



© ThinkstockPhotos (iStock, Portra)

UTA GÜHNE UND STEFFI G. RIEDEL-HELLER

Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland

Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Danksagung

Die Entstehung dieser Expertise ist dem großen Engagement der Gesundheitsstadt Berlin e.V. sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für eine inklusive Gesellschaft unter Berücksichtigung der besonderen Belange schwer psychisch Kranker bei ihrer Teilhabe am Arbeitsleben zu verdanken. Ebenfalls danken möchten wir an dieser Stelle Prof. Dr. Thomas Becker (Universität Ulm), Prof. Dr. Hans-Joachim Salize, (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim) und Prof. Dr. Katarina Stengler (Universität Leipzig) aus dem Referat Psychosoziale Versorgungsforschung und dem Referat Rehabilitation der DGPPN sowie PD Dr. Holger Hoffmann (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) für die Durchsicht und die kritische Diskussion dieses Berichtes.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Schwere psychische Erkrankungen – Definition und Verbreitung	6
2.1 Die Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen – Warum ist diese Information wichtig?	6
2.2 Was bedeutet „schwer“? – Klassische konzeptionelle und empirische Arbeiten	7
Exkurs: Von der Notwendigkeit und den Möglichkeiten, das psychosoziale Funktionsniveau zu messen	8
2.3 Was bedeutet „schwer“? – Neuere konzeptionelle und empirische Arbeiten	9
2.4 Weitere Datenquellen: Schwerbehinderung und stationäre bzw. PIA-Versorgung	12
2.5 Zusammenschau der vorliegenden Befunde und Forschungsbedarf	14
3. Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit	16
3.1 „Selektionshypothese“ vs. „Kausalitätshypothese“	16
3.2 Die Auswirkungen von Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit	16
3.3 Die Auswirkungen (schwerer) psychischer Erkrankungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbssituation der Betroffenen	19
3.4 Erfolgsprädiktoren beruflicher Rehabilitation	22
3.5 Zusammenfassung	23
4. Welche Formen beruflicher Rehabilitation sind für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hilfreich?	25
4.1 Strategien der Arbeitsrehabilitation	26
4.2 Evidenz zu Supported Employment	27
4.3 Evidenz zu traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation (Pre-vocational Training, PVT)	32
4.4 Zusammenfassung	33
5. Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – die Situation in Deutschland	35
5.1 Angebote auf dem besonderen Arbeitsmarkt	37
Arbeitstherapeutische Maßnahmen	37
Tagesstätten und Tagesförderstätten	38
Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	39
Zuverdienstangebote	40
5.2 Angebote auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	41
Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)	41
Berufliche Trainingszentren (BTZ)	43
Berufsförderungswerke (BFW)	45
Berufsbildungswerke (BBW)	45
Unterstützte Beschäftigung	46
	2

Integrationsprojekte	47
Integrationsfachdienste	48
5.3 Zusammenfassung	49
6. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen zur beruflichen Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen	54
6.1 Ebene Individuum	54
6.2 Ebene Behandlung und Rehabilitation	55
6.3 Ebene Arbeitgeber und Unternehmen der freien Wirtschaft	58
6.4 Ebene Wissenschaft und Politik	59
Literatur	62

Es gibt nichts Integrativeres als die Arbeit. Nur Arbeit schafft es, dass Zugehörigkeit zur Gesellschaft – also Teilhabe im engeren Sinne – realisiert wird. (Douglas Bennett, London 1994 auf dem Sozialpsychiatrischen Weltkongress in Hamburg)

1. Einleitung

In der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen stehen neben der seelischen und körperlichen Stabilisierung, neben der Aktivierung von Veränderungsmotivation und Ressourcen v. a. die Stärkung von Fähigkeiten für eine selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung und Alltagsgestaltung im Mittelpunkt. In diesem Zusammenhang hat das Konzept von *Recovery* in den vergangenen Jahren sehr an Bedeutung gewonnen. *Recovery* bedeutet hier weniger die vollständige Genesung, sondern wird vielmehr als „ein Prozess von persönlichem Wachstum und Entwicklung“ gesehen, „in dem Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbst bestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können“ (Schrank und Amering 2007, S. 45ff.). Hilfe und Unterstützung zielen hierbei auf die Teilhabe der Betroffenen am sozialen Leben trotz möglicherweise weiter bestehender Krankheitszeichen.

Der Erwerbstätigkeit kommt in diesem Prozess eine hohe Bedeutung bei; sie ist zugleich wichtiger Prädiktor für die Genesung (Spellmann et al. 2012). In der Wahrnehmung psychiatrisch Tätiger stellt die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die Patienten wichtigstes Element von *Recovery* dar. Zudem existiert für die Mehrzahl schwer psychisch Kranker ein starker Wunsch nach beruflicher Tätigkeit (vgl. Tsang et al. 2010). Dabei hat eine kompetitive Beschäftigung gegenüber Arbeitslosigkeit und beschützter Beschäftigung Vorteile hinsichtlich Lebensqualität, Selbstwert und psychischem Befinden für die Betroffenen (Bond et al. 2001, Ruesch et al. 2004, Hoffmann et al. 2014).

Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist existenzielles Bedürfnis, aber auch ein Recht aller Menschen, auch der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, regelt im Artikel 27, Absatz 1 umfassend „... das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird ...“ (Bentele 2015).

Die Teilhabe am Arbeitsleben stellt deshalb ein zentrales Rehabilitationsziel für Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. In Deutschland existiert eine Vielzahl von Einrichtungen und Programmen zur beruflichen Teilhabe. Dennoch zeigt die Realität, dass ein substanzieller Teil der beruflichen Rehabilitationsbemühungen nicht die gewünschten Ergebnisse zeigt und Betroffene sich mit einem Dauerarbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen zufrieden geben müssen, arbeitslos bleiben oder frühzeitig eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt bildet hingegen allzu oft die Ausnahme (Hoffmann 2013). Es stellt sich demnach die Frage, ob die vorgehaltenen Rehabilitationsmaßnahmen in ihrer bestehenden Form zum einen den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden und zum anderen mit den Entwicklungen des Arbeitsmarktes Schritt halten.

Die vorliegende Arbeit gibt zunächst eine konzeptionelle Übersicht zur Definition und Charakterisierung der hier betrachteten Personengruppe und eine Schätzung zur Häufigkeit von schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen Arbeit und (schwerer) psychischer Erkrankung aufgezeigt und dabei zu zwei viel diskutierten Modellen – der Selektionshypothese und der Kausalitätshypothese

– Bezug genommen. Der dritte große Abschnitt befasst sich mit der wissenschaftlichen Evidenz arbeitsrehabilitativer Ansätze. Hier wird insbesondere die Wirksamkeit von *Supported Employment* und traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation (*Pre-vocational Training*) in den Fokus gerückt. Anschließend werden zentrale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in Deutschland skizziert und Informationen zu den Nutzern gegeben, soweit diese Informationen zur Verfügung stehen. Letztlich werden auf Basis der hier zusammengestellten Befunde relevante Handlungsoptionen aufgezeigt.

