziale Faktoren Ursache für eine Krankheit sein. Eine Kausalität zwischen den Faktoren ist ebenfalls möglich. Weiter spielen systemtheoretische Faktoren ebenfalls eine Rolle. So wird der Mensch als System eines grösseren Systems gesehen. Das System Mensch wiederum besteht aus zahlreichen Subsystemen. Diese können hierarchisch geordnet werden; biologische im Organismus, psychische in der Person und soziale in der Gesellschaft. Der systemtheoretische Ansatz wurde in Engels Modell jedoch nicht genauer erläutert. Dies ist mitunter Grund dafür, dass das biopsychosoziale Modell nicht als Theorie gesehen wird (vgl. Faltermaier 2005: 49).

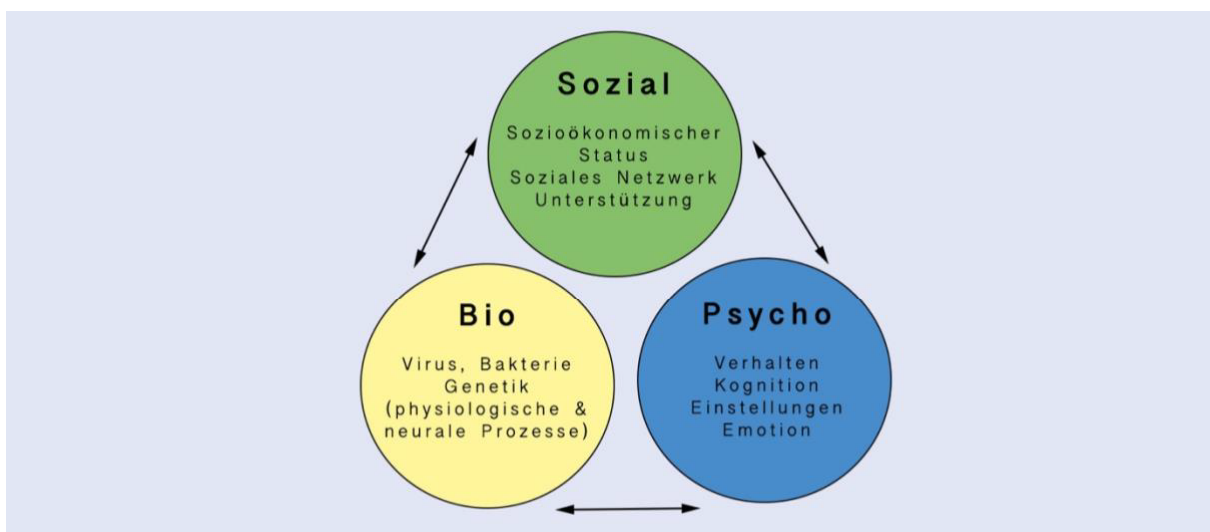


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Paradigma nach Engel, Eigene Darstellung (vgl. Hug 2018: 3).

Das biopsychosoziale Modell scheint daher eher eine Denkweise zu sein, die für ein erweitertes Verständnis von Gesundheit und Krankheit beiträgt (vgl. Faltermaier 2005: 49). Diese Denkweise widerspiegelt sich ebenfalls in der Gesundheitsdefinition der WHO. Gemäss der WHO ist Gesundheit ein «[...]Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (World Health Organization 2014: 1). Im Gegensatz zur biomedizinischen Sichtweise versucht die WHO den Gesundheitsbegriff positiv zu formulieren und verweist auf das subjektive Erleben der Betroffenen.

Wenngleich sich diese Definition besser eignet, so kann auch sie dem Gesundheitsbegriff nicht gerecht werden. Die Definition der WHO suggeriert einen festen Zustand. Aus heutiger Sicht weist Gesundheit jedoch keine klaren Grenzen auf. Vielmehr ist Gesundheit ein erstrebenswerter dynamischer Prozess, den es zu erhalten bedarf. Weiter ist der von der WHO *beschriebene* «Zustand des vollständigen [...] Wohlergehens» ein relativer Idealzustand der subjektiv selten erreichbar ist. Menschen können sich dennoch gesund fühlen und zugleich eine verbesserte Gesundheit anstreben (vgl. Lippke et al. 2006: 8).

Antonovskys Modell der Salutogenese beschreibt in diesem Sinne Gesundheit und Krankheit nicht als feste Zustände, sondern als ein Kontinuum. In diesem Kontinuum lassen sich Gesundheit und Krankheit lediglich als Extrempole beschreiben. So kann ein Mensch mehr oder weniger gesund, respektive krank, sein. Das biomedizinische sowie das biopsychosoziale Modell entspringen der Denktradition der Pathogenese. Diese klassifiziert Menschen entweder als «gesund» oder «krank». Im Gegensatz dazu ist Gesundheit nach dem Modell der Salutogenese dynamisch und kann nie einen Idealzustand erreichen. Demnach ist der «Verlust» von Gesundheit ein natürlicher Prozess, dem es entgegenzuwirken gilt (vgl. Bengel et al. 2001: 24ff). Dieser ständige Prozess der (Wieder-) Erlangung der Gesundheit ist nach Antonovsky «[...] permanent und nie ganz erfolgreich» (Antonovsky 1993: 10). Für Antonovsky hat jeder gesunde Mensch auch kranke «Anteile» und umgekehrt jeder kranke Mensch gesunde «Anteile». Mit dem Ziel zumindest einen Ausgleich zu erreichen, strebt der Organismus stets eine Erhöhung dieser gesunden «Anteile» an. Während in der Pathogenese nur die Entstehung und Behandlung von Krankheiten im Fokus steht, verfolgt die salutogenetische Behandlung neben dem Lindern von Symptomen ebenfalls einen ressourcenorientierten Ansatz. Dabei sollen gesunde «Anteile» ausgemacht und zusätzlich gestärkt werden (vgl. Bengel et al. 2001: 141f). Das «Kohärenzgefühl», in Englisch «sense of coherence» (SOC), stellt eine weitere Komponente in Antonovskys Salutogenese dar. Demnach verfügen gesunde Menschen über ein hohes Mass dieses «Gefühls». Sie können Probleme und Herausforderungen besser bewältigen, empfinden ihr Leben als sinnhaft und werden entsprechend schneller wieder gesund (vgl. Bengel et al. 2001: 28f). Das SOC ist, unter Einfluss von Stimuli und Stressoren ein Indikator, zu welchem Extrempol sich Menschen auf dem Kontinuum bewegen. Demnach kann ein Mensch mit einem hohen SOC Stressoren besser bewältigen und ist entsprechend als «gesünder» einzuschätzen (Antonovsky 1997: 120).

In dieser Arbeit wird Gesundheit nicht nur biomedizinisch verstanden. Biologische, psychische sowie soziale Faktoren stehen in einer engen Wechselbeziehung. Dementsprechend wird Gesundheit für ein erweitertes Verständnis der Thematik multidimensional betrachtet. Ferner scheint es wichtig Gesundheit nicht als einen klar abgrenzbaren Zustand zu sehen. Bei Menschen mit einer Beeinträchtigung ist primär nicht der Krankheitswert zu betrachten. Für eine Rehabilitation sollten demnach die gesunden Anteile, respektive deren Stärkung, im Mittelpunkt stehen.

## 2.2 Psychische Gesundheit in der Schweiz

Wenn man von Menschen mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit spricht, fallen Begriffe wie «psychische Erkrankung» oder «psychische Störungen». Eine allgemein gültige Definition für die Verwendung dieser Begrifflichkeiten besteht nicht. Nach dem BAG *«verweist der Begriff „psychischen Erkrankungen“ auf den Krankheitswert und den Krankheitsverlauf, die Behandlung, die Pflege und die Betreuung einer Person»* (Schuler et al. 2016: 9). Der Begriff «psychische Störungen» bezieht sich stärker auf die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit von Erleben und Verhalten bei Betroffenen (vgl. ebd.: 9). Der diagnostische und statistische Leitfaden psychischer Störungen spricht in deren Manual (DSM-5) bei der Definition ebenfalls von Beeinträchtigung in einem oder mehreren Funktionsbereichen. Weiter hält das DSM-5 fest, dass bei Betroffenen Funktionsstörungen im psychischen und/oder biologischen Verhalten zu beobachten sind (vgl. Wittchen/Hoyer 2018: 973). Da der Begriff «Störungen» aus Erfahrungen des Verfassers im Arbeitsfeld für Betroffene mit Vorurteilen behaftet ist, wird für den weiteren Verlauf grundsätzlich «psychische Erkrankung/Krankheit» oder «psychische Beeinträchtigung» verwendet. Im Kontext des DSM-5 oder anderen Klassifikations- und Diagnosesystemen wird Teils der Begriff «psychische Störung» verwendet. Dies bezieht sich primär auf das Kapitel 3.

Wie bereits im Kapitel 1.1 angedeutet sind psychische Krankheiten für die meisten IV-Neurenten verantwortlich (vgl. Kapitel 1.1: 5). Das Bundesamt für Sozialversicherungen geht im Jahr 2017 von rund 47% IV-Neurenten aus (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2017: 5). Ein Indikator für die Verbreitung psychischer Krankheiten sind Untersuchungen zur Jahresprävalenz. Die Jahresprävalenz entspricht der Häufigkeit der erkrankten Personen innerhalb eines Jahres. Europaweite Untersuchungen aus dem Jahr 2011 gehen von 164,7 Millionen erkrankten Personen aus. Dies entspricht circa 30% der Bevölkerung der 30 untersuchten Staaten. Neben den EU-27-Staaten wurde unter anderem auch die Schweiz untersucht (vgl. Schuler et al. 2016: 11). In der Schweiz sind circa 18% der Bevölkerung psychisch belastet. Davon sind 5% stark und 13% mittelschwer belastet (vgl. ebd.: 5).

Diese Zahlen blieben über die letzten Jahre konstant und veränderten sich nur geringfügig. Folgend ist die psychische Gesundheit in der Schweiz über die letzten Jahre stabil geblieben. Es konnte jedoch im Verlauf der letzten zehn Jahre eine klare Tendenz zu erhöhter Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen festgestellt werden. Diese Daten können als Indikatoren für die Verbreitung psychischer Krankheiten gesehen werden. Klare Rückschlüsse sind jedoch aufgrund der hohen Dunkelziffer an unbehandelten psychischen Krankheiten nicht möglich. Gemäss Wittchen werden nur rund ein Viertel der psychischen Erkrankungen behandelt. Die erhöhte Inanspruchnahme spricht indes, in Relation zur gleichbleibenden Belastungsrate, für eine Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen. Demnach ist die Hemmschwelle für Betroffene tiefer, was eine erhöhte Behandlungsrate zur Folge hat. Nichtsdestotrotz sind psychisch Beeinträchtigte in der Gesellschaft noch immer von Stigmatisierung betroffen. Entsprechende Gegenmassnahmen haben somit ihre Bedeutung nicht verloren. Der grundsätzliche Handlungsbedarf bezüglich psychischen Krankheiten kann jedoch nur schwer eingeschätzt werden. Mangels nützlichen Daten kann nicht genau festgestellt werden wie es zurzeit um die psychische Gesundheit in der Schweiz steht. Gemäss Schuler fehlt es im Vergleich zu anderen Ländern schlicht an *«systematischen und umfassenden epidemiologischen Daten»* (vgl. Schuler et al. 2016: 63f).

Für das Krankheitsbild der Depression ist die Datenlage in der Schweiz indes am besten (vgl. Schuler et al. 2016: 63f). Untersuchungen in diesem Feld haben ergeben, dass die Depression eine der häufigsten psychischen Krankheiten in Europa und der Schweiz ist. Die WHO sieht Depressionen daher als *«prioritäres gesundheits- und sozialpolitisches Thema»*. Neben der Inanspruchnahme von Behandlungen können die finanziellen Auswirkungen bei Sozialversicherern als Indikator dienen. So machen die Folgekosten aufgrund von Fehlzeiten am Arbeitsplatz den grössten Teil aus. Dies lässt auf einen engen Zusammenhang zwischen Depressionen und der Erwerbsfähigkeit schliessen (vgl. Baer et al. 2013: 3f).

## Fazit

Dieses Kapitel hat sich zunächst mit dem Gesundheitsbegriff auseinandergesetzt. Dabei wurde ein Verständnis für den Kontext dieser Arbeit dargelegt. Wichtig scheint, Gesundheit als ganzheitliches Kontinuum zu verstehen. Das biopsychosoziale Modell soll folgend als Paradigma dienen. Ferner orientiert sich diese Arbeit am Modell der Salutogenese nach Anton Antonovsky. In diesem Sinne soll Gesundheit ein erstrebenswerter Wert sein. Entgegen dem vorherrschenden defizitären Verständnis von Gesundheit sollen schliesslich salutogene Anteile im Fokus stehen (vgl. Kapitel 2.1: 10ff). Der zweite Teil dieses Kapitels befasste sich mit der psychischen Gesundheit der Schweiz. Dabei zeigte sich die Datenlage in der Schweiz als unzureichend. Anhand von Indikatoren können lediglich Schätzungen zur Lage in der

Schweiz gemacht werden. Dazu kommt, dass die Dunkelziffer hoch eingeschätzt wird. Insofern kann nur vermutet werden, wie es um die psychische Gesundheit in der Schweiz steht. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Lage in der Schweiz der europäischen Ländern weitgehend entspricht. Unter den psychischen Krankheiten, ist ein Krankheitsbild besonders verbreitet. Depressionen gehören demnach zu den häufigsten psychischen Krankheiten. Die Auswirkungen können, entsprechend dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, mehrere Lebensbereiche betreffen. Anhand der Datenlage von Sozialversicherern steht jedoch fest, dass in vielen Fällen die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen bedeutend eingeschränkt ist (vgl. Kapitel 2.2: 13f).

## 3. Depression und Erwerbsarbeit

In diesem Kapitel soll das Krankheitsbild einer Depression näher beleuchtet werden. Zunächst sollen die verschiedenen Formen einer Depression anhand etablierter Klassifikations- und Diagnosesysteme eingeordnet werden. Dabei soll ebenfalls auf die Symptomatik einer Depression eingegangen werden. Weiter wird näher auf die Ursachen und damit verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen. Folgen einer Depression werden ebenfalls aufgezeigt. In einem letzten Schritt soll dargelegt werden, welche Bedeutung Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft hat. Es interessiert besonders der Kontext für Menschen mit einer Depression.

### 3.1. Diagnose einer Depression

Eine Depression hat viele Gesichter. Entsprechend lang ist die Liste von möglichen Symptomen. Daher verwundert es nicht, dass bei den meisten Menschen im Verlauf des Lebens einmal Symptome einer Depression auftreten können. Solche Symptome können eine natürliche Reaktion auf belastende Situationen sein und müssen nicht zwingend als eine Depression gewertet werden. Es ist von einer behandlungsbedürftigen Depression zu sprechen, wenn die Symptome eine gewisse Zeitdauer, Persistenz und Intensität überschreiten (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 880). Wird Antonovskys salutogenetischem Verständnis von Gesundheit herangezogen, gestaltet sich eine klare Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit schwierig. In der Praxis werden psychische Krankheiten daher anhand der etablierten Klassifikations- und Diagnosesystemen bestimmt. Die fünfte Revision des DSM (DSM-5) wurde im Verlauf dieser Arbeit bereits erwähnt. Die zehnte Ausgabe der «International Classification of Diseases» (ICD-10) ist neben dem DSM-5 ein weiteres System zur Klassifikation und Diagnose psychischer Krankheiten. Das DSM wird jedoch im Kontext psychischer Krankheiten als präziser bezeichnet, da es sich explizit auf den Bereich der Depressionen bezieht. Das ICD-10 bietet hingegen ein umfassendes System, das sich zur Klassifikation und Diagnose aller Krankheiten eignet. Das ICD-10 hat sich jedoch seit der letzten Revision stärker am DSM orientiert. Die Kategorien und Definitionen unterscheiden sich folglich nur geringfügig (vgl. ebd.: 37f).



## Klassifikation

Das DSM-5 sowie das ICD-10 geben Kriterien vor, um eine Beeinträchtigung als Krankheit zu bewerten. Im ICD-10 wird beim Begriff «Depression» auf eine «Verschlechterung der Stimmung» verwiesen. Folgende typische Symptome begleiten diesen Zustand; «[...] Angst, Agitiertheit, Gefühle der Wertlosigkeit, Suizidgedanken, herabgesetzter Willensantrieb (Hypobulie), psychomotorische Gehemmtheit sowie verschiedene somatische Symptome und körperliche Funktionsstörungen (z.B. Schlaflosigkeit)» (WHO 2002: 37). Weiter wird erwähnt, dass der Begriff «Depression» in verschiedenen Zusammenhängen benutzt wird. So wird eine Depression als Krankheit, Syndrom oder gar als Symptom bezeichnet (vgl. ebd.: 37). Dieses unscharfe Verständnis soll im Folgenden geklärt werden.

