

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs PASS TZ 2009-2012

Philippe Meier

Depressionen – Wenn die Arbeit liegen bleibt...

**Methodisches Vorgehen der Sozialen Arbeit bei der beruflichen Rehabilitation von
depressiven Menschen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2011 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2011

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die berufliche Rehabilitation von psychisch kranken Menschen gehört zum Kernauftrag der Sozialen Arbeit. Depressionen sind die häufigsten aller psychischen Störungen und verursachen die höchsten Arbeitsfehlzeiten. Die Bachelorarbeit geht deshalb der Frage nach, was bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen Erfolg hat und wie Sozialarbeitende dabei methodisch vorgehen können.

In unserer Gesellschaft erfolgt die soziale Integration stark über die Erwerbsarbeit und lang anhaltende Erwerbslosigkeit führt vermehrt zu depressiven Erkrankungen. Deshalb ist es wichtig, berufliche Probleme möglichst frühzeitig nach einer Krise anzugehen. Das berufliche Beratungsgespräch hilft, die berufliche Situation einer depressiven Person zu klären und individuell darauf passende Massnahmen zu finden. Dabei ist der Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen wertvoll. Um bestehende Arbeitsverhältnisse zu retten und psychosoziale Folgeprobleme abzuwenden, müssen Sozialarbeitende während der Krise unter Umständen auch direktiv handeln.

Im beruflichen Beratungsgespräch wird immer die ganze Lebenssituation der depressiven Person betrachtet, weil die depressionsverursachenden und -erhaltenden Kernprobleme nicht zwingend im beruflichen Bereich liegen müssen. Durch die schrittweise Lösung der Kernprobleme gewinnt die depressive Person an Selbstvertrauen, was letztlich eine Anti-Depressionsspirale in Gang setzen kann. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die Entwicklung von neuen Lösungen sowie das Setzen und Umsetzen von konkreten Zielen sind zentrale Elemente der Beratung von depressiven Menschen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung	4
1.1. Ausgangslage	4
1.2. Motivation.....	4
1.3. Fragestellungen	5
1.4. Ziele der Bachelorarbeit.....	5
1.5. Aufbau der Arbeit	5
2. Depression	7
2.1. Definition Depression.....	7
2.1.1. Geschichtliche Herleitung.....	7
2.1.2. International Classification of Diseases (ICD-10).....	7
2.1.3. Begriffliche Abgrenzung	9
2.2. Arten und Verläufe von Depressionen	10
2.3. Häufigkeit von Depressionen	11
2.4. Psychosoziale Folgen der Krankheit.....	12
2.4.1. Arbeitsfähigkeit.....	12
2.4.2. Entscheidungsprobleme	13
2.4.3. Sozialer Rückzug und Einsamkeit.....	13
2.4.4. Hoffnungslosigkeit und Suizidalität.....	14
2.5. Risikofaktoren und Erklärungsansätze.....	14
2.5.1. Risikofaktoren.....	14
2.5.2. Erklärungsansätze.....	15
2.6. Behandlungsformen.....	15
2.6.1. Psychologische Unterstützung	16
2.6.2. Körperliche Gesundheit und Bewegung	16
2.6.3. Medikamente	16
2.6.4. Soziotherapie	17
2.7. Grundsätze im Umgang mit depressiven Menschen	17
2.8. Zusammenfassung Depression	18
3. Berufliche Rehabilitation	20
3.1. Definition berufliche Rehabilitation.....	20
3.2. Erwerbslosigkeit und Depressionen.....	23
3.3. Grundkonzepte beruflicher Rehabilitation	24
3.3.1. Stufenmodell	24
3.3.2. Supported Employment.....	27
3.3.3. Integration der Grundkonzepte.....	28
3.4. Leistungsträger in der Schweiz	29
3.4.1. Krankenkassen.....	30
3.4.2. Krankentaggeldversicherung.....	30

3.4.3.	Arbeitslosenversicherung	31
3.4.4.	Sozialhilfe	32
3.4.5.	Invalidenversicherung	32
3.5.	Prädikatoren einer erfolgreichen beruflichen Integration	34
3.5.1.	Medizinische Prädikatoren	34
3.5.2.	Berufliche Prädikatoren	35
3.5.3.	Soziale Prädikatoren	35
3.5.4.	Motivation	36
3.6.	Handlungsleitlinien für die berufliche Rehabilitationsarbeit.....	36
3.6.1.	Frühe Erkennung und Intervention	36
3.6.2.	Individuelle Passung der Massnahme.....	37
3.7.	Zusammenfassung berufliche Rehabilitation	38
4.	Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen	39
4.1.	Funktion und Gegenstand der Sozialen Arbeit	39
4.2.	Methoden der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation	40
4.3.	Das Erstgespräch	41
4.4.	Grundzüge des beruflichen Beratungsgesprächs	43
4.4.1.	Ziele der beruflichen Beratung	43
4.4.2.	Wer führt berufliche Beratungsgespräche?	43
4.4.3.	Grundhaltungen bei der Beratung von depressiven Menschen	43
4.4.4.	Thematische Schwerpunkte der beruflichen Beratung.....	45
4.4.5.	Empfehlungen und Handlungsschritte.....	46
4.5.	Berufliche Beratung von depressiven Menschen im Prozessmodell	48
4.6.	Zusammenfassung über die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen.....	51
5.	Resümee und Ausblick	53
5.1.	Zentrale Aussagen für die berufliche Praxis	53
5.2.	Grenzen der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen	55
5.3.	Persönliches Fazit und Ausblick	56
	Literatur- und Quellenverzeichnis	58
	Abbildungsverzeichnis.....	61

1. Einleitung

Sozialarbeitende treffen in ihrer professionellen Tätigkeit immer wieder auf depressive Menschen, die aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr oder nur noch teilweise in der Lage sind, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Im freiwilligen wie auch im gesetzlichen Beratungskontext stellt sich im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation die Frage: Inwieweit ist die depressive Person noch in der Lage, kurz- bis langfristig wieder selbständig in eine Erwerbsarbeit zu gelangen?

Die Frage ist nicht einfach zu beantworten und erfordert von den Sozialarbeitenden Fachwissen aus verschiedenen Disziplinen. Der Umgang mit depressiven Menschen sowie das methodische Vorgehen bei der beruflichen Rehabilitationsplanung stellen wichtige Kompetenzen im Rahmen des professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit dar.

1.1. Ausgangslage

Laut Nuber (2006) zählen Depressionen heute wegen ihrer Häufigkeit zu den Volkskrankheiten und weltweit zu den häufigsten psychischen Störungen (zit. in Kathrin Lindner, 2009, S.43). Sie haben in den letzten Jahrzehnten zugenommen und immer mehr jüngere Altersgruppen werden von ihnen erfasst. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2004) werden Depressionen bis zum Jahr 2020, nebst Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die zweithäufigste Krankheitsursache sein (zit. in Martin Hautzinger, 2010, S. 10).

Affektive Störungen verursachen hohe Arbeitsfehlzeiten. Im Jahr 2009 machten sie in Deutschland 38% aller Erkrankungsfälle aus psychischen Gründen aus, mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 28.6 Arbeitstagen (K. Heyde & K. Macco, 2009, S. 37-38). Die Gefahr, aufgrund von Depressionen die Arbeitsstelle zu verlieren, ist gegeben, gleichzeitig aber auch kritisch, weil lang andauernde Erwerbslosigkeit gehäuft zu psychischen Krankheiten, insbesondere Depressionen, führt. In unserer Gesellschaft findet die soziale Integration stark über die Erwerbsarbeit statt, weshalb die berufliche Rehabilitation für den nachhaltigen Gesundungsprozess von depressiven Menschen eine wichtige Rolle spielt (Kapitel 3.2).

Bei der Durchsicht der Literatur fehlten dem Autor spezifische Handlungsleitlinien für die berufliche Rehabilitation von depressiven Menschen. Entweder befassten sich die Werke mit dem Krankheitsbild der Depression aus medizinisch-therapeutischer Sicht oder dann generell mit der beruflichen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen. Der Autor ist jedoch der Auffassung, dass bei der Rehabilitationsplanung von depressiven Menschen andere Massnahmen im Vordergrund stehen als bei beispielsweise schizophrenen Personen.

1.2. Motivation

Das Thema der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen hat einen starken Praxisbezug. In der bisherigen Tätigkeit auf einem Gemeindesozialdienst wie auch aktuell in der psychiatrischen Klinik ist resp. war der Autor unter anderem für die berufliche Rehabilitation zuständig. Der Umgang mit depressiven Menschen gehört, insbesondere in der Psychiatrie, zum beruflichen Alltag.

Es macht betroffen, wie schnell das Leben eines Menschen durch eine psychische Belastungssituation (Scheidung, Kündigung, Mobbing, Prüfung) aus der Bahn geraten kann, insbesondere dann, wenn wenig finanzielle und soziale Ressourcen vorhanden sind. Finanzielle Folgeprobleme, administrative Hürden, Wartezeiten und unklare Zuständigkeiten bei den Leistungsträgern stellen in dieser Situation oftmals eine grosse

Belastung dar und können dazu beitragen, dass depressive Erkrankungen zusätzlich verstärkt oder aufrechterhalten werden.

Dem Autor ist es deshalb ein Anliegen, dass Sozialarbeitende und Mitarbeitende der Leistungsträger (Kapitel 3.4) depressives Verhalten frühzeitig erkennen können und entsprechend umsichtig darauf reagieren. Allzu schnell kann depressives Verhalten als fehlende Mitwirkung aufgefasst werden.

Mit der vorliegenden Arbeit möchte der Autor sein Fachwissen erweitern, um die Situationen von depressiven Menschen im Hinblick auf ihre beruflichen Möglichkeiten besser einschätzen zu können. Das methodische Grundlagenwissen soll ihm dabei helfen, berufliche Beratungsgespräche motivierend und zielführend zu gestalten.

1.3. Fragestellungen

Aufgrund der Ausgangslage und der geschilderten Motivation sollen folgende drei Fragen mit der Bachelor-Arbeit beantwortet werden:

- **Was ist unter Depressionen zu verstehen?**
- **Was bewährt sich bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen?**
- **Wie geht die Sozialarbeit bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen methodisch vor?**

1.4. Ziele der Bachelorarbeit

Die Bachelorarbeit vermittelt der Leserschaft ein Grundlagenwissen über die Ursachen und Folgen von depressiven Erkrankungen. Damit möchte der Autor erreichen, dass Berufsleute, die mit depressiven Menschen zu tun haben, depressives Verhalten besser verstehen, frühzeitig erkennen und mit entsprechender Umsicht darauf reagieren können.

Sozialarbeitende, die in der beruflichen Rehabilitation tätig sind, sollen eine Grundlage erhalten, damit sie die Grenzen und Möglichkeiten von depressiven Menschen in Hinblick auf ihre aktuelle und zukünftige Erwerbsfähigkeit besser einschätzen und damit berufliche Massnahmen realistisch planen können. Das Wissen über die berufliche Beratung von depressiven Menschen soll dazu dienen, dass die Beratungsgespräche motivierend und zielführend geführt werden können.

Der Autor möchte aufzeigen, wie komplex und wechselwirkend die Bedingungen sind, die eine Depression auslösen oder aufrechterhalten können. Damit soll erreicht werden, dass bei beruflichen Rehabilitationsplanungen vermehrt eine ganzheitliche Perspektive eingenommen wird, die soziale und medizinische Aspekte mit einbezieht.

1.5. Aufbau der Arbeit

Im zweiten Kapitel wird das Krankheitsbild der Depression erklärt sowie deren Ursachen, Risikofaktoren und psychosozialen Folgen erörtert. Abschliessend werden die wichtigsten Behandlungsmethoden und die Grundsätze im Umgang mit depressiven Menschen kurz vorgestellt.

Im dritten Kapitel wird eine Arbeitsdefinition des Begriffes der beruflichen Rehabilitation hergeleitet und die Wechselwirkungen zwischen Erwerbslosigkeit und Depressionen dargelegt. Nach der Beschreibung der zwei international bedeutsamsten beruflichen Rehabilitationskonzepte werden die Leistungsträger beruflicher Massnahmen in der Schweiz vorgestellt. Mit den Prädikatoren für eine erfolgreiche berufliche Integration sowie den Handlungsleitlinien für die Integrationsarbeit schliesst das Kapitel ab.

Im vierten Kapitel werden die Aufgabe und der Gegenstand der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation bestimmt und die dafür passenden Methoden ausgewählt. Als zentrale Methode wird das berufliche Beratungsgespräch vorgestellt und im Prozessmodell verortet. Die Gesprächsmethodik wird durch geeignete Konzepte im Umgang mit depressiven Menschen und durch das bisher erarbeitete Wissen verfeinert.

Im fünften Kapitel werden die zentralen Aussagen für die berufliche Praxis nochmals zusammenfassend dargestellt und die Grenzen der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen aufgezeigt. Mit dem persönlichen Fazit und einer weiterführenden Fragestellung schliesst die Bachelorarbeit ab.

2. Depression

Leitfrage: Was ist unter Depressionen zu verstehen?

2.1. Definition Depression

2.1.1. Geschichtliche Herleitung

Bereits früh in der Geschichte sind schriftliche Zeugnisse über das depressive Leiden zu finden, das je nach Epoche unterschiedlich ausgelegt wurde. In dichterisch-erzählerischer Form wurde damals versucht, dem Zustand eine Gestalt zu geben. Im achten Jahrhundert vor Christus schreibt Homer in seiner „Ilias“ die Geschichte über den Helden Bellerophon, der verzweifelt und planlos herumirrte und in seinem Kummer die Pfade der Menschen mied. In einem der frühesten Werke aus der Bibel (1. Buch Samuel) ist von Saul, dem schwermütigen und zum Zorn neigenden König der Juden zu lesen, der mit seinem Schicksal haderte und letztlich seinem Leben mit dem Sturz in sein Schwert ein Ende setzte. C. G. Jung nutzte im letzten Jahrhundert die Metapher der Dame in Schwarz, um der Depression eine Form zu geben.

Erste medizinische Definitionsversuche sind in den Hippokratischen Schriften Griechenlands zu finden. Darin wird das depressive Leiden mit Melancholie (Schwarzgaligkeit) umschrieben, die durch lang anhaltende Angst und Trauer ausgelöst werde. Später im Mittelalter definierte man den Zustand als Trägheit (Acedia), die im christlichen Verständnis als sündenhaft galt. Mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin im 19. Jahrhundert setzte sich immer mehr der Begriff der Niedergeschlagenheit durch (Daniel Hell, 2008, S. 25-27). Gemäss Theo R. Payk (2010) entstammt der Begriff der Depression dem lateinischen Wort „depressus“, was niedergedrückt bedeutet (S. 9).

2.1.2. International Classification of Diseases (ICD-10)

In der ICD-10 wird heute die Depression anhand einer Mehrzahl von Symptomen auf der Ebene des Denkens, des Fühlens, des Verhaltens und des Körpers definiert. Depressionen gehören dabei zur Hauptkategorie der affektiven Störungen (F3), die in verschiedene Unterkategorien und Schweregrade ausdifferenziert wird. Für die generelle Beschreibung der depressiven Stimmung ist der Gefühlszustand der Niedergeschlagenheit zwar passend, jedoch für die präzise Definition und Bestimmung einzelner Depressionsformen unzureichend (Angela Mahnkopf, 2009, S. 10-11). Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die verschiedenen depressiven Störungen in Anlehnung an die ICD-10:

Depressive Störungen nach ICD-10 mit Diagnoseziffern	
F31	Depressive Episode im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung
F32	Depressive Episode im Rahmen einer unipolaren Depression Leicht – Zusatz: somatisches Syndrom Mittel – Zusatz: somatisches Syndrom Schwer – Zusatz: somatisches und / oder psychotisches Syndrom
F33	Depressive Episode, rezidivierend mit Differenzierungen wie F32
F34	Anhaltende depressive Störung - Dysthymie
F43.20	Kurze depressive Reaktion bei Anpassungsstörung
F43.21	Längere depressive Reaktion bei Anpassungsstörung
F06.32	Organische depressive Störung

Abb. 1: Depressive Störungen nach ICD-10 (Mahnkopf, 2009, S. 15)

Die depressive Episode ist das Kernsyndrom der Depression, anhand dieser alle weiteren diagnostischen Überlegungen auszurichten sind. Um den Schweregrad einer Depression zu definieren, muss gemäss ICD-10 eine bestimmte Anzahl der folgenden Haupt- und Nebensymptome während mindestens zwei Wochen andauernd vorhanden sein. Bestehen die Symptome erst seit wenigen Tagen, spricht man von einem depressiven Syndrom (Paulitsch, 2009, S. 131).

Hauptsymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Stimmung • Verlust von Interesse oder Freude • Ermüdbarkeit und Energieverlust
Nebensymptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Selbstvertrauen • Schuldgefühle und unangemessene Selbstvorwürfe • Suizidgedanken oder suizidales Verhalten • Verminderung der Konzentration • Veränderte psychomotorische Aktivität (agitiert-unruhig oder gehemmt-verlangsamt) • Schlafstörungen • Veränderung des Appetits (Veränderung des Körpergewichts)

Abb. 2: Diagnosekriterien nach ICD-10 (Klaus Paulitsch, 2009, S. 131)

Der Schweregrad einer depressiven Episode lässt sich anhand der folgenden Tabelle bestimmen. Für die leichteste Form der Depression müssen mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptome (vergl. Abb. 2) vorhanden sein:

Schweregrad	Anzahl Hauptsymptome	Anzahl Nebensymptome
Leichte depressive Episode	2	2
Mittlere depressive Episode	2	3-4
Schwere depressive Episode	3	4-7

Abb. 3: Schweregrade nach ICD-10 (Angela Mahnkopf, 2009, S. 12)

Eine depressive Episode kann zusätzlich ein somatisches oder ein psychotisches Syndrom aufweisen (Abb. 1):

Somatisches Syndrom

Der Zusatz somatisches Syndrom kann bei allen Schweregraden der Depression diagnostiziert werden. Typischerweise tritt es jedoch bei mittleren bis schweren Depressionen auf und weist nach Paulitsch (2009) auf eine besondere Behandlungsbedürftigkeit mit Antidepressiva hin (S. 133). Zur Diagnosestellung eines somatischen Syndroms müssen gemäss ICD-10 vier Merkmale aus der folgenden Liste erfüllt sein:

- Interesseverlust und Verlust an Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten
- Mangelnde emotionale Reagibilität (starre Mimik, wenig Reaktion auf andere)
- Verfrühtes morgendliches Erwachen (2-3 Stunden früher als sonst)
- Morgendliches Stimmungstief
- Veränderung der Psychomotorik (agitiert – gehemmt)
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsverlust
- Libidoverlust

Bei depressiven Menschen mit einem somatischen Syndrom ergeben sich vor allem in Bezug auf die Psychomotorik grosse Unterschiede im Erscheinungsbild. Menschen mit einer agitierten Depression verspüren eine starke innere und äussere Unruhe und haben einen ausgeprägten Drang zur Bewegung (auf und ab gehen, Bein wippen, Hände reiben...). Bei der gehemmten Depression sind die Menschen auffällig antriebs- und kraftlos (Mahnkopf, 2009, S. 13).

Eine weitere Erscheinungsform ist die larvierte Depression, bei der depressives Leiden vorwiegend über körperliche Beschwerden geäussert wird. Dies ist kulturell bedingt insbesondere bei Menschen aus afrikanischen, indischen oder ostasiatischen Ländern der Fall (Hell, 2008, S. 37). Gemäss Mahnkopf (2009) sind es vor allem die larvierten Depressionen, die in der hausärztlichen Versorgung oft unerkant blieben (S. 13).

Psychotisches Syndrom

Psychotische Syndrome kommen nur bei schweren depressiven Episoden vor. Nebst einem hohen Suizidrisiko, können Wahnideen (Schuldwahn, Versündigungswahn, Verarmungswahn, Hypochondrischer Wahn) oder Halluzinationen (anklagende Stimmen, Verwesungsgeruch) auftreten (Paulitsch, 2009, S. 134).

2.1.3. Begriffliche Abgrenzung

Im Alltag kommt es immer wieder zu Situationen, bei denen wir uns bedrückt, leer, einsam und antriebslos fühlen. Solche Stimmungen bezeichnet man jedoch in der Umgangssprache allzu schnell als depressiv (Mahnkopf, 2009, S. 11). Normale Trauer sowie Formen der Anpassungsstörung sollen deshalb von der Depression abgegrenzt werden. Nicht näher behandelt werden auch die organischen depressiven Störungen, die nach Mahnkopf (2009) in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftreten. Bedeutsam dabei ist, dass die von der Krankheit betroffenen Personen ihre allgemeine Aktivitätslage gezwungenermassen reduzieren müssen. Die Depressionsraten bei Morbus Parkinson liegen daher bei hohen 30-50%, bei Schlaganfällen bei 25-35% und bei Krebspatienten 25-40% (S. 17). Der zusätzliche Einbezug bestimmter körperlicher Beschwerden bei der beruflichen Rehabilitation erscheint im Rahmen der vorliegenden Arbeit als zu komplex.

Abgrenzung der Depression zu Trauer

Eine Depression darf nicht mit normaler Trauer verwechselt werden, die durchaus ähnliche Symptome aufweisen kann. Eine längere Trauerphase, insbesondere nach dem Tod einer nahestehenden Person, gilt als sozial erwartet und normal. Wenn eine Trauerreaktion jedoch länger als zwei Monate unverändert anhält, zu suizidalen Krisen oder gar somatischen Symptomen führt, muss eine Depression in Betracht gezogen werden (Hautzinger, 2010, S. 9). Hell (2008) ist gar der Auffassung, dass bei einem aktiven Trauerprozess eine Depression fern ist, weil Trauern das Zulassen von schmerzhaften Gefühlen voraussetzt. Damit gehe ein Prozess des Loslassens erlebter Verluste einher, was letztlich eine Neuorientierung ermögliche. Eine Depression gründe hingegen eher auf der Verdrängung von schmerzhaften Gefühlen, was vielmehr zu emotionaler Erstarrung, innerer Leere und Gefühllosigkeit führe (S. 152).

Abgrenzung der Depression zu Anpassungsstörungen

Nebst dem Verlust einer nahestehenden Person können auch andere schwierige psychosoziale Belastungssituationen (z.B. Arbeitslosigkeit, Trennung, Unfall) zu einer kurzen (max. ein Monat) oder längeren (max. zwei Jahre) depressiven Reaktion führen. In diesem Fall spricht man in der ICD-10 von einer Anpassungsstörung (F43.2). Die diagnostische Abgrenzung zur Depression liegt vor allem darin, dass das depressive Reaktionsmuster in zeitlichem Zusammenhang mit dem auslösenden Ereignis steht. Die Reaktion tritt innerhalb eines Monats nach dem Ereignis auf und dauert in den aller-

meisten Fällen nicht länger als sechs Monate. Werden insgesamt die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, muss - unabhängig davon, ob es ein auslösendes Ereignis gegeben hat - die Diagnose der Depression gestellt werden. Damit ist die Anpassungsstörung eine abgeschwächte Form der Depression (Paulitsch, 2009, S. 179). In der Literatur wird diese Abgrenzung unterschiedlich gehandhabt. Gemäss Hautzinger (2010) könnte eine akute Depression gemäss ICD-10 auch mit einer Anpassungsstörung verschlüsselt werden (S. 1). Da der Rehabilitationsbegriff kurzfristige und leichte depressive Erkrankungsformen per Definition (Kapitel 3.1) eher ausschliesst, wird auf den zusätzlichen Einbezug der Anpassungsstörungen im Rahmen dieser Arbeit verzichtet.

2.2. Arten und Verläufe von Depressionen

Welche Depressionsarten gibt es und wie sehen deren typische Verläufe aus?

In Bezug auf Abb. 1 (Kapitel 2.1) lassen sich für das vorliegende Kapitel vorab vier Hauptarten depressiver Störungen bestimmen. Dazu gehören die unipolare depressive Episode im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (F31), die unipolare depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33) und die anhaltende depressive Störung - Dysthymia (F34). Auf eine weitere Differenzierung wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet, weil mit der Beschreibung der vier Hauptarten die markantesten Verlaufsformen der Depression benannt sind. Eine weitere Unterteilung brächte zur Bestimmung relevanter beruflicher Rehabilitationsmassnahmen keinen Mehrwert.