Im Text findet sich vielfach die männliche Schreibform (z. B. Patienten), wo ebenso gut die weibliche Form stehen könnte. Aus Gründen der Lesbarkeit und Kürze wird auf die Schreibweisen „...-Innen“ oder Verdoppelungen wie „Patienten und Patientinnen“ verzichtet. Wir bitten freundlich, hieran keinen Anstoß zu nehmen.

2. Schwere psychische Erkrankungen – Definition und Verbreitung

Schwer psychisch Kranke (engl. severe mental illness / severe and persistent mental illness) stellen mit ihrem komplexen Versorgungsbedarf eine Kerngruppe der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dar. Diese Patientengruppe ist hauptsächlich durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen verbunden sind. Schwer psychisch Kranke haben einen komplexen Behandlungsbedarf. Oft nehmen sie medizinische und psychosoziale Hilfen zur Förderung beruflicher und sozialer Teilhabe intensiv in Anspruch. Für die Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen nehmen schwer psychisch kranke Menschen eine Sonderstellung ein. Die internationale Datenlage zur Häufigkeit schwerer und anhaltender psychischer Erkrankungen ist jedoch spärlich und zudem heterogen, was auf unterschiedliche Kriterien bei deren Operationalisierung, aber auch auf unterschiedliche Erhebungszugänge zurückzuführen ist. Die Zahl von Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung wird auf der Grundlage und der Zusammenschau der vorliegenden Befunde vorsichtig auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. In Deutschland wären damit in diesem Alterssegment ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen schwer psychisch krank. Obgleich die vorgelegte Schätzung einen ersten Orientierungsrahmen bildet, ist weitere Forschung zur Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen dringend erforderlich, um eine substantiierte Versorgungsplanung für schwer psychisch Kranke Menschen in Deutschland zu erreichen.

2.1 Die Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen – Warum ist diese Information wichtig?

Aktuelle Zahlen zur Verbreitung psychischer Erkrankungen unabhängig vom Schweregrad bei erwachsenen Menschen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Institutes (RKI) zeigen, dass nahezu jede vierte männliche (22,0 %) und jede dritte weibliche (33,3 %) erwachsene Person im Erhebungsjahr zumindest zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Erkrankungen gelitten hat. Die geschätzte Gesamtprevalenz für die 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland liegt bei 27,7 %. Am häufigsten sind Angst- (15,3 %) und depressive Störungen (7,7 %), gefolgt von Störungen durch Alkohol- und Medikamentenkonsum (5,7 %), Zwangs- (3,6 %) und somatoforme Störungen (3,5 %). Bevölkerungsbezogen vergleichsweise selten sind posttraumatische Belastungsstörungen (2,3 %), bipolare (1,5 %), psychotische (2,6 %) und Essstörungen (0,9 %) (Jacobi et al. 2014a, 2014b). Dies macht die Public-Health-Relevanz psychischer Erkrankungen im Allgemeinen deutlich.

Eine besondere Rolle spielen dabei **Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**. Diese Patientengruppe ist hauptsächlich durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die sich durch deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen zeigt und aufgrund des komplexen Behandlungsbedarfes oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden ist. Für die Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen nehmen sie eine Sonderstellung ein. Ihr Versorgungsbedarf ist komplex. Historisch gesehen sind diejenigen psychisch Kranken gemeint, die vor der Psychatrieenquete über viele Jahre in psychiatrischen Anstalten leben mussten und heute gemeindenah versorgt werden. Die gesundheitsökonomische Relevanz dieser Gruppe ist bedeutend. Allein für schizophrene Erkrankungen belaufen sich die direkten Krankheitskosten pro Patient und Jahr auf 14.000 bis 18.000 Euro. Zusätzlich entstehen Privatausgaben durch Angehörige in Höhe von 950 bis 1.700 Euro und Produktivitätsverluste von 25.000 bis 30.000 Euro (Konnopka et al. 2009).

Obgleich diese Patientengruppe mit schweren psychischen Erkrankungen den Behandlern allgegenwärtig ist, ist für eine systematische Versorgungsplanung und Ressourcenallokation die Schätzung der Anzahl schwer psychisch

Kranke unumgänglich. Der Bezug auf die eingangs genannten epidemiologischen Zahlen, die psychisch Kranke aller Schweregrade einbeziehen und damit über ein Fünftel der Erwachsenenbevölkerung ausmachen, erweist sich hier nicht hilfreich. Mehr noch: Diese Kerngruppe psychisch Kranker droht mit ihrem besonderen und komplexen und damit auch kostenintensiven Bedarf in allgemeinen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation für psychisch Kranke zu wenig Berücksichtigung zu erfahren. Deshalb ist es wichtig, schwer psychisch Kranke gesondert in den Blick zu nehmen. Grundlage einer weiteren Versorgungsplanung zur Verbesserung der Situation schwer psychisch Kranker ist eine zahlenmäßig genaue Beschreibung dieser Gruppe. Dabei geht dieses Kapitel folgenden Fragen nach: (1) Wie werden schwere psychische Erkrankungen in klassischen konzeptionellen und empirischen Arbeiten definiert und operationalisiert? (2) Welche Ansätze der Weiterentwicklung gibt es und zu welchen Ergebnissen kommen neuere Arbeiten? (3) Gibt es weitere Datenquellen, die für eine Schätzung schwer psychisch Kranker in Deutschland interessant sein könnten? Aus den Ergebnissen soll abgeleitet werden, wie viele Menschen in Deutschland schätzungsweise schwer psychisch krank sind. Weiterer Forschungsbedarf wird zudem ausgelotet.

2.2 Was bedeutet „schwer“? – Klassische konzeptionelle und empirische Arbeiten

Wenn man etwas zur Häufigkeit bestimmter Erkrankungen sagen möchte, ist eine sogenannte Falldefinition unumgänglich. Das trifft auch auf die Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (engl. *severe mental illness*) zu. In Europa kristallisierte sich ein definitorischer Ansatz heraus, mit dem sich die hier betrachtete Patientengruppe beschreiben und identifizieren lässt. Basis hierfür bildet eine systematische Analyse der Literatur zur Operationalisierung des Begriffes schwerer psychischer Erkrankungen durch Schinnar und Kollegen aus dem Jahre 1990. In deren Übersicht ließen sich drei Kriterien für die Definition von schweren psychischen Erkrankungen herausstellen: 1. Diagnose einer psychischen Erkrankung, 2. die Dauer der Erkrankung bzw. Behandlung und 3. damit verbundene Beeinträchtigungen.