Das ICD-10 ordnet depressive Störungen der diagnostischen Hauptgruppe der affektiven Störungen zu. Die folgende Darstellung soll eine Übersicht dazu geben:

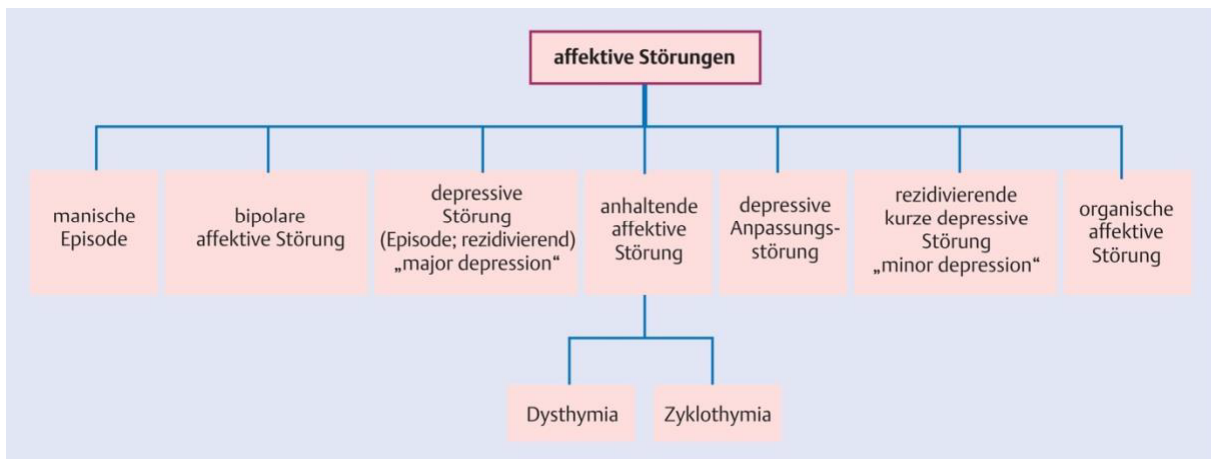


Abbildung 2: Einteilung affektiver Störungen (Möller et al. 2015: 92)

Im DSM-5 fallen depressive Störungen ebenfalls unter die affektiven Störungen. Das DSM-5 unterteilt diese wiederum in depressive Störungen (unipolar) sowie bipolare Störungen (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 881). Am weitesten verbreitet unter den affektiven Störungen sind die depressiven Erkrankungen. Bei epidemiologischen Befragungen in den Jahren 2002 und 2007 lag die Jahresprävalenz in der Schweiz bei rund 5.2%. Europaweit kann von bis zu 7% ausgegangen werden. Die Lebenszeitprävalenz entspricht dem Anteil an Menschen, die in der gesamten Lebensspanne einmal an einer Depression erkrankt sind. Diese liegt in der Schweiz zwischen 20 und 23%. Bei den genannten Zahlen geht man von einer «behandlungsbedürftigen» Depression aus, die anhand von epidemiologische Befragungen erhoben wurden. Die Befragungen erfolgen anhand von «strukturierten diagnostischen Interviews» (vgl. Baer et al. 2013: 10).

Mit einer «behandlungsbedürftigen» Depression ist indes eine depressive Episode oder, nach DSM-5, eine Major Depression gemeint. Die depressive Episode wie auch die Major Depression können in unterschiedliche Stufen eingeteilt werden; «leicht», «mittel» oder «schwer». Dabei ist bereits eine leichte Depression für Betroffene sehr einschränkend (vgl. Cahn 2013: 109).

Depressionen verhalten sich meist episodisch. Möglich sind eine oder mehrere Episoden. Die Erkrankung kann dabei akut oder auch schleichend erfolgen. Dabei können Episoden auch ohne Behandlung wieder abklingen. Die Episodendauer kann ohne Behandlung zwischen drei und vier Monaten andauern, bevor eine «Remission» eintritt. Mit einer Remission ist das vollständige Abklingen der Symptome, sowie die komplette Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit gemeint. Bei etwa einem Drittel der Erkrankungen handelt es sich um eine einzelne depressive Episode. Bei einem weiteren Drittel tritt eine rezidivierende Depression ein, die in Intervallen immer wieder zu einer Remission führt. Das letzte Drittel entspricht einer chronischen Erkrankung, die jahrelang dauern kann und keine komplette Remission aufweist. Je mehr Episoden bei einer betroffenen Person auftreten, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für weitere Episoden (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 889).

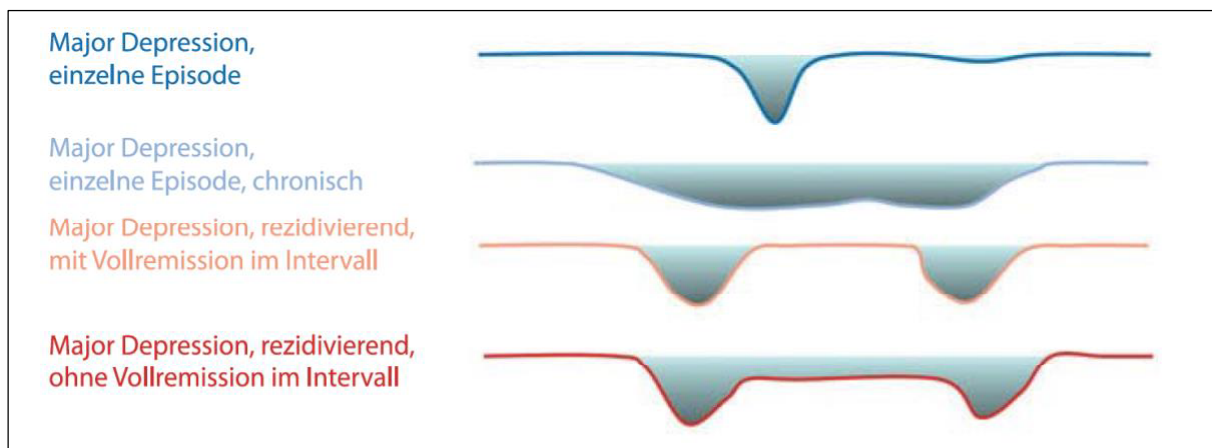


Abbildung 3: Typische Verläufe affektiver Störungen über den Lebenslauf (Wittchen/Hoyer 2011: 890)

Die Grafik veranschaulicht, wie unterschiedlich der Krankheitsverlauf einer Depression aussehen kann. Der episodische Verlauf ist für dieses Krankheitsbild bezeichnend. Während jüngere Betroffene meist kürzere Episoden in kleineren Abständen erleben, sind die Episoden im höheren Alter in der Regel von längerer Dauer. Folgend bleibt festzuhalten, dass Depressionen heterogene Erscheinungsformen haben. Ferner können grundsätzlich alle Altersklassen von einer Form einer Depression betroffen sein. Insofern gibt es noch keine allgemeingültige Störungstheorie (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 889f). Folglich scheint es wichtig Depressionen als weitgehend individuell zu betrachten.

## Symptomatik und Diagnose

Um eine Depression zu diagnostizieren sollte zuerst der Krankheitswert bestimmt werden. Für eine Diagnose wird ermittelt, ob es sich bei der depressiven Verstimmung eine depressive Episode, respektive Major Depression handelt. So können Symptome einer Depression auch ein Indikator für eine vorübergehende Verstimmung oder eine Trauerreaktion sein. Anhand von Screening-Instrumenten, wie zum Beispiel dem WHO-5-Fragebogen, können Allgemeinärzte eine erste Einschätzung vornehmen. Für eine eindeutige Diagnose gibt das ICD-10 sowie das DSM-5 Kriterien vor (vgl. Möller et al. 2015: 107).

Die Diagnosekriterien einer depressiven Episode, beziehungsweise Major Depression, unterscheiden sich je nach Klassifikationssystem. Da dem ICD-10 grössere Bedeutung im europäischen Raum zukommt, wird folgend nur auf das Klassifikationssystem der WHO näher eingegangen (vgl. Möller et al. 2015: 107).

Das ICD-10 nennt folgende Symptomatik für eine depressive Episode:

- **«gedrückte depressive Stimmung**, Freudlosigkeit (evtl. „Morgentief“)
- **Interessenverlust**
- **erhöhte Ermüdbarkeit** oder **Verminderung des Antriebs**, der Energie
- psychomotorische Hemmung/Agitiertheit
- verminderte Konzentration
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit
- negativ-pessimistische Zukunftsperspektiven
- suizidale Gedanken/Handlungen
- Schlafstörungen (frühmorgendliches Erwachen)
- Appetit ↓, Gewichtsverlust
- Libidoverlust» (Möller et al. 2015: 108).

Die oben aufgeführten Symptome lassen sich in «Hauptsymptome» (höhere Schriftstärke) und «andere häufige Symptome» unterscheiden. Für die Diagnose einer depressiven Episode müssen während wenigstens zwei Wochen mindestens zwei «Hauptsymptome» sowie zwei «andere Symptome» manifestieren.

## 3.2 Ursachen und Folgen einer Depressionen

Nach heutigen Erkenntnissen sind Depressionen multifaktoriell bedingt. Eine allgemeingültige Störungstheorie für Depressionen konnte sich bisher nicht etablieren. Modellvorstellungen aus der biopsychosozialen Denkweise können die Entstehung einer Depression jedoch am besten erklären. Am sinnvollsten scheint das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vgl. Möller et al. 2015: 94/ Wittchen/Hoyer 2011: 890). Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell können genetische Faktoren in Verbindung mit der sozialen Vorgeschichte sowie Lebens- und Umweltereignissen zu einer erhöhten Vulnerabilität führen. Diese kann durch «entwicklungsbiologische, psychische und soziale Prozesse weiter akzentuiert oder abgeschwächt» werden (Wittchen/Hoyer 2011: 891). Kurz gesagt entwickelt sich im Lebensverlauf eines Menschen eine Anfälligkeit (Vulnerabilität) bezüglich einer Depression. Wie ausgeprägt diese ist, hängt von biopsychosozialen Faktoren ab, die gegeben sind oder sich prozesshaft entwickeln können. Die gegebenen Risikofaktoren können in Kombination mit belastenden Lebensereignissen (z.B. Trennung, Verlust) zu einem erhöhten Risiko einer Depression führen (vgl. ebd.: 22).

### Risikofaktoren

Die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken ist somit signifikant von den Risikofaktoren abhängig. Folgend werden die relevantesten Risikofaktoren genannt und erklärt:

Genetische Faktoren: Wie genetische Faktoren übertragen werden ist noch nicht restlos geklärt. Sicher scheint jedoch, dass Kinder depressiver Eltern ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen. In diversen Studien konnten vor allem bei bipolaren Depressionen genetische Rückschlüsse gezogen werden. Für unipolare Depressionen scheinen genetische Faktoren somit nur bedingt relevant (vgl. Möller et al. 2015: 95).

Neurobiologische Faktoren: Aus Sicht der Neurobiologie wird davon ausgegangen, dass eine Störung des Gehirns direkt oder indirekt eine psychische Erkrankung auslösen kann. Anhand von vielen, teils neuartigen, Methoden der neurobiologischen Forschung konnten strukturelle und funktionale Störungen der Hirnaktivität festgestellt werden. Diese neue Wissensgrundlage ermöglichte ein erweitertes Verständnis psychischer Krankheiten und der damit verbundenen Entstehungsprozesse. Wenngleich die Relevanz neurobiologischer Faktoren bewiesen scheint, so ist diese Perspektive nicht frei von Kritik. Die neurobiologische Perspektive impliziert eine kausale Erklärung von neurobiologischen Faktoren und Symptomen einer psychischen Störung (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 12f).

Insofern wird dadurch die Bedeutung der psychologischen Betrachtungsebene in Frage gestellt. Gemäss Fiedler spricht Wittchen in diesem Zusammenhang von verschiedenen Theorien, die auf eigenständigen Analyseebenen beruhen und keinen Vergleich rechtfertigen. Vielmehr plädiert Wittchen für eine Kooperation der Berührungspunkte neurobiologischer und psychologischer Theorien (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 12f).

Soziale und psychologische Faktoren: Betroffene einer Depression berichten oft von kritischen Lebensereignissen, sogenannten «life events». Solche negative und belastende Lebensereignisse können beispielsweise der Verlust einer nahestehenden Bezugsperson, Beziehungsprobleme, Scheidung oder Veränderung der gewohnten Lebensweise sein. Auch Traumata wie sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen oder schwere Unfälle können das Risiko einer Depression erhöhen. Möller nennt in diesem Zusammenhang ebenfalls akute Traumata, wie Arbeitslosigkeit oder Arbeitsüberbelastung (vgl. Möller et al. 2015: 97). In den 80er Jahren wurden «life events» noch als Hauptursache für Depressionen verantwortlich gemacht. In epidemiologischen Studien wurde diese Annahme jedoch relativiert. Etwa ein Drittel der Betroffenen einer Depression wiesen vor der Erkrankung keine kritischen Lebensereignisse auf. Wittchen geht von einem komplexen Zusammenhang von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren aus (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 892f).

## **Resilienz und Schutzfaktoren**

Neben den Risikofaktoren, die eine Erkrankung an einer Depression begünstigen, spricht man von Schutzfaktoren. Sie stehen im Gegensatz zu Risikofaktoren und können gegebenenfalls eine Erkrankung verhindern. Schutzfaktoren werden meist mit dem Konzept der Resilienz in Verbindung gebracht (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 22). Beim Konzept der Resilienz wird davon ausgegangen, dass Menschen sich die Fähigkeit zur Bewältigung von belastenden Situationen aneignen können. Diese Fähigkeit wird als Resilienz bezeichnet und befähigt Menschen auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zurückzugreifen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009: 10). Resiliente Menschen können demnach, auch bei vielen Risikofaktoren und einer erhöhten Vulnerabilität, ungünstigen Lebenssituationen entgegenwirken (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 22).

## 3.3 Folgen einer Depression

### Komorbidität

Nicht selten treten Depressionen in Verbindung mit anderen somatischen oder psychischen Krankheiten auf. Liegen bei Betroffenen mehreren Krankheiten gleichzeitig vor, wird dies als Komorbidität bezeichnet. Dabei können solche «Nebenkrankheiten» einer Depression vorausgehen oder auch als begleitend erscheinen. Angststörungen weisen in Verbindung mit Depressionen indes die höchste Komorbiditätsrate auf. Nach Wittchen treten diese zeitlich meist primär auf und sind ein entscheidender Risikofaktor. Weiter können auch Substanzstörungen (z.B. Suchterkrankungen), Verhaltens- und emotionale Störungen in der Kindheit sowie Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Essstörungen einer Depression vorausgehen. Umgekehrt konnte festgestellt werden, dass Menschen mit einer Depression in den meisten Fällen an komorbiden körperlichen Erkrankungen leiden. Über 80% der Menschen mit leichten Symptomen einer Depression sind zusätzlich von körperlichen Beschwerden betroffen. Bei Menschen mit mittleren bis schweren Symptomen sind es über 90%. Häufig leiden Betroffene unter Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Schwächegefühle oder Kopfschmerzen. (vgl. Baer et al. 2013: 45f). Nicht selten handelt es sich um somatoforme Störungen (vgl. Wittchen/Hoyer 2011: 888). Somatoforme Störungen lassen sich als körperliche Beschwerden, die nicht (hinreichend) auf eine körperliche Fehlfunktionen zurückzuführen sind, beschreiben (vgl. WHO 2002: 123). In jedem Fall kann von einem reziproken Verhältnis zwischen körperlichen Krankheiten und Depressionen ausgegangen. Betroffene haben durch die Komorbidität von Depressionen meist auch mit körperlichen Folgen zu rechnen (vgl. Baer et al. 2013: 45f). Diese körperlichen Beschwerden sind oft auch mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden. So hält der Bericht des Obsan fest, dass höhere, beziehungsweise stärkere, komorbide körperliche Beschwerden zu höheren Fehlzeiten am Arbeitsplatz führen (ebd.: 51ff).

### Soziale Folgen

Neben den individuellen Folgen hat eine Depression auch negative Folgen für das soziale Umfeld. Wesentlich für diese sozialen Folgen ist die Symptomatik einer Depression. Betroffene haben meist eine gedrückte Stimmung und fühlen sich antriebslos. Interessensverlust, negative Gedanken sowie Libidoverlust können weitere Faktoren sein. Vermehrtes Rückzugsverhalten kann schliesslich wesentlich zur Vereinsamung beitragen. Generell kann von einer Ausdünnung des sozialen Umfelds gesprochen werden. In der Regel ist der Freundeskreis am stärksten betroffen. Des Weiteren sind Menschen mit einer Depression seltener in einer partnerschaftlichen Beziehung. Grundsätzlich fühlen sich Betroffene, unabhängig ob eine Vertrauensperson vorhanden ist, oft einsam (vgl. Baer et al. 2013: 65-74).