Die Hälfte aller affektiven Störungen klingt nach durchschnittlich sechs Monaten, und zwei Drittel nach einem Jahr ab. Das Risiko, dass eine Depression einen chronischen Verlauf nimmt (Minimaldauer der Beschwerden von zwei Jahren), liegt bei 10 bis 20%. Ältere Menschen tragen ein höheres Risiko für chronische Verläufe, die signifikant in Zusammenhang mit parallel auftretenden körperlichen Erkrankungen stehen (Hautzinger, 2010, S. 14).

Unipolare depressive Episode

Unipolar verlaufende depressive Episoden sind am häufigsten und können von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten dauern. Deren durchschnittliche Dauer beträgt bei grosser Streubreite ungefähr sechs Monate (Mahnkopf, 2009, S. 17).

Im Kapitel 2.1 wurde die depressive Episode als das Kernsyndrom affektiver Störungen beschrieben, anhand dieser die weiteren diagnostischen Überlegungen auszurichten sind. Dieser Grundsatz kommt aus der Tatsache heraus, dass sowohl die bipolaren affektiven Störungen wie auch die rezidivierenden depressiven Störungen aus Sequenzen einzelner unipolar verlaufender depressiver Episoden bestehen. Jede Sequenz wird neu nach ihrem Schweregrad beurteilt und geprüft, ob zusätzlich ein somatisches oder ein psychotisches Syndrom vorliegt (Paulitsch, 2009, S. 131). Die Grundlagen zur Beurteilung des Schweregrades (Abb. 2+3) sowie die Beschreibung der somatischen und psychotischen Syndrome wurden bereits im Kapitel 2.1 behandelt. Die Auswirkung des Schweregrades auf die Arbeitsfähigkeit einer Person wird im Kapitel 2.4.1 näher beschrieben.

Rezidivierende depressive Störung

Bei ungefähr der Hälfte aller Personen mit einer unipolaren depressiven Episode folgt eine zweite. Das Risiko für eine dritte Episode beträgt 80-90% und nimmt mit zunehmender Episodenanzahl zu (Möller et al. 2003 zit. in Mahnkopf, 2009, S. 17).

Von einer rezidivierenden Depression spricht man gemäss ICD-10, wenn bereits im Vorfeld der gegenwärtigen Depression eine depressive Episode aufgetreten ist. Dazwischen muss ein Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Stö-

rungen vorliegen. Für die medizinische Behandlungsplanung ist die Erkennung eines rezidivierenden Verlaufes fast wichtiger als die exakte Bestimmung der Schweregrade einzelner Episoden, weil bei zwei oder mehr Episoden eine mehrjährige medikamentöse Prophylaxe mit Antidepressiva in Kombination mit Psychotherapie in Erwägung gezogen werden muss (Paulitsch, 2009, S. 137).

Anhaltende depressive Störung - Dysthymia

Grundsätzlich werden alle Depressionsverläufe, die länger als zwei Jahre dauern als chronisch bezeichnet. Die Dysthymia ist eine besondere Form der chronischen Depression. Personen mit einer Dysthymia leiden an einer andauernden depressiven Verstimmung, die jedoch nicht den Schweregrad einer leichten depressiven Episode erreicht. Sie hält mindestens zwei Jahre lang an, dauert in den meisten Fällen jedoch viele Jahre. Die Dysthymia beginnt häufig im jungen Erwachsenenalter und kann später von depressiven Episoden überlagert werden (double Depression). Aufgrund ihrer geringeren Intensität wird sie meist nicht als depressive Erkrankung wahrgenommen, sondern eher dem eigenen melancholischen Charakter zugeschrieben (Paulitsch, 2009, S. 142).

Bei einer Erkrankung im frühen Erwachsenenalter besteht gemäss Berger & Calkers (2004) die Gefahr, dass psychosoziale Entwicklungsschritte nicht adäquat durchlaufen werden können und Folgeprobleme im beruflichen und privaten Bereich entstehen (zit. in Mahnkopf, 2009, S. 19).

Bipolare affektive Störung

Die Bipolare affektive Störung ist gekennzeichnet durch einen Verlauf mit abwechselnd manischen und depressiven Episoden. Die Wahrscheinlichkeit, dass nach drei unipolar verlaufenden depressiven Episoden eine manische Phase eintritt, liegt gemäss Hautzinger (2010) bei 10-30% (S. 13).

Manische Phasen beginnen oft plötzlich und dauern zwischen zwei Wochen und fünf Monaten. Manische oder Hypomanische Phasen (leichtere Form der Manie) zeigen sich komplementär zum depressiven Krankheitsbild. Charakteristisch ist eine deutliche Steigerung des Antriebs. Das Schlafbedürfnis ist reduziert und die Person ist bereits früh morgens voller Tatendrang. Sie kann sich schlechter konzentrieren als sonst, ist leicht ablenkbar (Ideenflucht) und sprudelt oft nur so vor Ideen (schwer bremsbarer Redefluss). Im sozialen Verhalten fehlt der Person oft das Gefühl für Nähe und Distanz im Sinne einer übermässigen Geselligkeit oder Vertrautheit. Während der Manie besteht die Tendenz sich selbst zu überschätzen, was zu leichtsinnigen Aktionen verleiten kann (z.B. verschwenderisch Geld ausgeben). Schwere Manien können auch psychotische Symptome mit Halluzinationen oder Wahnideen (Grössen- oder Liebeswahn) auslösen. Die manischen Phasen wechseln sich in Regellosigkeit mit depressiven Episoden ab (Paulitsch, 2009, S. 145-147).

2.3. Häufigkeit von Depressionen

Die Lebenszeitprävalenz an einer unipolaren depressiven Episode zu erkranken, beträgt gemäss Berger & van Calkers (2004) 17%. Davon seien 4.2% schwere, 7.2% mittelschwere und 5.6% leichte depressive Episoden. Die Lebenszeitprävalenz an einer Dysthymia zu erkranken liegt bei 6-10%.

Die Punktprävalenz für eine akute depressive Episode liegt nach Schmaus & Messer (2003) bei Männern um die 3% und bei Frauen um 6%. Die Werte für eine Dysthymia erreichen bei Männern 2% und bei Frauen 4%. Bei bipolaren Störungen tragen Frauen und Männer mit 0,8% das gleich hohe Erkrankungsrisiko (zit. in Mahnkopf, 2009, S. 16-18). Frauen weisen insbesondere im Jungendalter und in der Adoleszenz eine doppelt

so hohe Erkrankungsrate wie die Männer auf. Die Zahlen gleichen sich im späteren Alter jedoch leicht an (Hautzinger, 2010, S. 11).

Bei der Gesundheitsbefragung von 250'000 Schweizerinnen und Schweizern im Jahr 2002 gaben insgesamt 15% der Befragten an, innerhalb der letzten zwei Wochen (2-Wochen-Punktprävalenz) an leichten Symptomen einer Depression gelitten zu haben. Über 3% nahmen bei sich mittlere bis schwere Symptome wahr, was im Prinzip eine Behandlung durch eine Fachperson notwendig machen würde (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [OBSAN], 2007, S. 26). Gleichzeitig nimmt nur ein Viertel bis die Hälfte dieser Personen professionelle Hilfe in Anspruch. Jede zweite bis dritte der Behandlungen führen Hausärztinnen oder Hausärzte durch, die häufig nicht über eine geeignete Fortbildung verfügen (Obsan, 2007, S. 60). Gemäss Hautzinger (2010) blieben schätzungsweise 15-20% der depressiven Erkrankungen im hausärztlichen Versorgungssystem unerkannt. Damit liesse sich eine hohe Dunkelziffer nicht oder falsch behandelte Depressionen ableiten, was das Auftreten chronischer Verläufe begünstige (S. 8).

Gemäss dem Bericht im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV) über die Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] (2009) wurde bei 65% aller aus psychischen Gründen Berenteten jemals eine depressive Erkrankung diagnostiziert (S. 104). Der Anteil der rein Depressiven ohne Persönlichkeitsstörung und ohne körperliche Krankheit beträgt dabei 23% und hat sich in den letzten 20 Jahren verdoppelt (S. 15). Die Gruppe der Depressiven mit Persönlichkeitsstörungen sowie komplexen somatischen Begleiterkrankungen umfasst 33% und hat sich in den letzten 20 Jahren ebenfalls verdoppelt (S. 203).

Depressionen treten selten in reiner Form auf. Die Komorbiditätsrate (mindestens eine zusätzliche Diagnose) liegt bei hohen 77%. Die häufigsten Zusatzdiagnosen sind Angststörungen (etwa die Hälfte), substanzinduzierte Abhängigkeiten (etwa ein Drittel) sowie somatoforme Störungen (etwa ein Drittel) (Hautzinger, 2010, S. 16).

2.4. Psychosoziale Folgen der Krankheit

Welche Auswirkungen haben Depressionen auf den Alltag einer Person?

Gemäss Hammen (1999) würden Depressionen den Menschen in seiner bio-psycho-sozialen Ganzheit erfassen und beeinträchtigen. Je nach Schweregrad fühlten sich die Betroffenen ganz oder teilweise ausserstande ihren beruflichen und privaten Pflichten nachzukommen. Schwer Depressive könnten tagelang im Bett verbringen und ins Leere starren oder ziellos hin und her laufen und sich den Kopf zermartern. Alltägliche Verrichtungen würden als mühsam empfunden. Duschen, baden oder sich anziehen koste bereits grosse Überwindung. Die negative Grundhaltung sowie die Motivations- und Hoffnungslosigkeit sei für das soziale Umfeld belastend und werde häufig auch mit Unverständnis aufgenommen (zit. in Lindner, 2009, S. 64).

2.4.1. Arbeitsfähigkeit

Bei leichten unipolaren depressiven Episoden haben die Betroffenen Schwierigkeiten, ihre sozialen und beruflichen Aktivitäten weiter auszuüben. Sie geben jedoch – und das ist das entscheidende Kriterium – ihre Aktivitäten nicht vollständig auf.

Bei mittleren Schweregraden sind die Betroffenen nur noch unter erheblichen Schwierigkeiten in der Lage, ihre beruflichen und sozialen Tätigkeiten fortzusetzen. Alltägliche Verrichtungen, wie Einkaufen gehen, werden als grosse Belastung erlebt. Der Gang zur Arbeit braucht enorme Überwindung und am liebsten würde man zu Hause bleiben.

Menschen mit schweren Depressionen können ihre gewohnten Aktivitäten in der Regel nicht mehr ausüben. Sie sind zu 100% krankgeschrieben und verbringen oft den ganzen Tag zu Hause. Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik ist häufig angezeigt. Somatische oder psychotische Syndrome sowie eine akute Suizidalität sind typische Begleiter schwerer Depressionen (Paulitsch, 2009, S. 132-133).

Wittchen et al. (1999) stellten in ihrer Studie fest, dass sich Personen mit einer affektiven Störung innerhalb von vier Wochen an nur durchschnittlich 1,3 Tagen vollständig und an 7,2 Tagen eingeschränkt arbeitsunfähig fühlten. Die restliche Zeit war ihnen das Arbeiten möglich, weshalb Arbeitgebende statistisch nur die Spitze des Eisbergs zu erfassen vermögen (zit. in Heyde & Macco, 2009, S. 38). Damit verbunden ist das Phänomen des Präsentismus, was J. Schmidt und H. Schröder (2009) als das „Verhalten, sich bei einer Erkrankung nicht krank zu melden, sondern arbeiten zu gehen“ bezeichnen (S. 93). Dies verweist nochmals auf die hohe Dunkelziffer unerkannter Depressionen (vergl. Kapitel 2.3).

2.4.2. Entscheidungsprobleme

Depressive verspüren häufig den Zwang, über Vergangenes nachdenken zu müssen, während sie gleichzeitig in ihrer Fähigkeit, klar zu denken, eingeschränkt sind. Das Denken wird oftmals als stockend, weniger fließend und spontan erlebt. Diese paradoxe Konstellation führt zu einem ohnmächtigen, destruktiven Gedankenkreisen, das in der Regel auf negative wiederkehrende Probleme gerichtet ist, ohne dass konkrete Lösungsschritte unternommen werden könnten (Hell, 2007, S. 45-46).

Depressive haben deshalb auch Mühe, Entscheidungen zu treffen. Kleinste alltägliche Verrichtungen, wie einkaufen gehen, können langes Grübeln, Abwägen sowie Hin- und Hergerissensein auslösen. Die Vor- und Nachteile einer Entscheidung werden bis ins Endlose ausgeweitet, weil jede konkrete Handlung mit der Angst verbunden ist, einen Fehler zu begehen, zu versagen oder sich schuldig zu machen. Die Konzentration wird dadurch je nach Schweregrad der Depression stark beeinträchtigt. Es kann sein, dass soeben Gesagtes kurz darauf wieder vergessen wird. Die Betroffenen nehmen diese Veränderung in der Regel bewusst wahr und verspüren dabei die Angst, verrückt zu werden (Niklewski/Ricke-Ricklewski, 2007, zit. in Linder, S. 69).

Gemäss Paulitsch (2009) sollten Depressive aus den bisher erwähnten Gründen dazu ermuntert werden, wichtige Entscheidungen, wie einen Arbeitsplatzwechsel, erst nach dem Abklingen dieser Symptome zu treffen (S. 139).

2.4.3. Sozialer Rückzug und Einsamkeit

Depressive Menschen neigen zu sozialem Rückzug. Sie nehmen das Telefon nicht mehr ab, meiden Kontakte, sagen Verabredungen ab und ziehen sich mitunter ganz in sich selbst zurück. Freundschaften werden vernachlässigt und Arbeitgebende sind verärgert wegen der langen und zum Teil wiederkehrenden Fehlzeiten. Gleichzeitig verspüren sich die Betroffenen zutiefst schuldig und verantwortlich für die Situation (Lindner, 2009, S. 63).

Besonders schwierig ist es für Angehörige. Auf einmal scheint die ihnen einst vertraute Person auf sonderbare Weise nicht mehr spür- und erreichbar zu sein. Anstelle von Anteilnahme erleben sie vielmehr Gefühllosigkeit und Leere. Die unangenehmen bedrückenden Gefühle können sich mitunter auch auf die Mitmenschen übertragen, weshalb aus einem Selbstschutz heraus das Bedürfnis entstehen kann, die Kontakte mit der depressiven Person einzuschränken (Hell, 2007, S. 66-69).

Was äusserlich als anteilnahmslos erscheint, erlebt die depressive Person innerlich als ein allumfassendes Getrenntsein vom Leben und von anderen Menschen. Nichts macht den Betroffenen ihre schmerzliche Einsamkeit deutlicher als eine Umwelt, die voller Lebendigkeit, Heiterkeit und Freude ist, weil diese im Kontrast zu ihrer eigenen trostlosen Gefühlswelt steht. Umgeben von einer lustigen Gesellschaft lässt sich der depressive Mensch selten mitreissen, sondern er fühlt sich vielmehr unerträglich einsam, isoliert und unverstanden. Eine noch gesteigerte Form ist das Phänomen der Depersonalisation. Die Betroffenen fühlen sich kilometerweit von ihrer Umwelt entfernt, als ob sie sich von ihrem Körper, ihrem Denken und von der sie umgebenden Welt ablösen würden (Scharfetter, 2002 zit. in Lindner, 2009, S. 69).

2.4.4. Hoffnungslosigkeit und Suizidalität

Die Hoffnungslosigkeit ist ein hartnäckiger Begleiter der Depression. Keine schwer depressive Person schaut hoffnungsvoll in die Zukunft. Die Situation erscheint meist ausweglos und unveränderbar. Probleme werden als unlösbar betrachtet, weshalb es auch keinen Zweck hat, sich um eine Veränderung zu bemühen. Gutes Zureden und Aufmunterungsversuche werden mit Widerstand aufgenommen, weil die positive Betrachtungsweise nicht ins eigene negative Weltbild passt. Die tiefe Verzweiflung, die Unerträglichkeit der Situation und die vermeidliche Ausweglosigkeit können bei den Betroffenen zum Wunsch führen, einzuschlafen und nicht wieder aufzuwachen (Hegerl/Althaus/Reiners, 2006 zit. in Lindner, 2009, S. 68).

Das Suizidrisiko bei stationär behandlungsbedürftigen und rezidivierend-Depressiven liegt gemäss Falkai (2000) bei ca. 15%. Bei bipolaren Störungen liegt die Quote bei 15-30%. Die Lebzeitmortalität durch Suizid über alle Depressionsformen hinweg liegt nach Wolfersdorf (2004) bei 4% (zit. in Mahnkopf, 2009, S. 24).

2.5. Risikofaktoren und Erklärungsansätze

Welche Personen tragen ein erhöhtes Risiko an Depressionen zu erkranken?
Welche Ursachen-Erklärungsmodelle gibt es dazu?

2.5.1. Risikofaktoren

Bezogen auf das Geschlecht weisen Frauen ein nahezu doppelt so hohes Risiko auf, an einer Depression zu erkranken, wie die Männer (vergl. Kapitel 2.3). Der Erkrankungsgipfel für beide Geschlechter lag nach früheren Studien zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Gemäss WHO (2004) zeigten neuere Studien jedoch, dass sich das häufigste Erkrankungsalter auf die Lebensspanne zwischen 18 und 25 Jahren vorverlagert hat (zit. in Hautzinger, 2010, S. 11).

Bei den Sozio-ökonomischen Faktoren kann als gesichert gelten, dass Getrennte und Geschiedene sowie Personen ohne stützendes Beziehungsnetz ein erhöhtes Risiko für depressive Erkrankungen tragen. Nebst den fehlenden positiven Sozialbeziehungen gilt auch eine ungesicherte Wohn- und Arbeitssituation als Risikofaktor (vergl. Kapitel 3.2).

Belastende und traumatisierende Lebensereignisse sind vor einer depressiven Episode besonders häufig zu finden. Dies gilt sowohl für Ereignisse, die durch die Person selbst herbeigeführt wurden (z.B. Misserfolg), als auch für personenunabhängige, nicht beeinflussbare, Belastungssituationen (z.B. Tod). Besonders kritisch scheinen belastende Ereignisfolgen (chronische Belastungen) zu sein, bei denen dazwischen keine Erholung stattfinden konnte.

Städtische und industrialisierte Gebiete weisen im Vergleich zu ländlichen Gegenden eine erhöhte Depressionsrate auf. Hierbei scheint vor allem die Komplexität der Lebenswelt in einer Stadt zu mehr Stress und damit zu einer erhöhten Anfälligkeit für Depressionen zu führen.

Als einflussreiche Risikovariablen gilt die familiäre Vorbelastung. Kinder von Eltern mit einer manisch-depressiven Erkrankung tragen ein Risiko für Depressionen von 25%. Die Wahrscheinlichkeit bei Kindern von Eltern mit einer unipolaren Depression liegt bei 20%, gegenüber 7% bei Eltern ohne Depressionen (Hautzinger, 2010, S. 12).

2.5.2. Erklärungsansätze

Depressionen werden heute als eine Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen Veranlagung, (biographisch) prägenden Erfahrungen, körperlicher Gesundheit und der sozialen Lebenssituation betrachtet. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass körperliche, seelische- und soziale Bedingungen bei einer Person zu einer (erhöhten) Disposition für Depressionen führt. Bestimmte stressreiche Ereignisse, insbesondere Ereignisfolgen, können die Krankheit letztlich zum Ausbruch bringen (Wolfersdorf, 2002 zit. in Lindner, 2009, S. 59).

Im Rahmen der Lernpsychologie entwickelte Martin Seligman in den 70er Jahren die These der erlernten Hilflosigkeit. Dabei würden Personen, die erleben, dass sie keinen Einfluss auf äussere negative Ereignisse (individuell oder global) hätten, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und der Verzweiflung als Bewältigungsmuster entwickeln.

Ein ähnlich gelagerter Erklärungsansatz wurde in den 60er Jahren von Aaron Beck und Albert Ellis entwickelt. Zentral dabei ist, dass Menschen aufgrund unangenehm erlebter Erfahrungen zu negativen Überzeugungen und Einstellungen gegenüber sich selbst und ihrer Umwelt kämen. Negative Informationen würden in der Folge davon selektiv stärker wahrgenommen als positive, wodurch sich sukzessive eine pessimistische Lebenshaltung herausbilden könne. Alltägliche und globale Ereignisse, wie auch die persönlichen Einflussmöglichkeiten darauf, würden pessimistisch betrachtet und Gefühle der Resignation und der Sinnlosigkeit stellten sich ein.

Im Sinne der Psychoanalyse versteht Sigmund Freud Depressionen als Reaktion auf frühere kränkende Ereignisse. Anstatt die damals entstandene Aggressionsenergie auszuleben oder zur Selbstverteidigung und Selbstbehauptung zu nutzen, sei sie unterdrückt worden und könne später in Form von zerstörerischer Selbstkritik, Selbstabwertung und Selbstverneinung auf die eigene Person abgeleitet werden (zit. in Theo R. Payk, 2010, S. 59-60).

2.6. Behandlungsformen

Was hilft gegen Depressionen?

So vielfältig sich das Krankheitsbild der Depression zeigt, so verschieden sind auch die Behandlungsformen. Was ganz grundsätzlich im ambulanten wie auch im stationären Rahmen empfohlen wird, ist die frühzeitige Aktivierung depressiver Menschen durch den Aufbau einer klaren Tagesstruktur. Die Erarbeitung und die gezielte Umsetzung von Aktivitäten, die die Betroffenen als angenehm erleben, ist ein wichtiger Bestandteil jeder Behandlung. Der Verbleib im sozialen Rückzug und in der Antriebslosigkeit ermöglichen keine neuen positiven Selbsterfahrungen und die Depression kann sich dadurch weiter verstärken (Hautzinger, 2010, S. 57). In Ergänzung zu diesem Grundsatz sollen die wichtigsten Behandlungsformen nachstehend kurz erläutert werden.

2.6.1. Psychologische Unterstützung

Vielen Depressiven fällt es schwer, sich in ihrer negativen Stimmung anderen Menschen gegenüber zu öffnen. Das Sprechen hilft, negative Gefühle abzubauen und die soziale Isolation schrittweise zu überwinden. Grundsätzlich unterstützen alle Arten von persönlichen Gesprächen den Genesungsprozess, auch wenn sie nicht in einem professionellen Rahmen stattfinden. Wichtig dabei ist, dass Menschen ausgewählt werden, die einen in der depressiven Stimmung aushalten und verstehen können. Sind solche Menschen nicht verfügbar, anbieten sich dazu auch Selbsthilfegruppen (Nuber, 2007 zit. in Lindner, 2009 S. 75).

Unter den spezifischen Therapieformen haben sich gemäss Hautzinger (2010) in den letzten fünf Jahren die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie die interpersonelle Psychotherapie (IPT) am meisten durchgesetzt und empirisch bewährt (S. 49).

Die KVT geht davon aus, dass depressives Verhalten vorrangig erlernt ist (vergl. Lernpsychologie Kapitel 2.5.2). Negative- oder selbstabwertende Kognitionen, Einstellungen und Verhaltensweisen sollen bewusst gemacht und umgelernt werden. Selbstunsicheres Verhalten wird unter anderem durch die Umsetzung praktischer Ziele im Alltag überwunden (Mahnkopf, 2009, S. 79).

Die IPT geht davon aus, dass zwischenmenschliche Erfahrungen einen grossen Einfluss auf die Entwicklung von Depressionen haben. Wichtige Beziehungsmuster werden bereits früh in der Kindheit erlernt und beeinflussen auch das gegenwärtige Sozialverhalten. Das Hauptziel dieser Therapieform ist die Herausarbeitung zentraler sozialer Belastungssituationen. Im Zentrum der Behandlung steht die Verbesserung bestehender Beziehungen sowie die Wahrnehmung und Reduktion energieraubender Rollenkonflikte (Hautzinger, 2010, S. 74).

2.6.2. Körperliche Gesundheit und Bewegung

Die körperliche Gesundheit wirkt sich ganz grundsätzlich positiv auf das seelische Gleichgewicht eines Menschen aus. Sport treiben, regelmässiges Bewegen oder auch tägliche Spaziergänge in der Natur leisten einen wichtigen Beitrag zur Aufhellung der depressiven Stimmung. Komplementär zur Bewegung helfen auch verschiedene Entspannungsmethoden (z.B. autogenes Training, Meditation), wohltuende Massagen oder Bäder. Gesunde und regelmässige Schlafgewohnheiten sowie eine ausgewogene Ernährung sind weitere stabilisierende Faktoren (Faust, 2001 zit. in Lindner, 2009, S. 71).

2.6.3. Medikamente

Beim Einsatz von Medikamenten wird grundsätzlich zwischen der Akutbehandlung und der Langzeitprophylaxe unterschieden. Die Akutbehandlung zielt auf die rasche Überwindung des momentanen Stimmungstiefs ab, während die Langzeitprophylaxe rezidivierende oder chronische Verläufe zu verhüten versucht oder diese längerfristig behandelt.