Eine Analyse der bis dato sehr verschiedenen Definitionen an einer repräsentativen (stationären) Patientenstichprobe (n=222) aus Philadelphia ergab Auftretenshäufigkeiten zwischen 4 % und 88 % in Abhängigkeit der unterschiedlichen Gewichtung der Kriterien. Den größten Konsens erreichte dabei eine Definition des National Instituts of Mental Health (NIMH) (vgl. Schinnar et al. 1990) mit folgenden Kriterien:

- Diagnose: Nichtorganische Psychose oder Persönlichkeitsstörung
- Dauer: Frühere Hospitalisation oder ambulante Behandlung über lange Zeit und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und andere psychosoziale Unterstützung. An dieser Stelle haben Schinnar und Kollegen zur Operationalisierung das 2-Jahre-Kriterium eingeführt (mindestens zwei Jahre krank oder in Behandlung)
- Beeinträchtigungen in mindestens drei der folgenden fünf Bereiche: soziales Verhalten, das Behandlung oder strafrechtliche Verfolgung erfordert, leichte Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Basisbedürfnisse, moderate Beeinträchtigungen sozialer Funktionen, der beruflichen Tätigkeit sowie der Freizeitaktivitäten

Daraus ergab sich die Definition und anschließende empirische Studie von Ruggeri (2000), die ihrerseits zunächst Grundlage der Definition für schwere psychische Erkrankungen der DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2013) bildete. Diese Definition wird folgend zusammengefasst:

Definition:

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung umfassen eine klinisch bedeutsame Patientengruppe, die sich durch folgende Merkmale auszeichnen lässt:

- 1. Vorliegen (irgendeiner) psychischen Erkrankung (z. B. einer schweren Depression, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung, einer schweren bipolaren Störung, Zwangs- oder Angststörung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung)**
- 2. Dauer und/oder Behandlung der Erkrankung beträgt mindestens zwei Jahre**
- 3. Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning, GAF) (Ruggeri et al. 2000)**

Ruggeri et al. (2000) führten die Arbeiten zur Operationalisierung von schweren psychischen Erkrankungen fort und schätzten dazu die Auftretenswahrscheinlichkeit in einer europäischen Patientenstichprobe aus Verona ein. Werden demnach alle psychiatrischen Diagnosen (im Gegensatz zur ausschließlichen Berücksichtigung psychotischer Erkrankungen), eine Krankheits- bzw. Behandlungsdauer von mindestens zwei Jahren und die psychosoziale Beeinträchtigung auf der GAF-Skala kleiner/gleich 50 berücksichtigt, so sind 2,33 von tausend Einwohnern von einer schweren psychischen Erkrankung betroffen. Legt man hinsichtlich der Beeinträchtigung ein etwas großzügigeres Kriterium an (GAF-Wert 70 statt 50), so beträgt die Zahl für schwer psychisch Kranke nach den benannten Kriterien 6,77 Betroffene pro tausend Einwohner (Ruggeri 2000).

Exkurs: Von der Notwendigkeit und den Möglichkeiten, das psychosoziale Funktionsniveau zu messen

Schon in diesen klassischen Arbeiten wird deutlich, dass die Operationalisierung des psychosozialen Funktionsniveaus – hier mit der GAF-Skala – zentral ist. Die GAF-Skala (*Global Assessment of Functioning*) ist ein weit verbreitetes Maß zur Einschätzung psychosozialer Funktionen. Die Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus wurde erstmals von der American Psychiatric Association 1989 vorgelegt und ist einem diagnostischen Expertenrating gleichzusetzen, mit dessen Hilfe der Arzt oder Psychotherapeut unabhängig von körperlichen Einschränkungen oder umgebungsbedingten Merkmalen das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten einschätzt. Es kann dabei als Stuserhebung eingesetzt werden oder auch zur Wiedergabe des höchsten Niveaus, welches beispielsweise in den letzten zwei Jahren vorlag. Dabei ist eine Stufung über zehn Funktionsniveaus vorgesehen. Die GAF-Skala weist hinsichtlich ihrer Gütekriterien einige Mängel auf, die insbesondere die Validität (Gültigkeit) betreffen, da die Skala eine gewisse Durchmischung von Items zur psychopathologischen Symptomatik und sozialen Funktionsfähigkeit enthält (Lange und Heuft 2002). Gleichwohl bleibt sie einfach zu handhaben, ist wenig aufwendig und hat sich insbesondere bei erfahrenen Behandlern als reliabel erwiesen (Schäfer 2010). Im Praxisalltag ist ihr Einsatz weit verbreitet. Zur Schweregradbestimmung existieren weitere Verfahren, die allerdings mehr oder weniger Verbreitung gefunden haben. Beim Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) beispielsweise handelt es sich um ein Experten-Ratingverfahren, bei dem die Beurteilung der Beeinträchtigung innerhalb drei zentraler Dimensionen erfolgt: 1. körperliche Beeinträchtigung; 2. Beeinträchtigung im psychischen Bereich und 3. die sogenannte sozialkommunikative Beeinträchtigung. Der Summenwert ergibt den Schweregrad (zwischen 0 und max. 12), die Punktwerte der drei Dimensionen ergeben ein Profil der Beeinträchtigung (Schepank 1995). Die Health of the Nation Outcome Scales in ihrer deutschen Übersetzung (HoNOS-D) bestehen aus zwölf Items, welche die Bereiche Verhalten, Beeinträchtigung, Symptomatik und soziales Funktionsniveau abdecken (Wing et al. 1998). An dieser Stelle soll auch auf eine diagnostische Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwiesen werden, die in diesem Kontext große Relevanz hat: In der International classification of functioning, disability and health (ICF – dt. Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO 2001) steht die Berücksichtigung der durch die Erkrankung eingetretenen Beeinträchtigungen von Funktionen und Struktur und

der daraus resultierenden Beeinträchtigungen adäquater Aktivitäten und letztlich der Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen im Zentrum. Das Modell der ICF betrachtet funktionale Gesundheit als Ergebnis der Interaktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, Ressourcen der Persönlichkeit sowie fördernden oder hemmenden Einflüssen der (sozialen) Umgebung. Diese Klassifikation dient gleichzeitig als „Maßstab der Teilhabe“ psychisch kranker Menschen (Weig et al. 2011, S. 1134). Die ICF-Klassifikation als intuitiv passender konzeptueller Rahmen für die hier bearbeitete Fragestellung ist nicht direkt mit diagnostischen Erfassungsinstrumenten hinterlegt. Neben seiner Komplexität ist hier eine mögliche Ursache darin zu sehen, dass das ICF in der Praxis bisher wenig implementiert ist (Álvarez 2012).