## Folgen am Arbeitsplatz

In dieser Arbeit wurde bereits angedeutet, dass sich Folgen psychischer Krankheiten meist in mehreren oder gar allen Lebensbereichen abzeichnen (vgl. Kapitel 2.2: 14). Neben dem individuellen psychischen Leiden, sind die mittelbaren körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einer Depression erheblich. Als zentraler Bereich psychosozialer Folgen ist die Erwerbsfähigkeit betroffen. Betroffene sind durch die krankheitsbedingten Symptome in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt was zu erhöhtem Präsentismus führt. Präsentismus beschreibt in diesem Zusammenhang die Präsenz am Arbeitsplatz bei verminderter Produktivität. Erhöhte Fehlzeiten durch krankheitsbedingte Ausfälle sind ebenfalls bezeichnend. Generell ist der Behinderungsgrad am Arbeitsplatz durch den Schweregrad der Depression und der Dauer der Episode bedingt. Während der depressiven Episode sind Betroffene in der Regel am stärksten eingeschränkt. Nahe einer Remission klingen die Symptome und die Auswirkungen in den verschiedenen Lebensbereichen langsam ab. Bei Menschen mit einer kompletten Remission ist der Behinderungsgrad dann gering bis gar nicht vorhanden. Menschen ohne komplette Remission sind trotz des Abklingen der Symptome noch deutlich in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt (vgl. Baer et al. 2013: 17f).

### 3.4 Bedeutung von Erwerbsarbeit

In unserer Gesellschaft gilt Erwerbsarbeit als zentraler Lebensbereich. Neben der materiellen Existenzsicherung ist die Erwerbsarbeit eine wichtige Quelle für die soziale Einbindung und Anerkennung. Weiter hat Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft orientierende sowie bestätigende Eigenschaften, die massgeblich die psychische Gesundheit prägen. Der Verlust einer Arbeitsstelle geht daher oft mit einer Belastung der psychischen Gesundheit einher. In der Arbeitslosenforschung konnte nachgewiesen werden, dass lang anhaltende Arbeitslosigkeit Betroffene in der Alltagsbewältigung beeinflusst und psychische Auffälligkeiten, wie zum Beispiel eine Depression, nach sich ziehen kann. Wenngleich diese Bedeutung, respektive diese Risiken, viele Menschen betreffen, so kann nicht von einer Kausalität ausgegangen werden. Erwerbslosigkeit beeinflusst nicht alle Betroffenen in gleicher Weise. Wie ein Mensch auf Erwerbslosigkeit reagiert hängt von der Vulnerabilität sowie der Resilienz der betroffenen Person ab. Indes sind Risiko- und Schutzfaktoren ein zentraler Indikator für das Erleben von betroffenen Personen. Der Erhalt der Erwerbstätigkeit scheint folglich für viele Menschen einen positiven Wert für die psychische Gesundheit zu haben. Erwerbsarbeit gewährleistet jedoch nicht grundsätzlich salutogene Faktoren. Erwerbsarbeit, beziehungsweise die damit verbundene Belastung, birgt ebenfalls Risiken für die psychische Gesundheit (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 73f).

Neben offensichtlichen physischen Belastungen arbeitsspezifischer Tätigkeiten kann Erwerbsarbeit mit hoher psychischer und sozialer Belastung verbunden sein und hat somit entscheidende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Von Kardorff und Ohlbrecht gehen von drei gesellschaftlichen Entwicklungen aus, die die Erwerbsarbeit innerhalb unserer Gesellschaft grundsätzlich verändert haben. Entwicklungen, auf die nachfolgend eingegangen wird, bedeuten ferner ein erhöhtes Risiko einer psychischen Erkrankung. Gleichzeitig sind sie für das Verständnis von strukturellen Herausforderungen für die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen von Bedeutung (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 73f).

## **Entwicklung zu einer Risikogesellschaft**

Wandlungsprozesse in allen Bereichen unseres gesellschaftlichen Lebens führen dazu, dass traditionelle Vorbilder an Bedeutung verlieren und weniger Orientierung für eine erfolgreiche Lebensbewältigung bieten. Ferner tragen wir eine grössere Verantwortung bezüglich der Gestaltung der eigenen Biografie sowie Berufsrolle. Diese anspruchsvollen Herausforderungen sind an entwickelte Kompetenzen geknüpft. Nach von Kardorff und Ohlbrecht erfordern diese Bedingungen *«[...] hochentwickelte soziale Kompetenzen, Selbstständigkeit, und Risikobereitschaft, aber auch die Fähigkeit, eigene Erwartungen bei Fehlschlägen realitätsangemessen zu korrigieren; einen reflektierten Umgang mit der eigenen Psyche («Gefühlsarbeit»), eine hohe Änderungsbereitschaft und die Fähigkeit, der eigenen Biografie erkennbare Konturen im Wettbewerb mit anderen zu verleihen»* (von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 76). Psychisch kranke Menschen gelten durch ihre krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen als besonders gefährdet (vgl. ebd.: 76).

## **«Postmoderner» Wertepluralismus**

Der vorherrschende Wertepluralismus ist für viele nicht mehr überschaubar. Folgen sind Unsicherheiten und neue Anforderungen bezüglich der «Work-Life-Balance». Dies erfordert von Erwerbstätigen ein hohes Mass an Flexibilität und Selbstständigkeit, was zu einer stärkeren psychischen Belastung führen kann. Die vielseitigen Anforderungen unserer modernen Arbeitsgesellschaft werden von vielen Menschen als Überforderung empfunden und können bei einer hohen Persistenz schwere Folgen der psychischen Gesundheit nach sich ziehen. Speziell für Menschen mit einer hohen Vulnerabilität können diese Verhältnisse in einer Depression oder andere psychische Krankheiten münden. Neben den genannten Risikofaktoren bieten diese neuen Werte auch Chancen, die eine individuelle und vielfältige Lebensgestaltung ermöglichen. Besonders für Menschen mit einer Depression können diese flexiblen Strukturen, wenn auch nur in bestimmten Kontexten, eine Chance für die berufliche Inklusion sein (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 76f).



## Veränderung der Erwerbsgesellschaft

Die Erwerbsgesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig verändert. Die «Vollzeiterwerbsbiografie» wird als Auslaufmodell bezeichnet. Dieser Wandel ist durch die verringerte Abnahme von Langzeitarbeitslosigkeit, diskontinuierlichen Erwerbsbiografien und mehr Anstellungen im Niedriglohnsektor sowie Prekarisierung der Arbeit gekennzeichnet. Von Aufschwüngen der Konjunktur können meist nur Menschen ohne Beeinträchtigung profitieren. Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität haben dabei geringe bis keine Chancen auf berufliche Teilhabe. So sind Menschen mit einer Depression durch die krankheitsspezifischen Symptome mit Ängsten sowie Stigmatisierung konfrontiert. Umgekehrt wird von der Arbeitnehmerschaft ein hohes Mass an Selbständigkeit, hohe Verfügbarkeit sowie Organisationsvermögen verlangt. In diesem Zusammenhang ist der bereits erwähnte Wertpluralismus, beziehungsweise die damit verbundene «Work-Life-Balance», eine zentrale Herausforderung für Menschen mit einer Depression. Um einen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben, geschweige denn in diesem zu bestehen, müssen Betroffene ein ausgeprägtes Fähigkeitsportfolio und Ressourcenmanagement mitbringen. Neben höheren Anforderungen der Selbstkompetenz sind auch die Anforderungen an die Sozialkompetenz gestiegen. So können beispielsweise die konkurrenzgeprägten betrieblichen Kommunikationsformen von Menschen mit einer Depression als Mobbing wahrgenommen werden (vgl. von Kardorff/Ohlbrecht 2015: 77f).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erwerbsarbeit eine zentrale Rolle in unserem Leben einnimmt. Sie prägt unser Leben als Quelle persönlicher Zufriedenheit und gesellschaftlicher Anerkennung. Weiter dient sie der Existenzsicherung, der Bildung der persönlichen Identität sowie der Selbstverwirklichung. Es zeigt sich, dass uns Erwerbstätigkeit in allen Lebensbereichen betrifft und die Lebensbewältigung entscheidend beeinflusst. Die ausgesprochen zahlreichen salutogenen Auswirkungen von der Erwerbstätigkeit können zum einen als Chance, zum anderen jedoch auch als hohes Risiko bei Misserfolg gesehen werden. Neben Existenzängsten und der damit verbundenen Gefahr sozialer Ausgrenzung kann Stigmatisierung die Folge sein. So spricht Schaufelberger, im Sinne von Ronca, von einer ausgeprägten Leistungsgesellschaft und der individualisierten Zuschreibung von Erfolg und Misserfolg; ganz im Sinne von «jeder ist seines Glückes Schmied» wird jeder und jede für die eigene Leistungsbereitschaft verantwortlich gemacht. Workingpoors und Erwerbslose sind in dieser Logik selbst für ihre missliche Lage verantwortlich. Dass dabei weder Rahmenbedingungen und Ungleichheiten der Gesellschaften wie auch individuelle Lebensverläufe berücksichtigt werden, weist auf die Problematik dieser Denkweise hin (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 48ff).

## Fazit

Dieses Kapitel hat sich mit der Adressatengruppe und deren Lebenswelt auseinandergesetzt. Dabei handelt es sich um Menschen mit einer Depression, beziehungsweise einer depressiven Episode oder Major Depression. Die Ursachen für eine depressive Erkrankung sind individuell und multidimensional. So sind biologische, psychische wie auch soziale Risikofaktoren entscheidend für die Vulnerabilität. Besonders vulnerable Personen sind somit eine Risikogruppe. Zudem wurden Folgen von Depressionen betrachtet. Die Wahrscheinlichkeit von komorbiden Krankheiten ist bei Depressionen hoch. Diese zusätzlichen Belastungen schränken Betroffene in ihrer Erwerbsfähigkeit bedeutend ein. Weiter wurde klar, welche Rolle der Erwerbstätigkeit in unserer Gesellschaft zukommt. Unsere vom gesellschaftlichen Wandel geprägte Arbeitswelt stellt Menschen vor neue Herausforderung, die hohe Kompetenzansprüche stellt. Misserfolg oder Scheitern ist in unserer Leistungsgesellschaft oft mit Stigmatisierung verbunden und kann bei vulnerablen Menschen ebenfalls Auslöser für eine Depression sein. Für Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, gestaltet sich der Wiedereinstieg als besonders schwer. Die Anforderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verlangen von Stellensuchenden ein hohes Mass an Selbstständigkeit. Im Sinne der «Work-Life-Balance» sind Arbeitnehmer darauf angewiesen die eigenen Ressourcen selbst einzuteilen. Diese Flexibilität birgt zum einen Chancen, zum anderen aber auch Gefahren. Besonders für Menschen mit einer Depression kann dies zu einer weiteren psychischen Belastung führen. Die Hürden der Arbeitswelt sind von Betroffenen in vielen Fällen nicht zu bewältigen. Dies widerspiegelt sich in der sozialpolitischen Relevanz dieser Thematik. Als Quintessenz bleibt, dass Menschen mit einer Depression stark von Ungleichheit und Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt betroffen sind. Neben dem krankheitsspezifischen Leiden werden Betroffene stigmatisiert und haben in unserer Leistungsgesellschaft wenig bis keine Chancen auf berufliche Teilhabe (vgl. Kapitel 3: 15ff).

## 4. Berufliche Eingliederung von Menschen mit einer Depression

Das folgende Kapitel geht auf die berufliche Eingliederung von Menschen mit einer Depression ein. In einem ersten Schritt findet eine Annäherung an die berufliche Wiedereingliederung statt. Der Fragestellung dieser Arbeit entsprechend steht das Konzept «Supported Employment» im Fokus. Dieses wird nachfolgend näher betrachtet. Um das Konzept zu erklären werden zuerst theoretische Bezugspunkte und Hintergründe beleuchtet. Danach werden der Anwendungskontext sowie die Zielgruppe beschrieben. Im weiteren Verlauf soll der Prozess des Konzepts aufgezeigt und die Rolle der Beteiligten Akteure näher beschrieben werden.

### 4.1 Begrifflichkeiten, Modelle und Theorien

In Anbetracht der gewonnenen Erkenntnisse aus dem vorhergegangenen Kapitel sollte klar sein welche Relevanz die berufliche Eingliederung von Menschen mit einer Depression in unserer Gesellschaft einnimmt. Die Erwerbsarbeit, respektive deren Erhalt, ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante und steht in engem Zusammenhang mit sozialer Teilhabe und ökonomischer Sicherheit. Die Gesichtspunkte der sozialen Arbeit zur vorliegenden Thematik sind deshalb zentral. Dabei steht grundsätzlich nicht der Zugang zur Erwerbsarbeit im Mittelpunkt, sondern damit verbundene soziale Teilhabe. Insofern liegt der Fokus nicht auf der unbedingten beruflichen Eingliederung. Arbeitsintegration muss aus Sicht der Professionellen der Sozialen Arbeit die soziale Teilhabe fördern (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 9f). Dieses Verständnis von Arbeitsintegration ist bei weitem nicht allgemeingültig und hat je nach Kontext eine andere Bedeutung. Folgend scheint es sinnvoll den Begriff «Arbeitsintegration» zu betrachten und näher zu definieren. Schaufelberger trennt zunächst die zwei Wortteile «Arbeit» und «Integration». Einerseits ist «Arbeit» die Tätigkeit, die der Bedarfsbefriedigung von Gütern und Diensten dient. Andererseits ist die soziale Teilhabe eine zentrale Komponente von «Arbeit». Weiter kann «Arbeit» in «Erwerbsarbeit» und «Nicht-Erwerbsarbeit» unterschieden werden. Unter Erwerbsarbeit wird bezahlte Arbeit verstanden, die primär zur Existenzsicherung verrichtet wird. Als Nicht-Erwerbsarbeit können unbezahlte Tätigkeit, wie zum Beispiel Arbeit im Haushalt, Pflege von Angehörigen oder Freiwilligenarbeit verstanden werden. Der Wortteil «Integration» soll hier nicht den Status von «drinnen sein» oder «draussen sein» bezeichnen. Integration soll hier im Sinne von Sommerfeld als *«[...] mutmasslich komplexes Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten in sozialen Strukturen»* verstanden werden (vgl. ebd.: 14f).

Bei Arbeitsintegration handelt es sich demnach um den Zugang von Menschen zur Arbeit, sowie die durch Arbeit geprägte Wechselbeziehung zwischen Mensch und der Gesellschaft. Ziel der Arbeitsintegration ist demnach diesen Zugang zu sichern und die soziale Teilhabe für betroffene Menschen zu fördern.

Arbeitsintegration hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnten zu einer relevanten, sozialpolitischen Thematik entwickelt. Ursache ist die Veränderung der Erwerbsgesellschaft und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Arbeitnehmerschaft. Schaufelberger spricht in diesem Zusammenhang von Sockelarbeitslosigkeit, der neuen Jugendarbeitslosigkeit sowie der steigenden Anzahl von IV-Berentungen. Unter diesen Gegebenheiten entwickelte sich in den letzten 20 Jahren eine Reform, die sich durch Westeuropa und damit auch die Schweiz zog. Die Reform steht im Zeichen der aktivierenden Massnahmen. Im Sinne von «Fordern» und «Fördern» setzte die aktivierende Arbeitsmarktpolitik auf eine Mischung aus sanktionierenden und unterstützungsorientierten Instrumenten und Massnahmen. Dies hatte zur Folge, dass der Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen grundsätzlich erschwert wurde. Gleichzeitig wurde das Angebot zur beruflichen Eingliederung ausgebaut. Daraus folgend bietet sich Beteiligten eine Vielzahl an Möglichkeiten für berufliche Massnahmen. Diese vielseitigen Unterstützungsmassnahmen stehen jedoch meist in engem Zusammenhang mit Sanktionen. Betroffene Menschen befinden sich in einem Machtverhältnis, das Mitwirkung durch Druck und Kontrolle sicherstellt. Die Soziale Arbeit kritisiert dieses Paradigma der Aktivierung. Gemäss Nadai führen diese Verhältnisse «[...] zu Unsicherheiten und einer Einschränkung der Handlungsautonomie» (Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 12f). Das Aktivierungsparadigma geriet aufgrund der verhältnismässig hohen Kosten in den letzten Jahren immer mehr in die Kritik. Dabei wurde ebenfalls die Wirksamkeit der Arbeitsintegrationsangebote in Frage gestellt. Üblicherweise sieht die gängige berufliche Eingliederung als Vorbereitung eine medizinische, therapeutische, agogische oder qualifizierende Massnahme vor. Nach diesem Prinzip arbeiten auch die IV, die ALV und die Sozialhilfe (vgl. ebd.: 22). Beeinträchtigte Menschen können mit diversen beruflichen Massnahmen stufenweise wiedereingegliedert werden. Mögliche Massnahmen können Trainings, Wiedereinschulung, Umschulung oder eine Ausbildung sein. Die betroffene Person kann so in einem geschützten Rahmen vorbereitet werden. Erfüllt die Person die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, kann sie dort eingegliedert werden (vgl. Rüst/Debrunner 2005: 11). Diese Form von beruflicher Eingliederung wurde in letzten Jahren zunehmend kritisiert. Trotz hohen Investitionen und Fördermassnahmen waren Eingliederungsversuche selten erfolgreich und nachhaltig. Diese ernüchternden Ergebnisse bilden die Ausgangslage für die Prüfung neuer Konzepte, wie SE (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 22).