Der Einsatz von Antidepressiva wird ab mittleren Depressionen empfohlen sowie auch bei leichten chronischen Verläufen. Eine leichte depressive Episode kann alternativ dazu auch mit Johanniskraut behandelt werden. Die Einnahme von Medikamenten sollte so früh als möglich mit der betroffenen Person vorbesprochen werden, damit eine nachhaltige Compliance gewährleistet werden kann (Mahnkopf, 2009, S. 73-78). Die Medikamente reagieren nicht sofort und sollten daher auch nicht direkt nach der Stimmungsbesserung wieder abgesetzt werden. Gemäss Frederic F. Flach (2006) müssen die Medikamente zwischen mindestens vier bis sechs Wochen eingenommen werden (S. 112).

2.6.4. Soziotherapie

Die Soziotherapie ist ein methodenübergreifendes helfendes Handeln, das vorrangig in den Bereichen des Wohnens, der Arbeit und der sozialen Kontakte wirkt. Wer durch psychische Krankheit vorübergehend oder längerfristig seine sozialen Fähigkeiten verliert, kann dadurch in finanzielle Not geraten. Lange Krankheitsabsenzen gefährden die Arbeitsstelle und unbezahlte Rechnungen können zur Kündigung der Wohnung und zu weiteren Beteiligungen führen. Soziale Kontakte werden vernachlässigt, brechen ab und familiäre Verpflichtungen, insbesondere auch gegenüber Kindern, können nicht mehr ausreichend wahrgenommen werden. Die Soziotherapie trägt dazu bei, die negativen psychosozialen Folgen eines aus der Bahn geworfenen Lebens aufzufangen und neu zu ordnen (Wolfersdorf, 2002 zit. in Lindner, 2009, S. 98).

In Ergänzung zur Psychotherapie unterstützt die Soziotherapie den Heilungsprozess durch die Erschließung von finanziellen und lebenspraktischen Hilfestellungen in den bereits erwähnten Bereichen. Mit der Vernetzung und Koordination des privaten und professionellen Helfernetzes soll eine nachhaltige gesellschaftliche Integration erreicht werden. Im Kontext der stationären Psychiatrie geht es dabei um die Vermeidung des „Drehtüren-Effekts“. Nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe sollen die betroffenen Personen befähigt werden, ihre gesellschaftlichen Pflichten in der Familie, im Beruf und im Wohnen wieder möglichst selbstständig wahrzunehmen (Jens Clausen & Ilse Eichenbrenner, 2010, S.259).

2.7. Grundsätze im Umgang mit depressiven Menschen

Im Umgang mit depressiven Menschen ist es zentral, dass zu Beginn des Kontakts eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Für Depressive ist es wichtig, dass sie sich in ihrem Leiden verstanden und angenommen fühlen, was durch eine emphatische und wertschätzende Grundhaltung erreicht werden kann. Weil sie oftmals Schuldgefühle und Angst haben, anderen lästig zu fallen, sind sie besonders empfindlich auf ablehnende Signale. Die schlechte Laune oder Eile der beratenden Person werden allzu rasch persönlich genommen. Folgende drei Fallstricke können die Beziehungsgestaltung gefährden (Mahnkopf, 2010, S. 38-42):

- Durch das wiederkehrende Klagen der depressiven Person genervt sein und es als ihr Problem vorwerfen. Klagen, Pessimismus und Jammern sollen gemäss Paulitsch (2009) als vorübergehende Krankheitssymptome und nicht als dauerhafte Persönlichkeitszüge aufgefasst werden (S. 138).
- Sich durch zu starke Identifikation in der Hoffnungslosigkeit verlieren (falsch verstandene Empathie).
- Sich durch die Gereiztheit der depressiven Person anstecken lassen und ungeduldig werden.

Hoffnung vermitteln

Vorrangig soll in der therapeutischen Arbeit mit depressiven Menschen immer wieder Hoffnung auf Besserung der Beschwerden gemacht werden. Depressionen sind gut therapierbar und die Hoffnungslosigkeit ist ein normaler vorübergehender Begleiter des Krankheitsbildes (Paulitsch, 2009, S. 139-140). Die betroffene Person soll in ihrer Hoffnungslosigkeit insbesondere auch aufgrund der möglichen Suizidgefahr ernst genommen werden, die primäre Aufmerksamkeit bleibt jedoch auf den kleinen positiven Veränderungen und möglichen Lösungsschritten. Fühlt sich die beratende Person gegenüber der Situation selbst hoffnungslos, muss sie sich im Team, z.B. im Rahmen der

Fallinterview, Hilfe holen, denn das Gefühl kann sich im Gespräch gegenseitig verstärken (Mahnkopf, 2010, S. 43).

Entscheidungen treffen

Schwer Depressive sind während der akuten Phase meist unfähig, Entscheidungen zu treffen. Für die Bearbeitung folgereicher Entscheidungen, zum Beispiel betreffend der Arbeitssituation, soll bis zu einer ersten Symptomlinderung zugewartet werden (Kapitel 2.4.2). Bei schwer depressiven Personen mit wenig Krankheitseinsicht sowie ambivalentem oder suizidalem Verhalten kann angezeigt sein, dass die beratende Person während der akuten Phase Entscheidungsverantwortung übernimmt und direktive Vorgaben macht (Mahnkopf, 2010, S. 46). Im Zusammenhang mit der beruflichen Situation kann dies bedeuten, dass die beratende Person nach Absprache Kontakt mit der bestehenden Arbeitsstelle aufnimmt oder versicherungstechnische Fragen frühzeitig klärt.

Schlüsselprobleme herausarbeiten und Ziele setzen

In der therapeutischen Arbeit ist es wichtig, dass nicht die Depression selbst behandelt wird, sondern die Schlüsselprobleme, die mittel- bis langfristig zur Depression geführt haben oder diese aufrechterhalten. Die Beratung erfolgt daher konkret, alltags- und gegenwartsbezogen mit dem Fokus auf die Bewältigung der Schlüsselprobleme. Das Setzen von Zielen gibt Struktur und die sukzessive Überwindung der Defizite schafft Hoffnung. Zielskalierungsfragen und die Umwandlung von globalen Zielen in kleine umsetzbare Schritte sind hilfreich und können Gefühle der Überforderung verhindern (Hautzinger, 2010, S. 20-21).

2.8. Zusammenfassung Depression

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Sie können in jedem Lebensabschnitt auftreten, wobei der Erkrankungsgipfel im Alter zwischen 18 und 25 Jahren liegt. Der Schweregrad und ihr Verlauf sind sehr unterschiedlich und können von zwei Wochen bis zu einem Leben lang dauern.

Die Ursachen von Depressionen sind vielfältig und können biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zugeordnet werden. Belastende Ereignisse, Ereignisfolgen und dauerhafte Belastungssituationen stellen ein besonders hohes Risiko dar, daran zu erkranken. Ob eine Depression ausbricht, hängt davon ab, wie viel Belastung eine Person aushält, wie stark sie in unterstützende soziale Netzwerke eingebunden ist und wie stark ihre Veranlagung (biologisch/psychologisch) dazu ist.

Depressionen erfassen den Menschen in seiner biopsychologischen Ganzheit und lähmende Gefühle der Hoffnungs- und Antriebslosigkeit können je nach Schweregrad zu einer vollständigen Unfähigkeit führen, seinen alltäglichen Pflichten nachzukommen. Sozialer Rückzug führt zu Einsamkeit und zu Gefühlen des Getrenntseins von sich selbst und anderen Menschen, bis hin zu suizidalen Absichten und Handlungen. Während leicht Depressive in der Regel noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist dies bei mittleren bis schweren Formen kaum mehr möglich. Eine mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Entscheidungsschwierigkeiten sowie verminderte soziale und kommunikative Kompetenzen beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit.

Depressionen sind gut therapierbar, wenn sie frühzeitig behandelt werden. Je länger zugewartet wird, desto höher ist das Risiko für rezidivierende und chronische Verläufe. Die tägliche Aktivierung der depressiven Person, die Einhaltung einer Tagesstruktur und die Wiederaufnahme freudvoller Tätigkeiten sind zentrale Pfeiler bei jeder Depressionsbehandlung.

Die Soziale Arbeit ist mitunter zuständig für die Soziotherapie. Diese beschäftigt sich mit den krankheitsbedingten und -verursachenden psychosozialen Problemen von de-

pressiven Menschen. Dabei ist die Arbeitssituation und somit die berufliche Rehabilitation ein wichtiges Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit.

3. Berufliche Rehabilitation

Leitfrage: Was bewährt sich bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen?

3.1. Definition berufliche Rehabilitation

Die Begriffskombination berufliche Rehabilitation wird in der Literatur nicht eigens definiert, weshalb wir eine für diese Arbeit gültige Arbeitsdefinition herleiten. Ausgangspunkt ist der Begriff der Rehabilitation.

Der englische Sozialpsychiater Bennett (1983) definierte Rehabilitation als das Ziel eines Menschen, „in einem möglichst normalen sozialen Leben den bestmöglichen Gebrauch von den ihm verbliebenen Fähigkeiten zu machen“ (zit. in Hermann Mecklenburg, 2008, S. 110). Etwas konkreter beschreiben Gerdes & Weiss (2000), was ein normales soziales Leben bedeutet in dem Sinne, „dass jemand möglichst gut mit den Anforderungen des täglichen Lebens zurechtkommt und seine Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft weitgehend erfüllen kann“ (S. 42 zit. in Thomas Rüst & Annelies Debrunner, 2005, S. 24). Beide Autoren definieren den Begriff Rehabilitation als ein Ziel. Eine Person soll, trotz erlebter Einschränkungen, wieder befähigt werden, ein möglichst normales soziales Leben zu führen. Ob die Ursache der Einschränkungen körperlicher, seelischer oder geistiger Art ist, wird offen gelassen.

In Bezug auf seelische Erkrankungen definiert Holger Hofmann (2004) die Rehabilitation als einen Prozess mit dem Ziel, chronisch-psychisch Kranke so weit als möglich gesellschaftlich zu integrieren und sie gleichzeitig darin zu unterstützen, ihre Behinderung immer besser akzeptieren zu können. Die Erreichung des Ziels der gesellschaftlichen Integration ist daher immer auch an einen individuellen Prozess der Krankheitseinsicht gebunden, die es erst ermöglicht, neue realistische Lebensentwürfe zu entwickeln (S. 334).

Die bisherigen Definitionen knüpfen den Begriff Rehabilitation an eine relativ dauerhafte seelische, körperliche oder geistige Behinderung. So auch die Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1984), welche die Rehabilitation von Menschen mit einer psychischen Behinderung dem Fachgebiet der psychiatrischen Rehabilitation zuordnet. Diese hat zur Aufgabe, seelisch behinderte Menschen über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Massnahmen auf medizinischem, schulischem, beruflichem und allgemein-sozialem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und -stellung, die ihnen entspricht und ihrer würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden bzw. wieder zu erlangen (zit. in Wulf Rössler & Christoph Lauber, 2004, S. 1).

Mit dieser Definition erfährt die bisherige Begriffsbestimmung eine Erweiterung, indem darin die Massnahmen bezeichnet werden, mit denen das Ziel der gesellschaftlichen Integration erreicht werden soll. In Deutschland wurden im Jahr 2001 mit dem Sozialgesetzbuch IX die gesetzlichen Grundlagen von Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen geschaffen. Rehabilitative Leistungen werden darin den Einzelbereichen medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zugeordnet (Rössler & Lauber, 2004, S. 1). Ein weiterer Aspekt des Sozialgesetzbuches sind nach Mecklenburg (2008) die Leistungen für die Existenzsicherung (S. 111). Gemäss Wolf Rainer Wendt (2010) tragen die Massnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation in Beziehung aufeinander dazu bei, dass eine psychisch erkrankte Person wieder ein normales Leben führen kann (S. 212).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Rehabilitation ein Prozess ist, mit dem Ziel, Menschen mit einer Behinderung gesellschaftlich zu integrieren. Zur Erreichung des Ziels sind berufliche, soziale und medizinische Massnahmen notwendig; diese sind aufeinander abzustimmen und auf die Grundlage einer gesicherten Existenz abzustellen.

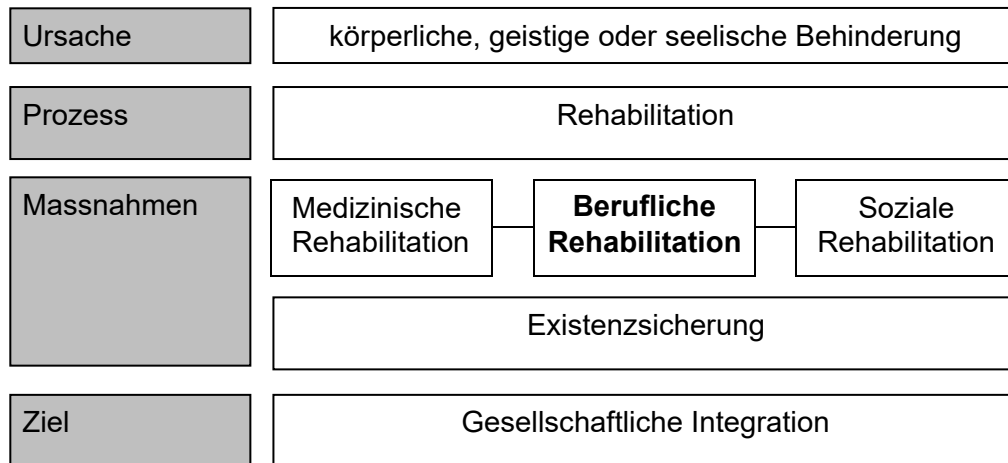


Abb. 4: Definition von Rehabilitation (eigene Darstellung)

Zuletzt soll der Begriff „berufliche Rehabilitation“ definiert werden, der durch die Gegenüberstellung der Begriffe berufliche Integration und Arbeitsintegration an Kontur gewinnt. Nach Daniel C. Aepli, Roli Kälin, Walter Ott & Matthias U. Peters (2004) bedeutet berufliche Integration, dass eine Person über eine Anstellung im ersten oder zweiten Arbeitsmarkt verfügt. Die vollständige berufliche Integration liege bei einem unbefristeten Arbeitsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt vor (zit. in Eichholzer Ueli & Gwerder Severin, 2010, S. 32).

Den Begriff „Arbeitsintegration“ definieren Daniel Schaufelberger & Eva Mey (2010) als den „Zugang einer Person oder Personengruppe zu Arbeit oder Erwerbsarbeit“. Das primäre Ziel der Arbeitsintegration sei die wirtschaftliche Unabhängigkeit möglichst aller Gesellschaftsmitglieder durch Erwerbsarbeit oder aber sekundär die Teilhabe an Formen der Arbeit (z.B. zweiter Arbeitsmarkt) (S. 15). Damit sind die Begriffe der beruflichen Integration und der Arbeitsintegration grundsätzlich gleichzustellen.

Anhand der Begriffsherleitung wird ersichtlich, dass die berufliche Integration und die Arbeitsintegration als Zielgruppe das ganze Spektrum von gesunden bis kranken Menschen beinhaltet, während sich der Begriff der beruflichen Rehabilitation auf Menschen mit einer relativ dauerhaften Behinderung bezieht. Damit ist die berufliche Rehabilitation ein Teilbereich der Arbeitsintegration. Während gemäss Definition die Arbeitsintegration die blosser Wiedervermittlung einer erwerbslosen Person in den ersten Arbeitsmarkt bedeuten kann, bezieht die berufliche Rehabilitation die medizinischen und sozialen Aspekte bei der Planung explizit mit ein.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit besteht das Problem, dass sich das vielgestaltige Krankheitsbild der Depression nicht eindeutig dem Rehabilitationsbegriff zuordnen lässt, weil man sich insbesondere bei einer leichten bis mittleren einzelnen depressiven Episode die Frage stellen kann, ob dabei das Kriterium einer relativ andauernden Behinderung erfüllt wird (vergl. Kapitel 2.4.1 – Arbeitsfähigkeit). Damit bewegen wir uns in Bezug auf die Begrifflichkeit in einer Grauzone zwischen beruflicher Rehabilitation und Arbeitsintegration. Der Schweregrad und der zeitliche Verlauf einer depressiven Erkrankung beeinflusst nicht nur die begriffliche Zuordnung, sondern auch die Wahl der

beruflichen Rehabilitationsmassnahme und damit verbunden den entsprechenden Leistungsträger (Kapitel 3.6).

Aufgrund der bisherigen Ausführungen gelangen wir zur folgenden Arbeitsdefinition:

Die berufliche Rehabilitation ist zusammen mit der medizinischen und sozialen Rehabilitation Teil eines ganzheitlichen Rehabilitationsprozesses und verfolgt das Idealziel der vollständigen beruflichen Integration. Das Idealziel steht unter anderem im Spannungsfeld mit den Möglichkeiten, die eine Person aufgrund ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderungen hat.

3.2. Erwerbslosigkeit und Depressionen

Macht Erwerbslosigkeit depressiv? In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie Erwerbslosigkeit und das Auftreten von Depressionen zusammenhängen kann und welche Rolle dabei der Wert der Arbeit in unserer Gesellschaft spielt.

Gemäss Gisela Mohr & Peter Richter (2008) gelte heute als gesichert, dass lang andauernde Erwerbslosigkeit zu psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Depressionen, führt, die den Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit behindern. Gleichzeitig sei mit der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in der Regel eine Verbesserung des seelischen Zustandes festzustellen (S. 31). Dass Erwerbslosigkeit oft mit depressiven Erkrankungen einhergeht, zeigt das Ergebnis des Gesundheitsreports einer grossen deutschen Krankenversicherung, die bei ihren erwerbslosen Versicherten eine um 77% höhere Behandlungsquote mit Antidepressiva als bei den Erwerbstätigen feststellten (Grobe & Dörning, 2005 zit. in Gisela Mohr, 2010, S. 480). Paul, Hassel und Moser (2006) sind der Auffassung, dass psychische Krankheiten zwar einer Erwerbslosigkeit Vorschub leisten können, jedoch insgesamt mehr Gründe dafür sprechen, dass die Erfahrung von Erwerbslosigkeit selbst zu psychischer Krankheit führe (zit. Gisela Mohr, 2010, S. 479).

Eine Differenzierung dieser Aussage erlaubt das Ergebnis des Berichtes im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV) über die Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] (2009). Bei der Sichtung von 887 IV-Dossiers aus den Jahren 1993 - 2006 stellen die Autoren fest, dass es sich bei den Berenteten oft um jahre- bis jahrzehntelange schleichende Ausgliederungsprozesse handelte, die ihren Anfang früh in der Kindheit oder Adoleszenz hatten und weitgehend arbeitsunabhängig verliefen. Die Ursache für eine spätere Desintegration und Erwerbslosigkeit wird demnach in der psychischen Krankheit selbst gesehen. Anders verhalte es sich bei depressiven Menschen, bei denen erste Krankheitssymptome in der Regel erst während dem Erwerbsleben auftreten (S. 227). Die Frage, ob Erwerbslosigkeit zu Depressionen führt oder umgekehrt, kann damit nicht generell beantwortet werden. Aufschlussreich ist jedoch, dass sich die Ausgliederungsprozesse bei depressiven Menschen von jenen mit schweren psychischen Krankheitsdiagnosen in der Kindheit oder Adoleszenz unterscheiden. Der Haupt-Unterschied liegt darin, dass Depressive im Gegensatz zur anderen Gruppe meistens über eine längere Erwerbsbiographie verfügen, was gemäss Haerlin (2010) einer der wichtigen Erfolgsprädikatoren sei, ob eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt gelingen wird (S. 12).

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass insbesondere die Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft ein wichtiger Bestandteil für die gesellschaftliche Integration und damit für das psychische Wohlbefinden ist. Behrend und Sondermann (2009) stellten bei ihrer Untersuchung von deutschen ALG-II-Beziehenden in Beschäftigungsprogrammen fest, dass auch Teilnehmende mit beinahe aussichtslosen Reintegrationschancen zumeist davon ausgingen, dass eine gesellschaftliche Teilhabe nur durch Lohnarbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich sei (zit. in Peter Schallberger & Bettina Wyer, 2010, S. 161). Nach Holger Hofmann (2004) könne keine andere Tätigkeit die Arbeit im Rehabilitationsprozess vollständig ersetzen, weil sie dem Individuum ver helfe, sich in die Gesellschaft zu integrieren, das Gefühl vermittele einen Teil der Gesellschaft zu sein, zu Anerkennung ver helfe, sozialen Status verleihe, die Identität fördere, soziale Kontakte und Beziehungen ermögliche, den Lebensrhythmus strukturiere, den Einsatz von körperlicher und geistiger Energie und von Kräften erlaube und schliesslich dem sozialen Rückzug und der Isolation entgegenwirke. Gleichzeitig sei nicht jede Arbeit gesund für das psychische Wohlbefinden einer Person, was gemäss Hofmann insbesondere bei ungesicherten Arbeitsverhältnissen der Fall sei (S. 334).

Diese Arbeitsverhältnisse werden als „bad jobs“ bezeichnet, womit schlecht bezahlte ungesicherte Beschäftigungsverhältnisse gemeint sind, die ein geringeres Arbeitszeitvolumen als gewollt aufweisen. Die Wiedervermittlung in solche Verhältnisse bewirke in der Regel keine Verbesserung der psychischen Gesundheit (Aycan & Berry, 1996; Dooley & Prause, 1997; Dooley, Prause & Ham-Rowbottom, 2000, zit. in Gisela Mohr, 2010, S. 481). Scheid (1993) bestätigt diese Aussage und fügt an, dass diese Jobs selten zur Entwicklung von Fähigkeiten und Selbstvertrauen sondern eher zu Stress und erneuten Rehospitalisierungen führten. In ihrer Studie machte sie ausserdem die Beobachtung, dass Arbeitslose mit einer psychischen Beeinträchtigung, die keine Arbeit suchten, oft unter weniger Stress gestanden hätten als solche, die in „bad jobs“ tätig waren. Am meisten Stress hätten jedoch jene aufgewiesen, die aktiv Arbeit suchten und keine fanden (zit. in Niklas Baer, 2002, S. 52).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl prekäre Arbeitsverhältnisse wie auch die Erwerbslosigkeit das psychische Gleichgewicht eines Menschen stören können. Obwohl es aus Sicht der Stressbelastung Gründe gibt, sich passiv der ungewollten Erwerbslosigkeit hinzugeben, überwiegen die negativen Folgen, die eine dauerhafte Erwerbslosigkeit mit sich bringt. Langzeiterwerbslosigkeit ist daher nach Mohr & Richter (2008) unbedingt zu vermeiden und Massnahmen dagegen so früh wie möglich anzusetzen (S. 32). Insgesamt scheint die Langzeiterwerbslosigkeit einer der vielen Faktoren zu sein, die das Auftreten von Depressionen begünstigen. Gleichzeitig verfügen gerade Depressive in der Regel über eine Erwerbsbiographie, was als ein Prädiktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt gilt.

3.3. Grundkonzepte beruflicher Rehabilitation

Mit einem Blick über die Schweizer Grenze hinaus stellt sich die Frage, welche beruflichen Rehabilitationskonzepte bei psychisch kranken Menschen überhaupt Erfolg haben? Geleitet von dieser Frage werden nachstehend die beiden Grundkonzepte des Stufenmodells und des Supported Employments kritisch betrachtet und in einem dritten Teil zusammengeführt.