2.3 Was bedeutet „schwer“? – Neuere konzeptionelle und empirische Arbeiten

Seither beschäftigen sich einige weitere Studien sowohl konzeptionell als auch empirisch mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Operationalisierung. Eine kürzlich durchgeführte qualitative Studie aus Spanien macht die unterschiedliche Sicht der Behandler in Abhängigkeit von beruflichem Hintergrund und Setting auf diese Patientengruppe deutlich. Die Teilnehmer von fünf Diskussionsrunden (Fokusgruppen: Psychiater, Psychologen, Pflegekräfte, Hausärzte, Sozialarbeiter) stimmten hinsichtlich der Bedeutung eines gewissen Schweregrades der Dysfunktionalität für die Definition von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen überein. Uneinigkeit herrschte allerdings bezüglich des Einschlusses weiterer Dimensionen, wie die der Diagnose, Unterstützung durch Familie und soziales Umfeld, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der Erkrankungsdauer. Aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer sollten darüber hinaus weitere patientenbezogene Variablen wie das Alter des Krankheitsbeginns, das Fehlen von Krankheitseinsicht und das Bildungsniveau Berücksichtigung finden (Conejo Cerón 2014). Auch Slade et al. (1997) schlagen zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit eine Ergänzung der Kriterien des NIMH um die zwei Dimensionen Sicherheit (Gefährdung der eigenen Person und Anderer) und formelle bzw. informelle Unterstützung (offizielle Angebote oder Hilfe durch Familie und Freunde) vor. Delespaul (2013) plädiert ebenfalls dafür, die Behandlungserfordernisse stärker zu berücksichtigen. Er verweist darauf, innerhalb der Gruppe derer mit einer schweren psychischen Erkrankung zwischen Personen, bei denen ständig mit krisenhaften Situationen zu rechnen ist, und solchen, die als stabilisiert gelten, zu differenzieren. Während bei der einen Patientengruppe anhaltende und intensive Wachsamkeit sowie ununterbrochene intensive professionelle Begleitung erforderlich seien, benötige die stabilisierte Gruppe ein geringeres Ausmaß an dauerhafter Unterstützung. Hierunter könnten diejenigen Patienten subsumiert werden, die in ihrer Krankengeschichte sehr wohl die Kriterien einer ausgeprägten und schweren psychischen Erkrankung aufweisen, im Moment jedoch weitgehend frei von Symptomen und Einschränkungen sind, aber bei denen weiterhin ein begründetes Rückfallrisiko besteht und möglicherweise nur aufgrund der kontinuierlichen Begleitung Stabilität zu verzeichnen ist. Der Autor plädiert in diesem Zusammenhang für einen Fünf-Jahreszeitraum frei von Symptomen und Funktionseinschränkungen, bevor die Zuordnung zur Zielgruppe „schwer psychisch krank“ verlassen wird.

In den Niederlanden wurde im Rahmen eines durch Experten getragenen Konsensusprozesses in einer breit aufgestellten und beachtenswerten Studie die Auftretenswahrscheinlichkeit schwerer psychischer Erkrankungen (inklusive derjenigen, die zusätzliche Hilfen im Bereich Sucht und Forensik erhalten) in der Erwachsenenbevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren auf 1,6 % geschätzt. Hinzugezogen hatte man hier u. a. Fallzahlen aller psychiatrischen Gesundheitsdienste. Die zugrundeliegende Definition schwerer psychischer Erkrankungen orientiert sich auch hier an der europäischen Tradition (Ruggeri 2000, Parabiaghi 2006), wird jedoch durch das Kriterium der Indikation zu einer koordinierten multiprofessionellen Betreuung ergänzt. Die Expertengruppe schätzt, dass in der Gruppe derer mit einer schweren psychischen Erkrankung v. a. nicht-affektive Psychosen, insbesondere Schizophrenien auftreten. Häufig seien zudem Mehrfachdrogengebrauch, Persönlichkeitsstörungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Delespaul 2013).

Die Intensität der Behandlung diente auch in einer weiteren italienischen Studie neben dem Kriterium der Beeinträchtigungsschwere als wichtiger Aspekt bei der Schätzung der Häufigkeit von schweren psychischen Erkrankungen. Untersucht wurden hierbei 9817 Patienten gemeindepsychiatrischer Gesundheitseinrichtungen. Die drei Kriterien zur Operationalisierung umfassten (1) das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose, (2) die Einschätzung der Schwere der Beeinträchtigung mit Hilfe der HoNOS-Skala (mindestens ein Bereich mit Score=4 oder mindestens zwei Bereiche mit Score=3, ohne körperliche Erkrankung) und (3) eine bedeutende Nutzung von Behandlungs- und Versorgungsleistungen in den letzten zwölf Monaten (mindestens eine (teil-)stationäre Behandlung bzw. auch professionell unterstütztes betreutes Wohnen oder mehr als vier ambulante Kontakte zu psychiatrisch Tätigen – Psychiater, Psychologen oder auch tagesstrukturierenden Einrichtungen). Es ergab sich eine Auftretenswahrscheinlichkeit für schwere psychische Erkrankungen von 3,1 Personen auf 1000 Einwohner älter als 14 Jahre, die durchaus mit der aus der Patientenstichprobe in Verona vergleichbar ist. Dabei zeigte sich eine hohe Variabilität zwischen verschiedenen Distrikten. Schizophrene Erkrankungen waren mit 56 % am häufigsten vertreten, gefolgt von affektiven Störungen (16 %) und Persönlichkeitsstörungen (11 %) (Lora et al. 2007).

Diese neueren empirischen und konzeptionellen Arbeiten zeigen, dass die Berücksichtigung weiterer psychiatrischer Diagnosen neben einer psychotischen Störung allgemein akzeptiert ist, da auch nicht-psychotische Störungen schwerwiegend sein können. Dagegen ist das Kriterium der Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer umstritten. Stattdessen wird an verschiedenen Stellen auf die Bedeutung der erforderlichen Behandlungsintensität verwiesen. Auch die Behandlungsdauer kann durchaus von anderen Faktoren wie z. B. der Behandlungsorganisation oder den Finanzierungsvoraussetzungen abhängen (Delespaul 2013). Auch muss eine lange Erkrankungsdauer nicht zwingend mit einschneidenden Beeinträchtigungen in sozialen Bereichen einhergehen. Dagegen lässt die Behandlungsintensität Rückschlüsse auf den Behandlungsbedarf des Patienten zu, ist diesem aber nicht gleichzusetzen.

Die bisherige Diskussion fokussierte die Definition und Operationalisierung einer schweren psychischen Erkrankung. Dabei führen naturgemäß verschiedene Definitionen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus werden die Ergebnisse auch davon beeinflusst, wo genau, das heißt in welcher Population oder Stichprobe die Zahl schwer psychisch Kranker bestimmt wird (⇒ Abb. 1).

Was bedeutet „schwer psychisch krank“?

Und welche Herausforderungen ergeben sich bei der Bestimmung der Auftretenswahrscheinlichkeit in der Bevölkerung?