## 4.2 Supported Employment

### 4.2.1 Geschichte und Etablierung von Supported Employment

Supported Employment ist ein vergleichsweise neues Konzept zur Wiedereingliederung von beeinträchtigten Menschen. Das Konzept wurde ursprünglich in den USA entwickelt und sollte Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt ermöglichen. Es sieht vor, dass Menschen mit und ohne Behinderung nebeneinander arbeiten können. So wird Menschen mit Lern- oder geistiger Behinderungen eine teilhabeorientierte Alternative zu den Werkstätten geboten.

In Deutschland wird Supported Employment oft als «Unterstützte Beschäftigung» übersetzt. In der Schweiz wurde weitgehend der englische Begriff übernommen. Grund dafür sind potenzielle Fehlinterpretationen des Begriffs «Beschäftigung». «Beschäftigung» wird in der Schweiz oftmals mit Nicht-Erwerbsarbeit im erweiterten Arbeitsmarkt assoziiert. Ferner wird Supported Employment in der Schweiz auch als «Job Coaching» bezeichnet. Diese Begrifflichkeit kann jedoch nur für eine Phase des Konzeptes übernommen werden. Die Supported Employment-Fachperson kann vor diesem Hintergrund jedoch als «Job Coach» bezeichnet werden (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 25). Job Coaches sind meist, jedoch nicht immer, Fachpersonen einer sozialen Ausbildung. Grundsätzlich setzt diese Tätigkeit keine soziale Grundausbildung voraus. In den Untersuchungen von Rüst und Debrunner wurde jedoch klar, dass die meisten Fachpersonen eine berufsspezifische Weiterbildung als notwendig sehen (vgl. Rüst/Debrunner 2005: 158ff).

Seit den 1980er Jahre wurde das Konzept Supported Employment zunehmend für spezifische Zielgruppen angewendet. Prägend war ebenfalls das in den 1990er-Jahren entwickelte «Individual Placement and Support System», kurz IPS. Das IPS-Modell wurde speziell für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung entwickelt. Schaufelberger bezeichnet das IPS-Modell als «zielgruppenspezifisches Modell von Supported Employment» (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 24f). Das IPS-Modell gilt als besonders gut erforscht und ist durch seine Konzeption das Referenzmodell von Supported Employment (vgl. Hoffmann/Richter 2018: 181). Die Wirksamkeit des IPS-Modells wurde anhand von repräsentativen Studien nachgewiesen und wissenschaftlich bestätigt. Im Gegensatz zu traditionellen Rehabilitationskonzepten, konnte bei IPS eine höhere Integrationsquote festgestellt werden. Nach Bond ist die Integrationsrate im Vergleich zur traditionellen Rehabilitation mindestens doppelt so hoch. Weiter zeigte sich, dass Betroffene in kürzerer Zeit integriert wurden (vgl. Becker/Stengler 2015: 51f).

Basierend auf den Erkenntnissen in den USA entstanden während den 1980er- und 1990er-Jahren in Europa erste Projekte anhand des Konzepts Supported Employment. Schliesslich wurde im Jahr 1993 die «European Union of Supported Employment» (EUSE) gegründet. Es entstanden stetig weitere Programme, die durch Fördermittel des europäischen Sozialfonds unterstützt wurden (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 20-28). Das erste Programm nach IPS-Grundsätzen der Schweiz entstand 2002 in Bern und wurde anhand einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT-Studie) ausgewertet. Ein weiteres Programm folgte in Zürich. Das Programm in Zürich beteiligte sich an der europäischen Multicenter-Studie «EQOLISE». Die EQOLISE-Studie versuchte die Studienergebnisse aus den USA in Europa zu replizieren. Dazu wurden sechs europäische Länder (Niederlande, Vereinigtes Königreich, Italien, Bulgarien, Deutschland, Schweiz) mit verschiedenen Arbeitsmarktbedingungen, Arbeitslosenraten und Sozialversicherungssystemen untersucht (vgl. Hoffmann/Richter 2018: 181/ Becker/Stengler 2015: 51f). Es wurden 304 langzeitarbeitslose Menschen mit einer psychischen Erkrankung untersucht. Ausgehend von einer Eingangsuntersuchung wurde die Gruppe alle sechs Monate während 18 Monaten untersucht. Als Haupt-Ergebniskriterium galt die Beschäftigung während eines Tages im allgemeinen Arbeitsmarkt. Gegenüber Angeboten nach traditionellen Konzepten wies SE eine höhere Integrationsrate auf. Einzig in den Niederlanden und in Deutschland konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Weiter ergab die Auswertung, dass die Gruppe mit SE häufiger an Folgetagen (mindestens 1 Folgetag) gearbeitet hat (54,5% vs. 27.6%). Zudem leistete die SE-Gruppe in diesem Zeitraum deutlich mehr Arbeitsstunden (429 Stunden vs. 119 Stunden) und war über einen längeren Zeitraum beschäftigt (130 Tage vs. 31 Tage). Die Effektivität von SE ist nicht bei allen untersuchten Ländern gleich. Becker und Stengler stellen in diesem Zusammenhang fest, dass die Job-Findungsrate in Ländern mit folgenden Grundlagen höher war:

- *«in Ländern mit hohem Wachstum des Brutto-Inlandprodukts (BIP) pro Kopf,*
- *in Ländern mit niedriger Langzeitarbeitslosigkeit und*
- *in Ländern mit fehlender Wohlfahrtsfalle.*

*Die Studie ergab keine Hinweise auf erhöhten psychischen Stress durch das SE-Angebot, und auch die Hospitalisierungsraten waren in der SE-Gruppe niedriger als in der Vergleichsgruppe»* (Becker/Stengler 2015: 53).

In Deutschland wird SE, mangels kontrollierter Studien und Effektivitätsnachweisen, keine Überlegenheit gegenüber dem traditionellen Konzept zugesprochen (vgl. Becker/Stengler 2015: 52f). Die in Bern durchgeführte RCT-Studie hatte hingegen weitgehende Auswirkungen auf die Evidenzgüte von SE. Zum einen konnten Klient\*innen unbefristet von Job Coaches begleitet werden, was die Erfolgchancen einer nachhaltigen Wiedereingliederung erheblich beeinflusste. Zum anderen weist die Berner-Studie weltweit den längsten Follow up-Zeitraum einer RCT-Studie aus (vgl. Hoffmann/Richter 2018: 181).

Der erhöhte Erfolg von SE gegenüber dem traditionellen Konzept zeigte sich über einen Zeitraum von zwei Jahren und war nach einer Laufzeit von fünf Jahren noch markanter ausgeprägt. Ferner belegte die Studie bei schwer psychisch Erkrankten eine positive Entwicklung bezüglich Inanspruchnahme von Behandlungen. So mussten psychisch kranke Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt waren, weniger (teil-) psychiatrische Behandlungen beanspruchen. Darüber hinaus zeigte sich bei Betroffenen allgemein eine gesteigerte Lebensqualität. Hoffmann verweist jedoch darauf, dass die Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses eng an die Befristung des Job Coachings gebunden ist (vgl. Hoffmann/Richter 2018: 181). In der Schweiz sind SE-Programme verbreitet und werden gefördert. Trotz der überaus positiven Wissensgrundlage blieb bis dato eine politische oder gesetzliche Verankerung aus. Während in anderen europäischen Ländern die Umsetzung von SE gesetzlich geregelt ist, müssen sich entsprechende Programme in der Schweiz in die bestehende Gesetzesgrundlage einpassen. Dies beschränkt die Umsetzung von SE-Programmen und damit auch die Erfolgchancen von Betroffenen. Diese Problematik zeigt sich treffend an der Befristung des Job Coachings (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 57).

In den meisten Kontexten ist die Finanzierung und somit auch die Dauer der Begleitung befristet. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses dadurch niedriger ausfällt. Weiter müssen SE-Angebote oft phasenweise durch verschiedene Kostenträger finanziert werden. In manchen Fällen werden die Leistungen von den Kostenträgern nicht komplett gedeckt und müssen deshalb von den Fachstellen durch andere Angebote querfinanziert werden. Ferner ist eine Direktplatzierung im allgemeinen Arbeitsmarkt selten. IV-Stellen sehen meist ein längeres Belastbarkeits- oder Aufbautraining vor. Die IV-Revision 6a hat die Finanzierungsmöglichkeiten für SE-Programme weitgehend verbessert. Eine allgemeine gesetzliche Grundlage ist jedoch nach wie vor nicht vorhanden. Dies bedeutet, dass die Finanzierung und somit auch die Umsetzung von SE-Programmen noch immer unklar geregelt ist (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 57f).

Betrachtet man in diesem Kontext nun die verschiedenen Interessen, zeigt sich ein Spannungsfeld. Während Job Coaches im Konzept von Supported Employment eine grössere berufliche Teilhabe der Klientel anstreben, sind die Interessen der Kostenträger primär finanziell geprägt. Diese Diskrepanz ergibt sich bereits aus dem Verständnis der Begrifflichkeit «Arbeitsintegration» (vgl. Kapitel 4.1: 27f). Das vorhandene Spannungsfeld ist für die bisherige und zukünftige Umsetzung von Supported Employment massgebend (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 20f).

## 4.2.1 Zielgruppen und Kostenträger

Prinzipiell richtet sich das SE-Angebot an alle Menschen, die einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt haben. Die verschiedenen Zielgruppen von SE haben erhebliche Schwierigkeiten und gelten daher für die reguläre Arbeitsvermittlung als «nicht vermittlungsfähig». Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung stellen in diesem Zusammenhang eine der grössten Betroffenen-Gruppe dar. Wenngleich Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ursprünglich nicht die primäre Zielgruppe darstellten, so hat sich das Konzept für eben diese als überaus erfolgreich erwiesen (vgl. Kapitel 4.1: 30). Weiter zählen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung zu den Gruppen, die am stärksten von Desintegration in der Arbeitswelt betroffen sind (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 58). Vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Entwicklungen der letzten Jahre hat sich die Wiedereingliederung dieser Zielgruppe als prioritär gezeigt. SE-Angebote werden in der Schweiz primär im Kontext der IV umgesetzt. Nach Schaufelberger hat die IV verschiedene Zielsetzungen:

- «zur Arbeitsplatzzerhaltung resp. Rückkehr an den Arbeitsplatz
- zur beruflichen Wiedereingliederung bei drohender Invalidität
- zur Überwindung einer Invalidität (in der Terminologie der IV: Eingliederung statt Rente)
- sowie zur beruflichen (Erst-) Ausbildung im allgemeinen Arbeitsmarkt oder an dezentralen Ausbildungsplätzen (Supported Education)» (Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 52).

Die IV-Gesetzgebung wird von kantonalen IV-Stellen durchgesetzt, die wiederum Kostenträger der Leistungen sind. Dabei gibt es bei der Vollzugspraxis je nach Kanton signifikant Unterschiede. Einige IV-Stellen übertragen die Mandate an spezialisierte Fachstellen, während andere das Job Coaching selbst übernehmen und mit eigenen Fachpersonen umsetzen (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 52).

Weitere Kostenträger von Angebote für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung können Sozial- oder Privatversicherer sein. So werden SE-Angebote teils auch von Unfall- und Krankentaggeldversicherern finanziert. Wie bei den IV-Stellen gibt es auch hier einzelne Versicherer, die sich gezielt am SE-Konzept orientieren. Ferner können Kantone, beziehungsweise die entsprechenden Verwaltungseinheiten potenzielle Kostenträger sein. So obliegt das Bereitstellen von Strukturen zur Eingliederung von beeinträchtigten Menschen den Kantonen. Die Kantone setzen dies auch um und finanzieren Wohnheime, Werkstätten sowie Tagesstätten. In diesem Zusammenhang könnten Kantone auch SE-Angebote fördern, um beeinträchtigte Menschen eine teilhabeorientierte Möglichkeit zu bieten. Beispiele für eine solche Förderung sind, wenn auch nur ganz selten, in der Schweiz vorhanden (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 52f).



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch die fehlende gesetzliche Regelung auf eidgenössischer Stufe, das SE-Konzept nur punktuell umgesetzt wird und insbesondere den Kostenträgern der Entscheid über deren Anwendung in eigener Kompetenz obliegt.

#### 4.2.2 Theorien, Bezüge, Prinzipien und Qualitätsmerkmale

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, an welchen theoretischen Bezugspunkten und Prinzipien sich das SE-Konzept orientiert. SE sieht sich als interdisziplinäres Konzept, das je nach Anwendungskontext nach weiteren theoretischen Bezügen verlangt. Im Zusammenhang mit dem Kontext der Arbeit sowie der Adressatengruppe wurden einige relevante Theorien und Prinzipien bereits in den vorstehenden Kapiteln aufgezeigt.

SE zielt nicht nur auf das Erlangen, sondern ebenso auf den langfristigen Erhalt einer Arbeitsstelle ab. Betroffene Menschen können in diesem Prozess von Job Coaches über längere Zeit, individuell und flexibel begleitet werden. Ziel ist eine bezahlte Arbeit, die der Leistung der betroffenen Person entspricht. Die Entlohnung nimmt in diesem Konzept eine zentrale Rolle ein. Der Erfolg einer Arbeitsintegration wird jedoch nicht an der Reduktion von Transferleistungen gemessen. So spielt es beispielsweise keine Rolle, ob durch die erfolgreiche Arbeitsintegration eine tiefere IV-Rente ausgesprochen werden kann. Für das Konzept steht in diesem Fall nicht die finanzielle Ablösung von den Sozialversicherungssystemen, sondern die berufliche Teilhabe im Fokus (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 30f).

SE stützt sich auf das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Für Menschen mit einer Depression bedeutet dies, dass die psychische Krankheit multidimensional betrachtet werden muss. Neben den psychischen Faktoren sind biologische wie auch soziale Faktoren relevant. Weiter ist das Verständnis von Gesundheit und Krankheit durch Antonovskys Ansatz der Salutogenese geprägt. Faktoren, die krank machen (Risikofaktoren), allgegenwärtig. Der Fokus liegt indes nicht auf den Risikofaktoren, sondern auf «gesundmachenden», also salutogenen, Faktoren. Diese Faktoren sorgen dafür, dass die Gesundheit eines Menschen auch in belastenden Situationen gewährleistet ist. Wesentliche Ressource für diese Faktoren ist das Kohärenzgefühl, kurz SOC (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 30f/ Kapitel 2.1: 12).

Bezüglich Selbstbestimmung und -befähigung lassen sich ressourcenorientierte Theoriebezüge machen. Dabei orientiert sich SE am Recovery- sowie am Empowerment-Konzept. Das Recovery-Konzept beschreibt den persönlichen Prozess, der die Sinnhaftigkeit im Leben fördert und so eine Genesung begünstigt. Betroffene werden in diesem Prozess begleitet und unterstützt, wobei der Fokus stets auf der Eigenleistung der genesenden Person liegt (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 30f).

Der Begriff Empowerment stammt aus der englischen Sprache und lässt sich als (Selbst-) Ermächtigung oder (Selbst-) Bemächtigung übersetzen. Dieses ressourcenorientierte Konzept möchte die Selbstbestimmung (wieder-) herstellen. Der Begriff kann verschiedene Bedeutungen haben. Nach dem reflexiven Wortsinn ist Empowerment ein Vorgang der Selbstbefähigung oder -bemächtigung. Der transitive Wortsinn meint den Vorgang der Befähigung, respektive Bemächtigung, durch eine aussenstehende Person. Im politischen Sinne hat Empowerment eine partizipative Bedeutung. Damit ist der Vorgang der Bemächtigung, innerhalb der strukturell ungleichen politischen Machtverteilung, gemeint. Das lebensweltliche Verständnis ist eng mit dem Begriff der Ressourcenorientierung verknüpft. Empowerment meint demnach die Möglichkeit auf persönliche Ressourcen zurückzugreifen und damit das eigene Leben selbstbestimmt zu gestalten (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 30f).