3.3.1. Stufenmodell

Gemäss Holger Hoffmann & Dorothea Jäckel (2008) basieren die Programme der beruflichen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum mehrheitlich auf dem Konzept des Stufenmodells, dessen ideeller Ursprung aus der Rehabilitation körperlich behinderter Menschen stammt (S. 128). Die zu rehabilitierenden Personen durchlaufen je nach Bedarf verschiedene Programme mit unterschiedlichen Anforderungsstufen und entwickeln sich sukzessive sowohl im Bereich des Wohnens wie auch im Bereich der Arbeit immer mehr in Richtung Selbständigkeit. Bezogen auf die Arbeit wird davon ausgegangen, dass sich behinderte Menschen zuerst in einem geschützten Rahmen stabilisieren müssen, bevor sie in der Lage sind, eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt anzutreten (Holger Hofmann, 2004, S. 336). Für die Schweiz stellt Baer (2002) das Stufenmodell wie folgt dar:

Das Stufenmodell der beruflichen Rehabilitation in der Schweiz

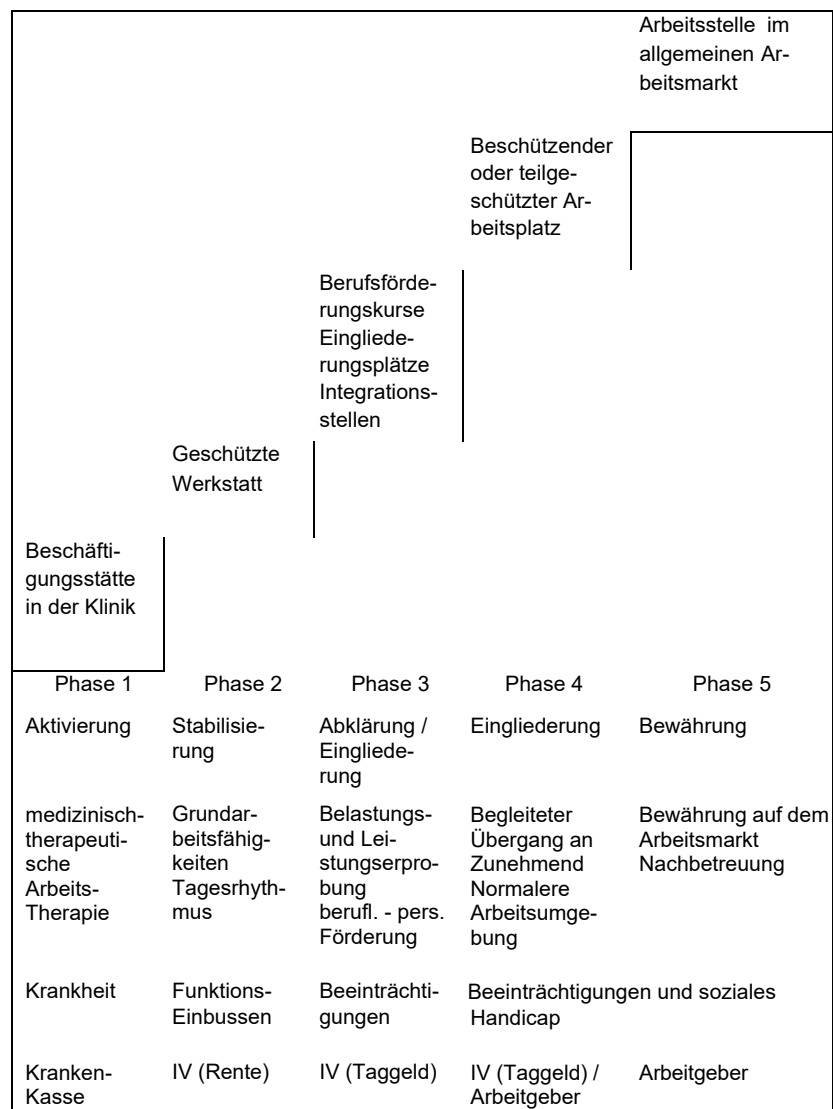


Abb. 5: Stufenmodell berufliche Rehabilitation (Baer, 2002, S. 154)

Die Darstellung nach den fünf Stufen ist nur grob orientierend. Stufe 1 umfasst die aktivierende Arbeitstherapie in einer Klinik und Stufe 5 schliesst den Rehabilitationsprozess einer Person mit der Bewährungsprobe auf dem ersten Arbeitsmarkt und einer möglichen Nachbetreuung ab. Zwischen der ersten und letzten Stufe bieten zahlreiche Organisationen verschiedene Rehabilitationsprogramme an. Zu den klassischen Behinderten-Werkstätten sind in den letzten zwanzig Jahren neue Programme nach angelsächsischem Vorbild, wie die Integrationsarbeitsplätze, die Sozialfirmen oder die assistierten Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft hinzugekommen (S. 155). Letztere sind bereits in Anlehnung an das Konzept des Supported Employments aufgebaut.

Die Eignung des Stufenmodells für die berufliche Rehabilitation von psychisch kranken Menschen wird in der Literatur verschiedentlich kritisiert. Zwei Punkte sollen dabei erwähnt sein:

Dörner (1987) kam bereits früh zur Annahme, dass psychisch kranke Menschen in der Regel keine Arbeitstherapie wollen, bei der sie stufenweise angetrieben würden sich zu verbessern, sondern richtige Arbeit, die sie sozial kompetenter und selbstbewusster mache. Erst mit der Wiedererlangung des Selbstvertrauens sähen sich psychisch kranke Menschen auch in die Lage versetzt, arbeitstherapeutische Ratschläge zur

Verbesserung ihrer Kompetenz anzunehmen. Daher müsse die Grundregel zuerst Arbeit, dann Arbeitstherapie heissen (zit. in Hofmann, 2004, S. 336). Jäckel & Hofmann (2008) fügen an, dass sich die künstlich hergestellten Arbeitsatmosphären des „so tun als ob“ auf Dauer wenig motivierend auf die Teilnehmenden auswirken würden. Weil arbeitstherapeutische Settings den ersten Arbeitsmarkt nicht vollständig simulieren könnten, sei ausserdem die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit in diesem Rahmen oft unzureichend (S. 33).

Eine weitere Kritik bezieht sich auf das erfolgs- und leistungsorientierte Vorgehen einzelner Programme, die die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Personen stufenweise bis zu einer Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt steigern möchten (Hofmann, 2004, S. 336). Diese Zielvorgabe führe insbesondere bei psychisch Kranken zu Stress, der sich negativ auf ihre bereits erhöhte Vulnerabilität auswirke. Psychische Krisen und vorzeitige Programmabbrüche würden damit eher begünstigt (Hohl, 1994 zit. in Baer, 2002, S. 155). Nach Hofmann (2004) sollten sich die Betroffenen nicht nach den Zielvorgaben der Programme ausrichten müssen, sondern die Programme nach den Möglichkeiten der Betroffenen (S. 336). Diese Problematik illustriert auch das PASS (Programm zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft) aus Bern.

PASS

Nach Hofmann und Kupper (1997) zählt das PASS im deutschsprachigen Raum zur wissenschaftlich am besten evaluierten Studie über das Stufenmodell. Das Programm dauerte maximal 18 Monate und gliederte sich in die folgenden sechs Stufen:

- Aufnahmeverfahren
- Abklärungsphase (2 Wochen)
- Werkstattphase
- Arbeitsplatztraining
- Integrationsphase
- Nachbetreuungsphase

Im Aufnahmeverfahren konnten bereits 56% der 115 Anmeldungen nicht berücksichtigt werden und weitere 32% schieden während der zweiwöchigen Abklärungsphase aus. Von den angemeldeten Personen schafften es letztlich 46 - also nur 29% - definitiv ins Programm. Von diesen wiederum mussten vor Ablauf eines halben Jahres weitere 36% aufgrund von psychischen Krisen abbrechen (zit. in Hofmann, 2004, S. 337). Als meistgenannte Gründe, die zum Abbruch führten, wurden Überforderung, ungenügende Arbeitsleistung sowie eine ausgeprägte Negativsymptomatik genannt. Obwohl es von den definitiv ins Programm aufgenommenen Personen 32% in eine Festanstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt schafften, bedeutete dies in der Regel für die verbleibenden Teilnehmenden den Ausschluss davon. Die daraus resultierende Rentenprüfung löse bei den Betroffenen und ihren Angehörigen oftmals grosse Resignation aus (Hofmann, 2004, S. 338). Bleibe daher für viele als letzte Möglichkeit die Anstellung auf einem Dauereinsatzplatz des zweiten Arbeitsmarktes, aus diesem heraus nur noch selten existenzsichernde Anstellungen auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgten (Hofmann & Jäckel, 2008, S. 129). Die grosse Selektion von 56% bei der ersten Stufe sei vor allem auf die hohen Zugangsbedingungen des Programms zurückzuführen. Weil die Invalidenversicherung ihre Rehabilitationsmassnahmen primär Personen zugänglich mache, bei denen eine günstige Wiedereingliederungsprognose vorliege, bleibe vielen psychisch Kranken der Zugang zu Massnahmen am Beginn der Rehabilitation verwehrt (Hofmann, 2004, S. 338). Damit wird ersichtlich, dass die Teilnehmenden sowohl an den hohen Zugangsbedingungen wie auch an den Leistungszielen der Programme scheitern können.

3.3.2. Supported Employment

Im Gegensatz zum Stufenmodell verfolgt das Konzept des Supported Employments den Grundsatz: zuerst platzieren, dann trainieren. Es wurde während den 90er-Jahren in den USA entwickelt und hat zu einem Paradigmawechsel in der internationalen Integrationspolitik geführt (Hofmann & Jäckel, 2008, S. 128). Als zentrale Elemente des Supported Employments benennen Thomas Rüst & Annelies Debrunner (2005) je nach Autorin oder Autor zusammenfassend folgende Punkte (S. 37):

- Die Integration findet an Arbeitsplätzen in der freien Wirtschaft statt, wo behinderte neben nicht behinderten Menschen tätig sind. Die Arbeitsplätze sind „richtige“ Jobs und keine „Sozialstellen“
- Die Arbeit ist bezahlt
- Es findet eine direkte Platzierung im Betrieb statt
- Die Unterstützung ist individuell angepasst und zeitlich unbefristet
- Die Selbstbestimmung wird durch Wahlmöglichkeiten gefördert

Unter den vielen Prinzipien, die für Supported Employment verfasst wurden, konnte Bond (2004) in einer Meta-Analyse die Erfolgswirksamkeit der folgenden vier Prinzipien in Bezug auf eine Festanstellung im ersten Arbeitsmarkt empirisch nachweisen: Die Ausrichtung auf kompetitive Arbeitsplätze, den Wunsch der Stellensuchenden als entscheidendes Zulassungskriterium zur Massnahme, die rasche Vermittlung sowie die Integration von beruflicher und medizinischer Rehabilitation. Weniger klar zu belegen sei hingegen die zeitlich unbegrenzte Begleitung (zit. Rüst & Debrunner, 2005, S. 38).

Der Job-Coach

Damit eine psychisch beeinträchtigte Person eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt finden und halten könne, sei nach Bond et al. (1997) die persönliche Unterstützung von grosser Bedeutung. Daher müsse die Planung, Durchführung und Begleitung der Platzierung nach Anthony et al. (1987) und Doose (1996) durch einen Job-Coach erfolgen. Der Job-Coach erstellt mit der zu rehabilitierenden Person eine individuelle Bedarfsplanung sowie ein Fähigkeitsprofil. Passend zum Fähigkeitsprofil akquiriert er eine geeignete Stelle und überprüft, ob der Arbeitsplatz wirklich den Anforderungen entspricht (Job-Matching). Vor und während der Platzierung bietet der Job-Coach langfristig Unterstützung am Arbeitsplatz an (zit. Rüst & Debrunner, 2005, S. 37).

Das Berner Job-Coach-Projekt

Im Jahre 2002 wurde in der Schweiz mit dem Berner Job-Coach-Projekt das erste Mal ein auf europäische Verhältnisse adaptiertes Supported Employment durchgeführt. Das Job-Coach-Projekt übernahm dabei die Rolle eines Stellenvermittlungsbüros. In einer vierwöchigen Vorbereitungsphase wurden die Teilnehmenden psychologisch und beruflich abgeklärt. Anhand eines Fähigkeitsprofils erfolgte schliesslich die Platzierung in einem Betrieb des ersten Arbeitsmarktes. Das erste Halbjahr war Einarbeitungszeit und wurde über die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung finanziert. Die Lohn- und Sozialversicherungsabrechnung übernahm das Job-Coach-Projekt für die Betriebe, bis ein Anstellungsvertrag abgeschlossen werden konnte. Nach 4.5 Jahren Projektlaufzeit hatten 67% der Teilnehmenden einen Anstellungsvertrag. Zwei Drittel davon waren auch noch im Jahr 2006 mit Hilfe eines Job-Coaches weiterhin auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig und 11% fanden eine Festanstellung, ohne auf weitere Unterstützung angewiesen zu sein. Der durchschnittliche Stundenlohn lag über alle Projektteilnehmenden hinweg mit Fr. 15.- deutlich über dem Stundenlohn der Beschäftigungsprogramme, was wiederum die Sozialversicherungswerke entlastete.

Parallel zum Job-Coach-Projekt wurde eine Kontrollgruppe nach dem Stufenmodell eingegliedert. Die markantesten Unterschiede im Erfolg zeigen sich darin, dass es bei der Kontrollgruppe im ersten Halbjahr mit 50% gegenüber 33% mehr Abbrüche gab,

mit 26% gegenüber 15% mehr Personen im zweiten Arbeitsmarkt angestellt wurden und mit 28% gegenüber 13% deutlich mehr arbeitslos waren. Obwohl mit 19% gegenüber 11% mehr Personen über eine Festanstellung verfügten, erlaubte das Job-Coaching-Projekt insgesamt mehr Personen den Verbleib in Beschäftigungsverhältnissen des ersten Arbeitsmarktes (Mecklenburg & Jäckel, 2008, S. 131-133).

3.3.3. Integration der Grundkonzepte

Hofmann (2004) befürwortet das Supported Employment Konzept, weil die Platzierung einer Person auf dem ersten Arbeitsmarkt sozial integrierender sei als auf dem zweiten. Darüber hinaus bestünde auf dem ersten Arbeitsmarkt ein differenzierteres Arbeitsplatzangebot, das es eher ermögliche, einer Person eine Anstellung zu finden, die ihren Neigungen und Fähigkeiten entspreche. Eine Integration nach Supported Employment sei letztlich nachhaltiger und die Kosten für die Leistungsträger insgesamt geringer (S. 345). Obwohl die Schweiz kein formelles Beschäftigungsprogramm nach dem Konzept des Supported Employment führe, gebe es de facto seit circa 20 Jahren Organisationen, die im Rahmen der beruflichen Eingliederung oder der Arbeitsvermittlung Programme anbieten, die diesen Grundsätzen entsprächen. Es seien jedoch keine Daten darüber verfügbar, wie viele Beschäftigte mit Behinderungen in den Genuss dieser Programme kommen und wie erfolgswirksam sie seien (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD], 2006, S. 70).

Gemäss Waddell & Burton (2006) liessen inzwischen internationale Erkenntnisse die Aussage zu, dass Supported Employment Konzepte erfolgreicher seien als Stufenkonzepte (zit. in OECD, 2006, S. 69). Dies zeigt das Ergebnis der Meta-Analyse über fünf randomisierte Studien (n=484) von Crowther et al. (2002) aus den USA: Nach 12 Monaten waren 34% der Teilnehmenden gegenüber 12% in den Kontrollgruppen fest angestellt. Die Arbeitszeiten sowie die Löhne waren deutlich höher (zit. in Hofmann, 2004, S. 339). Die positiven Ergebnisse liessen sich jedoch nicht vorbehaltlos auf die Schweiz übertragen, weil der hiesige Arbeitsmarkt über ein höheres Ausbildungs- und Lohnniveau sowie über eine verschwindende Anzahl an Nischen- und unqualifizierten Arbeitsplätzen aufweise (Hofmann, 2004, S. 340). Nach Thomas Reker & Bernd Eikelmann (1999) verfügten die USA über mehr unqualifizierte und unbefristete Jobs mit extrem niedrigen Zugangsschwellen, was die Platzierung von leistungsschwachen Personen erleichtere. In den USA werde ausserdem vermehrt das Konzept des „accelerated placement“ angewandt, das die möglichst schnelle und direkte Platzierung einer Person auf dem ersten Arbeitsmarkt vorsieht. Diese Methode könne im deutschsprachigen Raum wegen der höheren Qualifizierungsanforderungen an die Arbeitnehmenden nur bedingt umgesetzt werden. Die Autoren empfehlen daher das Supported Employment Konzept grundsätzlich mit einer vorgängigen Abklärungs- und Trainingsphase zu verbinden (S. 222).

Jäckel & Hofmann (2008) stellen fest, dass das Schlagwort „erst platzieren, dann rehabilitieren“ oft zu Missverständnissen führe. Damit sei nicht gemeint, dass normale Betriebe den geschützten Beschäftigungsmassnahmen vorzuziehen seien, sondern mit der Platzierung im ersten Arbeitsmarkt so früh wie möglich begonnen und vor Ort so viel Unterstützung wie nötig organisiert werden sollte. Deutlich schlechter funktioniere der Versuch, Menschen in Sondereinrichtungen so lange zu trainieren, bis sie voll leistungsfähig sind, und erst dann den Schritt in einen Betrieb zu wagen (S. 33). Zu einer ähnlichen Aussage gelangt Dodo (2004) aufgrund der Teilergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm in Norwegen über die Erfolgswirksamkeit beruflicher Rehabilitationsprogramme. Dabei scheinen Programme mit einem engen Bezug zum Arbeitsmarkt (z.B. Lohnkostenzuschüsse) oder Programmreihen, die in ein solches Programm münden, bessere Ergebnisse zu erzielen als Trainingsprogramme (zit. in OECD, 2006, S. 67). Damit lässt sich der Grundsatz formulieren, dass vor allem Programme reintegrationswirksam sind, die unmittelbar *im* oder möglichst *nahe beim* ers-

ten Arbeitsmarkt sind (Lodemel, 2005 zit. in Peter Schallberger & Bettina Wyer, 2010, S. 29-30).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aufgrund der hohen Anforderungen des Schweizerischen Arbeitsmarktes an die Arbeitnehmenden Programme nach dem Stufenmodell nicht grundsätzlich fehlgeleitet sind. Anfängliche Trainingsphasen können als Vorbereitung zu begleiteten Einsätzen auf dem ersten Arbeitsmarkt durchaus Sinn machen. Bei der Rehabilitationsplanung sollte jedoch die rigide Handhabung des Stufenmodells grundsätzlich vermieden werden (Baer, 2002, S. 155). Eine individuell angepasste Kombination der beiden Konzepte erscheint daher insgesamt als sinnvoll.

3.4. Leistungsträger in der Schweiz

Welche Leistungsträger übernehmen die Kosten für die berufliche Rehabilitation? Welche Leistungen sind in den jeweiligen gesetzlichen Grundlagen dafür vorgesehen? Vor der Klärung dieser beiden Fragen wird vorab die Auswahl der Leistungsträger kurz begründet.

In der Definitionsherleitung des Begriffs berufliche Rehabilitation (Kapitel 3.1) ist ersichtlich, dass eine Rehabilitation immer in Zusammenhang mit einer vorliegenden Behinderung oder einer chronischen Erkrankung gebracht wird. Im schweizerischen Sozialversicherungsrecht wird anstelle von Behinderung der Begriff Invalidität verwendet, womit die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit gemeint ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die gesetzliche Zuständigkeit für die Verhinderung, Verminderung und Behebung von Invalidität (Art. 1a lit. a IVG) liegt bei der Invalidenversicherung (IV). Dabei wird deutlich, dass nicht nur Leistungen für chronisch psychisch Kranke vorgesehen sind, sondern auch solche, die eine voraussichtliche Invalidität präventiv abwenden sollen.

Im klassischen Stufen-Modell der beruflichen Rehabilitation in der Schweiz (Kapitel 3.3.1) ist nebst der IV die Krankenkasse (KK) ein weiterer Leistungsträger. Während eines stationären Klinik-Aufenthaltes oder im ambulanten Rahmen übernimmt die Krankenkasse in der Regel die Kosten für die medizinisch-therapeutische Arbeitstherapie, welche im Modell als die erste Stufe beruflicher Rehabilitationsmassnahmen bezeichnet wird (Niklas Baer, 2002, S. 154).

Beim vielgestaltigen Krankheitsbild der Depression können die Invalidenversicherung und die Krankenkassen nicht als einzige Leistungsträger für die berufliche Rehabilitation herangezogen werden. Baer (2002) greift diesen Umstand auf und macht auf die oftmals unterschiedliche und wechselnde Finanzierung von beruflichen Massnahmen bei psychisch Kranken aufmerksam. Gleichzeitig stellt er in der Praxis fest, dass sich psychisch kranke Menschen oft aufgrund administrativer Hürden und unklarer Zuständigkeiten bei der Sozialhilfe anmelden müssten (S. 154). Nicht jede depressive Erkrankung begründet Leistungen der IV, weshalb vorrangig zur Sozialhilfe auch die Leistungen der Arbeitslosenversicherung (ALV) geprüft werden müssen.

Nebst der Sozialhilfe, der Invaliden- und Arbeitslosenversicherung, bei denen die berufliche Integration zum gesetzlichen Auftrag gehört, sind gemäss Schaufelberger und Mey (2010) auch immer mehr private Versicherungen, wie die Krankentaggeldversicherungen (KTV), im Bereich der Arbeitsintegration tätig (S. 15). Wie bereits in Kapitel 3.2. & 3.4 erläutert wurde, sind die frühzeitige Erkennung von Depressionen sowie die Vermeidung einer längeren Erwerbslosigkeit wichtige Punkte bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen. Diese Erkenntnis hat auch bei den Krankentaggeld- und Invaliditätsversicherungssystemen der Schweiz, von Polen und Norwegen dazu geführt, dass sie sich von passiven Leistungsbezugssystemen immer

mehr zu aktiven und präventiv ausgerichteten Unterstützungssystemen mit Arbeitsförderung entwickeln (OECD, 2006, S. 1).

Aufgrund der Komplexität der verschiedenen Versicherungssysteme, deren Vor- und Nachrangigkeit, sind Betroffene oft auf professionelle Hilfe bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen bei den verschiedenen Leistungsträgern angewiesen (Mecklenburg, 2008, S. 113).

3.4.1. Krankenkassen

Während eines stationären Spital-Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik stellen die Arbeits- und die Ergotherapie oft die erste Stufe beruflicher Rehabilitationsmassnahmen dar. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in den Artikeln 25 Abs. 1 und 2 geregelt. Nach dem Klinik-Austritt können die Therapien ambulant während einer befristeten Zeit fortgesetzt werden. Die Leistungen werden auf ärztliche Anordnung hin im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von den Krankenkassen übernommen (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG). Während die Ergotherapie gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ein offiziell von der Krankenkasse anerkannter Leistungserbringer ist (Art. 46 Abs. 1 lit. e VVG), gehört die Arbeitstherapie zu den umstrittenen Leistungen, die vom Bundesamt für Gesundheit in Rücksprache mit den zuständigen Kommissionen festgelegt werden muss (Art. 33 lit. c VVG). Dass die Krankenkassen die Arbeitstherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation übernehmen, zeigt, dass die berufliche Rehabilitation auch aus medizinischer Sicht als ein wichtiger Aspekt im Gesundungsprozess einer psychisch kranken Person anerkannt wird.

3.4.2. Krankentaggeldversicherung

Die Krankentaggeldversicherung (KTV) dient primär dem Erwerb ersatz bei Krankheit (Art. 72ff KVG) und kann als Einzel- oder Kollektivversicherung (Art. 67ff KVG) abgeschlossen werden. Mit einer Kollektivversicherung können Arbeitgebende, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen sowie Berufsverbände ihre Angestellten resp. Mitglieder versichern lassen (Art. 67 Abs. 3 lit. a-c KVG). Nach KVG müssen die Versicherungen Taggelder für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen leisten (Art. 72 Abs. 3 KVG). Scheidet eine versicherte Person aus dem Kreis der Versicherten aus (z.B. durch eine Kündigung), besteht ein Übertrittrecht von der Kollektiv- in die Einzelversicherung des gleichen Versicherers, ohne dass neue Vorbehalte angebracht werden dürfen (Artikel 71 Abs. 1 und 2 KVG). Somit kann der Versicherungsschutz über ein gekündigtes Anstellungsverhältnis hinaus verlängert werden. Im Versicherungsgeschäft sind inzwischen über die Hälfte der Anbietenden privatrechtlich organisierte Firmen, die ihre Produkte auf die gesetzlichen Grundlagen des VVG abstützen. Gegenüber dem KVG lässt das VVG etwas mehr Freiraum in der Produktegestaltung (Fierz Roland, 2007, S. 2).

Die Krankentaggeldversicherungen können erkrankte Personen für eine längere Zeit vom Druck der Existenzsicherung entlasten. Obwohl sie keinen gesetzlichen Auftrag zur beruflichen Rehabilitation haben, liegt es aus Kostengründen in ihrem eigenen Interesse, dass kranke Arbeitnehmende rasch wieder in den Arbeitsprozess gelangen oder in einen anderen Versicherungsschutz überführt werden können (z.B. IV). Aus diesem Grund sind Case-Management-Stellen, welche die Arbeitnehmenden bei der Anmeldung und Koordination weiterführender Versicherungsleistungen unterstützen, nicht unüblich. Oftmals halten Krankentaggeldversicherungen auch Lösungen für Arbeitgebende und -nehmende bereit (z.B. Arbeitserprobung bei versichertem Lohn), wenn es um den Wiedereinstieg in den Betrieb geht (Fierz, 2007, S. 6).