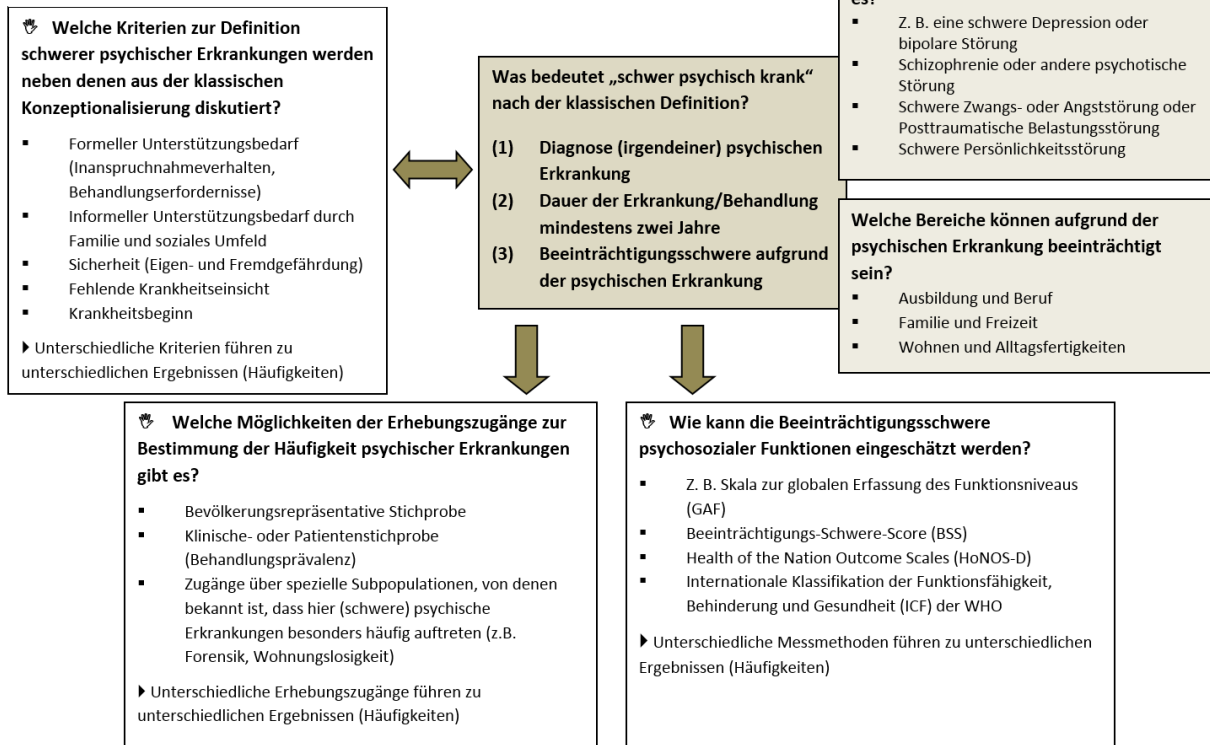


Abb. 1: Konzeption „Schwere psychische Erkrankungen“

In **klinischen oder Patientenstichproben** werden nur diejenigen erfasst, die das jeweils angebotene professionelle Hilfsangebot aufsuchen und in Anspruch nehmen (Behandlungsprävalenz). Diejenigen, die keine Behandlungsangebote wahrnehmen, können durch solche Zugänge nicht erreicht werden. Die Kluft, die sich dabei zwischen Behandlungsnotwendigkeit und tatsächlich erfolgter Behandlung zeigt (engl. *treatment gap*) ist groß und unterliegt regionalen Schwankungen. In Europa wird sie für schizophrene Erkrankungen, einschließlich nicht-affektiver Psychosen auf 17,8 % geschätzt. Für andere Störungsbilder liegt sie deutlich darüber (Kohn et al. 2004). Andererseits lassen sich auch Befunde für eine Fehlversorgung aufzeigen. Auf der Basis von Sekundärdaten wurde beispielhaft für Patienten mit schwerer depressiver Erkrankung ein hoher Behandlungsanteil durch somatische Fachdisziplinen zu Ungunsten psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen ermittelt (Gaebel et al. 2013).

Dagegen soll in **bevölkerungsrepräsentativen Stichproben**, also mit einem epidemiologischen Zugang, ein Abbild der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen in der Bevölkerung gezeichnet werden. Das erscheint auf den ersten Blick für die hier bearbeitete Fragestellung ideal. Aber auch hier gibt es Einschränkungen: Schwer psychisch Kranke sind bei solchen Bevölkerungsstudien oft unzureichend einzubinden (z. B. sind Termine schwer zu vereinbaren, die Betroffenen sind gerade in der Klinik etc.) und nur teilweise für die Beteiligung zu gewinnen. Zudem gibt es auch Personengruppen wie z. B. Wohnungslose und Inhaftierte, die per se schlecht erreichbar sind. Oft ist die Prävalenz (schwerer) psychischer Erkrankungen in diesen Gruppen besonders hoch. So findet sich schätzungsweise bei mehr als zwei Dritteln der in Deutschland lebenden Wohnungslosen eine psychische Erkrankung (Völlm et al. 2004, Torchella et al. 2004). Auch in der Gruppe derjenigen Menschen unter Haftbedingungen findet sich eine deutlich erhöhte Prävalenz (schwerer) psychischer Erkrankungen (Prins 2014, Falissard et al. 2006). Dies macht die Limitationen von Bevölkerungsstudien bezogen auf die Gruppe der schwer psychisch Kranken deutlich. Dennoch geben solche Bevölkerungserhebungen wichtigen Aufschluss.

Uns liegen bisher unveröffentlichte Daten der DEGS1-Studie und ihres Zusatzmoduls Psychische Gesundheit des Robert-Koch-Instituts und der Technischen Universität Dresden vor. In die Untersuchung sind Daten von 3165 Personen zwischen 18 und 64 Jahren eingeflossen. Um der Gruppe der schwer psychisch Kranken zugeordnet zu werden, mussten die Studienteilnehmer mindestens eine Diagnose einer psychischen Erkrankung, eine Störungsdauer von mindestens zwei Jahren und eine fachärztliche oder stationäre Behandlung innerhalb der letzten zwölf Monate aufweisen und erfahrene Beeinträchtigungen angeben. 2 % der Befragten konnten dieser Gruppe zugeordnet werden (Roth et al. 2015 eingereicht).

Ebenfalls bevölkerungsbasierte Daten aus den USA (National Survey on Drug Use and Health)¹ weisen auf eine Prävalenzschätzung von 4,1 % in der (nicht-institutionalisierten) Erwachsenenbevölkerung (18+) hin mit der höchsten Prävalenz unter den 26- bis 49-jährigen (5,2 %). Schwere psychische Erkrankungen werden hier durch das Vorliegen einer psychischen, Verhaltens- oder emotionalen Störung (außer Entwicklungsstörungen und Substanzmissbrauch) definiert. Die Diagnosestellung muss aktuell oder innerhalb der letzten zwölf Monate erfolgt sein. Die Krankheitsdauer orientiert sich an den Diagnosekriterien der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) und die psychische Erkrankung muss in schweren funktionalen Beeinträchtigungen in mindestens einem der großen Lebens-(Teilhabebereiche) resultieren.