Im SE-Konzept kommt dem Verhältnis von Umfeld und Individuum eine hohe Bedeutung zu. Entsprechend setzt SE auch theoretische Bezugspunkte zur Systemtheorie. Schaufelberger orientiert sich in diesem Zusammenhang an dem ökosystemischen Ansatz nach Bronfenbrenner. Die Theorie dient jedoch nicht der Begründung oder Herleitung des SE-Konzepts. Schaufelberger betrachtet sie eher als Analysefolie. Weitere theoretische Bezugspunkte finden sich in den Stigma- und Labelingtheorien. Im Zusammenhang mit der Zielgruppe «depressive Menschen» sind zudem Theorien über die Verläufe und Auswirkungen von psychischen Krankheiten relevant (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 30f).

### **Orientierung an dem «Individual Placement and Support System»**

Generell orientieren sich SE-Programme in der Umsetzung des Konzepts an den EUSE-Qualitätsstandards oder den IPS-Grundsätzen. Während die EUSE-Qualitätsstandards ein grosses Anwendungsspektrum vorsehen, richten sich die IPS-Grundsätze spezifisch an Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Die erfolgreiche SE-Umsetzung nach IPS-Grundsätzen konnte in Studien aus den USA sowie in der Studie aus Bern belegt werden (vgl. Kapitel 4.2: 29f).

Die Erfolgchancen bei der Umsetzung von SE nach dem IPS-Modell (SE-IPS) können anhand der «IPS Fidelity Scale» (IPS-15) gemessen werden. Diese setzt sich aus 15 Merkmalen zusammen, die einem der drei folgenden Oberbegriffen zugeordnet werden; Personal, Organisation und Leistungen, beziehungsweise Services. Jedes Merkmal des IPS-15 kann anhand einer Skalierung von eins bis fünf bewertet werden. Die entsprechenden Werte werden addiert und ergeben in der Summe den SE-IPS-Implementierungsgrad. SE-Programme mit einem hohen SE-IPS-Implementierungsgrad können die zielgruppenspezifischen Bedürfnisse von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung besonders gut decken (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 60ff).

Demnach bietet die Orientierung an IPS-Grundsätzen und dem IPS-15 für Menschen mit einer Depression erhöhte Erfolgchancen. Insofern ist es sinnvoll SE-Programme, die sich an Menschen mit einer Depression richten, möglichst nach IPS-Grundsätzen zu gestalten. Nachfolgend sollen die Merkmale des IPS-15 näher beschrieben werden (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 60ff).

- **Personal**

- Betreuung von maximal 20 Personen durch Job Coach: Gemäss Berner-Studie, sollte die Betreuung durch Job Coaches mit einer Vollzeitstelle maximal 16 Personen abdecken.
- Der Aufgabenbereich von Professionellen der Sozialen Arbeiten beinhaltet nur das Job Coaching: PSA befassen sich nicht mit therapeutischen oder administrativen Aufgaben. Trotzdem sind Kenntnisse in Psychologie und Wirtschaft notwendig.
- Job Coaches sind mit allen Aufgaben innerhalb des Integrationsprozesses betraut: Job Coaches begleiten Klient\*innen «von Anfang bis Ende, das heisst von der Aufnahme, vom Assessment, von der Stellensuche, Erarbeitung und ggf. Stellenwechsel bis zum langfristigen Support der Teilnehmenden und Vorgesetzten» (Jäckel/Hoffmann 2015: 62).

- **Organisation**

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem gemeindepsychiatrischem Team: Job Coaches vernetzen sich mit den psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen und bilden ein interdisziplinäres Team. Der Austausch findet fortlaufend statt und zielt auf die Rehabilitation sowie die Wiedererlangung der alltäglichen wie auch der beruflichen Leistungsfähigkeit ab. Weiter müssen SE-Programme in sozial- oder gemeindepsychiatrischen Verbänden integriert werden (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 62).

- Vernetzungsgespräche und Supervisionen: Neben der Begleitung und Vermittlung der Klientel soll ein regelmässiger Austausch betreffend Fall- und Rehabilitationsverlauf stattfinden. Job Coaches bekommen innerhalb von Vernetzungsgesprächen oder Supervisionen einen tieferen Einblick in das Krankheitsbild von Betroffenen und werden für Gegenübertragungsphänomene sowie systemische Interaktionen sensibilisiert.
- Niederschwelliger Zugang: SE-Programme müssen niederschwellig, Wartezeiten kurz sein. Die Platzierung muss direkt und zeitnah erfolgen, was einen gewissen Bekanntheitsgrad bei Versorgern der Akutbehandlung voraussetzt. Weiter müssen Ressourcen der potenziellen Klientel aufgezeigt werden (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 62).

#### - Leistungen (Services)

- Assessments erfolgen kontinuierlich am Arbeitsplatz: Auf das Eingangsassessment, welches als Standortbestimmung dient, finden am Arbeitsplatz fortlaufend weitere Assessments statt. Dies soll psychisch beeinträchtigten Menschen eine möglichst bedarfsgerechte Unterstützung garantieren und entsprechende Zielsetzungen und Interventionen ermöglichen. Weiter kann Über- und Unterforderung der Klientel verhindert und eine optimale Passung zwischen Anforderungen und Fähigkeiten gefunden werden.
- Zeitnahe Vermittlung der Klientel an Arbeitsplätze im allgemeinen Arbeitsmarkt: Klient\*innen sollten möglichst schnell (innerhalb eines Monats) eine Arbeitsstelle im allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt bekommen. Job Coaches, respektive SE-Programme, müssen daher gut vernetzt und mit regionalen Arbeitgebern im Kontakt sein.
- Individuelle Arbeitsplatzsuche: Die Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz sollte sich an den Bedürfnissen, Fähigkeiten sowie Erfahrungen der Klient\*innen orientieren. In diesem Zusammenhang ist auch die aktuelle psychische Verfassung zu berücksichtigen.
- Breites Portfolio an Tätigkeitsfeldern
- Unbefristete Arbeitsplätze: Das Arbeitsverhältnis sollte unbefristet sein.
- Unterstützung bei einem Stellenwechsel: Klient\*innen werden bei einem allfälligen Stellenverlust vom Job Coach unterstützt (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 62).

- Unbefristetes Coaching von Klient\*innen und Arbeitgeber: Dieses Merkmal ist als besonders relevant zu erachten und unterscheidet SE-IPS von herkömmlichen Angeboten. Vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit sollten Klient\*innen ein unbefristetes Coaching erhalten. Krisen treten selten unmittelbar nach der Wiedereingliederung auf. Meist treten Überforderungen und Krisen erst im späteren Verlauf, wenn keine Unterstützung durch das Job Coaching mehr besteht und Betroffene auf sich allein gestellt sind, auf (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 63). Die Wichtigkeit dieses Aspektes wurde durch die Berner-Studie verdeutlicht (vgl. Kapitel 4.2: 30f).
- Gemeindeintegration des Angebots: Das Angebot soll nach dem Normalitätsprinzip nicht in einem geschützten Rahmen stattfinden.
- Aufsuchende Sozialarbeit: Job Coaches suchen Klient\*innen am Arbeitsplatz auf und unterstützen Vorgesetzte wie auch Arbeitskollegen\*innen (vgl. Jäckel/Hoffmann 2015: 64).

### 4.2.3 Aufbau und Vorgehen

Das Vorgehen im SE-Konzept ist phasenweise aufgebaut, wobei die Anzahl der Phasen sich je nach Referenz unterscheidet. Diese Arbeit orientiert sich am Aufbau von Becker und Drake, die vier Phasen unterscheiden:

- Orientierung und Beauftragung
- Erarbeitung eines beruflichen Profils und Integrationsplanung
- Arbeitsplatzfindung und Vermittlung
- Unterstützung am Arbeitsplatz (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 26).

Der idealtypische Verlauf einer SE-Integrationsprozesses gestaltet sich in die genannten vier Phasen, die aufeinander aufbauen. Der theoretische Aufbau widerspiegelt sich jedoch meist nicht in der Praxis. Oft können die vier Phasen nicht klar abgegrenzt werden und erfolgen nicht zwingend aufeinander aufbauend. Viel mehr sind die Übergänge fließend und entsprechende Themen wiederkehrend oder längerfristig relevant. Daher soll der Aufbau nicht als eine starre Vorgabe für einen SE-Prozess gesehen werden. Der Aufbau dient zur Strukturierung des Prozesses und orientiert Job Coaches in ihrem Handeln. Weiter erleichtert diese Strukturierung die Überprüfung einzelner Phasen sowie des ganzen Prozesses (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 80).

## Orientierung und Beauftragung

In der ersten Phase eines SE-Prozesses gilt es zunächst zu klären, ob es sich beim vorliegenden Fall um einen Auftrag für Supported Employment handelt. Dabei sind zwei Zielgruppenkriterien wesentlich. Zum einen werden alle Klient\*innen angenommen, die einen erschwerten Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt haben und «schwierig zu vermitteln» sind. Weiter ist es für den SE-Prozess unabdingbar, dass das Klient\*innen den Wunsch zur beruflichen Wiedereingliederung verfolgen. In der Realität können durch strukturelle Bedingungen jedoch weitere Zielgruppenkriterien vorhanden sein. So sind in manchen Kontexten gesetzliche Zuständigkeiten oder Rahmenbedingungen für die Teilnahme an einem SE-Angebot ausschlaggebend (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 81f). Für Menschen mit einer mittleren oder schweren Depression treffen prinzipiell beide Zielgruppenkriterien zu. Wobei letzteres individuell ist und zielgruppenspezifisches Handeln seitens von Job Coaches erfordert (vgl. Kapitel 4.2.2: 32).

Ziel der ersten Phase in einem SE-Prozess ist es, die Zielgruppen zu erreichen, diese über das Angebot aufzuklären und zusammen (potenzielle) Kostenträger auszumachen. Schaufelberger unterscheidet drei mögliche Ausgangssituationen:

- Betroffene Person kontaktiert (selbständig) das SE-Angebot.
- Person ist bereits in einem Programm/ nutzt bereits ein Angebot, das ebenfalls eine Wiedereingliederung nach SE-Konzept anbietet. In diesem Kontext ist das SE-Angebot als Anschlusslösung, entsprechend dem Stufenkonzept, zu sehen.
- Person wird von zuständiger Behörde (z.B. IV/Sozialhilfe) zugewiesen oder direkt angemeldet.

Die Gestaltung der ersten Phase bedarf je nach Ausgangssituation einer Anpassung. So kann gemäss Kähler zwischen «erbeteten Erstgesprächen» und «angeordneten Erstgesprächen» unterschieden werden. Die erbetenen Erstgespräche stellen einen Idealfall dar und erfüllen per se ein grundsätzliches Zielgruppenkriterium. In der Praxis sind angeordnete Erstgespräche jedoch keine Seltenheit. Dabei werden Betroffene ausgehend von Professionellen angemeldet. Die Wiedereingliederung kann somit auch in SE-Prozessen im Rahmen eines Zwangskontextes stattfinden. Obwohl dies den Prinzipien des SE-Konzepts widerspricht, kann unter angepassten Bedingungen trotzdem eine Eingliederung stattfinden. Bezieht sich die Eingliederung jedoch nur noch in Teilbereichen auf SE, sollte der Prozess klar vom Begriff Supported Employment abgegrenzt werden. Grundsätzlich braucht es für ein SE-Programm einen Kostenträger. Durch die Anmeldung an einem SE-Prozess entsteht zwangsläufig ein Verhältnis dreier Parteien (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 82f).

Eine solche «Dreieckskonstellation» wird in der folgenden Abbildung visualisiert:

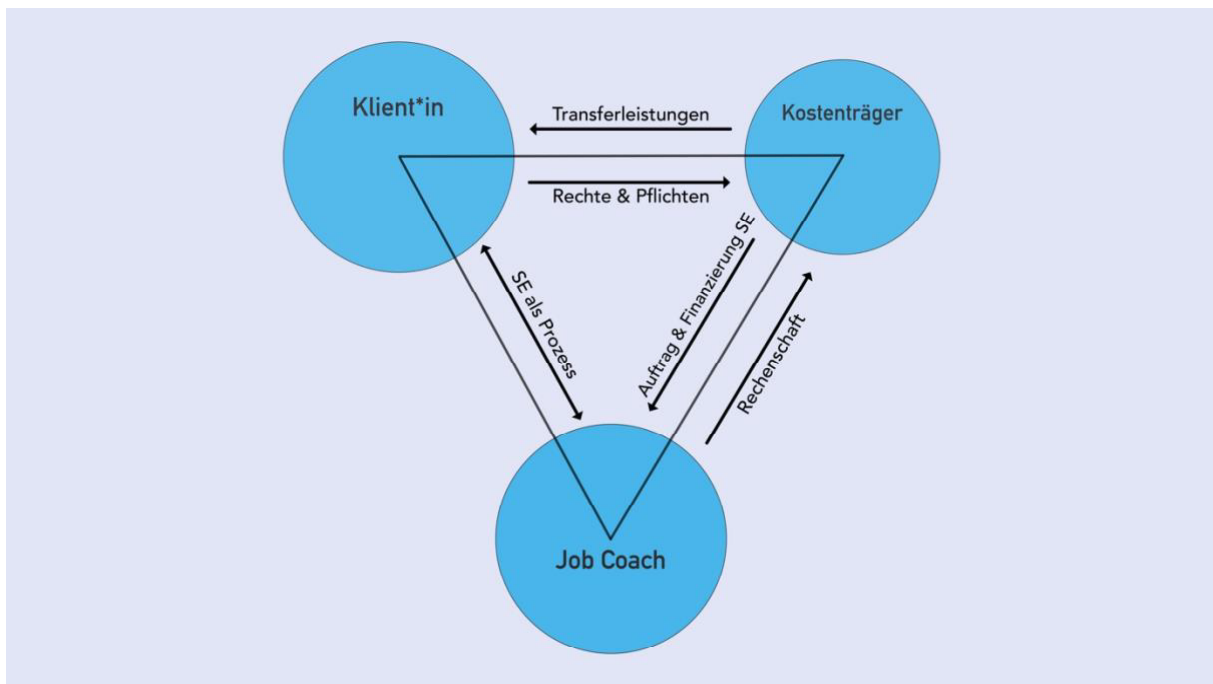


Abbildung 4: Die Dreieckskonstellation im SE-Prozess (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 83)

Die «Dreieckskonstellation» zeigt, welche Akteure zu Beginn eines SE-Prozesses involviert sind. Weiter zeigt die Grafik, in welchem Verhältnis diese zueinander stehen:

- *Klient\*in – Kostenträger*: Meist braucht die Initiierung eines SE-Prozesses einen Kostenträger (vgl. Kapitel 4.2.1: 32). Dabei kann es sein, dass Klient\*innen bereits in einem Verhältnis zum Kostenträger stehen und Transferleistungen erhalten. Umgekehrt müssen Betroffene sich an vorgegebene Rechte und Pflichten der Kostenträger halten.
- *Kostenträger – Job Coach*: Die Kostenträger erteilen den Auftrag der Wiedereingliederung und finanzieren diese. Dementsprechend sind SE-Anbieter den Kostenträgern Rechenschaft schuldig. In manchen Kontexten verfügen Kostenträger selbst über ein SE-Angebot (z.B. Job Coaches der IV). In diesem Fall ist es wichtig diese zwei Rollen voneinander abzugrenzen und dieses Verhältnis gegenüber der Klientel offenzulegen.
- *Job Coach – Klient\*in*: In diesem Verhältnis findet der SE-Prozess statt.

## Erstgespräche

In einem ersten Schritt geht es darum, potenzielle Klient\*innen über den Ablauf des SE-Prozesses zu informieren. Betroffene sollen erfahren, auf was sie sich einlassen und welche Chancen und Herausforderungen damit verbunden sind (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 84f).

Ausgehend von den beschriebenen drei Ausgangslagen nach Schaufelberger gilt es beim Erstgespräch einige Punkte zu beachten. Bei klient\*innen-initiierten SE-Prozessen werden am Erstgespräch primär die Anliegen und Erwartungen der Betroffenen geklärt. In diesem Zusammenhang kann auch ermittelt werden, inwiefern das SE-Angebot die Bedürfnisse abdecken kann und wer (potenzieller) Kostenträger ist. Nach dem Erstgespräch gilt es den Kostenträger zu kontaktieren, um eine Finanzierung zu klären. Findet der SE-Prozess als Anschlusslösung am gleichen Arbeitsort statt, ist das Arbeitsumfeld, möglicherweise auch das Job Coaching, bereits bekannt. Schaufelberger plädiert in einer solchen Konstellation für einen klar kommunizierten Start des SE-Prozesses. Gesprächsthemen gestalten sich entsprechend der klient\*innen-initiierten Ausgangslage. Wird der Klient oder die Klientin direkt von der zuständigen Behörde zugewiesen, müssen Betroffene in einem ersten Schritt aufgeklärt werden. So ist nicht selten, dass Klient\*innen nicht wissen, was von einem SE-Prozess zu erwarten, respektive inwiefern dieser verbindlich ist. Vor diesem Hintergrund ist sollte geklärt werden, ob die Teilnahme angeboten oder angeordnet wurde (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 84f).