3.4.3. Arbeitslosenversicherung

Das Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG) hat zum Ziel, drohende Arbeitslosigkeit zu verhüten, bestehende Arbeitslosigkeit zu bekämpfen und die rasche und dauerhafte Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu fördern (Art. 1a Abs. 2 AVIG).

Die Arbeitslosenversicherung (ALV) ist grundsätzlich eine Versicherung für erwerbsfähige Menschen. Im Zusammenhang mit depressiven Menschen stellt sich denn grundsätzlich die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Anmeldung bei der ALV angezeigt ist? Nach der Klärung dieser Frage werden die Leistungen der Taggelder sowie der arbeitsmarktlichen Massnahmen kurz vorgestellt.

Anspruchsvoraussetzungen

Die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen sind im AVIG Art. 8 Abs. 1-2 geregelt. Ob eine depressive Person Aussicht auf Leistungen hat, hängt grundlegend von ihrer Vermittlungsfähigkeit ab sowie davon, ob sie ihre Beitragszeit erfüllt hat oder von ihr befreit werden kann.

Der Begriff der Vermittlungsfähigkeit wird im Kreisschreiben des Staatssekretariats für Wirtschaft [SECO] über die Arbeitslosenentschädigung (KS ALE) vom Januar 2007 (Kapitel B215 - B233) näher definiert. Grundvoraussetzung ist, dass eine versicherte Person in der Lage sein muss, eine Arbeit im Umfang von mindestens 20% einer Vollzeitbeschäftigung anzunehmen. Hierfür wird nicht nur die dafür notwendige körperliche und geistige Leistungsfähigkeit vorausgesetzt, sondern auch die örtliche und zeitliche Verfügbarkeit. Die versicherte Person muss ihre Vermittlungsbereitschaft beweisen, indem sie jede zumutbare Arbeit annimmt, sich selbst intensiv um eine zumutbare Arbeit bemüht und an Eingliederungsmassnahmen teilnimmt.

Mit der Erfüllung der Beitragszeit ist gemeint, dass eine versicherte Person in den letzten zwei Jahren vor dem Zeitpunkt der Anmeldung während mindestens 12 Monaten eine beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben muss (Art. 13 Abs. 1 AVIG). Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine Person von der Beitragspflicht befreit werden (Art. 14 Abs. 1-2 AVIG). Nach Dieter Widmer (2010) ist eine Person von der Beitragszeit befreit, wenn Sie aufgrund Krankheit während mindestens 12 Monaten kein Arbeitsverhältnis eingehen konnte (S. 247).

Taggelder

Der Erwerb ersatz bei Arbeitslosigkeit wird in Form von Taggeldern ausgerichtet (Art. 21 AVIG). Beitragspflichtige Personen erhalten, sofern sie die Voraussetzungen dazu erfüllen, zwischen 200 und 520 Taggelder (Art. 27 ff AVIG). Höchstens 90 Taggelder erhalten Personen, die von der Beitragspflicht befreit worden sind (Art. 27 Abs. 4 AVIG). Ein volles Taggeld beträgt 80% des versicherten Verdienstes (Art. 22 Abs. 1 AVIG). Dieser bemisst sich gemäss der Arbeitslosenversicherungsverordnung (AVIV) in der Regel nach dem Durchschnittslohn der letzten sechs Beitragsmonate (Art. 37 Abs. 1 AVIV). Personen, die von der Erfüllung der Beitragspflicht befreit worden sind, erhalten Pauschalbeiträge (Widmer, 2010, S. 249).

Arbeitsmarktliche Massnahmen

Anstelle der passiven Ausrichtung von Taggeldern sollen arbeitsmarktliche Massnahmen aktiv dazu beitragen, eine bestehende Arbeitslosigkeit zu bekämpfen. Sie lassen sich in die Bereiche Bildungs-, Beschäftigungs- und spezielle Massnahmen einteilen. Die Beschäftigungsmassnahmen sind Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Berufspraktikas oder Motivationssemester. Die speziellen Massnahmen beinhalten u.a. Einarbeitungs- und Ausbildungszuschüsse sowie die Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit (Widmer, 2010, S. 261-266).

3.4.4. Sozialhilfe

Die gesetzliche Grundlage für das Recht auf Hilfe in Notlagen ist in der Schweizerischen Bundesverfassung (Art. 12 BV) verankert. Die konkrete Regelung und Ausgestaltung der Sozialhilfe liegt in der Kompetenz der einzelnen Kantone (Art. 115 BV). Die meisten Kantone stützen ihre Gesetze auf die Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe [SKOS] (2005) ab. Darin wird im Kapitel A.4 die Sozialhilfe als das unterste Netz der sozialen Sicherheit im Sinne des Subsidiaritätsprinzips definiert. Aus diesem Grund müssen alle Möglichkeiten zur Selbsthilfe sowie die Leistungsverpflichtungen und freiwilligen Leistungen Dritter der Sozialhilfe vorgezogen werden. Gemäss Kapitel A.1 verfolgt die Sozialhilfe nicht nur das Ziel der Existenzsicherung, sondern auch das der sozialen und beruflichen Integration. Durch die zunehmende Kürzung der Leistungen im Rahmen der 4. ALV-Revision sowie der 6. Revision der Invalidenversicherung (IV) wird die Sozialhilfe immer mehr zum Auffangbecken für Fälle, die aufgrund struktureller Risiken dauerhafte Hilfe benötigen (Caduff, 2007 zit. in Schallberger & Wyer, 2010, S. 23). Aus diesem Grund wird die Sozialhilfe auch in Zukunft eine wichtige Stellung bei der beruflichen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen einnehmen.

3.4.5. Invalidenversicherung

Die IV ist der zentrale Leistungsträger für Menschen mit einer relativ dauerhaften Behinderung resp. chronischen psychischen Erkrankung. Mit der Umsetzung der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 wurden die beruflichen Rehabilitationsinstrumente, insbesondere für psychisch kranke Menschen, ausgebaut und gleichzeitig ihr Zugang zu Rentenleistungen erschwert. Der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ wurde gesetzlich verankert (Dieter Widmer, 2010, S. 61). Auffallend ist auch, dass die neueren Ansätze aus der beruflichen Rehabilitationsforschung bei psychisch Kranken (Supported Employment – Kapitel 3.3.2 & Früherkennung – Kapitel 3.4.2) vermehrt berücksichtigt und gesetzlich gestützt wurden.

Die Invalidenversicherung verfolgt gemäss dem zuständigen Bundesgesetz (IVG) drei Haupt-Zielsetzungen:

- Invalidität soll mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindert, vermindert oder behoben werden (Art. 1a lit. a IVG)
- Verbleibende ökonomische Folgen von Invalidität sollen im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs ausgeglichen werden (Art. 1a lit. b IVG)
- Die eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung der betroffenen Versicherten soll unterstützt werden (Art. 1a lit. c IVG)

Im Rahmen der ersten Zielsetzung soll nachstehend der Frage nachgegangen werden, welche Leistungen die IV zur Verfügung stellt, um psychisch kranke Menschen bei der beruflichen Rehabilitation zu unterstützen.

Ob eine versicherte Person Leistungen von der IV erhält, hängt grundsätzlich vom Ausmass ihrer bestehenden oder zu erwartenden Invalidität ab. Dabei ist vor allem entscheidend, wie stark dadurch ihre Erwerbsfähigkeit resp. ihre Fähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) zu betätigen, beeinträchtigt ist oder sein wird (Art. 8 Abs. 1-3 ATSG).

Massnahmen der Frühintervention

Mit Hilfe der Frühinterventionen soll der bisherige Arbeitsplatz von arbeitsunfähigen (Art. 6 ATSG) Versicherten erhalten bleiben oder sollen die Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz innerhalb oder ausserhalb des bisherigen Betriebes eingegliedert werden (Art. 7d Abs. 1 IVG). Sobald eine versicherte Person mindestens 30 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innerhalb eines Jahres wiederholt aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fern bleiben musste, kann der IV im Rahmen der Früherfassung eine Meldung gemacht werden. Die IV-Stelle klärt ab, inwieweit sich die gesundheitliche Beeinträchtigung der versicherten Person auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt. Nebst der Kontaktaufnahme mit der Arbeitgeberin / dem Arbeitgeber, ärztlichen Diensten und involvierten Sozialversicherungen kann zusätzlich ein Früherfassungsgespräch durchgeführt werden. Die IV entscheidet innerhalb von 30 Tagen, ob Massnahmen der Frühintervention angezeigt sind oder nicht (Widmer, 2010, S. 64-66). Nach einer ordentlichen IV-Anmeldung und einem Assessment-Gespräch können die IV-Stellen folgende Massnahmen der Frühintervention im Umfang von bis zu Fr. 20'000.- anordnen (Art. 7d Abs. 1 & 2 IVG):

- a. Anpassungen des Arbeitsplatzes
- b. Ausbildungskurse
- c. Arbeitsvermittlung
- d. Berufsberatung
- e. sozial-berufliche Rehabilitation
- f. Beschäftigungsmassnahmen

Eingliederungsmassnahmen und Taggelder

Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wenn diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Die Massnahmen bestehen aus folgenden Leistungsgebieten (Art. 8 Abs. 1 & 3 IVG):

- a. Medizinische Massnahmen
- b. Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung
- c. Massnahmen beruflicher Art
- d. Abgabe von Hilfsmitteln

Die Leistungen der Frühintervention sowie der Eingliederungsmassnahmen sind in den Punkten b und c identisch, mit dem Unterschied, dass während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in der Regel ein Taggeld ausgerichtet wird. Die Existenz muss bei der Durchführung von Frühinterventionsmassnahmen anderweitig (z.B. KTG) abgesichert werden (Widmer, 2010, S. 76-77). Auf die Erläuterung der medizinischen Massnahmen und der Abgabe von Hilfsmitteln wird im weiteren Verlauf verzichtet.

Die Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung werden unterteilt in Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation und in Beschäftigungsmassnahmen (Art. 14 Abs. 2 IVG). Ein Anspruch darauf besteht, wenn während mindestens sechs Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 50% oder mehr bestand. Sie dauern in der Regel ein Jahr und können in Ausnahmefällen um ein weiteres Jahr verlängert werden (Widmer, 2010, S. 70).

Die Massnahmen der sozial-beruflichen Rehabilitation wurden im Rahmen der 5. IV-Revision spezifisch für psychisch kranke Menschen entwickelt. Als Ziel verfolgen sie die sukzessive Gewöhnung einer Person an den Arbeitsprozess sowie die Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Nach dem 3-monatigen Belastbarkeitstraining mit einer minimal erforderlichen Präsenzzeit von 50% können folgende beiden Varianten weitergeführt werden:

- Aufbautraining (6 Monate)
- Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (12 Monate)

Ergänzend dazu richten sich die Beschäftigungsmassnahmen an eingliederungsfähige Versicherte, bei denen eine geordnete Tagesstruktur die bestehende Arbeitsfähigkeit weiter erhalten soll. Sie übernehmen eine Brückenfunktion, bis eine Person in den ersten Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann (Widmer, 2010, S. 70-71).

Die Massnahmen beruflicher Art umfassen Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Einarbeitungszuschüsse und Kapitalhilfe. Gemäss Widmer (2010) soll insbesondere dann eine Anmeldung in Betracht gezogen werden, sobald jemand im angestammten Beruf dauernd, teilweise oder ganz arbeitsunfähig ist, jedoch in einem anderen Tätigkeitsgebiet eine nahezu 100%ige Arbeitsleistung erbringen könnte (S. 71).

Renten

Der Anspruch auf eine Rente entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten seit der Anmeldung und nur wenn alle zumutbaren Massnahmen zur beruflichen Eingliederung ausgeschöpft worden sind (Widmer, 2010, S. 81). Die versicherte Person muss während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sein und nach Ablauf dieses Jahres einen Invaliditätsgrad von 40 Prozent oder höher aufweisen (Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.5. Prädikatoren einer erfolgreichen beruflichen Integration

Anhand welcher Prädikatoren kann der zukünftige berufliche Integrationserfolg einer depressiven Person eingeschätzt werden?

Analog der Arbeitsdefinition (Kapitel 3.1) werden die Prädikatoren in die drei Teilbereiche Medizin, Beruf und Soziales geordnet. Mit dem Punkt der Motivation schliesst das Kapitel ab.

3.5.1. Medizinische Prädikatoren

Gemäss Bob Grove (2005) spielt die Krankheitsdiagnose für die Beurteilung der beruflichen Integrationschancen einer Person insgesamt eine untergeordnete Rolle. Aussagekräftiger hingegen sei, wie viele stationäre psychiatrische Klinikaufenthalte eine Person in ihrem Lebenslauf aufweise. Die Rehabilitationschancen sinken folglich, je öfter sich eine Person in einer Klinik aufhalten musste (zit. in Haerlin, 2010, S. 12).

Hofmann (2004) betont, dass vor allem instabile, schwankende Verläufe mit wiederholt auftretenden, oft länger dauernden akuten Krankheitsepisoden die Erfolgschancen wesentlich beeinträchtigen. Sei eine Krankheit erst einmal chronifiziert und aufgrund der Diagnose eine Rente gesprochen worden, sei die Resignation bei den Betroffenen und ihrem Umfeld in der Regel gross und die Chance auf eine existenzsichernde Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt relativ gering (S. 337).

Neuere Arbeiten lassen vermuten, dass die Diagnose nicht isoliert als Prädiktor für den zukünftigen Rehabilitationserfolg betrachtet werden darf, da diese in komplexen Zusammenhängen mit anderen Merkmalen steht. Die meisten Untersuchungen würden sich bisher auf schizophrene Patienten beschränken, die gegenüber den anderen Diagnosen insgesamt eine schlechtere Eingliederungsquote aufwiesen (Baer, 2002, S. 182).

3.5.2. Berufliche Prädikatoren

Gemäss Bob Grove (2005) hängen die Chancen für eine erfolgreiche berufliche Integration vor allem davon ab, inwiefern eine Person vor der Erkrankung erwerbstätig war (zit. in Haerlin, 2010, S. 12). Baer (2002) betont, dass die berufliche Vorgeschichte einer Person prognostisch hoch bedeutsam sei. Die frühere berufliche Stabilität, das Vorhandensein einer Erst-Ausbildung oder das erfolgreiche Absolvieren eines arbeitsrehabilitativen Trainings seien ernstzunehmende Hinweise, ob eine Person wieder in der Lage sein wird, einer Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose sei die berufliche Vorgeschichte insbesondere bei Depressiven und Suchtkranken von grosser Bedeutung, während diese bei Schizophrenen nicht so stark ins Gewicht falle (S. 182).

Grundsätzlich gilt als gesichert, dass sich lang anhaltende und biographisch prägend gewordene Armut hinderlich auf die Wiedereingliederungschancen einer Person auswirkt. Oftmals verfügen die Betroffenen über einen tief sitzenden Mangel an Selbstvertrauen und Selbstachtung, was ein generelles Lebensgefühl der Resignation zur Folge hat. Personen, die nur situativ durch unglückliche Umstände in die erwerbslose Situation geraten, sind in der Regel in der Lage, selbständig nach einer neuen Stelle zu suchen. Meist braucht es dann nur eine finanzielle Überbrückung oder eine Beratung für eine Umschulung oder Weiterbildung (Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO], 2009, S. 101-102).

Mohr & Richter (2008) stellen dieses Problem insbesondere bei langzeiterwerbslosen depressiven Menschen fest, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung kaum noch in der Lage seien, ihre Fertigkeiten positiv in einer Bewerbungssituation darzustellen. Die psychologische Begleitung und der Aufbau von Selbstvertrauen in die eigenen beruflichen Fähigkeiten stellen bei dieser Gruppe eine wichtige Intervention zu Beginn einer beruflichen Massnahme dar (S. 29).

Nebst der beruflichen Vorgeschichte hängen die Wiedereingliederungschancen von depressiven Menschen ganz generell von den allgemeinen Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes ab. Gemäss dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung [IAB] (2006) gehörten folgende Eigenschaften zu den meistgenannten Hemmnissen bei der Vermittlung (zit. Arnd Schwendy, 2008, S. 236):

- Alter
- Bildungs- und Qualifizierungsmängel
- Behinderungen und gesundheitliche Einschränkungen
- Verhaltens- und Kommunikationsprobleme
- Sprachschwierigkeiten

Furrer, Bieri & Bachmann (2004) stellten bei den beruflichen Massnahmen der IV fest, dass die Erfolgchancen für eine vollständige berufliche Integration mit zunehmendem Alter der Versicherten stetig abnehmen und als Folge davon häufig im Voraus bereits auf die Einleitung einer Massnahme verzichtet würde (zit. in BSV, 2009, S. 217).

3.5.3. Soziale Prädikatoren

Baer (2002) schätzt, dass die soziale Integration der wichtigste Prädikator sei, ob einer Person die berufliche Integration gelingen wird. Die Unterstützung des sozialen Netzwerkes, insbesondere das Vorliegen einer tragfähigen Partnerschaft, sei für die Bewältigung beruflicher Krisen bedeutsam. Die emotionale Unterstützung trage dazu bei, die Moral aufrecht zu erhalten und berufliche Misserfolge zu verarbeiten.

Weiter betont Baer die Wichtigkeit sozialer Kompetenzen wie Toleranz, Teamfähigkeit, die Fähigkeit zum Kontakt- und Beziehungsaufbau sowie die Konfliktfähigkeit, um eine Stelle antreten und halten zu können (S. 183).

In beiden Punkten sind depressive Menschen besonders beeinträchtigt. Sie neigen zum sozialen Rückzug (Kapitel 2.4.3), während die soziale Isolation gleichzeitig als zentraler Risikofaktor für depressive Erkrankungen gilt (Kapitel 2.5.1).

Neben den erwähnten Aspekten ist auch die psychosoziale Situation bedeutsam. Aus Sicht der Erwerbslosenforschung sollten insbesondere die Wechselwirkungen zwischen psychischer Belastung, familiären Verpflichtungen (Kinderbetreuung) und wenig finanziellen Mitteln (Armut) vermehrt in die Integrationsplanung einbezogen werden. Die Erhöhung des Integrationsdrucks (z.B. durch die Streichung finanzieller Mittel), ohne dass gleichzeitig für Entlastung in den anderen Bereichen gesorgt werde, trage letztlich wenig zur psychischen Stabilität und zum Integrationserfolg bei (Mohr & Richter, 2008, S. 32).

3.5.4. Motivation

Hofmann (2004) sieht in der resignativen Haltung einen zentralen Prädiktor für zukünftigen Misserfolg. Die Motivation, ein berufliches Ziel zu erreichen, sowie die positive Erwartungshaltung der betroffenen Personen und ihren Angehörigen seien für den zukünftigen Erfolg zentral. Motivation sei nicht nur eine persönliche Eigenschaft, sondern erwachse oftmals einem Prozess aus mehreren kleinen Etappenerfolgen. Die Grundbereitschaft, sich auf einen Rehabilitationsprozess einzulassen, müsse jedoch zu Beginn der Planung vorhanden sein (S. 342).

Während sich die positiven Zukunftserwartungen des sozialen Umfeldes (auch die des professionellen Helfernetzes) und die der betroffenen Person gegenseitig verstärken können, fördern negative Erwartungen ein resignatives Klima der Hoffnungslosigkeit (Baer, 2002, S. 183).

Reker & Eikelmann (1999) kommen ebenfalls zum Schluss, dass vor allem hoch motivierte Personen von beruflichen Rehabilitationsmassnahmen profitierten. Für den nachhaltigen Erfolg seien jedoch weitere günstige Voraussetzungen wie ein früher Massnahmenbeginn, eine genügende Belastbarkeit der betroffenen Person sowie die langfristige Unterstützung durch die Arbeitgebenden notwendig (S. 218).

Bei der Befragung von IV-Beratenden wurde ersichtlich, dass nebst der Erfüllung der allgemeinen Voraussetzungsbedingungen die Motivation, das Interesse und der Wille der betroffenen Personen zur Eingliederung als erstes von elf Kriterien berücksichtigt wird, ob eine berufliche Massnahme finanziert werden soll oder nicht (Baer, 2002, S. 187).

3.6. Handlungsleitlinien für die berufliche Rehabilitationsarbeit

Welche Handlungsleitlinien sind in der beruflichen Rehabilitationsarbeit zu beachten?

3.6.1. Frühe Erkennung und Intervention

Aus medizinischer Sicht sind Depressionen in der Regel gut therapierbar. Unbehandelt besteht jedoch die Gefahr, dass sie einen chronischen oder rezidivierenden Verlauf mit dem Risiko eines Suizids annehmen. Aus diesem Grund sollte die Behandlung so früh wie möglich einsetzen (Paulitsch, 2009, S. 139). Im Kapitel 3.5.1 wurden insbesondere chronische und rezidivierende Krankheitsverläufe als Negativprädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Integration genannt.

Gemäss Haerlin (2010) sitzt die Angst aus der Gemeinschaft heraus zu fallen tief und Existenzängste provozierten erneute psychische Rückfälle. Aus diesem Grund müsse der Leidensdruck der aktuellen Krise genutzt werden, um Beschäftigungsfragen so früh wie möglich offensiv anzugehen. Damit werde in der Krise nicht nur Hoffnung geweckt, sondern möglicherweise auch bestehende Beziehungen zur Arbeitswelt gerettet (Haerlin, 2010, S. 10-11). Im Kapitel 3.2 wurde dargelegt, dass die Erwerbslosigkeit gehäuft zu psychischen Leiden, insbesondere zu Depressionen, führt. Kritisch sei vor allem die Langerwerbslosigkeit, die es durch früh einsetzende Massnahmen unbedingt zu vermeiden gelte.

Aufgrund der Wechselwirkung von Erwerbslosigkeit, Existenzängsten und depressiven Erkrankungen ist eine frühzeitige Intervention sowohl bei der medizinischen wie auch bei der beruflichen Rehabilitation angezeigt. Daher betont Hofmann (2004), dass es bei der Rehabilitation von psychisch kranken Menschen wichtig sei, dass die medizinisch-therapeutischen und die beruflichen Massnahmen gemeinsam gestartet und parallel zueinander weitergeführt würden (S. 337). Beim Konzept des Supported Employment (Kapitel 3.3.2) gilt die Integration von medizinischen und beruflichen Massnahmen als evidenzbasiertes Kriterium, das den beruflichen Integrationserfolg bei psychisch kranken Menschen begünstigt.

Die Verhütung von Erwerbslosigkeit in einer Krankheitssituation wird auch mit der Frühintervention der Invalidenversicherung angestrebt (Kapitel 3.4.5). Die Annahme, dass sich eine frühzeitige Intervention zwangsläufig günstig auf die zukünftige berufliche Eingliederung auswirkt, hat sich jedoch nicht bei allen Diagnosegruppen bestätigt. Ein grosser Teil der Versicherten mit schweren psychischen Störungen sind der IV schon seit dem Kindesalter bekannt und deren Invalidisierungsprozesse verlaufen weitgehend arbeitsunabhängig. Ein Potential sieht die IV vor allem bei Personen mit Depressionen und Schmerzstörungen, die prämorbid meistens während einer längeren Zeit erwerbstätig waren. Über 50% der Versicherten verfügten bei der IV-Anmeldung aus psychischen Gründen, zumindest formal noch, über ein ungekündigtes Arbeitsverhältnis, was ein grosses Feld der Frühintervention eröffnet. Insbesondere bei langjährigen älteren Mitarbeitenden und bei somatischen resp. somatisch präsentierten Krankheiten (Kapitel 2.1 – somatisches Syndrom) zeigten Arbeitgebende besonderen Goodwill, sich für die Mitarbeitenden einzusetzen (BSV, 2009, S. 227-228).

3.6.2. Individuelle Passung der Massnahme

Verschiedene Autorinnen und Autoren kommen zum Schluss, dass eine erfolgreiche berufliche Rehabilitationsplanung vor allem darauf achten muss, dass die ergriffenen Massnahmen auf den berufsbiografischen Hintergrund der betroffenen Personen passen. So haben gemäss Bob Grove (2005) vor allem Massnahmen Erfolg, für welche die Personen motiviert, fähig und fachlich kompetent seien (zit. in Haerlin, 2010, S. 59). Damit sich gemäss Hofmann (2004) eine Arbeit positiv auf die psychische Gesundheit auswirken könne, müsse sie den Fähigkeiten und Neigungen einer Person entsprechen sowie eine Unter- oder Überforderung am Arbeitsplatz vermieden werden (S. 334). Um eine Passung herzustellen, sind gemäss Manfred Becker (2008) die eingehende Anamnese des gesundheitlichen und beruflichen Werdegangs der betroffenen Person sowie die Herausarbeitung ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten zu Beginn der beruflichen Rehabilitationsplanung wichtig. Insbesondere bei psychisch Kranken bewähre sich ein langsames und sicheres Vorgehen, das Rückschritte und Leistungstiefs berücksichtige (S. 31).