Auch wenn man die hier referierten Zahlen zur Auftretenswahrscheinlichkeit schwerer psychischer Erkrankungen aufgrund der verschiedenen Definitionen und Zugänge nicht unmittelbar vergleichen kann, da unterschiedliche Operationalisierungen vorliegen, unterschiedliche Alters- und Patientengruppen berücksichtigt wurden und auch Unterschiede hinsichtlich sozialer Kontexte und Versorgungsbedingungen zu verzeichnen sind (vgl. Ruggeri et al. 2000), so soll Tabelle 1 eine kleine Übersicht aktueller Untersuchungen dazu bieten. Dabei werden die Prävalenzschätzungen in Abhängigkeit der unterschiedlichen Zugänge dargestellt.

Tab. 1: Prävalenzschätzungen schwerer psychischer Erkrankungen aus der Literatur

Prävalenzschätzungen auf Basis von Patientenerhebungen	Prävalenzschätzungen auf Basis von Versorgungsdaten	Prävalenzschätzungen auf Basis von Bevölkerungsbefragungen
0,23 % (Ruggeri 2000, GAF ≤50)	1,6 % (Delespaul 2013)	2,0 % (Roth 2015 eingereicht)
0,31 % (Lora 2007)		4,1 % (National Survey on Drug Use and Health, USA 2012 ¹)
0,67 % (Ruggeri 2000, GAF ≤70)		

¹: National Survey on Drug Use and Health 2012: www.nimh.nih.gov/statistics/SMI_AASR.shtml (Abruf: 10.10.2014)

2.4 Weitere Datenquellen: Schwerbehinderung und stationäre bzw. PIA-Versorgung

Eine weitere Annäherung an die Größe der Personengruppe mit schwerer psychischer Erkrankung in Deutschland erlangt man möglicherweise durch eine Orientierung an der **Schwerbehinderung nach SGB IX**. Nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX § 2) gelten Menschen, deren „geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen“ und die daher an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt werden, ebenso als behindert wie Menschen mit körperlichen Funktionsstörungen. Dies trifft auf viele psychische Erkrankungen, insbesondere auf schwere und chronifizierte Verlaufsformen zu. Behinderung entsteht demnach durch die erfahrene Benachteiligung. Wird der Grad der Beeinträchtigung auf mindestens 50 % geschätzt, kann die Anerkennung

¹ National Survey on Drug Use and Health 2012: www.nimh.nih.gov/statistics/SMI_AASR.shtml (Abruf: 10.10.2014)

einer Schwerbehinderung erfolgen. Bei der Feststellung der Behinderung richtet sich das Versorgungsamt nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS), die sich bei psychischer Verursachung v. a. an der Schwere beruflicher und sozialer Anpassungsschwierigkeiten orientiert.²

In Deutschland galten Ende 2011 7,3 Millionen Menschen als schwerbehindert (8,9 % der Gesamtbevölkerung). Davon hatten über alle Altersgruppen hinweg knapp 500.000 Menschen eine anerkannte Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung. Die Schwerbehindertenstatistik weist dabei für die Jahre 2005 bis 2011 einen steigenden Anteil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an allen schwerbehinderten Menschen aus. Gegenüber dem Jahr 2005 stellt dies eine Zunahme um 42 % dar. Der Anteil von Menschen mit einer psychischen Behinderung an allen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung wird auf 7 % geschätzt und teilt sich auf die folgenden Erkrankungsbilder wie folgt auf: 207.565 Betroffene mit einer Schizophrenie oder Psychose, 232.889 Betroffene aus dem Bereich der Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie 55.508 mit einer Suchterkrankung (BMAS 2013, Statistisches Bundesamt 2013b). Betrachtet man ausschließlich die Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren, ergeben sich folgende Zahlen: 155.757 Betroffene mit einer Schizophrenie oder Psychose, 176.061 Betroffene aus dem Bereich der Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie 43.578 mit einer Suchterkrankung; in Summe 376.396 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Das entspricht ca. 0,74 % der Gesamtbevölkerung in diesen Alterssegmenten.³ Man muss davon ausgehen, dass eine substanzielle Zahl schwer psychisch Kranker sich selbst nicht den Schwerbehinderten zurechnet und aus verschiedensten Gründen, wie zum Beispiel fluktuierenden Verläufen mit Phasen der Besserung und Verschlechterung und der Furcht vor Stigmatisierung, keinen Antrag auf Schwerbehinderung stellt.

Wenngleich **aktuelle Behandlungszahlen** keine ausreichende Datenquelle zur Bestimmung der Häufigkeit von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung darstellen, soll im Folgenden auf zwei relevante Bereiche verwiesen werden. Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung werden häufig stationär behandelt. 2012 wurden insgesamt 1.219.754 stationäre Patientenfälle wegen einer psychischen Erkrankung gezählt (Statistisches Bundesamt⁴). Bezogen auf die Anzahl vollstationärer Patienten und Patientinnen zwischen 15 und 65 Jahren, gestalten sich die Angaben wie folgt (Hauptdiagnosen):

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen: 119.922
- Affektive Störungen: 221.528
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: 128.874
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: 38.837
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: 410.735

Demnach wurden 2012 919.896 Behandlungsfälle vollstationärer Patienten wegen einer der aufgeführten psychischen Erkrankungen in einer Klinik erfasst; das entspricht in etwa 1,7 % unserer Gesamtbevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Zahl der Behandlungsfälle keinesfalls mit der absoluten Anzahl von Personen gleichgesetzt werden kann, da die Wiederaufnahmeraten wegen psychiatrischer Erkrankungen sehr hoch sind. Diese kann auf 0,55 bis 0,65 innerhalb eines Jahres nach Entlassung geschätzt werden (Spießl 2006).