### **Auftragsklärung**

Aufbauend auf den erhaltenen Informationen kann der Auftrag geklärt werden. Zunächst können im Rahmen eines Gesprächs aller drei Parteien (Job Coach, Klient\*in, Kostenträger) verbindliche Erwartungen sowie Rahmenbedingungen des SE-Prozesses geklärt werden. Ist der Kostenträger Anbieter des Job Coachings, so beeinflusst dieses Verhältnis gezwungenermassen die Zusammenarbeit. Job Coaches sollten in dieser Konstellation die zwei Rollen klar voneinander abgrenzen, Klientinnen über allfällige Sanktionen aufklären und in diesem Sinne das «Doppelmandat» offenlegen. Sind die Anliegen aller drei Parteien transparent, sollten in einem nächsten Schritt die vorliegenden Anliegen unter der Perspektive des institutionellen sowie des professionellen Auftrags analysiert werden. Nicht selten gehen die Erwartungen auseinander oder können nicht miteinander vereinbart werden. So ergibt sich durch das differenzierte Interesse von Sozialversicherern und dem SE-Konzept bereits ein Spannungsfeld, das Job Coaches potenziell in der Arbeit einschränken kann. Job Coaches, die SE anbieten, müssen sich dessen bewusst sein und gegebenenfalls einen Auftrag ablehnen. Lassen sich die Anliegen aller Beteiligten innerhalb eines SE-Prozesses vereinen, so kann der Auftrag angenommen werden. Wichtig, im speziellen für SE-IPS, ist die freiwillige Teilnahme des/der Klient\*in (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 87).



## **Arbeitsbeziehung**

Neben der Auftragsklärung ist die Arbeitsbeziehung zwischen Job Coaches und Klient\*innen in der ersten SE-Phase zentral. Generell gilt die Arbeitsbeziehung in der Sozialen Arbeit als grundlegend für professionelles Handeln. Sie determiniert die Zusammenarbeit und schliesslich den Erfolg einer Wiedereingliederung. Zu Beginn sind Job Coaches dazu angehalten ein Vertrauen zur Klientel aufzubauen. Wenngleich dies besonders in der ersten Phase naheliegend scheint, so ist die Arbeitsbeziehung während des ganzen SE-Prozesses ein wichtiger Bestandteil. Eine gute Arbeitsbeziehung kann innerhalb eines SE-Prozesses durch diverse Herangehensweisen, beziehungsweise Methoden, begünstigt werden (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 87). Hochuli Freund und Stotz benennen in diesem Zusammenhang diverse Kontextbedingungen. So kommt der Dauer, Verbindlichkeit sowie auch der Entstehung der Arbeitsbeziehung grosse Bedeutung zu (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 87). Das SE, respektive das SE-IPS, orientieren sich weitgehend an diesen Bedingungen. So sieht das SE-IPS die Dauer der Arbeitsbeziehung als grundsätzlich für eine positive Arbeitsbeziehung und somit eine erfolgreiche Wiedereingliederung vor. In der IPS-15 wird gar von einer unbefristeten Arbeitsbeziehung gesprochen (vgl. Kapitel 4.2.2: 36). Die Verbindlichkeit ist für die Wiedereingliederung nach SE-Prinzipien ebenfalls zu beachten. SE-Prozesse sehen die Freiwilligkeit seitens der Klientel vor, was teils durch die Verbindlichkeit mit Kostenträgern nicht zu vereinbaren ist (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 84f). In der Phase der Orientierung und Beauftragung es also zunächst um den ersten Kontakt mit der Klientel gehen. Neben dem Orientieren der Klientel soll der allgemeine Kontext des potenziellen Falls geklärt werden. Weiter gilt es zu bestimmen ob der Fall überhaupt angenommen werden kann. In dieser Hinsicht muss eine professionelle Arbeitsbeziehung, die sich an den Prinzipien von SE orientiert möglich sein. Sprechen die genannten Aspekte für eine Zusammenarbeit, so kann der SE-Prozess fortgesetzt werden (vgl. Kapitel 4.2.3: 37f).

## **Erarbeitung eines beruflichen Profils und Integrationsplanung**

Aus der ersten Phase sollten nun der Auftrag sowie die Rahmenbedingungen klar sein. In der sogenannten «Findungsphase» soll die Situation der Klientel erfasst und ein entsprechendes Profil erstellt werden. Im Anschluss soll dieses überprüft werden. Diese zwei Schritte können auch als «Profiling» und «Assessment» bezeichnet werden, wobei sich eine klare Differenzierung in der Praxis schwierig gestaltet. Weiter sieht sind diese Schritte nicht als aufeinanderfolgend, sondern eher als zirkulär zu sehen. Dennoch erachtet er in dieser Phase eine Unterteilung in zwei Schritten als sinnvoll; die Erarbeitung eines beruflichen Profils und die Planung der Integration. Somit liegt der Fokus zunächst auf der Fähigkeit der Klientel, und in einem weiteren Schritt auf der Intervention, respektive der Vorgehensweise (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot: 90).

Für die Strukturierung des beruflichen Profils gibt es verschiedene Zugänge, die je nach Kontext Unterschiede aufweisen. Unabhängig vom Kontext gilt es jedoch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- *«Berufliche Ziele und gewünschte Arbeit*
- *Beruflicher Hintergrund (Schulbildung, Ausbildung, Berufserfahrung)*
- *Berufsrelevante Fähigkeiten*
- *Gesundheitliche Situation und Umgang mit allfälligen Beeinträchtigungen*
- *Aktuelle Lebenssituation (Familie, Wohnen, Finanzen, Freizeit und Interessen, Kontakte und soziale Integration, Mobilität)*
- *Motivation, Einstellung zur Arbeit (idealerweise Kontrollüberzeugung, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeit, Handlungsautonomie)*
- *Frühere bzw. bisherige Anstrengungen zur Integration in die Arbeit*
- *Bestehendes Unterstützungssystem (persönliches Umfeld und professionelles Hilfenetz)»*  
(Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 90).

Die zuvor aufgezeigte Strukturierung zeigt, dass neben beruflichen Aspekten auch weitere Lebensbereiche miteinbezogen werden. Wenngleich im SE-Prozess die berufliche Wiedereingliederung und damit dieser Lebensbereich zentral scheint, so sollten Job Coaches weitere Aspekte nicht ausser acht lassen. Bezogen auf Menschen mit einer Depression trifft dies besonders zu. Durch die multidimensionalen Auswirkungen der Krankheit scheint ein erweiterter Fokus beim Erstellen eines beruflichen Profils sinnvoll (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 90).

Die Erstellung eines beruflichen Profils soll nicht ein Abbild des aktuellen Status sein. An dieser Stelle soll erneut erwähnt werden, dass sich dieser Prozess zirkulär verhält und immer wieder angepasst werden kann. So können beispielsweise mit Praktika neue Erkenntnisse zu Tage kommen, die eine Anpassung des beruflichen Profils erfordern. Prinzipiell kann sich das berufliche Profil während des ganzen SE-Prozess immer wieder verändern. Diese Zirkularität verhält sich individuell und ist für SE als Prozess charakteristisch. Zur Erarbeitung des beruflichen Profils gibt es verschiedene Möglichkeiten. In Gesprächen kann mithilfe von standardisierten Instrumenten, Visualisierungen oder Fragebögen gearbeitet werden. Weiter können die bereits erwähnten Praktika neue Erkenntnisse liefern. Dabei gilt zu beachten, dass Praktika in SE-Prozessen nicht frei von Kritik sind. Da Klient\*innen keine Entlohnung für die Arbeit erhalten und längere Praktika dem Prinzip der «direkten Platzierung» widersprechen, sollten entsprechende Arbeitsversuche zeitlich begrenzt werden. Weitere Quellen sind bisherige Arbeitserfahrungen sowie Einschätzungen von Fachpersonen, ehemaligen Vorgesetzten oder Mitarbeiter\*innen. In der Praxis werden anhand dieser Erkenntnisse Selbst- und Fremdeinschätzung gegenübergestellt (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 90ff).

Dies entspricht der Arbeitsweise von Job Coaches in SE-Angeboten. Dabei gilt, dass Job Coaches möglichst keine Fremdeinschätzung vornehmen und Klient\*innen als Expert\*innen ihrer Lebenswelt betrachten. Mögliche Unterschiede können durch die genannte Gegenüberstellung ersichtlich gemacht werden. Untersuchungen zu SE-Fachstellen in der Schweiz haben eine unterschiedliche Handhabung bezüglich Erstellung eines beruflichen Profils festgestellt. Nicht alle SE-Fachstellen arbeiten mit dem gleichen Mass an Strukturiertheit. Generell ist eine hohe Diskrepanz zwischen individuellen und strukturierten Vorgehensweisen zu erkennen. In dieser Hinsicht sind Job Coaches besonders herausgefordert. Schaufelberger sieht dies im Zusammenhang mit komplexen Prozessen von Individuum und Gesellschaft und verweist auf das «strukturelle Technologiedefizit» nach Luhmann. Demnach kann bei diesen Prozessen nicht von einem Ursache-Wirkungs-Prinzip ausgegangen werden. Eine umfassende Strukturierung aller Prozesse in der Sozialen Arbeit würde der Individualität und somit der auch Klientel nicht gerecht werden. Daraus schliessen Hochuli Freund und Stotz, dass professionelles Handeln somit nicht standardisiert werden kann (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 91ff).

Gemäss Hochuli Freund und Stotz kann dem «strukturellen Technologiedefizit» wie auch der «Nichtstandardisierbarkeit des Handelns» mithilfe eines fallspezifischen rekonstruktiven Zugangs entgegengewirkt werden. Das dazu benötigte Wissen kann durch die bereits erwähnten Möglichkeiten der Erarbeitung des beruflichen Profils erlangt werden (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 91ff).

Das dynamische Verhältnis der zwei Schritte dieser Phase wurde bereits erwähnt. Demensprechend sind Übergänge zur Integrationsplanung nicht immer klar ersichtlich. Durch das berufliche Profil sollten Zielsetzungen sowie mögliche Berufsfelder bereits bekannt sein. Mögliche involvierte Kostenträger sowie Fachpersonen sollten nun über das berufliche Profil und die Zielsetzung aufgeklärt werden. Weitere Schritte und Verbindlichkeiten werden in der Regel schriftlich festgehalten und von allen Beteiligten unterzeichnet. Wenn hinter den Kostenträgern Sozialversicherer stehen, sind solche schriftlichen Ziel- und Handlungspläne besonders zu beachten. Job Coaches von SE-Angeboten sind in ihrer Funktion gefordert, Ziel- und Handlungspläne der Kostenträger von denen des SE-Prozesses zu differenzieren. Die Integrationsplanung steht weitgehend im Zeichen der Eigenverantwortung. Klient\*innen können die beteiligten Instanzen (z.B. Fachpersonen, Behörden) selbstständig über die Ziele aufklären. Die Kommunikation unter den Instanzen und dem Job Coaching setzen entsprechende Schweigepflichtsentbindungen voraus (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 94f).

## Arbeitsplatzfindung und Vermittlung

In der dritten Phase geht es um die Suche eines passenden Arbeitsplatzes. Nun erweitert sich die Dreieckskonstellation um einen weiteren Akteur, den des Arbeitgebers (siehe Abbildung 5). Während hier auch die Interessen und Erwartungen der Arbeitgeber wichtig sind, wird noch immer von einem personenzentrierten Ansatz ausgegangen. Demnach wird eine passende Arbeitsstelle für die stellensuchende Person gesucht. Dabei sollte für Job Coaches nicht die Besetzung eines Arbeitsplatzes im Fokus stehen. Es gilt somit eine passende Arbeitsstelle zu finden und entsprechende Rahmenbedingungen zu prüfen. Der Wandel des Arbeitsmarkts hat dazu geführt, dass der Einstieg durch benachteiligte Gruppen deutlich schwerer ist und für Klient\*innen wie auch Job Coaches eine grosse Herausforderung darstellt. Job Coaches sollten daher gut vernetzt sein und passende Arbeitgeber akquirieren. Eventuell können auch neue Arbeitsplätze geschaffen oder bestehende passend gemacht werden. Dies wird im Zusammenhang mit Supported Employment auch als «Job Carving» bezeichnet. Job Coaches müssen sich entsprechend mit dem Arbeitsfeld, respektive dem Betrieb und dessen Aufgabenfeldern, auskennen. Weiter verlangt diese Erschliessung neuer Arbeitsstellen von Job Coaches eine ausgeprägte Kompetenz der Innovation (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 96).

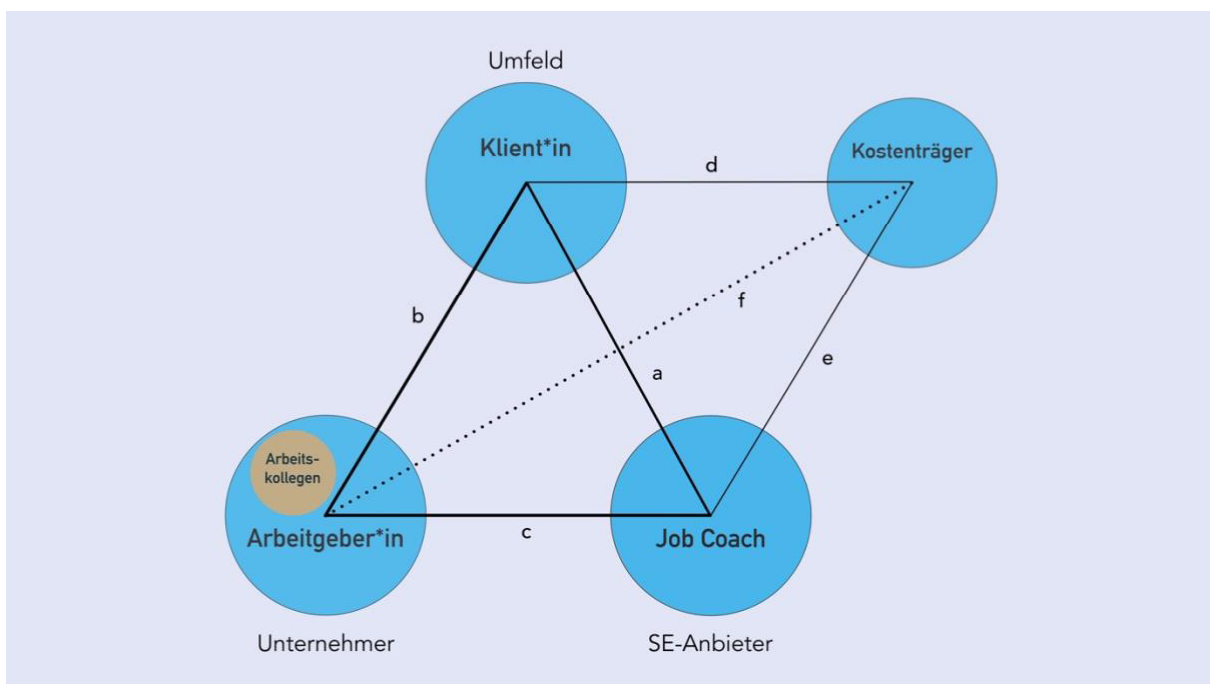


Abbildung 5: Zusammenarbeitensystem im SE (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 27).

Die Abbildung 5 visualisiert das Verhältnis der beteiligten Akteure. Die Linien symbolisieren das Verhältnis zwischen den einzelnen Akteuren. Die hervorgehobenen Linien (**a**, **b**, **c**) stellen ein Dreieckssystem dar und widerspiegeln eine höhere Intensivität der Beziehung. Im Verhältnis «**d**» fungiert der oder die Klient\*in als Leistungsbezüger\*in gegenüber dem Kostenträger. Im Verhältnis «**e**» ist der Job Coach Leistungserbringer gegenüber dem Kostenträger. «**f**» steht für eventuelle Zuschüsse oder Entlastungen an den Arbeitgeber durch den Kostenträger (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 27).

Die Arbeitsplatzfindung kann nach Funktionen in vier Teilschritte unterteilt werden. Ausgangspunkt ist ein berufliches Profil sowie eine Integrationsplanung:

- Akquisition von Arbeitgebenden/Stellensuche
- Kontakt mit Arbeitgebenden
- Einschätzung von Arbeitsplatz und Passung von Person und Stelle
- Regelung der Anstellung

### **Akquisition von Arbeitgebenden/ Stellensuche**

In diesem Teilschritt geht es darum, mit Arbeitgebern in Kontakt zu treten und diese für den SE-Prozess zu gewinnen. Dies erfordert von Job Coaches und SE-Fachstellen ein ausgeprägtes Netzwerk, beziehungsweise Kontakte zu regionalen Arbeitgebern. Insofern ist die Akquisition unabhängig vom Fall zentral. Dies ist meist mit hohen Kosten verbunden und erfordert finanzielle wie auch zeitliche Ressourcen. Für SE-Fachstellen, die oft nicht profitorientiert arbeiten, ist dieser Aspekt herausfordernd (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2013: 97ff).