3.7. Zusammenfassung berufliche Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation ist Teil eines ganzheitlichen Rehabilitationsprozesses und zieht die medizinische- und soziale Situation einer Person mit ein. Das Idealziel ist die vollständige berufliche Integration. In unserem Kulturkreis findet gesellschaftliche Integration vorwiegend über Erwerbsarbeit statt und lang anhaltende Erwerbslosigkeit begünstigt das Auftreten depressiver Erkrankungen.

Depressionen wirken sich sehr unterschiedlich auf die Erwerbsfähigkeit einer Person aus, weshalb sich die vorliegende Arbeit begrifflich in einer Grauzone zwischen Arbeitsintegration und beruflicher Rehabilitation bewegt. Während Arbeitsintegration die bloße Vermittlung einer erwerbslosen Person in den ersten Arbeitsmarkt bedeuten kann, beschäftigt sich die berufliche Rehabilitation mit relativ dauerhaften Erkrankungssituationen. Die mögliche Auswahl an zuständigen Leistungsträgern ist aufgrund der unterschiedlichen Erwerbsunfähigkeitsgraden von depressiven Menschen sehr gross.

Aufgrund der international relevanten beruflichen Rehabilitationskonzepte (Supported Employment / Stufenmodell) lassen sich keine fertigen Handlungs-Rezepte ableiten. Als erfolgversprechend gelten die Nähe von beruflichen Massnahmen zum ersten Arbeitsmarkt sowie die Vermeidung lang andauernder arbeitstherapeutischer Trainings. Das amerikanische Supportet-Employment-Modell lässt sich aufgrund der Eigenheiten des Schweizerischen Arbeitsmarktes nicht vorbehaltlos auf die Schweiz übertragen.

Die Einschätzung des Wiedereingliederungserfolges einer depressiven Person hängt nicht nur von der Diagnose ab, sondern auch von anderen Merkmalen, wie der Anzahl vergangener stationärer Klinikaufenthalte, vom berufsbiographischen Hintergrund, ihrer Einbettung in hilfreiche soziale Netzwerke und von der Motivation, sich auf eine berufliche Massnahme einzulassen. Hinzu kommen die allgemeinen Selektionskriterien des ersten Arbeitsmarktes, bei dem insbesondere psychische Krankheiten sowie ein fortgeschrittenes Alter vermittlungshemmende Faktoren sind.

Handlungsleitend für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation ist die frühzeitige Einleitung beruflicher und medizinischer Massnahmen, sowie die individuelle Passung einer Massnahme auf den berufsbiographischen Hintergrund der depressiven Person.

4. Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen

Wie geht die Sozialarbeit bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen methodisch vor?

4.1. Funktion und Gegenstand der Sozialen Arbeit

Die Funktion und der Gegenstand der Sozialen Arbeit ergibt sich aus den historisch gewachsenen Aufgabenfeldern, den ihr gesellschaftlich und gesetzlich zugewiesenen Funktionen sowie aus den von der Profession heraus definierten Berufsidentitäten (Hiltrud von Spiegel, 2004, S. 19).

Historisch gesehen entwickelten sich zuerst die beiden beruflichen Hauptstränge Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Die Sozialarbeit war eine Antwort auf die materiellen Verelendungstendenzen unter den Arbeitenden während der Industrialisierung. Sie sorgte unter den Armen für materielle Unterstützung und beriet sie bei psychosozialen Problemen. Die Sozialpädagogik entwickelte sich aus dem Waisenwesen heraus und beruhte auf Konzepten der Armenerziehung. Durch die Vermittlung von Bildung und Erziehung sollten Menschen aus riskanten Lebensverhältnissen dazu befähigt werden, geltende gesellschaftliche Anpassungs- und Normalitätserwartungen zu bewältigen sowie ihre individuellen Bildungs- und Entwicklungschancen zu entfalten. Die beiden Traditionen näherten sich inhaltlich immer mehr an und werden heute unter dem Oberbegriff „Soziale Arbeit“ zusammengefasst (Von Spiegel, 2004, S. 20-25).

Zu den erwähnten klassischen Aufgaben, der Hilfe in materiell prekären Verhältnissen und der Unterstützung bei der Erziehung und Bildung in riskanten Lebenssituationen, gehört zum Kernauftrag heutiger Sozialer Arbeit das Gewährleisten von Hilfestellungen bei der Gestaltung von Alltagsaufgaben, die vorübergehend oder dauerhaft nicht aus eigener Kraft bewältigt werden können. Damit wird das ihr zugrunde liegende Prinzip der Subsidiarität deutlich. In Ergänzung zu den generalisierten Sicherungspotentialen des Sozialstaates (z.B. Sozialversicherungen) hat die Soziale Arbeit den Auftrag, Unterstützung für unversicherbare Risiken der Lebensführung zu bieten, mit dem Ziel der Gewährleistung gesellschaftlicher Normalität. Zentral ist dabei die Fokussierung auf psychosoziale Probleme (Von Spiegel, 2004 zit. in Wolfgang Widulle, 2011, S. 40).

Während soziale Unterstützung früher primär auf Wohltätigkeit und Gegenseitigkeit beruhte, ist heutige Soziale Arbeit ein fester Bestandteil des Sozialstaates und damit eine für alle zugängliche gesellschaftlich organisierte Hilfe, die durch bezahlte und ausgebildete Fachkräfte erbracht wird. Der Auftrag und Gegenstand der Sozialen Arbeit variiert demnach entsprechend den ihm zugrundeliegenden finanziellen- und machtpolitischen Rahmenbedingungen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit befinden sich dadurch grundsätzlich immer in einem Spannungsfeld zwischen staatlichem Auftrag, institutioneller Vorgaben und der personenbezogenen Arbeit mit den Adressaten. Individuelle Hilfen sind dadurch nicht beliebig verhandelbar, sondern richten sich nach den erwähnten Rahmenbedingungen sowie den daraus resultierenden gesetzlichen Grundlagen (Von Spiegel, 2004, S. 36). Das Aushandeln von Klienteninteressen, den eigenen fachlichen Einschätzungen und den gesetzlichen- und institutionellen Vorgaben ist ein zentrales Merkmal heutiger Sozialer Arbeit und wird mit dem Begriff des doppeltes Mandates umschrieben (Wolfgang Windulle, 2011, S. 40).

Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation

Gemäss Mühlum & Gödecker-Geenen (2003) steht die Soziale Arbeit in der Rehabilitation für die Anerkennung der Rechte behinderter und kranker Menschen ein und unter-

stützt sie bei ihrer sozialen und beruflichen Integration, sofern sie diese Leistung nicht mehr aus eigener Kraft erbringen können (S. 23).

Die Soziale Arbeit wird insbesondere dann benötigt, wenn mehrere psychosoziale Probleme bestehen bzw. die Lebensführung einer Person insgesamt zu misslingen droht. Während einzelne Probleme (z.B. Erwerbslosigkeit) in der Regel durch Spezialistinnen und Spezialisten des jeweiligen Fachgebietes (z.B. Arbeitslosenamt) gelöst werden können, sind Sozialarbeitende spezialisiert auf die Handhabung von multifaktoriellen Problemkonstellationen in den Bereichen Arbeit, Bildung, Wohnen, Versorgung, Kommunikation, Verkehr und Freizeit (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 25). Sozialarbeitende übernehmen in dieser Komplexität eine Steuerungsfunktion in sozialen Netzwerken und leisten damit einen Beitrag zur Überwindung von Schnittstellenproblematiken zwischen Leistungsträgern und Individuen (Mühlum & Gödecker-Geenen, 2003, S. 24). Im Kapitel 3.4 wurde dargelegt, dass insbesondere bei psychisch kranken Menschen die Leistungsträger für berufliche Massnahmen oftmals wechseln würden und deshalb Betroffene aufgrund der Komplexität dieser Systeme oftmals auf externe Hilfe bei der Geltendmachung und Koordination ihrer Leistungsansprüche angewiesen seien.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Soziale Arbeit als Profession grundsätzlich auf die Bewältigung von komplexen psychosozialen Problemstellungen bei der Rehabilitation von behinderten oder kranken Menschen ausgerichtet ist. Ihr Hauptfokus liegt dabei auf der beruflichen und sozialen Integration.

In Bezug auf die Definition des Begriffes der beruflichen Rehabilitation (Kapitel 3.1) soll nochmals erwähnt werden, dass diese selten losgelöst von der ganzen Lebenssituation einer Person betrachtet werden kann und daher die medizinischen und sozialen Aspekte mitberücksichtigt werden müssen.

In der Praxis kann dies zu folgender Fragestellung führen: Wie viel Energie steht einer depressiven Person im Moment für die berufliche Rehabilitation zur Verfügung, wenn Sie gleichzeitig keine Wohnung mehr hat, die finanzielle Existenz bedroht ist und die psychische Verfassung die Bewältigung dieser Probleme kaum mehr zulässt?

Berufliche Rehabilitation kann in diesem Fall eben auch bedeuten, dass zuerst die akuten sozialen Probleme bezüglich der Wohnsituation gelöst werden müssen, bevor konkrete Schritte im beruflichen Bereich erfolgen können. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass berufliche Ziele frühzeitig gemeinsam erarbeitet werden. Die Stabilisierung der sozialen Situation stellt dann einen notwendigen Zwischenschritt zurück auf dem Weg in eine Beschäftigung dar.

4.2. Methoden der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation

Auf welche Methoden stützt sich die Soziale Arbeit bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen?

In der Sozialen Arbeit gibt es nicht eine Methode oder einen Ansatz (Esther Weber, 2003, S. 10). Methodisches Handeln sowie die Wahl der Methoden legitimiert sich nach Widulle (2011) immer am jeweiligen beruflichen Auftrag, der im Spannungsfeld zwischen den Klienteninteressen, staatlichem Auftrag und institutionellen Vorgaben ausgehandelt werden muss (vergl. Kapitel 5.1). Er vertritt dabei die These, dass das Gespräch die soziale Form methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit ist. In der persönlichen Begegnung müssen mit den Klienten die zu bearbeitenden Probleme bestimmt und nach Lösungen gesucht werden. Damit sind Gespräche immer auch Teil eines Problemlöseprozesses (S. 40). Das Führen von Gesprächen gehört damit zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit. Aus diesem Grund stellt die vorliegende Arbeit

das Gespräch mit der depressiven Person im beruflichen Rehabilitationsprozess ins Zentrum der weiteren Überlegungen.

Gemäss Widulle (2011) gibt es in der Sozialen Arbeit eine grosse Vielfalt an Gesprächsformen (z.B. Konfliktgespräch, Krisengespräch etc.), wovon er über 30 auflistet. Weil sich methodisches Handeln am beruflichen Auftrag legitimiert, richtet sich auch die Wahl der entsprechenden Gesprächsmethode danach aus (S. 34).

Gemäss Weber (2003) gehören Beratungsgespräche im direkten Umgang mit den Klienten zu den Schlüsselkompetenzen Sozialarbeitender (S. 12). Der gleichen Auffassung sind Mühlum & Gödecker-Geenen (2003) im Kontext der Rehabilitation von psychisch Kranken Menschen. Während bei älteren Menschen die Reintegration in eine häusliche Umgebung im Vordergrund stehen müsse, sei es bei Menschen im erwerbsfähigen Alter die berufliche Integration (S. 115). Im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen wählt der Autor daher die spezifische Methode des beruflichen Beratungsgesprächs (Kapitel 4.4 & 4.5).

Allen Gesprächen zugrunde liegt in der Sozialen Arbeit in der Regel das Erstgespräch, welches der bereits erwähnten Auftrags- und Zielklärung dient (Widulle, 2011, S. 34). Bevor mit einer depressiven Person ein berufliches Beratungsgespräch durchgeführt werden kann, muss überprüft werden, ob die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

4.3. Das Erstgespräch

Das Erstgespräch dient dazu, sich einen Überblick über die Ausgangslage und das Anliegen der Klientin, des Klienten zu verschaffen und zu schauen, ob im gegebenen Kontext ein gemeinsamer Auftrag bzw. ein gemeinsames Ziel zu Stande kommen kann. Wie im Kapitel 5.1 erwähnt wurde, findet die Auftragsklärung im Spannungsfeld zwischen staatlichem Auftrag, institutionellen Vorgaben und Klienteninteressen statt. Die Fachkraft muss sich dabei vor und während dem Gespräch vergegenwärtigen, was ihr Auftrag ist, welche Aufgaben sie im Rahmen der Stelle übernehmen kann, wie viele zeitliche Ressourcen ihr zur Verfügung stehen und für welche Tätigkeitsbereiche sie eine Tiragierung vornehmen muss. Sozialarbeitende sollten sich im Erstgespräch auch Klarheit darüber verschaffen, welche weiteren Institutionen wie involviert sind, damit Doppelspurigkeiten vermieden und Synergien genutzt werden können (Weber, 2003, S. 28).

Wie kommt ein Erstgespräch zustande? Dazu unterscheidet Kähler (1991) drei Arten (zit. in Weber, 2003, S. 29-30):

Erbetene Gespräche	Die Adressaten melden sich von sich aus oder wurden auf Anraten von Freunden und Angehörigen geschickt. Es besteht ein Leidensdruck und die Erwartung bzw. die Hoffnung auf schnelle Lösungen sind hier kennzeichnend. Das Gespräch kommt leicht in Fluss.
Angebote Gesprächs	Fachkräfte bieten den als gefährdet eingestuften Personen oder Gruppen Gespräche an (z.B. Gassenarbeit). Die Klienten haben eine grosse Wahlfreiheit, ob sie das Angebot nutzen wollen oder nicht. Vieles hängt von der Eigeninitiative und den Fähigkeiten zum Beziehungsaufbau der Fachkraft ab.
Angeordnete Gespräche	Die Gespräche sind von den Behörden angeordnet und müssen von den Klienten zwingend wahrgenommen werden (z.B. Justizvollzug). Es besteht keine Wahlfreiheit, ob die Person mit der Fachkraft in Kontakt treten möchte oder nicht. Die Chance, dass Klienten zu Beginn des Gespräches wenig Veränderungswillen zeigen, ist hier grösser als bei den anderen Gesprächsarten.

Zuletzt stellt sich die Frage, mit welcher Haltung die Klienten zum Erstgespräch kommen und auf welche Art von Arbeitsbeziehung sich die Fachkraft einstellen kann. De Jong & Berg (1999) unterscheiden hierbei drei Beziehungstypen (zit. in Weber, 2003, S. 30-32):

Besucher/Besucherin

Die Klienten kommen ohne Thema und ohne Anliegen, das sie gemeinsam bearbeiten möchten. Sie sind nur da, weil die anderen (z.B. die Eltern, das Sozialamt) es wollen.

Bei diesem Verhalten geht es darum, die Motive der zuweisenden Stelle und der betroffenen Person besser zu verstehen. Handlungsanweisungen sind nicht zielführend. Die Person soll primär für ihr Kommen wertgeschätzt werden und ihre Kooperation für die Lösung der misslichen Lage angeboten werden.

Klagender/Klagende

Die Klienten kommen mit Leidensdruck, sind aber überzeugt, dass die Ursache dafür nicht bei ihnen selbst, sondern durch andere verursacht und aufrechterhalten wird. Es besteht in der Regel die Erwartung an die Fachkraft, dass sie hilft, das Umfeld zu verändern.

Die Selbstwahrnehmung als Opfer soll zu Beginn des Gespräches nicht in Frage gestellt werden. Das Kommen ist bereits ein positiver Schritt zur Veränderung des Problems und darf entsprechend gewürdigt werden. Mittels Fragen, die dazu dienen, die Problemsituation zu beobachten, sind Klagende erst in der Lage, ihre eigenen Verhaltensanteile an den Problemen zu erkennen. Damit kann sukzessive ein Kundenmuster entwickelt werden.

Kunde/Kundin

Die Klienten kommen mit einem konkreten Anliegen und sind bereit, etwas zur Veränderung ihrer Probleme beizutragen. Sie nehmen sich als Teil der Lösung wahr.

Die Person ist bereit zur Veränderung. Ihr Kommen und ihre angedachten Lösungen verdienen Anerkennung. Kunden verfügen über eine hohe Mitwirkungsbereitschaft.

Die Beziehungsmuster sind veränderbar und können idealerweise in ein Kundenmuster umgewandelt werden. Sobald der Auftrag, die Zuständigkeit sowie die momentane Arbeitsbeziehung geklärt sind, kann mit der Bearbeitung des eigentlichen Problems begonnen werden.

Erstgespräche in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen

Diese Bachelorarbeit richtet sich an Fachkräfte verschiedener Institutionen, die einen Auftrag zur beruflichen Rehabilitation haben. Während Erstgespräche beim Sozialamt eher einen verpflichtenden Charakter haben, basieren Gespräche in der Psychiatrie vorwiegend auf freiwilliger Basis. Erstgespräche im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation können deshalb in allen drei Kontexten stattfinden.

Wesentlich für die berufliche Rehabilitation von depressiven Menschen scheint das Beziehungsmuster zu sein. Im Kapitel 3.5.4 wurde festgehalten, dass die Motivation ein wichtiger Prädiktor dafür ist, ob berufliche Massnahmen erfolgreich sein werden. Eine grundsätzliche Zustimmung der depressiven Person, sich auf den Prozess einzulassen, sei dabei unerlässlich. Die unmittelbare Planung beruflicher Massnahmen bei einem reinen Besuchermuster erscheint daher als wenig zielführend.

Bei depressiven Menschen ist die Motivationslage oft schwer einschätzbar. Obwohl Probleme offensichtlich vorhanden sind, zeigen sie sich unbeteiligt, antriebs- und hoffnungslos. Entscheidungen können sie wegen der Krankheit nur schlecht treffen (Kapi-

tel 2.4). Aus medizinischer Sicht ist das Fällen wichtiger Entscheidungen während der Akutphase kontraindiziert (Kapitel 2.4.2), während aus Sicht der beruflichen Rehabilitation die frühzeitige Planung beruflicher Massnahmen als förderlich gilt (Kapitel 3.6.1). Im Kapitel 2.7 wurde dargelegt, dass in gewissen Situationen gar direktives Handeln angezeigt ist. Zum Beispiel zur Erhaltung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses oder zur Eindämmung finanzieller Folgeprobleme. Aus diesem Grund bewegen sich Sozialarbeitende in der beruflichen Rehabilitation im Umgang mit depressiven Menschen oftmals in einem Spannungsfeld zwischen direktivem Handeln und dem Zuwarten auf Besserung der Motivationslage. Ein minimales Kundenmuster scheint jedoch in Hinblick auf die Wichtigkeit der Motivation für die Planung beruflicher Massnahmen wichtig zu sein.

Wie Sozialarbeitende mit einem institutionellen Auftrag zur beruflichen Integration (angeordnete Gespräche) und depressiven Klienten ohne jegliche Motivation eine berufliche Beratung durchführen sollen, wird in der Bachelorarbeit nicht näher behandelt.

4.4. Grundzüge des beruflichen Beratungsgesprächs

Das berufliche Beratungsgespräch ist in der vorliegenden Bachelorarbeit die zentrale Methode in der beruflichen Rehabilitation mit depressiven Menschen. Das vorliegende Kapitel stellt die grundsätzlichen Inhalte eines beruflichen Beratungsgesprächs vor, wie es generell mit psychisch Kranken Anwendung findet.

Durch das bisher erarbeitete Wissen über die berufliche Rehabilitation von depressiven Menschen (Kapitel 2 & 3) soll die Gesprächsmethodik spezifisch auf die Eigenheiten von depressiven Menschen angepasst werden.

4.4.1. Ziele der beruflichen Beratung

Das Hauptziel eines beruflichen Beratungsgesprächs ist die frühzeitige Klärung beruflicher Probleme nach einer psychischen Krise oder Krankheitsphase (Kapitel 3.6.1). Mit dem Gespräch sollen bestehende Beziehungen zur Arbeitswelt gerettet, neue berufliche Perspektiven entwickelt und - wenn nötig - konkrete Schritte eingeleitet werden. Mit der schriftlichen Dokumentation soll das professionelle und private Helfernetz sowie die betroffene Person selbst über das Beratungsgespräch hinaus auf ein berufliches Ziel hin koordiniert werden (Haerlin, 2010, S. 25).

4.4.2. Wer führt berufliche Beratungsgespräche?

Berufliche Beratungsgespräche können an verschiedenen Orten stattfinden. In psychiatrischen Kliniken, beim Arzt oder beim Therapeuten, in einer beruflichen Rehabilitationseinrichtung oder bei Fachpersonen der jeweiligen Leistungsträger (Kapitel 3.4). Manche psychosozialen Helferinnen und Helfer würden an ihrer Kompetenz für die berufliche Beratung zweifeln, da diese nicht zu ihrem Kerngebiet gehören (S. 29). Gemäss Miller & Rollnik (2009) sei jedoch erwiesen, dass es dafür weniger eine spezielle Ausbildung als vielmehr einige grundlegende Haltungen und Fertigkeiten benötige. Das Kernelement jeder Beratung sei die Fähigkeit zum Beziehungsaufbau sowie die Vermittlung von Hoffnung und Motivation (zit. in Haerlin, 2010, S. 30). Diese Bachelorarbeit richtet sich spezifisch an Sozialarbeitende.

4.4.3. Grundhaltungen bei der Beratung von depressiven Menschen

Im Kapitel 2.7 wurde dargelegt, dass depressive Menschen sehr beziehungs-sensibel reagieren und sich durch ihre Tendenz zur Selbstabwertung schnell unerwünscht fühlen. Aus diesem Grund sei der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu Beginn des Kontakts besonders bedeutsam. Das Sprechen wurde im Kapitel 2.6.1 ganz grundsätz-

lich als förderlich bezeichnet, weil es depressiven Menschen hilft, ihre soziale Isolation zu überwinden. Oft wüssten sie nicht, wem sie ihre negativen Gefühle und Stimmungen mitteilen sollen, wofür Gespräche entlastend wirken können.

Gemäss Weinberger (2004) ist die vertrauensvolle Beziehung die Basis, damit eine Person von sich aus über ihr Erleben sprechen kann, sich dabei besser verstehen lernt und schliesslich zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen gelangen kann (S. 22-23).

Im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes von Rogers nennt Weinberger (2004) folgende drei Prinzipien als zentral für den Beziehungsaufbau:

Einführendes Verstehen

Die beratende Person versucht die Klienten möglichst von ihrem Bezugsrahmen her zu verstehen. Dazu gehören alle emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre. Je mehr es gelingt, sich in die Erlebenswelt der Klienten einzufühlen, umso mehr können eigene Bewertungen zurückgestellt und ein Höchstmass an Unvoreingenommenheit verwirklicht werden. Durch die punktuelle präzise Wiedergabe der eigenen Wahrnehmung fühlen sich die Klienten verstanden und erhalten die Möglichkeit, sich selbst besser kennenzulernen. Die Inkongruenz zwischen nonverbalen Signalen und konkreten Äusserungen sind wichtig, weil sie auf innere Konflikte und damit auf wichtige Veränderungspotentiale hinweisen können (S. 38-39).

Unbedingte Wertschätzung

Unbedingte Wertschätzung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und bedeutet, ihn so zu schätzen wie er ist, ungeachtet dessen, wie wir seine Verhaltens- und Denkweisen bewerten. Persönliche Bewertungen und Einstellungen sind immer vorhanden, haben jedoch nichts mit der grundsätzlichen Akzeptanz eines Individuums zu tun. Unbedingte Wertschätzung zeigt sich unter anderem auch im Bemühen und im Engagement der beratenden Person, sein Gegenüber zu verstehen (S. 55-57).

Echtheit / Kongruenz

Die beratende Person ist sich bewusst, was sie erlebt und fühlt und kann ihre Empfindungen, dort wo es angemessen erscheint, zum Ausdruck bringen. Sie versteckt sich nicht hinter ihrer professionellen Rolle, sondern ist als Persönlichkeit präsent und nahbar (S. 62).