Ein ambulantes Versorgungsangebot, das explizit auf die Bedürfnisse schwer psychisch Kranker ausgerichtet ist, wird durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) abgebildet. Hier werden Komplexleistungen unter

² Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz: www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage_8.html (Abruf: 31.1.2015)

³ Statistisches Bundesamt: Altersgruppen der 18 bis 64-jährigen Bevölkerung betrug am 31.12.2012 50,78 Millionen EW (Abruf: 15.10.2014)

⁴ Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621127004.pdf (Bei mehrfach im Jahr vollstationär behandelten Patienten und Patientinnen wird hierbei für jeden Krankenhausaufenthalt jeweils ein vollständiger Datensatz erstellt) (Abruf: 01.2.2015)

fachärztlicher Leitung vom multiprofessionellen Team erbracht, zu dem u. a. Psychologen, Sozialpädagogen und Pflegekräfte zählen. Behandlungsindikationen bilden wiederholte stationäre Aufnahmen und eine lange Erkrankungsdauer, Multimorbidität, Behandlungsabbrüche, soziale Anpassungsschwierigkeiten, Nichtinanspruchnahme fachärztlicher Hilfe und Selbst- oder Fremdgefährdung. 2010 waren bundesweit mehr als 491 PIAs an 451 Kliniken und 186 PIAs der Kinder- und Jugendpsychiatrie an 174 Kliniken etabliert. Aktuelle Zahlen der Länder sowie Daten der Krankenhausträger verweisen auf etwa 1,6 Millionen Behandlungsfälle im Jahr 2010. Etwa ein Fünftel davon wurde im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich registriert. Insgesamt wurden mehr als 700.000 Personen versorgt, wobei jährlich etwa ein Viertel der Fälle neu übernommen wird. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung⁵ werden demnach 0,86 % dieser in einer PIA behandelt. Das Patientenprofil stellt sich folgendermaßen dar: Hinsichtlich der Behandlungsintensität lassen sich für ca. ein Drittel der Patienten ein Verlauf von fünf Jahren bzw. mehr als fünf stationäre Aufnahmen verzeichnen. Etwa ein Drittel der Patientenfälle war nie stationär aufgenommen. Bis zu einem Fünftel lebt in Heimen. Das Diagnosebild wird mit etwa 50 % von funktionellen Psychosen beherrscht; hinzu kommen Persönlichkeitsstörungen, Belastungsstörungen und akute Krisen. Behandelt werden auch gerontopsychiatrische und abhängigkeitskranke Patienten. In Ratingskalen wie der GAF-Skala zeigen sich zwei Drittel aller Patienten deutlich bis schwer krank bzw. beeinträchtigt (Spengler 2012).

Exemplarisch werden hier Fallzahlen aus dem medizinisch stationären Bereich sowie aus den Institutsambulanzen vorgestellt, die auf vollstationäre Behandlungen wegen einer der psychischen Erkrankungen bei 1,7 % der Gesamtbevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren sowie auf eine Behandlungsrate von 0,7 % aller Menschen in einer PIA hinweisen. Nicht alle hier erfassten Patienten sind zwingend längerfristig schwer psychisch krank, gleichwohl stellen diese Behandlungszusammenhänge typische Behandlungsorte für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dar.

2.5 Zusammenschau der vorliegenden Befunde und Forschungsbedarf

Die internationale Datenlage zur Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen ist spärlich und zudem heterogen, was auf unterschiedliche Kriterien bei deren Operationalisierung, aber auch auf unterschiedliche Erhebungszugänge (→ Abb. 1) zurückzuführen ist. Es liegen kaum deutsche Studien dazu vor. Hinsichtlich alters- und diagnosespezifischer Aspekte ist davon auszugehen, dass die Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen in einem jüngeren Erwachsenenalter höher ist und dass sich v. a. nicht-affektive Psychosen, insbesondere Schizophrenien, aber auch schwere affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, schwere neurotische und Belastungsstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen und Suchterkrankungen, insbesondere Mehrfachdrogengebrauch finden lassen. Die Zahl von Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung wird auf der Grundlage und der Zusammenschau der vorliegenden Befunde vorsichtig auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. In Deutschland wären damit ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen schwer psychisch krank. Die im Rahmen des Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Institutes (RKI) geschätzte Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen von knapp 28 % der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland versteht sich als die Gesamtzahl derjenigen Personen, die in einem Zwölf-Monatszeitraum zumindest zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Störungen gelitten hat. Wenngleich die Krankheitslast bei vielen der Betroffenen hoch ist, ist lediglich ein geringer Teil davon im Sinne der aufgeführten Definitionsansätze schwer psychisch krank.

In Abbildung 2 soll die Patientengruppe mit einer schweren psychischen Erkrankung als eine Subpopulation aller psychisch Kranken dargestellt werden. Auch die Gruppe derjenigen mit einer anerkannten Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung stellt einen beträchtlichen Anteil von 0,7 % gemessen an der altersentsprechenden Gesamtbevölkerung dar. Allerdings darf hierbei nicht davon ausgegangen werden, dass

⁵ Statistisches Bundesamt: alle Altersgruppen am 31.12.2012 80,52 Millionen EW (Abruf: 15.10.2014)

damit gleichsam alle Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung erfasst werden. Allein die Sorge vor Stigmatisierung, fluktuierende Verläufe und administrative Hürden führen dazu, dass nicht jede anspruchsberechtigte Person sich dieser Gruppe zuschreibt und einen Antrag auf Schwerbehinderung stellt.

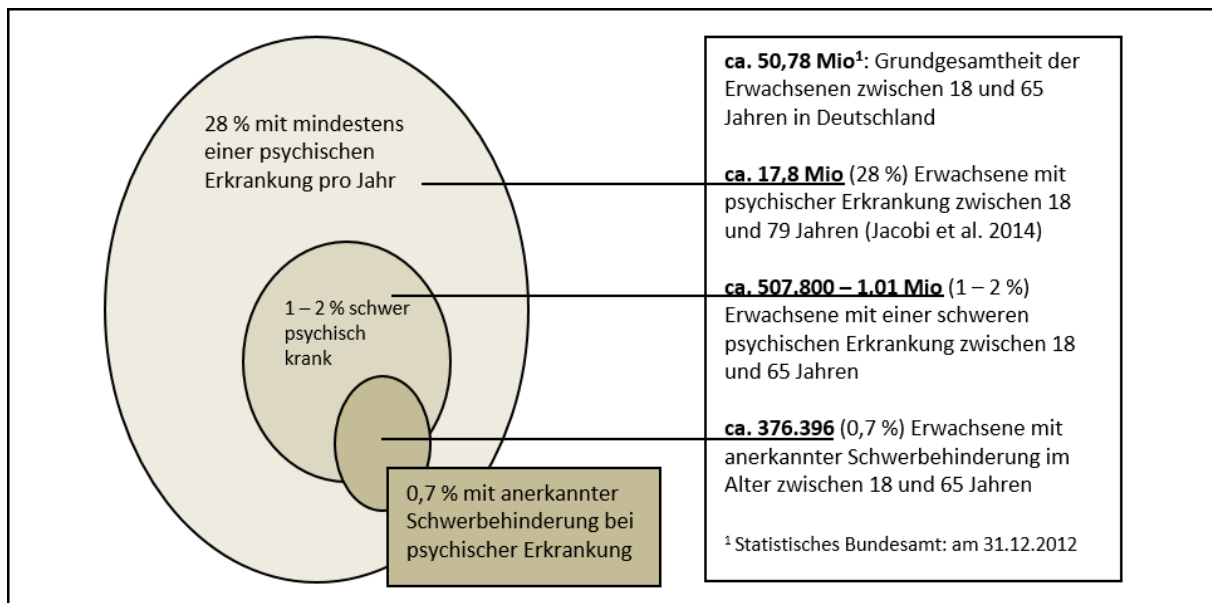


Abb. 2: Anteile psychisch kranker Personen, schwer psychisch kranker Personen sowie von Personen mit anerkannter Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands zwischen 18 und 65 Jahren bzw. 79 Jahren)