Die Akquisition kann somit entweder fallspezifisch erfolgen oder der Erschliessung eines Netzwerks dienen. Mit Letzterem können SE-Anbieter die längerfristige Zusammenarbeit fördern, was gegebenenfalls eine schnellere Vermittlung ermöglicht. Für Job Coaches können beide Vorgehensweisen zielführend sein. Die Akquisition muss nicht zwingend durch den Job Coach erfolgen. Grundsätzlich gilt es die Selbständigkeit sowie die Teilhabe zu fördern. Klient\*innen können beispielsweise die Auswahl für mögliche Arbeitgeber treffen. Bei der Kontaktaufnahme sind Klient\*innen jedoch meist auf Unterstützung von Job Coaches angewiesen (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 98).

## Kontakt mit den Arbeitgebenden

In diesem Schritt sollte ein erster Kontakt zum potenziellen Arbeitgeber erfolgen. Dabei kann es sich um ein Akquisegespräch oder gar ein Vorstellungsgespräch handeln. Persönliche Gespräche sind in diesem Zusammenhang besonders erfolgsversprechend und sollten im Vorfeld gut vorbereitet werden. Je nach Kontext kann das Gespräch mit oder ohne Job Coach stattfinden. Generell sollten Job Coaches sich in die Lage der Arbeitgeber versetzen können. Dieser Perspektivenwechsel erleichtert es die Anliegen und Interessen von Arbeitgebern zu verstehen und sie für SE zu gewinnen. Unternehmen der freien Wirtschaft sind prinzipiell profitorientiert. Daher gilt es die Vorzüge für Arbeitgeber hervorzuheben. Eine Teilnahme an einem SE-Angebot kann sich abgesehen vom sozialen Nutzen auch wirtschaftlich für das Unternehmen lohnen. So kann durch die Vermittlung des Job Coach eine möglichst genaue Passung erreicht werden, was Kosten im Einstellungsprozess spart. Weiter trägt der Arbeitgeber durch die Unterstützung des SE-Prozesses ein geringes Risiko. Weitere mögliche Argumente sind ein besseres Unternehmensimage sowie eine positive Auswirkung auf die Betriebskultur (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 99).

Gegenüber den Vorzügen müssen Job Coaches auch mit Hindernissen rechnen. So kann es sein, dass seitens des Arbeitgebers eine Skepsis besteht. Gründe können negative Erfahrungen in einem gleichen oder ähnlichen Kontext, Unsicherheiten oder gar Vorurteile sein (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 100). Besonders Menschen mit einer Depression sind oft Vorurteilen ausgesetzt und werden in der Gesellschaft noch immer stigmatisiert (vgl. ebd.: 64). Entsprechend zurückhaltend sind Arbeitgeber bei Eingliederungsversuchen von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung (vgl. Rüst/Debrunner 2005: 75). Job Coaches können im Rahmen eines persönlichen Gesprächs Unsicherheiten oder Bedenken aufdecken, den Arbeitgeber entsprechend aufklären und wenn möglich Lösungen anbieten. Dafür müssen allfällige Beeinträchtigungen, die sich einschränkend auf den Arbeitsalltag auswirken, benannt werden. Dabei sollten möglichst keine Diagnosen genannt werden. Es empfiehlt sich von Auswirkungen zu sprechen. Ferner sollten die Fähigkeiten und Kompetenzen die zentrale Thematik sein, ohne die Beeinträchtigung zu verschweigen. Diese gewissermassen halb-transparente Kommunikation sollte jedoch nicht die vorhandene Stigmatisierung bestätigen oder gar bestärken. Nicht selten tendieren Klient\*innen zu einer kompletten Intransparenz oder einer totalen Transparenz. Während eine komplette Intransparenz falsche Erwartungen wecken und somit die nachhaltige Kooperation gefährden würde, löst die totale Transparenz meist Unsicherheiten und Vorurteile aus. Dementsprechend sollte diese Thematik im Vorfeld unbedingt abgeklärt, und eine passende Kommunikationsstrategie festgelegt werden. Wichtig ist, dass die Haltung der Klientel, im Sinne der Selbstbestimmung, respektiert und unterstützt wird (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 101f).

## **Einschätzung von Arbeitsplatz und der Passung von Person und Stelle**

Stellt der Arbeitgeber eine Einstellung in Aussicht, so müssen Rahmenbedingungen und Anforderungen des Arbeitsplatzes klar sein. Schaufelberger nennt in Anlehnung an SE Schweiz und Doose folgende Aspekte:

- *«Funktion, mögliches Pensum, Arbeitszeiten, Ort (Erreichbarkeit)*
- *Aufgaben und Verantwortlichkeiten*
- *Anforderungen (bzgl. Fach-, Sozial-, Selbstkompetenzen sowie physische, psychische kognitive und emotionale Belastungen bzw. Anforderungen)*
- *Erforderliche Leistungsfähigkeit und Arbeitsqualität (und evtl. -quantität)*
- *Arbeitsplatzgestaltung und -umgebung, inkl. Möglichkeiten der individuellen Gestaltung und Anpassung des Arbeitsplatzes*
- *Personelle Einbindung bzw. kollegiales Umfeld (Personen, Arbeitsklima, Aufgaben, Kooperation, mögliche Anleiterinnen bzw. Anleiter)*
- *Betriebskultur, Umgang mit Mitarbeitenden*
- *Arbeitsvertragliche Rahmenbedingungen»* (Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 102).

Die Einschätzungen dieser Aspekte werden dokumentiert. Im Anschluss soll geklärt werden, inwiefern die Arbeitsstelle für die Klientel passt und ob sie den Anforderungen gerecht werden kann. Umgekehrt muss die Arbeitsstelle auch den Erwartungen der Klientel entsprechen. Ein Praktikum kann bei dieser Entscheidungsgrundlage Abhilfe schaffen. Job Coaches sollten jedoch beachten, dass die Klientel in der Praxis in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zur Erwerbsarbeit steht. Gegebenenfalls ist die stellensuchende Person bereit eine Stelle anzunehmen, obwohl Sie diese als unpassend empfindet. In dieser Hinsicht sollten Job Coaches die Perspektive wechseln und die Lebenswelt der Klientel, zumindest teilweise, nachempfinden können.

## **Regelung der Anstellung**

In diesem Schritt werden die Bedingungen nun verbindlich festgelegt und erfasst. Die Regelung erfolgt in Form eines Arbeitsvertrags. Dieser weist je nach Kontext eine hohe Komplexität auf. Im Arbeitsvertrag sind neben gewöhnlichen Rahmenbedingungen auch allfällige finanzielle Zuschüsse sowie versicherungstechnische Aspekte des Kostenträgers geregelt. Ferner kann auch die Zusammenarbeit zwischen Job Coach und Arbeitgeber im Arbeitsvertrag festgehalten werden (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 102f). Diese verschiedenen Verhältnisse werden in der Visualisierung des Zusammenarbeitssystems dargestellt (vgl. Abbildung 5).

## Unterstützung am Arbeitsplatz

In dieser letzten Phase ist der Arbeitsplatz bereits gefunden und alle Weichen für eine berufliche Eingliederung gestellt. An dieser Stelle unterscheidet sich SE entscheidend von traditionellen Eingliederungsverfahren. Die weitere Unterstützung am Arbeitsplatz nimmt im SE-Prozess eine zentrale Rolle ein. Um eine möglichst nachhaltige Eingliederung zu gewährleisten werden Klient\*innen weiterhin begleitet, unterstützt und gefördert. Im Idealfall kann sich der oder die Klient\*in am neuen Arbeitsplatz zurechtfinden und den Anforderungen gerecht werden. Es sollte jedoch erwähnt werden, dass die Eingliederung anhand von SE kein Erfolgsgarant ist. Der Erfolg von SE hängt nicht nur vom Job Coach ab. Insofern sind Job Coaches in dieser Phase mit einem Kontrollverlust konfrontiert. Die berufliche Eingliederung kann für Klient\*innen, Arbeitgeber wie auch Belegschaft herausfordernd sein. So wissen Mitmenschen teils nicht, wie man Personen mit einer psychischen Krankheit begegnen soll (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 104). Diese Unsicherheit hat oft mit fehlender Erfahrung, Unwissen oder Vorurteilen zu tun. Job Coaches unterstützen daher nicht nur unmittelbar die Klient\*innen. Die Unterstützung verhält sich grundsätzlich entsprechend dem Dreieckssystem (vgl. Abbildung 5). SE-Angebote sehen somit eine möglichst *«ganzheitliche Unterstützung der betrieblichen Integration»* vor (ebd.: 105). Wie bereits im Kapitel 4.2.2 erläutert bezieht sich SE auch auf die Systemtheorie nach Bronfenbrenner. Demnach ist das Dreieckssystem als Mesosystem und die einzelnen Beziehungen innerhalb des Dreieckssystems als Mikrosysteme zu sehen. Als Exosystem kann die Anbindung des Dreieckssystems an das Sozial- und Gesundheitswesen gesehen werden. Die Makroebene bezieht sich auf sozialpolitische Werte und Normen (vgl. Rüst/Debrunner 2005: 86ff). Während das Rollenverständnis der Mikrosysteme *«Job Coach – Klient\*in»* und *«Klient\*in – Arbeitgeber»* weitgehend klar ist, so gibt es für das Mikrosystem *«Job Coach – Arbeitgeber»* keine allgemeingültigen Vorgaben (vgl. ebd.: 96). Die Rollengestaltung zwischen dem Job Coach und dem Arbeitgeber ist individuell und ergibt sich meist im Verlauf des Prozesses (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 107). Zunächst müssen Ziele und der Unterstützungsbedarf für die darauf folgende Kooperation erarbeitet werden. Schaufelberger schlägt nachstehende Fragen als Orientierungshilfe vor:

- **Bedarf:**

- *«Welche Themen (z.B. Arbeitsplatzumgebung, Umgang mit Kritik) sollten berücksichtigt bzw. nicht aus den Augen gelassen werden (damit die Integration ein Erfolg wird)?»*

- **Ziele:**

- *«Was erhofft sich (und befürchtet) der Arbeitnehmende, was möchte er/sie erreichen, was sind seine/ihre Ziele (auch Teilziele)?»*



- *Welches sind die Erwartungen des Arbeitgebenden an den Mitarbeitenden?*
  - *Gibt es Vorgaben und Erwartungen von Dritten (z.B. Kostenträgern) welche bei der Zielorientierung zu berücksichtigen sind (und die diese ggf. beeinflussen oder behindern)?*
  - *Wer kann was zur Erreichung der Ziele beitragen (auch Arbeitskollegen/-kolleginnen berücksichtigen)?*
  - *Welche Schritte sind angezeigt, um die Ziele erreichen zu können?*
  - *Was brauchen der Arbeitgebende, der Arbeitnehmende, aber auch Teamkolleginnen und kollegen (z. B. Informationen, Handlungsspielräume, Entlastung), um die Zielerreichung bestmöglich unterstützen zu können?*
  - *Welche Erwartungen haben die Beteiligten an die gegenseitige Zusammenarbeit?*
- **Art und Intensität der Zusammenarbeit:**
- *Wie organisieren/gestalten Job Coach, Arbeitgebender, Arbeitnehmender in Zusammenarbeit mit Dritten ihre gemeinsame Zusammenarbeit, damit die neue Anstellung gut funktionieren kann?*
  - *Wann und wie oft sind gemeinsame Standortbestimmungen sinnvoll?*
  - *Wer müsste dabei auch noch einbezogen oder zumindest informiert werden?*
  - *Was braucht es ausser diesen Gesprächen?*
  - *Was ist zu tun, wenn es nicht gut läuft bzw. wenn es Krisen gibt?*
- **Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Kommunikationswege**
- *Welche Aufgaben bringen die Zusammenarbeit bzw. die unterschiedlichen Rollen mit sich (Arbeitgebende muss allenfalls beispielsweise eine Leistungsbeurteilung zuhanden der IV abgeben)?*
  - *Wer «hütet» welche Themen bzw. wer ist für welche Aufgaben, Themen verantwortlich?*
  - *Wie wird sichergestellt, dass notwendige Informationen fließen?» (Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 107f)*

## Fazit

Dieses Kapitel hat sich der beruflichen Eingliederung von Menschen mit einer Depression gewidmet. Als zentrales Konzept wurde SE näher beleuchtet. Zunächst wurden die Etablierung sowie Forschungsergebnisse zum SE-Konzept dargelegt. Im Vergleich zum herkömmlichen «Stufenkonzept», also «first train, then place», zeigten wissenschaftliche Untersuchungen eine höhere Erfolgsquote bei der Integration im SE-Prozess. Besonders die Orientierung an den IPS- Grundsätzen, beziehungsweise der IPS-15, zeigte eine hohe Wirkung bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Die Umsetzung und Implementierung von SE-Angeboten steht in engem Bezug zu kontextualen Bedingungen. Dementsprechend wurden mögliche Verhältnisse von Zielgruppen und Kostenträgern beschrieben. Weiter wurden Qualitätsstandards, Theorien wie auch Prinzipien des SE-Konzepts besprochen. Neben interdisziplinären Theorien die dem SE-Konzept zu Grunde liegen, scheint im Zusammenhang mit der Zielgruppe «Menschen mit einer Depression» die bereits erwähnte IPS-15 grundlegend. Das IPS-15 ist wissenschaftlich fundiert und konnte sich entsprechend als zentrales Qualitätsmerkmal für die Eingliederung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung durchsetzen.

Im letzten Teil dieses Kapitels wurde die berufliche Eingliederung anhand von SE beschrieben. Der SE-Prozess wurde mittels vier Phasen erklärt, wobei diese wiederum in Teil-Prozesse gegliedert werden können. In den einzelnen Phasen oder Teil-Prozessen konnten verschiedene Akteure festgestellt werden. Neben der Klientel und dem Job Coach sind Arbeitgeber sowie Kostenträger in SE-Prozessen involviert. Die beteiligten Akteure stehen je nach Phase oder Teil-Prozess in verschiedenen Verhältnissen, die mit individuellen Chancen und Herausforderungen verbunden sind.

## 5. Schlussteil

Dieses Kapitel befasst sich zum einen mit der Beantwortung der Fragestellung. Dafür werden relevante Erkenntnisse aus den vorhergegangenen Kapitel herangezogen. Zum anderen wird ein Fazit aus allen Erkenntnissen dieser Arbeit gezogen. Darauf aufbauend wird ein Ausblick gewagt sowie offene Fragen aufgeworfen, welche es in der Praxis zu beantworten gilt.

### 5.1 Beantwortung der Fragestellung

Es gilt die eingangs formulierte Fragestellung, welche Chancen und Herausforderungen bei der Eingliederung von Menschen mit einer Depression bestehen, zu beantworten. Die Fragestellung bezieht sich auf das SE-Konzept (vgl. Kapitel 1.2: 8). Im Kapitel 4.2 wurde das SE-Konzept bereits ausführlich dargelegt. Es zeigte sich, dass beteiligte Akteure im Verlauf des SE-Prozess mit individuellen Chancen und Herausforderungen konfrontiert sind. Im Folgenden sollen diese Chancen und Herausforderungen nochmals ausgelegt und zur Beantwortung der Fragestellung Zusammenhang gebracht werden.

#### 5.1.1 Chancen und Herausforderungen des SE-Konzepts

Job Coaches nehmen im SE-Prozess eine zentrale Rolle ein. Als Fachperson von entsprechenden Angeboten sind sie fallführend. PSA sind durch ihre Rolle als SE-Anbieter, respektive Job Coaches, per se in einem Spannungsfeld. Die beschriebene «Dreieckskonstellation» gestaltet sich durch unterschiedliche Ansprüchen und Erwartungen, denen PSA gerecht werden müssen, als schwierig. Dies ist für PSA besonders herausfordernd und kann in Zwangskontexten zu inneren Konflikten führen. Bei der Eingliederung von Menschen mit einer Depression ist dieser Kontext nicht selten und kann in einem SE-Prozess äusserst hinderlich sein. So müssen Job Coaches in der ersten Phase genau abklären, ob der Auftrag unter diesen Bedingungen überhaupt auszuführen ist. Angeordnete Erstgespräche sind für solche Ausgangslagen bezeichnend. Es gilt in diesen Gesprächen die Bedürfnisse der Klient\*innen zu erfassen und entsprechend zu entscheiden, ob der Auftrag angenommen wird. Ist das Job Coaching Teil eines Angebots seitens des Kostenträgers, müssen sich Job Coaches dessen bewusst sein und im Sinne des «doppelten Mandats» die verschiedenen Rollen offenlegen (vgl. Kapitel 4.2.3: 40). Weiter ist ein reflexiver Umgang mit diesem Kontext und sowie eine «doppelte Orientierung» sinnvoll. Dies heisst für Job Coaches, Handlungsspielräume auszuloten und den SE-Prozess kreativ an den Kontext anzupassen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 52).