Ergänzend zum Aspekt des Beziehungsaufbaus nennt Grawe (2001) folgende weiteren Prinzipien, die sich generell in der Beratung als hilfreich und wirkungsvoll erwiesen haben (zit. in Widulle, 2011, S. 152):

- Ressourcenaktivierung (Was läuft gut? Was ist positiv? Was hilft bereits?)
- Motivation zur Veränderung erhöhen durch ein erweitertes Problembewusstsein (Exploration, Erklärungswissen)
- Probleme im Hier-und-Jetzt aktualisieren. Was ist jetzt vom Problem spür- und erlebbar?
- Positive Bewältigungserfahrungen schaffen durch das Setzen und Umsetzen konkreter Ziele.

Im Kapitel 2.6 wurde der übergeordnete Behandlungsgrundsatz formuliert, dass es bei depressiven Menschen darum gehe, sie durch eine Tagesstruktur zu aktivieren. Erst durch die Aktivität komme die depressive Person wieder zu neuen positiven Selbsterfahrungen. Dieses Prinzip kommt auch in der Beratung von depressiven Menschen zur Anwendung:

Nicht die Depression wird behandelt, sondern die Kernprobleme, die sie verursachen und aufrechterhalten. Durch das Erarbeiten konkreter und realistischer Ziele werden die Gedanken der depressiven Person auf Lösungsschritte fokussiert, bei deren Umsetzung neue positive Selbsterfahrungen und Zuversicht entstehen können. Nach Von Spiegel (2004) heisst Ziele zu setzen, Veränderungen zu planen (S. 135), während im Gegenzug dazu ein depressiver Zustand innere Erstarrung und Entscheidungslosigkeit (Kapitel 2.4.2) bedeutet. Hautzinger (2010) bezeichnet dieses Prinzip der positiven Selbstverstärkung als Anti-Depressionsspirale.

Anti-Depressionsspirale: Eine depressive Person gibt sich einen Ruck und geht ein Problem trotz schlechter Stimmung aktiv an. Sie ist dadurch zufriedener mit sich selbst und ihre Stimmung hellt sich auf. Das Ziel erscheint für sie nun leichter erreichbar. Sie erreicht das Ziel und stellt fest, dass sie in der Lage ist, die Situation aus eigener Kraft zu verändern.

Typische Depressionsspirale: Eine depressive Person bleibt mit schlechter Stimmung im Bett liegen. Sie macht sich Vorwürfe und wertet sich selbst für ihr Verhalten ab. Die Stimmung sinkt noch tiefer. Die Situation wird unerträglich und kleinste Verrichtungen scheinen nicht mehr möglich. Sie fühlt sich ohnmächtig und niedergeschlagen (S. 50-51).

Beim Erstgespräch (Kapitel 4.3) wurde aufgezeigt, dass sich die beratende Person bei der Planung von beruflichen Massnahmen oft in einem Spannungsfeld zwischen dem Zuwarten auf Besserung der depressiven Symptome und direktivem Handeln bewegt. Weil in der akuten Phase der Depressionsbehandlung die Aktivierung der depressiven Person von entscheidender Bedeutung ist, kann für die berufliche Rehabilitation der Schluss gezogen werden, dass auch dort die frühzeitige berufliche Beratung einen aktivierenden Charakter haben darf. Hautzinger (2010) ist der Auffassung, dass bei depressiven Menschen eine gute therapeutische Begleitung aktiv und direktiv handeln müsse (S. 52). Direktives Handeln kann insofern als aktivierende Starthilfe verstanden werden, durch die die depressive Person zu positiven Selbsterfahrungen gelangt.

4.4.4. Thematische Schwerpunkte der beruflichen Beratung

Das zentrale Thema des Beratungsgespräches ist die Bildungs- und Arbeitssituation der depressiven Person. Diese wird auf dem Hintergrund der Familiengeschichte und anderen wichtigen Bezugspersonen sowie der Krankheitsgeschichte und ihren Folgen beleuchtet (Haerlin, 2010, S. 28). Die drei Bereiche beeinflussen sich im Hinblick auf die aktuelle berufliche Situation gegenseitig und gehören zur Anamnese.

Anamnese der Bildungs- und Arbeitssituation

Anhand eines chronologischen Lebenslaufes wird die Bildungs- und Arbeitsgeschichte seit der Schulzeit reflektiert oder wenn dieser nicht vorhanden ist, neu dokumentiert. Nebst den Zeiten der Erwerbstätigkeit sind alle arbeitsähnlichen Tätigkeiten, wie ehrenamtliche Einsätze, Zivil- und Militärdienst sowie Praktika zu erfragen. Zur Bildungsgeschichte gehören die beruflichen Ausbildungen und Weiterbildungen sowie weitere Qualifikationen und besuchte Kurse. Die Frage nach „Lücken“ im Lebenslauf ist nebst der Hervorhebung von Ressourcen und Fähigkeiten zentral. Erwerbslosigkeit, Schulabbrüche oder Karriereknick sind wichtige Ereignisse, die für die weitere Planung wichtig sind. Anhand der Fakten entsteht immer mehr ein Bild über Wunsch und Wirklichkeit, Erfolg und Misserfolg (Haerlin, 2010, S. 42-43). Im Kapitel 3.5.2 wurde erwähnt, dass die Erwerbsbiographie bei depressiven Menschen für den zukünftigen beruflichen Integrationserfolg bedeutsamer sei, als dies bei anderen Krankheitsdiagnosen, wie z.B. der Schizophrenie, der Fall wäre.

Anamnese der Familiensituation und wichtigen Bezugspersonen

Der berufliche Hintergrund der Herkunftsfamilie sowie deren Einfluss (Einstellungen) auf die Berufswahl sind bedeutsam. Die Ablösung vom Elternhaus erlaubt Aussagen über den Grad der Selbständigkeit im Bereich des Wohnens wie auch bei der Arbeit. Verpflichtungen in der Familie können die Energie für die eigene berufliche Tätigkeit binden (Haerlin, 2010, S. 45-47). Der Zusammenhang von familiären Verpflichtungen (z.B. Kinderbetreuung), Armut und Erwerbstätigkeit wurde im Kapitel 3.5.3 bereits erörtert.

Wichtige Familienangehörige und Bezugspersonen oder Fachleute des professionellen Helfernetzes (z.B. Beistand) werden idealerweise mit der Zustimmung der depressiven Person zum Gespräch eingeladen. Deren Einbezug erlaubt erstens eine objektivere Einschätzung der Gesamtsituation und zweitens können die anwesenden Personen als Unterstützung für die Bewältigung der anstehenden Schritte gewonnen werden. Die Beteiligten sollen sich gleichberechtigt ins Gespräch einbringen können, gleichzeitig soll aber auch der depressiven Person vermittelt werden, dass sie die steuernde Person im Prozess bleibt (S. 45).

Im Kapitel 3.5.3 wurde die Wichtigkeit des sozialen Netzwerkes bei der Unterstützung von psychisch kranken Menschen im Umgang mit beruflichen Rückschlägen erwähnt und gleichzeitig dessen Einfluss auf die Zuversicht, ein berufliches Ziel zu erreichen, dargelegt (Kapitel 3.5.4). Ein mangelndes Beziehungsnetz ist ein Risikofaktor für depressive Erkrankungen (Kapitel 2.5.1), der zusätzlich durch die Tendenz des sozialen Rückzugs (Kapitel 2.4.3) verstärkt wird. Der Einbezug von nahestehenden Personen in den beruflichen Beratungsprozess erscheint bei Depressiven daher umso sinnvoller.

Anamnese der Krankheitsgeschichte

Das Verständnis über den Einfluss der psychischen Krankheit auf die berufliche Situation ist gemäss Haerlin (2010) bei der Rehabilitationsplanung wichtig und kann anhand des chronologischen Lebenslaufes reflektiert werden (S. 55). Die medizinische Krankheitsdiagnose ist unter anderem wichtig, weil sie einen grossen Einfluss auf die Geltendmachung von möglichen Leistungen bei den Leistungsträgern hat (Kapitel 3.4). Bei den medizinischen Prädiktoren gelten häufige psychiatrische Klinikaufenthalte sowie chronische und rezidivierende Verläufe bei der Eingliederung als problematisch, weshalb diese erfragt werden müssen. Die Frage nach der medizinischen Versorgung ist wichtig, weil beim Konzept des Supported-Employment der gleichzeitige und koordinierte Start von medizinischen und beruflichen Massnahmen als einer der evidenzbasierten Prädiktoren für den Wiedereingliederungserfolg gilt (Kapitel 3.3.2).

4.4.5. Empfehlungen und Handlungsschritte

Gemäss Haerlin (2010) soll kein Gespräch geführt werden, ohne dass weiterführende Schritte geplant werden. Während der Anamnese sprechen vor allem die Klienten. Dabei entstehen in der Regel bereits neue Erkenntnisse und manche Lösungsschritte liegen auf der Hand. Danach fasst die beratende Person die Situation nochmals aus ihrer Sicht zusammen und gibt ihre persönliche Einschätzung dazu ab. Gleichzeitig macht sie konkrete Empfehlungen, wie sie weiter vorgehen würde. Diese sollen mutig und klar formuliert werden, auch wenn gewisse Ansichten unangenehm sein können. Die Selbsteinschätzung der depressiven Person soll dabei gewürdigt, aber auch kritisch bezüglich der eigenen Einschätzung reflektiert und in eine gemeinsame hoffnungsvolle Perspektive integriert werden. Die neue Perspektive ist die Grundlage, anhand der konkrete Handlungsschritte abgeleitet werden (S. 65-66).

Das Kapitel 3.5 über die Prädiktoren einer erfolgreichen beruflichen Integration sowie das Kapitel 2.4 über die psychosozialen Folgen der Depression geben wichtige Hin-

weise für die Einschätzung der Situation und die Entwicklung von Empfehlungen. Darüber hinaus sind gemäss Haerlin (2010) folgende drei Grundsätze zu beachten (S. 45):

- Junge Menschen erhalten alle Hilfen, um eine Ausbildung oder Qualifizierung möglichst abzuschliessen.
- Psychisch Kranke bauen auf ihren bisherigen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen auf. Neue berufliche Wege und Identitäten sollen in der Regel vermieden werden, um die Unsicherheit nicht zu vergrössern.
- Die derzeitige Belastungsfähigkeit kann aufgrund des Gespräches nicht mit Sicherheit eingeschätzt werden. Nur praktische Arbeitserprobungen können diese Einschätzungen validieren.

Schriftliche Dokumentation

Die Dokumentation wird während des Gesprächs unter der Mitwirkung der depressiven Person verfasst und von beiden unterzeichnet. Ein schriftliches Dokument wirkt verbindlich und lässt angestrebte Schritte konkreter erscheinen. Anhand der Dokumentation geht nichts vergessen und angestrebte Schritte können leichter mit weiteren Bezugspersonen besprochen werden. Das professionelle Helfernetz und die Leistungsträger haben eine Orientierung und die betroffene Person muss nicht überall von neuem gleiche Fragen beantworten. Die Dokumentation enthält folgende Elemente (S. 70-73):

BASISDATEN

- Personalien (Kontakt)
- Datum des Gespräches
- Wichtige Bezugspersonen (Kontakt)
- Krankenkasse
- Involvierte Leistungsträger / Beratungspersonen (Kontakt)
- Antrag bei der IV gestellt?
- Lebensunterhalt

GESPRÄCH

- Berufliche Situation
- Gesundheitliche Situation
- Derzeitige Situation
- Empfehlungen
- Handlungsschritte

4.5. Berufliche Beratung von depressiven Menschen im Prozessmodell

Zur weiteren Strukturierung des beruflichen Beratungsgesprächs greift der Autor auf ein Prozessmodell zurück, wie es in der sozialarbeiterischen Beratung Anwendung findet. Einleitend zu jeder Gesprächsphase wird auf die spezifischen Inhalte des beruflichen Beratungsgesprächs verwiesen und gleichzeitig werden relevante Bezüge zum bisher erarbeiteten Fachwissen hergestellt.

Damit entsteht nachstehend eine chronologisch gegliederte Handlungsanweisung, wie ein berufliches Beratungsgespräch mit einer depressiven Person gestaltet werden kann und worauf dabei speziell geachtet werden muss. Gemäss Widulle (2011) umfasst das Beratungsgespräch sieben Gesprächsphasen (S. 147-151):

Phase 1: Kontakt/Situationsklärung

Einbezug von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen (Kapitel 4.4.4) Bezugnahme zum Erstgespräch (Kapitel 4.3) Ziele des beruflichen Beratungsgesprächs (Kapitel 4.4.1) Vertrauensvolle Beziehung (Kapitel 2.7 / Kapitel 4.4.3)

Die Begrüssung und der erste Eindruck sind ganz entscheidend, ob ein konstruktives Gespräch zustande kommen kann. Bachmeier (2001) umschreibt diesen Moment als „joining“, bei dem es darum geht, sich auf die Wellenlänge des Gegenübers einzustimmen. Danach wird dem Gespräch ein Rahmen gegeben. Unbekannte Personen werden sich gegenseitig vorgestellt, die eigene Rolle wird darin deklariert. Einleitende Informationen über den Anlass, den Zweck und die zeitliche Begrenzung des Gesprächs sowie die Bezugnahme zu früheren Gesprächen (z.B. Erstgespräch), vermitteln den Beteiligten das Gefühl, sich auf der gleichen Veranstaltung zu befinden (Benien, 2004 zit. in Widulle, 2011, S. 148). Die Reduktion von Unsicherheit und die Bildung von Vertrauen sind in dieser Phase zentral.

Phase 2: Thema herausfinden

Inhaltliche Schwerpunkte des beruflichen Beratungsgesprächs (Kapitel 4.4.4)

In dieser Phase werden die für das Gespräch relevanten Themen gesammelt. Obwohl das grundsätzliche Thema, in diesem Fall die berufliche Beratung, im Voraus feststeht, ist es wichtig, den Beteiligten die Gelegenheit zu geben, aktuell wichtige Themen bzw. veränderte Situationen mitzuteilen. Sollte es aus institutionellen oder gesetzlichen Vorgaben heraus unumgängliche Inhalte geben, müssen diese durch die beratende Person klar deklariert und begründet werden (z.B. Arbeitsintegration als verpflichtender Auftrag). Damit werden spätere Zielkonflikte vermieden. Der Einstieg ins Thema muss in dieser Phase oftmals noch gebremst werden.

Phase 3: IST-Zustand erforschen

Anamnese der Arbeits- und Bildungssituation (Kapitel 4.4.4) Anamnese der Familiengeschichte und wichtigen Bezugspersonen (Kapitel 4.4.4) Anamnese der Krankheitsgeschichte (Kapitel 4.4.4)
--

Jetzt erfolgt der Einstieg ins Thema. Dazu anbietet sich der Dreierschritt Explorieren, Fokussieren und Tiefen.

Exploration: Mit verschiedenen Fragetechniken (offene Fragen, systemische Fragen) wird versucht, das Thema sachlich und emotional zu erfassen und auszubreiten. Dabei sprechen vorwiegend die Klienten bzw. die am Gespräch beteiligten Personen, wäh-

rend die beratende Person den Gesprächsfluss unterstützt. Gleichzeitig führt sie das Gespräch immer wieder auf das Thema zurück.

Fokussieren: Die zentralen Kern-Probleme werden benannt, was hilft, die Komplexität zu reduzieren. Es braucht eine Gewichtung, weil nicht alle Probleme in diesem Gespräch behandelt werden können (Was ist zentral, was wollen wir zuerst angehen?).

Tiefen: Die ausgewählten Kern-Probleme werden genauer betrachtet. Gemäss Benien (2004) muss spätestens zu diesem Zeitpunkt der entscheidende Schritt von der problemorientierten- zur perspektivenorientierten Sichtweise erfolgen, damit Hoffnung und Zuversicht entstehen kann. Die Perspektive soll hierfür erweitert werden, wozu verschiedene Interventionen hilfreich sind: Vermittlung von Fachwissen, behutsame Konfrontationen, Umdeutungen oder kurze Inputs aus eigenen Erfahrungen (zit. in Widulle, 2011, S. 149).

Die Erweiterung der Perspektive ist ein zentraler Aspekt im Umgang mit depressiven Menschen. Hell (2008) beschreibt den Sinn der Depression als ein biosozialer Abwehrmechanismus eines Individuums, der einsetzt, wenn zur Bewältigung einer Gefahr keine alternativen Lösungen mehr zur Verfügung stehen (S. 195). Lindner (2009) verwendet für die Depression die Metapher des Todstellreflexes (S. 82), das den Autor an das Abwehrverhalten von bestimmten Tieren in einer Gefahrensituation erinnert. Bezogen auf Depressionen kann daher der Suizid (Kapitel 2.4.4) als letzte alternative Lösung betrachtet werden. Dass Hoffnung und Zuversicht durch eine erweiterte Perspektive auf ein Problem bzw. durch neue alternative Lösungen entsteht, erscheint damit nachvollziehbar.

Der Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen im Beratungsgespräch führt ebenfalls zu einer Erweiterung der Perspektive. Es werden nicht nur mehr Lösungsvorschläge generiert, sondern auch die Einschätzung der aktuellen und zukünftigen beruflichen Möglichkeiten wird präziser (Kapitel 4.4.4). Von Spiegel (2004) nennt dieses Vorgehen multiperspektivische Betrachtungsweise, die sie insbesondere in der Phase der Problemanalyse als förderlich erachtet. Die subjektive Sichtweise der betroffenen Person werde dadurch erstens objektiviert und zweitens entstehe ein tieferes Verständnis für Wechselwirkungen im System (z.B. der Einfluss einer Scheidung auf die aktuelle Erwerbsfähigkeit) (S. 143).

Phase 4: Ziele entwickeln

Konkrete und erreichbare Ziele setzen wirkt aktivierend (Kapitel 4.4.3)
Einschätzung durch die Fachperson und Abgabe von Empfehlungen (Kapitel 4.4.5)

Erst wenn die Problem-Sicht mit veränderungsförderlichen neuen Sichtweisen, positiven Umdeutungen und Informationen angereichert ist, soll mit den Klienten ein SOLL-Zustand entwickelt werden. Die beratende Person hilft dabei, ein Zukunftsbild zu entwerfen, dieses zu konkretisieren und auf realistische Ziele herunter zu brechen. Gute Ziele sind SMART: Spezifisch (statt global), messbar (statt diffus), attraktiv (statt uninteressant), realistisch (statt utopisch) und terminiert (und in nützlicher Frist erreichbar, statt in weiter Ferne). Gute Ziele kanalisieren die Energie auf Lösungen statt auf Probleme und vermitteln damit Hoffnung auf Veränderung.

Phase 5: Umsetzung planen

Anti-Depressionsspirale (Kapitel 4.4.3)

Für die Umsetzung der Ziele braucht es Handlungsstrategien. Idealerweise werden zuerst mit den Klienten verschiedene Lösungen gesucht. Dies ist ein kreativer Prozess,

der z.B. auch durch ein Brainstorming unterstützt werden kann. Für die Klienten ist es förderlich, wenn mehrere Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, damit sie die Möglichkeit haben, die ihnen am bedeutsamsten erscheinende Strategie auszuwählen. Idealerweise sind die Lösungen weitgehend durch die Klienten selbst kontrollierbar und auf wenig Hilfe von aussen angewiesen. Die beratende Person unterstützt in dieser Phase, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Lösungen abzuwägen und damit entstehende Ambivalenzen abzubauen.

Im Kapitel 2.4.2 wurde dargelegt, dass depressive Personen Entscheidungen oftmals lange hin und her abwägen, ohne letztlich in die Handlung zu gelangen. Die Reduktion von Ambivalenzen, daher Entscheidungen zu treffen, ist ein zentrales Anliegen der motivierenden Gesprächsführung. Hal Arkowitz (2010) beschreibt die motivierende Gesprächsführung als eine Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation. Diese werde erhöht, umso mehr sich eine Person der Diskrepanz zwischen ihren momentanen Verhaltensweisen und Wertvorstellungen (Wie möchte ich mein Leben gestalten?) bewusst wird (S. 2-3). Beispielsweise wird sich eine depressive Person mit suizidalen Absichten bewusst, dass sie für ihre Kinder da sein möchte. Oder eine erwerbslose Person, die sich nur noch zu Hause zurückzieht, vermisst das soziale Umfeld, das sie durch die Arbeitstätigkeit hatte. Gemäss Arkowitz (2010) ist es zentral, dass der therapeutische Fokus auf den von den Klienten selbst genannten vorteilhaften Argumenten liegt, die für die Veränderung sprechen. Argumente, die gegen eine Veränderung sprechen, sollen ernst genommen werden, die Reaktion soll mit Empathie erfolgen. Veränderungswiderstand wird bei der motivierenden Gesprächsführung als natürlich betrachtet. Statt Gegenargumente zu suchen, geht es darum, die oftmals dahinter liegende Angst zu thematisieren, die Veränderungen mit sich bringen können (z.B. die Angst zu scheitern) (S. 6).

Phase 6: Zusammenfassen

Schriftliche Dokumentation (Kapitel 4.4.5)

Am Ende der Lösungssuche sollen die Klienten aus ihrer subjektiven Sicht nochmals die Ergebnisse des Gespräches sowie die nächsten Schritte schriftlich oder mündlich zusammenfassen. Aus lernpsychologischer Sicht verankert sich damit das erarbeitete Wissen nochmals tiefer bei den Klienten und wirkt dadurch handlungsinisierend.

Phase 7: Situation abschliessen

Die Beratungsperson soll am Schluss des Gespräches dafür sorgen, dass Klienten allfälligen Ballast noch an Ort und Stelle loswerden können. Ärger, kleine Kränkungen oder Missstimmungen können die weitere Zusammenarbeit beeinträchtigen und durch Nachfragen leicht beseitigt werden. Mit der Planung eines möglichen nächsten Gespräches schliesst die Beratung ab.

4.6. Zusammenfassung über die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen

Der Autor wählt als Hauptmethode der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen das berufliche Beratungsgespräch. Damit sollen nach einer psychischen Krise oder Krankheitsphase berufliche Probleme frühzeitig geklärt und, wenn nötig, konkrete Schritte eingeleitet werden. Damit wird nicht nur Hoffnung geweckt, sondern womöglich werden auch bestehende Beziehungen zur Arbeitswelt gerettet.

Berufliche Massnahmen wie auch andere Leistungen in der Sozialen Arbeit sind nicht beliebig verhandelbar, weil sie sich immer auch an gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen orientieren müssen. Was eine depressive Person will und welche Leistungen im Rahmen der Einrichtung erbracht werden können, sollte im Rahmen des Erstgespräches ausgehandelt werden. Idealerweise wird geklärt, ob die depressive Person eine minimale Motivation aufweist, sich auf einen beruflichen Beratungsprozess einzulassen, da die Planung von beruflichen Massnahmen ohne eine Zustimmung der Klienten wenig erfolgversprechend ist.

Bei der beruflichen Beratung von depressiven Menschen ist insbesondere während der Anfangsphase, nebst dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, ein aktives und - wenn nötig - direktives Handeln im Sinne einer Starthilfe gefragt. Depressionen werden je eher überwunden, desto früher die depressionsverursachenden bzw. -erhaltenden Probleme konkret angegangen werden. Dadurch kommen Depressive zu neuen positiven Selbsterfahrungen, welche die Grundlage für das Einsetzen einer Anti-Depressions-Spirale ist. Die Kernprobleme müssen nicht zwingend im beruflichen Bereich liegen, da die aktuelle Erwerbsunfähigkeit auch durch Schwierigkeiten im Sozialen (z.B. Wohnsituation / Trennung) ausgelöst werden kann. Daher muss im beruflichen Beratungsgespräch immer die gesamte Lebenssituation betrachtet werden. Hierbei anbietet sich die Profession der Sozialen Arbeit, weil sie auf die Lösung von komplexen psychosozialen Problemstellungen ausgerichtet ist.

Bezogen auf das berufliche Beratungsgespräch verfasste der Autor zu Beginn der Bachelorarbeit die folgenden beiden Zielsetzungen (Kapitel 1.4), anhand derer die weitere Zusammenfassung strukturiert wird.

Sozialarbeitende, die in der beruflichen Rehabilitation tätig sind, sollen eine Grundlage erhalten, damit sie die Grenzen und Möglichkeiten von depressiven Menschen in Hinblick auf ihre aktuelle und zukünftige Erwerbsfähigkeit besser einschätzen und damit berufliche Massnahmen realistisch planen können.