Diese flexible Strukturierung ist herausfordernd für Job Coaches. Die vielfältige Handhabung von SE-Prozessen in der Schweiz lässt auf ein strukturelles Technologiedefizit schliessen. Demnach können Job Coaches nur bedingt auf standardisierte Handlungsmuster zurückgreifen. Nach Hochuli Freund und Stotz muss das Fallwissen rekonstruiert und verstanden werden, um angemessene Interventionen zu planen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 53ff). Im SE-Kontext sollte dieser Prozess bei der Erarbeitung eines beruflichen Profils stattfinden (vgl. Kapitel 4.2.3: 39ff).

Im Verlauf des SE-Prozess erweitert sich die «Dreieckskonstellation» um den (potenziellen) Arbeitgeber. Die Akquisition von Arbeitgebern ist herausfordernd für Job Coaches. Die Zielgruppe von SE hat grundsätzlich einen erschwerten Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Für Menschen mit einer Depression trifft dies in besonderem Masse zu. Der Wandel des allgemeinen Arbeitsmarkts hat dazu geführt, dass sie durch ihre krankheitsspezifischen Symptome noch stärker ausgegrenzt werden. In diesem Zusammenhang kann auch von einer höheren Stigmatisierung gesprochen werden. Entsprechend sind Job Coaches gefordert, ein möglichst grosses Netzwerk von potenziellen Arbeitgebern aufzubauen. Weiter können persönliche Gespräche mit Arbeitgebern als Chance gesehen werden. Sie ermöglichen, Vorurteile abzubauen und damit die Chancen für eine Akquisition zu erhöhen. Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt agieren primär nicht nach idealistischen Grundsätzen. Vor diesem Hintergrund sind Job Coaches gefordert, den Arbeitgebern auch wirtschaftliche Vorteile aufzuzeigen. Die angemessene Kommunikation von Möglichkeiten und Grenzen einer Kooperation gestaltet sich ebenfalls anspruchsvoll. Die erfolgreiche Kooperation mit Arbeitgebern sollte in diesem Zusammenhang als nachhaltige Chance für weitere Eingliederungen beziehungsweise Eingliederungsversuche gesehen werden (vgl. Kapitel 4.2.3: 41ff).

Eines der wichtigsten Merkmale von SE ist die Unterstützung am Arbeitsplatz. Hier zeigen sich wesentliche Chancen und Herausforderungen des Konzeptes. Job Coaches müssen in dieser Phase mit einem Kontrollverlust rechnen. Aus den Erfahrungen der Berner-Studie geht hervor, dass die Dauer der Unterstützung am Arbeitsplatz entscheidend für den nachhaltigen Erfolg von SE ist. Die Möglichkeit auf eine längerfristige Unterstützung von teilnehmenden Klient\*innen ermöglicht somit grosse Chancen für die erfolgreiche Eingliederung von Menschen mit einer Depression. Gleichzeitig zeigen sich hier die grössten Hürden für SE. SE-Angebote, und somit auch die Unterstützung am Arbeitsplatz, sind durch die Finanzierung der Kostenträger determiniert. Wenngleich die Finanzierungsgrundlage für SE allgemein verbessert wurde, so ist die Handhabung in der Praxis noch immer sehr individuell (vgl. Kapitel 4.2: 28f).

## 5.1.2 Chancen und Herausforderungen für Unternehmen

Wie bereits angedeutet kann sich die Teilnahme an einem SE-Prozess auch für den Arbeitgeber lohnen. Hat der Job Coach ein präzises Berufsprofil erstellt, so kann auch eine möglichst genaue Passung erfolgen. Der Arbeitgeber erspart sich die kostenintensive Rekrutierung von Bewerber\*innen und hat potenziell schneller eine kompetente Arbeitskraft. Weiter kann das Risiko teils durch SE-Fachstellen, respektive Kostenträger, vermindert werden. Möglich sind auch finanzielle Zuschüsse. Zudem kann die Unterstützung am Arbeitsplatz durch Job Coaches das Risiko für Arbeitgeber mindern. Unabhängig vom sozialen Beitrag an sich, kann sich das Engagement positiv auf das Unternehmensimage auswirken. Innerhalb des Betriebs können sich ebenfalls Chancen für das Unternehmen ergeben. So kann die Einstellung von benachteiligten Menschen zu einer positiven Betriebskultur beitragen (vgl. Schaufelberger/Mösch Payot 2015: 99 / Kapitel 4.2.3: 43). Im Mikrosystem «Arbeitsplatz» ergeben sich individuelle Chancen und Herausforderungen für alle Beteiligten. Aus Sicht der vorgesetzten Person steht einerseits die individuelle Unterstützung, andererseits die Normalisierung im Fokus. Dies kann als potenzielles Spannungsfeld für vorgesetzte Personen besonders herausfordernd sein. Grundsätzlich sollte jedoch eine Normalisierung des Arbeitsplatzes im Mittelpunkt stehen. Die individuelle Unterstützung kann, wenn sie eng an Förderziele gebunden ist, zu einer Überforderung seitens der Klient\*innen führen. Die alltäglichste Situation am Arbeitsplatz ist jedoch der Kontakt mit Arbeitskolleg\*innen. Ob die präventive Information der Mitarbeiter die Stigmatisierung bestärkt oder dieser entgegenwirkt, kann an dieser Stelle nicht eindeutig festgestellt werden. Für den Verfasser könnte die Haltung im Absatz «Kontakt mit den Arbeitgebenden» Orientierung bieten (vgl. Kapitel 4.2.3: 43f). Demnach könnte eine halb-transparente Kommunikation sinnvoll sein. Im Sinne der Teilhabeorientierung ist der Verfasser der Meinung, dass diese Entscheidung in Absprache mit Klient\*innen und/oder dem Job Coaching zu treffen ist. Generell ist die Kooperation mit Arbeitskolleg\*innen als überaus bedeutsam einzuschätzen. Im Sinne der Integration sollten sich Klient\*innen auch an Arbeitskolleg\*innen wenden können. Trotzdem kann dieser Aspekt für alle Beteiligten anspruchsvoll sein. Unsicherheiten seitens Arbeitskolleg\*innen sind keine Seltenheit. Idealerweise können sich Arbeitskolleg\*innen gegenseitig unterstützen. Diese sogenannten «natural Supports» sollten durch Job Coaches aktiv gestärkt werden (vgl. Rüst et al. 2005: 94f).

### 5.1.3 Chancen und Herausforderungen für Menschen mit einer Depression

SE bietet Menschen mit einer Depression eine teilhabeorientierte Eingliederungsmöglichkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt. Zentral sind Selbstbestimmung und eine möglichst direkte Platzierung im allgemeinen Arbeitsmarkt. Insofern unterscheidet sich SE in der Theorie bedeutend vom vorherrschenden «Stufenkonzept» (vgl. Kapitel 4.1: 28). Stellensuchende bekommen die Chance den Prozess mitzugestalten und werden in ihren Entscheidungen so weit wie möglich unterstützt. Diese Selbstermächtigung kann einerseits als Chance, andererseits auch als Herausforderung für Betroffene gesehen werden. Das SE-Konzept erfordert grundsätzlich die Eigeninitiative der Stellensuchenden. Ist diese nur teilweise oder gar nicht vorhanden, ist eine Eingliederung mit SE nur bedingt sinnvoll. Bei Menschen mit einer Depression können diese Bedingungen aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen mit Unsicherheiten verbunden sein. Ferner gelangen Stellensuchende in der Realität nicht immer aus Eigeninitiative an SE-Angebote. Oft werden Betroffene durch Sozialversicherern wie die IV an SE-Angebote vermittelt. Menschen mit einer Depression sind in diesem Kontext vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen und haben kein Erwerbseinkommen. Dadurch befinden sie sich meist in einer finanziellen Notlage und sind auf Transferleistungen angewiesen. Diese Leistungen sind bei einer Invalidität in der Regel an Forderungen gebunden und damit allenfalls auch mit Sanktionen verbunden. Somit kann bei Menschen im IV-Kontext nur bedingt von einer Freiwilligkeit ausgegangen werden. Grundsätzlich kann jedoch angenommen werden, dass auch in diesen «Zwangskontexten» der Wunsch auf berufliche Teilhabe besteht. Der Aufbau einer Vertrauensbasis zum Job Coach kann vor diesem Hintergrund als Herausforderung gesehen werden. Für eine erfolgreiche Eingliederung sind Job Coaches auf eine funktionierende Arbeitsbeziehung angewiesen. Menschen mit einer Depression sind durch die Folgen der Krankheit öfters von Einsamkeit betroffen und zeigen Rückzugsverhalten. Dies kann für die Arbeitsbeziehung hinderlich sein. Bei einer funktionierenden Arbeitsbeziehung besteht in SE-Angeboten die Chance auf eine langfristige Begleitung durch einen Job Coach, der mit allen beteiligten Akteuren gut vernetzt ist. Weiter erhalten Stellensuchende eine individuelle Begleitung, die bei Bedarf auch angepasst werden kann. Entsprechend kann das SE-Konzept im Vergleich zum herkömmlichen «Stufenkonzept» deutlich besser an die Bedarfslage von Betroffenen adaptiert werden. Vor diesem Hintergrund bietet SE Menschen mit einer Depression eine nachhaltige Möglichkeit auf berufliche Teilhabe (vgl. Kapitel 4.2.3: 37-50).

## 5.2 Ausblick

Das SE-Konzept wurde in den letzten Jahren auch in der Schweiz zunehmend etabliert. Die Anzahl der SE-Angebote hat sich entsprechend vergrössert. Eine gesetzliche Verankerung, die beispielsweise die Finanzierung rechtlich klärt blieb bisher aus. Zurzeit liegt es noch immer im Ermessen von Kostenträgern inwieweit sie ein SE-Angebot unterstützen. Besonders hinter der Dauer der Unterstützung am Arbeitsplatz ist ein grosses Fragezeichen. In den Studien zu SE hat sich dieser Aspekt als besonders relevant für den nachhaltigen Erhalt des Arbeitsplatzes gezeigt. Weiter hat sich die Orientierung am IPS-15 als entscheidender Erfolgsfaktor erwiesen. Für die weitere Etablierung wird SE im Wesentlichen an der Umsetzung von bestehenden Angeboten und somit auch an deren Erfolg gemessen. Insofern scheint es wichtig, dass entsprechende Angebote im Sinne der Prinzipien von SE handeln. Weiter muss das Konzept bei in der freien Wirtschaft beworben werden. Dafür muss mittels Aufklärung Vorurteilen entgegengewirkt werden. Zudem würde eine gesetzliche Verankerung, die die Finanzierung regelt, potenziellen Arbeitgebern mehr Sicherheit geben. Diese Absicherungen und Anreize würden den «Pool» an potenziellen Arbeitgebern vergrössern und entsprechend die Chancen einer passenden Arbeitsstelle für Klient\*innen erhöhen.

Die Annäherung an das SE-Konzept hat gezeigt, welche Chancen und Herausforderungen für Stellensuchende mit einer Depression bestehen. Für den Verfasser steht fest, dass das SE-Konzept bei der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit einer Depression sinnvoll ist. SE soll jedoch nicht bestehende Wiedereingliederungsangebote ersetzen. Die stufenweise Eingliederung kann für einen Teil dieser Zielgruppe durchaus sinnvoll und erfolgreich sein. Das SE-Konzept sieht sich eher als Antwort für alle Betroffenen, denen die Eingliederung mittels «Stufenkonzept» nicht gelingt. Es soll neben dem gut ausgebauten Angebot im erweiterten Arbeitsmarkt eine weitere Möglichkeit zur beruflichen Wiedereingliederung bieten. Ferner ist SE ein direkter Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt, der sich im Kontext von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung bewährt hat. Die kürzere Wiedereingliederungsdauer sowie die Erfolgsquote sprechen für dieses Konzept.

# Quellenverzeichnis

## Literaturquellen

- Antonovsky, Anton (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, Alexa/ Broda, Michael (Hg.). Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Baer, Niklas/ Schuler, Daniela/ Füglistler-Dousse, Sylvie/ Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Becker, Thomas/ Stengler, Katarina (2015). Inklusion durch Supported Employment. In: Storck, Joachim/ Plössl, Irmgard (Hg.). Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bengel, Jürgen/ Strittmatter, Regine/ Willmann, Hildegard (2001). Was hält Menschen Gesund?. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- Bengel, Jürgen/ Jerusalem, Matthias (Hg.) (2009). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Bern: Hogrefe Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hg.) (2015). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfenster. Bern: o.V..
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (Hg.) (2017). IV-Statistik 2017. Statistiken zur Sozialen Sicherheit. Bern: o.V..
- Cahn, Theodor (2013). Kommentar von Theodor Cahn In: Baer, Niklas/ Schuler, Daniela/ Füglistler-Dousse, Sylvie/ Moreau-Gruet, Florence (2013). Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.



Europäischer Dachverband für Supported Employment— EUSE (Hg.) (2012). Europäischer Werkzeugkoffer für Supported Employment. Überarbeitete deutschsprachige Version. Winterthur: o.V..

Europäischer Dachverband für Supported Employment— EUSE (Hg.) (2007). Informationsbroschüre und Qualitätsstandards. Deutsche Fassung. Hamburg: o.V..

Fröhlich-Gildhoff, Klaus/ Rönnau-Böse, Maike (2009). Resilienz. München: Ernst-Reinhardt Verlag.

Faltermaier, Toni (2005). Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie, Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.

Gahleitner, Silke Birgitta/ Effinger, Björn/ Stövesand, Sabine/ Sagebiel, Juliane (Hg.) (2010). Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven. Oplanden/ Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Hochuli Freund, Ursula (Hg.) / Stotz, Walter (2017). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. 4., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Hoffmann, Holger/ Richter, Dirk (2018). Supported Employment und die Schweiz. In: Schweizer Archiv für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Ausgabe 06/2018. Muttenz: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Hug, Sonja (2018). Soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit. Vorlesung BA 242, Klinische Sozialarbeit. Olten (19.02.2018).

Hüttemann, Matthias/ Rügger, Cornelia/ Wüsten, Günther (2015): Klinische Sozialarbeit. In: Aebi, Doris/ Benz Bartoletta, Petrea/ Meier Kressig, Marcel/ Riedi, Anna Maria/ Zwilling, Michael (Hg.). Handbuch Sozialwesen Schweiz. 2. Auflage. Bern: Haupt Verlag.

Jäckel, Dorothea/ Hoffmann, Holger (2015). Inklusion durch Supported Employment. In: Storck, Joachim/ Plössl, Irmgard (Hg.). Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Lippke, Sonia/ Renneberg, Babette (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg, Babette/ Hammelstein, Phillip (Hg.) Gesundheitspsychologie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Möller, Hans-Jürgen/ Laux, Gerd/ Deister, Arno (2015). Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV) (Forschungsbericht Nr. 12/13). Bern: o.V..
- Rüegger, Cornelia (2011). Die soziale Dimension psychischer Krankheiten und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Coburg: ZKS-Verlag.
- Rüst, Thomas/ Debrunner, Annelies (2005). «Supported Employment». Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.
- Schauvelberger, Daniel/ Mösch Payot, Peter (2013). Supported Employment. Arbeitsintegration für Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt. Luzern: Interact.
- Schuler, Daniela/ Tuch, Alexandre/ Buscher, Nathalie/ Camenzind, Paul (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sommerfeld, Peter/ Dällenbach Regula/ Rüegger, Cornelia/ Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, Peter/ Rüegger, Cornelia (2012). Soziale Arbeit in der sozialen Psychiatrie. In: Rössler, Wulf/ Kawohl, Wolfram (Hg.). Handbuch der sozialen Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Storck, Joachim/ Pössl, Irmgard (Hg.) (2015). Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Köln: Psychiatrie Verlag.

Von Kardorff, Ernst/ Ohlbrecht, Heike (2015). Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In: Storck, Joachim/ Plössl, Irmgard (Hg.). Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Köln: Psychiatrie Verlag.

Wittchen, Hans-Ulrich/ Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

Wittchen, Hans-Ulrich (2018). Andere psychische Störungen. In: Falkai, Peter/ Wittchen, Hans-Ulrich. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization (WHO) (2001), World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: o.V..

World Health Organization (WHO)/ Dilling, Horst (Hg.) (2002). Lexikon zur ICD-10 – Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Verlag Hans Huber.