Dazu haben sich im Kapitel 4.4 & 4.5 die folgenden vier Punkte herauskristallisiert, die auf dem Prinzip der multiperspektivischen Sichtweise basieren:

- Durch die Exploration (bzw. Selbstexploration) der drei sich gegenseitig beeinflussenden Thematiken der Arbeits- und Bildungssituation, der Familiengeschichte und wichtigen Bezugspersonen sowie der Krankheitsgeschichte entsteht im Gespräch immer mehr ein Bild über Wunsch und Wirklichkeit.
- Die subjektive Einschätzung der depressiven Person bezüglich ihrer beruflichen Möglichkeiten wird durch Fremdeinschätzungen von Angehörigen, wichtigen Bezugspersonen und dem professionellen Helfernetz objektiver.
- Ein konkreter Arbeitsversuch (z.B. im Rahmen der Arbeitstherapie) erlaubt die Überprüfung der am Gespräch gemachten Einschätzungen.

- Das Fach- und Expertenwissen (Kapitel 2 & 3) der beratenden Person beeinflusst und ergänzt die Einschätzungen des Gespräches.

Der Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen ist nicht nur für die objektivere Einschätzung der beruflichen Möglichkeiten dienlich, sondern auch wertvoll für die weitere Unterstützung der depressiven Person bei der Bewältigung geplanter Schritte. Mit diesem Verfahren werden ausserdem mehr Lösungsalternativen generiert, was für die Erreichung der zweiten Zielsetzung förderlich ist.

Das Wissen über die berufliche Beratung von depressiven Menschen soll dazu dienen, dass die Beratungsgespräche motivierend und zielführend geführt werden können.

Eine gelungene Beratung erzeugt im Idealfall Hoffnung und Zuversicht. Weil die Depression u.a. als ein biosozialer Abwehrmechanismus auf mangelnde alternative Lösungen auf ein Problem verstanden wird, muss das primäre Ziel einer Beratung das Generieren von neuen Lösungen sein. Neue Lösungen entstehen durch eine erweiterte oder veränderte Sichtweise auf ein Problem; Hoffnung setzt mit dem Aufstellen und Umsetzen von konkreten, realistischen und attraktiven Zielen ein. Ziele können auch attraktiv sein, weil sie nach der Abwägung aller Vor- und Nachteile die beste Lösung (resp. auch die beste Lösung aus schlechten Alternativen) auf ein Problem sind. Der Abbau von Ambivalenzen fördert die intrinsische Motivation und erleichtert das Fällen von Entscheidungen, was insbesondere für depressive Menschen wichtig ist, damit sie ihre Energie nicht beim Grübeln verlieren, sondern diese zielgerichtet auf die Lösung der depressionserhaltenden Kernprobleme verwenden können.

5. Resümee und Ausblick

5.1. Zentrale Aussagen für die berufliche Praxis

Die folgenden Leitfragen der Bachelorarbeit entsprechen jeweils einem Hauptkapitel und wurden in den dazu gehörigen Zusammenfassungen bereits beantwortet.

- **Was ist unter Depressionen zu verstehen?** 📖 Kapitel 2.8
- **Was bewährt sich bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen?** 📖 Kapitel 3.7
- **Wie geht die Sozialarbeit bei der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen methodisch vor?** 📖 Kapitel 4.6

In Ergänzung dazu werden nachstehend die zentralen Aussagen der Bachelorarbeit für die Praxis der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Depressionen zusammengefasst. Dabei geht es dem Autor nicht um eine weitere chronologische Zusammenfassung, sondern um die aus seiner Sicht wesentlichen Zusammenhänge, die für die praktische berufliche Tätigkeit wichtig sind:

Depressive Erkrankungen erfassen und beeinträchtigen den Menschen in seiner biopsychosozialen Ganzheit. Ein lähmendes Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit zieht sich durch den Alltag der betroffenen Personen, die dann meist nicht nur in ihrer Erwerbsfähigkeit, sondern je nach Schweregrad der Depression in nahezu sämtlichen Lebensbereichen eingeschränkt sind. Im Vorfeld der Erkrankung sind oftmals belastende Ereignisse (z.B. Trennung), Ereignisfolgen oder anhaltende Belastungssituationen (z.B. Erwerbslosigkeit) zu finden, weshalb Depression auch als Reaktion eines Organismus auf Problemsituationen verstanden werden kann, für die er keine Lösungsalternative hat.

Ein zentraler Mechanismus der Depression ist die Antriebslosigkeit, die Tendenz des sozialen Rückzugs sowie ein zunehmend passives Problemlöseverhalten, was eine schleichende Negativ-Spirale der Selbstabwertung einleiten kann, die das Vertrauen in sich selbst, das Leben bewältigen zu können, nachhaltig beeinträchtigt. Diese Dynamik wird als Depressionsspirale bezeichnet. Fehlt ein stützendes soziales Netzwerk, das die depressive Entwicklung frühzeitig erkennt und darauf reagiert, besteht die Gefahr, dass die Lebensführung einer Person zunehmend aus der Bahn gerät und verschiedene psychosoziale Folgeprobleme (z.B. Stellenverlust / Vernachlässigung der Finanzen) zu einer Chronifizierung der Depression beitragen.

Aus therapeutischer Sicht geht es bei der Depressionsbehandlung nicht darum, die Depression selbst zu behandeln, sondern darum, neue Lösungsalternativen zu finden, damit die Kernprobleme, welche die Depression verursachen und aufrechterhalten, angegangen werden können. Gelingt es der depressiven Person, die Kernprobleme zielgerichtet in kleinen Schritten aufzulösen, kann eine Anti-Depressionsspirale in Gang gesetzt werden, die zunehmend zu neuen positiven Selbsterfahrungen sowie zu Hoffnung und Zuversicht führt.

Bezogen auf die berufliche Rehabilitation von depressiven Menschen muss deshalb immer die gesamte Lebenssituation betrachtet werden, weil es sein kann, dass die Kernprobleme für die aktuelle Erwerbsunfähigkeit nicht im Beruflichen selbst, sondern in einem anderen Lebensbereich liegen. Eine zu einseitige Betrachtungsweise des Beruflichen ist deshalb insgesamt nicht zielführend. Die Kernfrage bei der beruflichen Rehabilitation muss deshalb sein, was die betroffene Person braucht, damit sie wieder

erwerbsfähig wird. Eine weitere wichtige Frage ist, welche Vorkehrungen während der akuten Depression getroffen werden müssen, damit die Existenz und wenn möglich, die bisherige Arbeitsstelle gesichert bleibt.

In der beruflichen Rehabilitation gibt es einige Grundsätze zu beachten, die förderlich für den zukünftigen Integrationserfolg von depressiven Menschen sind. Dazu gehört allen voran der frühzeitige Beginn medizinischer UND beruflicher Massnahmen, weil damit vermittlungshemmende chronische Krankheitsverläufe vermieden werden können. Es ist wichtig, berufliche Probleme nach einer psychischen Krise oder Krankheitsphase frühzeitig anzugehen, weil in unserer Gesellschaft soziale Integration und Anerkennung stark über die Erwerbsarbeit erfolgt. Der Verbleib in einem Arbeitsprozess des ersten Arbeitsmarktes kann unter Umständen sehr bedeutsam für den weiteren Heilungsprozess sein. Lang anhaltende Erwerbslosigkeit fördert depressive Erkrankungen, weshalb diese unbedingt zu vermeiden ist. Berufliche Massnahmen sind grundsätzlich dann erfolgreich, wenn sie auf den berufsbiographischen Hintergrund der depressiven Person passen und ihre Grundbereitschaft da ist, sich auf den Prozess einzulassen. Bei jungen Menschen muss alles unternommen werden, damit sie eine berufliche Erstausbildung absolvieren können. Um Unsicherheiten zu vermeiden, bewährt es sich grundsätzlich an bisherigen Berufserfahrungen anzuknüpfen. Programme zur beruflichen Eingliederung sollten so nahe wie möglich am ersten Arbeitsmarkt liegen und arbeitstherapeutische Trainings so kurz wie nötig gehalten werden.

Das berufliche Beratungsgespräch ist die zentrale Methode der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen. Dazu wird keine Ausbildung im Bereich der Berufsberatung benötigt, sondern vielmehr die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen sowie Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln.

Die thematischen Schwerpunkte des Gespräches orientieren sich an der Definition des Begriffes der beruflichen Rehabilitation (Kapitel 3.1), die besagt, dass die sozialen und medizinischen Aspekte einer Person in die Planung von beruflichen Massnahmen einbezogen werden müssen. Dies führt wiederum zur Kernaussage, dass auch in der beruflichen Beratung immer die gesamte Lebenssituation einer depressiven Person betrachtet werden muss. Diese thematische Verknüpfung wird nachstehend grafisch dargestellt:

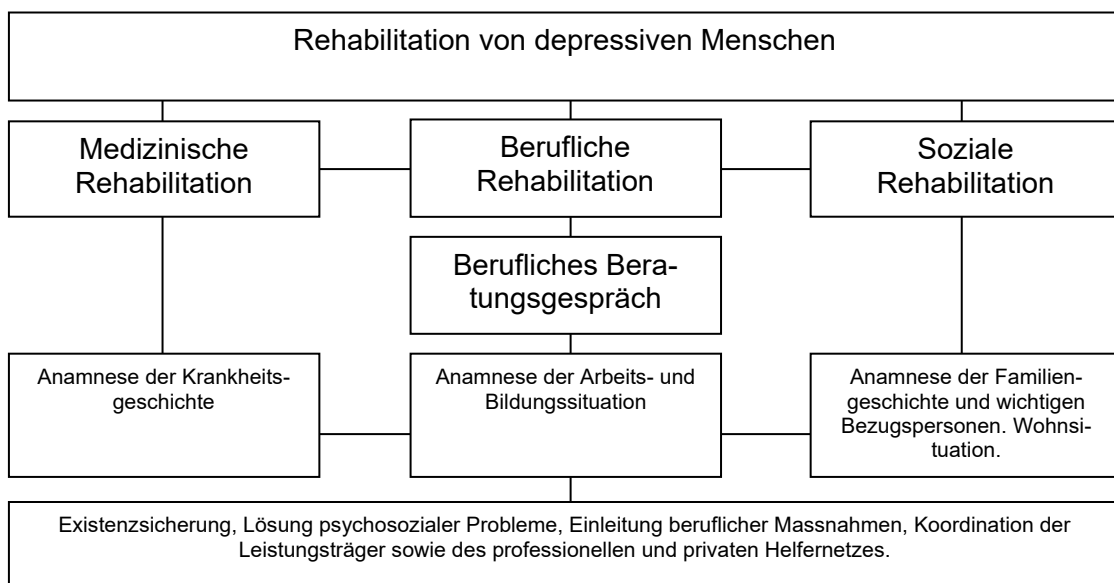


Abb. 6: Berufliches Beratungsgespräch im Kontext der beruflichen Rehabilitation (eigene Darstellung)

Im untersten Kasten der Abbildung 6 wurden die zentralen Leistungen der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen dargestellt. Die Inhalte stützen sich auf das Kapitel 4.1 über den Inhalt und Gegenstand der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation sowie auf die im Kapitel 4.4.1 definierten Ziele des beruflichen Beratungsgesprächs.

Abschliessend sollen die zentralen Aspekte im Umgang mit depressiven Menschen am beruflichen Beratungsgespräch dargelegt werden. Dazu gehört insbesondere während der akuten Krise, dass Sozialarbeitende aktiv den Kontakt zur depressiven Person suchen und zur Abwendung von krankheitsbedingten Folgeproblemen (Stellenverlust / Existenzsicherung) auch direktiv handeln müssen. Direktives Handeln wird hier als schützende und aktivierende Starthilfe verstanden. Ein weiterer Baustein der Beratung ist das Setzen und Umsetzen von konkreten und realistischen Zielen, mit denen schrittweise die am Gespräch definierten Kernprobleme überwunden werden sollen. Bevor neue Ziele gesetzt werden, ist es wichtig, dass die depressive Person im Rahmen der Anamnese ihre Perspektive bzw. ihre Sichtweise auf die aktuelle Lebenssituation mit positiven Aspekten erweitern kann. Weil insbesondere die Depression auch als Antwort auf mangelnde Lösungsalternativen verstanden wird, kommt dem Generieren von neuen Lösungs- und Handlungsstrategien eine besondere Bedeutung zu. Der Abbau von Ambivalenzen hilft Entscheidungen zu treffen und die intrinsische Motivation für die Umsetzung gesetzter Ziele zu erhöhen. Dies gelingt durch das Abwägen der Vor- und Nachteile der verschiedenen Lösungsstrategien sowie durch das Thematisieren von Veränderungsängsten. Für die objektivere Einschätzung der aktuellen beruflichen Situation und zur Findung der passenden beruflichen Lösungsstrategie hilft das Prinzip der multiperspektivischen Sichtweise. Dazu gehört insbesondere auch der Einbezug von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen. Angehörige können eine wertvolle Unterstützung bei der Umsetzung der am Gespräch getroffenen Ziele sein. Darüber hinaus helfen sie, die Motivation der betroffenen Person aufrecht zu erhalten und der Tendenz des sozialen Rückzugs entgegenzuwirken.

5.2. Grenzen der beruflichen Rehabilitation von depressiven Menschen

Im Kapitel 3.5.2 wurde dargelegt, dass der Erfolg von beruflichen Integrationsmassnahmen letztlich auch von den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes abhängig sei. Als zentrale Vermittlungshemmnisse wurden unter anderem das fortgeschrittene Alter, Behinderungen und gesundheitliche Einschränkungen sowie Verhaltens- und Kommunikationsprobleme genannt. Eine ältere chronisch depressive Person erfüllt womöglich alle drei Kriterien, weshalb sie nach Einschätzung des Autors nur noch sehr schwer vermittelbar sein wird. Kommt eine mangelnde Bildungs- und Berufsbiographie hinzu, gestaltet sich eine vollständige berufliche Integration äusserst schwierig.

Im Kapitel 3.3.3 wurde erwähnt, dass der schweizerische Arbeitsmarkt über ein steigendes Bildungs- und Lohnniveau verfüge und Nischenarbeitsplätze immer mehr in Billiglohnländer verlegt würden. Dadurch geraten leistungsschwache psychisch kranke- und behinderte Menschen, die auf solche Stellen angewiesen wären, immer mehr in Konkurrenz mit den ausgesteuerten gesunden Personen und werden dadurch zunehmend von der Erwerbsarbeit ausgeschlossen (Ernst von Kardorff & Heike Ohlbrecht, 2008, S. 23).

Baer (2007) lancierte im Kanton Baselland eine Studie, bei der er 8'000 KMU-Betriebe (Rücklauf knapp 10%) mit mindestens zwei Angestellten befragte. Die Personalverantwortlichen erhielten die Aufgabe, aus einer Liste mit neun fiktiven Bewerbenden eine Rangordnung aufzustellen. Die Liste enthielt acht Bewerbende mit verschiedenen chronischen Erkrankungen, die jedoch dank Medikamenten zu 100% arbeitsfähig und genügend qualifiziert waren. Die neunte Person war vollständig gesund, aber wenig zuverlässig und leistungsbereit. Die Rangliste zeigte folgendes: Der erste Platz ging an

die gesunde Person, die Ränge zwei bis sechs belegten jene mit körperlichen Einschränkungen oder Behinderungen und zuletzt folgten die Bewerbenden mit Depressionen, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit. Obwohl die Betriebe vor der Befragung das Kriterium der Zuverlässigkeit den gesundheitlichen Einschränkungen voranstellten, entschieden sie sich letztlich für die gesunde, aber unzuverlässige Person. Wird die Befragung ohne die gesunde Person ausgewertet, werden in 98 von 100 Fällen jene mit körperlichen Einschränkungen und in nur 2 von 100 Fällen die Bewerbenden mit psychischen Erkrankungen angestellt. Die branchenübergreifend gültigen Resultate verweisen auf eine enorme Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Dass Menschen mit Depressionen dermassen schlecht abschneiden ist umso erstaunlicher, als ein grosser Teil der Bevölkerung selbst einmal im Leben unter einer Depression gelitten hat (S. 32-33).

Mit Bezug auf die Definitionsherleitung des Begriffes der beruflichen Rehabilitation (Kapitel 3.1) wird hier nochmals deutlich, dass chronisch psychisch kranke Menschen oftmals auch darin unterstützt werden müssen, dass sie die Folgen ihrer Krankheit besser akzeptieren können. Dies kann unter Umständen auch der Ausschluss vom ersten Arbeitsmarkt sein.

5.3. Persönliches Fazit und Ausblick

Depressionen können alle Menschen treffen, wenn zu viele Belastungen auf einmal zu einer generellen Überforderung führen. Wie viel Belastung ein Mensch erträgt, ist sehr individuell, wie auch der Umgang mit Belastungssituationen. So unterschiedlich die Gründe sind, die zu einer Depression führen, so verschieden sind auch die Massnahmen, die eine Person benötigt, um wieder leistungsfähig zu werden.

In der beruflichen Praxis beobachtet der Autor, dass depressive Menschen mit einer soliden Berufsbiographie relativ leicht wieder in die Arbeit gelangen, sofern die Depression kein chronisches Ausmass hat. Aus diesem Grund schätzt er, dass viel weniger die Depression als das generell unattraktive berufliche Profil einer Person der vermittlungshemmende Faktor ist. Die berufliche Rehabilitation von depressiven Menschen stösst deshalb vor allem da an ihre Grenzen, wo der erste Arbeitsmarkt nicht ausreichend Stellen für alle zur Verfügung stellt.

Hier setzt die staatliche Hilfe an, mit der versucht wird, das strukturelle Problem durch verschiedene Massnahmen zu lösen. Auf der Makroebene muss jedoch immer auch kritisch überprüft werden, inwieweit durch die Unterstützung von psychisch beeinträchtigten Menschen (berufliche Bildung, Stellenvermittlung, zweiter Arbeitsmarkt, subventionierte Stellen in der freien Wirtschaft etc.) andere Personen mit wenig Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt konkurriert werden. Die Frage, wie sich von der Erwerbsarbeit ausgeschlossene Personen sinnvoll an der Gesellschaft beteiligen können, ist letztlich sehr schwierig zu beantworten.

Wo sich das soziale System sinnvollerweise verbessert, ist in der frühzeitigen Erkennung von depressiven Erkrankungen. Je länger mit der Behandlung einer Depression zugewartet wird, desto höher ist das Risiko, dass sie einen chronischen Verlauf nimmt. Ist dies der Fall, sind auch Menschen, die zuvor gute Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt hatten, nur noch schwer vermittelbar. Dem Erhalt der bisherigen Arbeitsstelle kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, weil es nach einer psychischen Krise in der Regel schwieriger ist, sich um eine neue Stelle zu bewerben, als in das vertraute Arbeitsverhältnis zurückzukehren.

Bei der Früherkennung besteht das Problem, dass depressive Menschen oftmals nicht oder zu spät eine Behandlung aufsuchen. Inwieweit Selbst- und Fremdstigmatisie-

rungsprozesse (vergl. Kapitel 5.2) das Melde-Verhalten von Menschen mit Depressionen beeinflussen, wäre eine spannende Frage für eine weiterführende Bachelorarbeit.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Arkowitz, Hal (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz-Verlag.

Baer, Niklas (2002). *Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen*. Bern: Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Baer, Niklas (2007). Würden sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Resultate einer Befragung von KMU. *ZeSo*, 2007 (1), 32-33.

Becker, Manfred (2008). Was und wo können Psychiatrieerfahrene arbeiten. In Hermann Mecklenburg & Storck Joachim (Hg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation* (1. Aufl., S. 30 - 45). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2009). *Bericht im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen*. Bern: BBL, Vertrieb Publikationen.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10)

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (SR 831.20)

Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (SR 220)

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 (SR 830.1)

Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung (Arbeitslosenversicherungsgesetz, AVIG) vom 25. Juni 1982 (SR 837.0)

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)

Eichholzer, Ueli & Gwerder Severin (2010). *Herausforderung Langzeiterwerbslosigkeit*. Luzern: Hochschule für Soziale Arbeit.

Flach, F. Frederic (2006). *Depression als Lebenschance. Seelische Krisen und wie man sie nutzt* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Fierz, Roland (2007). Erscheinungsformen der KTG-Versicherung in der Praxis. In Adrian von Känel, *Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte* (S. 1-17). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.

Hautzinger, Martin (2010). *Akute Depression. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Hell, Daniel (2008). *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz* (3. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Heyde, K. & Macco, K. (2009). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In Bernhard Badura; Helmut Schröder; Jochim Klose & Katrin Macco, *Fehlzeiten-Report*

2009. *Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren-Wohlbefinden fördern* (S. 31-40). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hoffmann, Holger (2004). Berufliche Rehabilitation. In Wulf Rössler, *Psychiatrische Rehabilitation* (1. Aufl., S. 333-346). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hoffmann, Holger & Jäckel, Dorothea (2008). Supported Employment – Nachhaltigkeit in der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker. In Hermann Mecklenburg & Joachim Storck (Hg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation* (1. Aufl., S. 128 – 133). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kardorff, Ernst & Ohlbrecht, Heike (2008). Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In Hermann Mecklenburg & Joachim Storck (Hg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation* (1. Aufl., S. 18 - 29). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lindner, Kathrin (2009). *Krise als Chance – Depression als Weg. Krisenmanagement als Hilfsansatz der Sozialarbeit*. Marburg: Tectum Verlag.
- Mahnkopf, Angela (2009). *Umgang mit depressiven Patienten* (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Mecklenburg, Hermann (2008). Allgemeine Grundlagen der Rehabilitation. In Hermann Mecklenburg & Joachim Storck (Hg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation* (1. Aufl., S. 110 – 127). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mohr, Gisela (2010). Erwerbslosigkeit. In Uwe Kleinbeck & Klaus-Helmut Schmidt, *Enzyklopädie der Psychologie. Arbeitspsychologie* (1. Aufl., S. 471-506). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Mohr, Gisela & Richter, Peter (2008). Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 2008 (40-41), 25-32.
- Mühlum, Albert & Gödecker-Geenen, Norbert (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD]. (2006). *Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Krankheit, Invalidität und Arbeit: Hemmnisse abbauen. Serie 1: Norwegen, Polen und Schweiz*. Bern: BBL, Vertrieb Publikationen.
- Paulitsch, Klaus (2009). *Grundlagen der ICD-10-Diagnostik* (1. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Payk, Theo R. (2010). *Depression*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, Verlag.
- Reker, Thomas & Eikelmann Bernd (1999). Prädikatoren einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Psychiatrische Praxis*, 1999 (29), 218-223.
- Rüst, Thomas & Debrunner, Annelies (2005). „Supported Employment“: Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Zürich: Rüegger, cop.
- Schauvelberger, Daniel & Mey, Eva (2010). Viele Massnahmen – wenig Übersicht. Arbeitsintegration – Vorschlag einer Systematisierung. *SOZIALAKTUELL*, 2010 (5), 15-18.

Schmidt, J. & Schröder, H. (2009). Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In Bernhard Badura; Helmut Schröder; Jochim Klose & Katrin Macco, *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren-Wohlbefinden fördern* (S. 93-100). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS]. (2005). *Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe* (4. Aufl.). Gefunden am 19. Februar 2011 unter http://www.skos.ch/store/pdf_d/richtlinien/richtlinien/RL_deutsch_2010.pdf

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Schwendy, Arnd (2008). Struktur und Entwicklung des Arbeitsmarktes. In Hermann Mecklenburg & Joachim Storck (Hg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation* (1. Aufl., S. 235 – 243). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO]. (2007). *Kreisschreiben über die Arbeitslosenentschädigung (KS ALE)*. Gefunden am 19. Februar 2011 unter http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/Kreisschreiben/D-KS_ALE_def6236.pdf

Verordnung über die Krankenversicherung (VVG) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

Verordnung über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzentschädigung (Arbeitslosenversicherungsverordnung, AVIV) vom 31. August 1983 (SR 837.02)

Von Spiegel, Hiltrud (2004). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG.

Weinberger, Sabine (2004). *Klientenzentrierte Gesprächsführung* (9. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.

Wendt, Wolf Rainer (2010). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Widmer, Dieter (2010). *Recht für die Praxis. Die Sozialversicherungen in der Schweiz*. Zürich-Basel-Genf: Schulthess Juristische Medien AG.

Widulle, Wolfgang (2011). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien GmbH.

Wulf, Rössler & Lauber, Christoph (2004). Psychiatrische Rehabilitation – Vom Behinderungsmodell zum Empowerment. In Wulf Rössler, *Psychiatrische Rehabilitation* (1. Aufl., S. 1-4). Heidelberg: Springer-Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Depressive Störungen nach ICD-10	7
Abb. 2: Diagnosekriterien nach ICD-10.....	8
Abb. 3: Schweregrade nach ICD-10	8
Abb. 4: Definition von Rehabilitation	21
Abb. 5: Stufenmodell berufliche Rehabilitation	25
Abb. 6: Berufliches Beratungsgespräch im Kontext der beruflichen Rehabilitation	54