Obleich die vorgelegte Schätzung einen ersten Orientierungsrahmen bildet, sind weitere konzeptionelle und empirische Arbeiten dringend erforderlich, um eine substantiierte Versorgungsplanung für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland zu erreichen. Wir schlagen dazu einen **dreistufigen Prozess** vor: (1) **Erarbeitung eines gemeinsamen Expertenkonsens zu den Kriterien einer Definition schwerer psychischer Erkrankungen einschließlich der Möglichkeiten zur Operationalisierung**, die für Deutschland Gültigkeit haben soll und die sich an (1) der Diagnose, (2) dem Zeitfaktor, (3) der Beeinträchtigungsschwere und möglicherweise auch (4) dem erforderlichen Hilfebedarf orientieren sollte. Ziel ist eine Definition, mit deren Hilfe möglichst diejenigen Personen erfasst werden, die am meisten von der sozialen Exklusion betroffen sind und deshalb den größten Unterstützungsbedarf haben. (2) **Überprüfung der Gültigkeit dieser Definition in geeigneten Studien (Validierungsstudie)** durch die Anwendung verschiedener Kriterien/Operationalisierungen an einer geeigneten Stichprobe und die Erhebung verschiedener interessierender Zielgrößen wie Symptom- und Beeinträchtigungsschwere, soziale Exklusion, Lebensqualität. (3) **Ermittlung einer konkreten Zahl schwer psychisch Kranker in Deutschland** mit Hilfe der erarbeiteten und überprüften Kriterien und unter Nutzung und Integration verschiedener Erhebungszugänge (z. B. stationär behandelte Patienten, ambulant behandelte Patienten, Patienten in Betreuten Wohnformen, Bevölkerungsrepräsentative Befragungen).

3 Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit

Die mit dem Erwerbsstatus verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheit sind weitreichend. Arbeitslose weisen eine höhere Kranken- und Sterblichkeitsrate auf, sind wesentlich höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und verfügen über deutlich geringere gesundheitliche Ressourcen als Erwerbstätige. Daneben wurden in zahlreichen Studien die positiven Effekte von Arbeit auch bei schwer psychisch Kranken nachgewiesen. Damit verbunden sind nicht nur größere Aktivität, Tagesstruktur und Sozialkontakte, sondern auch höhere Lebensqualität, Selbstwertgefühl und Autonomie der Betroffenen. Obwohl der Wunsch nach beruflicher Teilhabe bei den meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen recht groß ist, ist die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Insbesondere für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wird angenommen, dass sie zu der am stärksten benachteiligten Gruppe hinsichtlich beruflicher Inklusion zählen. Europaweit wird die Arbeitsrate in dieser Patientengruppe auf 10 % bis 20 % geschätzt. Die Benachteiligung der Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung wird auch auf sozialrechtlicher Ebene deutlich, die durch Strukturprobleme und eine Fragmentierung des Sozialrechts und der Finanzierungsträger genährt wird. Der Zugang zu rehabilitativen Leistungen für (schwer) psychisch Kranke ist nicht ausreichend gesichert.

3.1 „Selektionshypothese“ vs. „Kausalitätshypothese“

Um die Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und Arbeit zu beleuchten, sollen zunächst zwei häufig diskutierte Modelle betrachtet werden. Während mit der „**Selektionshypothese**“ angenommen wird, dass körperliche und psychische Gesundheit eine Bedingung für Berufstätigkeit bildet bzw. gesundheitliche Einschränkungen zu einem höheren Risiko beruflicher Exklusion führen, wird bei der „**Kausalitätshypothese**“ davon ausgegangen, dass Arbeit zu besserer Gesundheit bzw. Erwerbslosigkeit zu schlechterer Gesundheit führt. Die Frage, ob soziale Faktoren wie die Arbeitslosigkeit eine Ursache oder eine Konsequenz hinsichtlich des Gesundheitsstatus bilden, wird nach wie vor kontrovers diskutiert (z. B. Rueda et al. 2012, Adda et al. 2003). Für beide Annahmen existieren wissenschaftliche Befunde, die im Anschluss skizziert werden sollen.

3.2 Die Auswirkungen von Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit

Die Psychiatrie kennt die **gesundheitsförderliche Wirkung von Arbeit** schon lange, weshalb ihr im Rahmen der Rehabilitation traditionell ein großer Stellenwert zugeschrieben wird (Riedel-Heller et al. 2012). Bereits Eugen Bleuler stellte 1911 die positiven Wirkungen von Arbeit heraus: Er beschrieb, dass die Arbeitstherapie die normalen Funktionen der Psyche übt; dabei Gelegenheit zu aktivem und passivem Kontakt mit der Wirklichkeit gibt, die Patienten an den „normalen“ Alltag heranführt sowie ihre Ressourcen, Hoffnungen und Interessen stärkt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010, S. 41) formuliert, „keine andere einzelne Aktivität [neben der Arbeit] ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt

- ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,
- eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Patienten zu bilden,
- ein einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit,
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität, soziale Kontakte und Unterstützung,
- Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus),
- Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung.“

Von Marie Jahoda und Kollegen wurden in ihrem Klassiker „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (1933) die **negativen Folgen von Arbeitslosigkeit** herausgearbeitet und nachfolgend in zahlreichen Studien bestätigt (z. B. Milner et al. 2013, Kasl et al. 1998). So existieren Befunde, die aufzeigen, dass Arbeitslosigkeit in der Allgemeinbevölkerung mit schlechterer körperlicher Gesundheit, Angst und depressiver Symptomatik, geringem Selbstwerterleben sowie erhöhter Suizidalität assoziiert ist (vgl. Luciano et al. 2014). Auch für Deutschland liegen repräsentative Daten vor, die den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit, v. a. das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen darstellen (z. B. Kroll und Lampert 2009). Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit beeinflusst die Lebensführung der Betroffenen erheblich; so führt diese nicht nur zu einem Verlust an festen Tages- und Zeitstrukturen und sozialen Kontakten, sondern auch zu finanziellen Einbußen und einer Verringerung des sozialen Ansehens (vgl. Kroll und Lampert 2012).

Auch die **Wiedererlangung einer Beschäftigung** hat positive Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit. In einer systematischen Übersichtsarbeit, in die 18 Studien eingeschlossen wurden, konnten Rueda et al. (2012) aufzeigen, dass in der Mehrheit der Untersuchungen (n=15) die Aufnahme einer Beschäftigung in positiven gesundheitsbezogenen Effekten resultierte. Daneben zeigte sich, dass schlechtere Gesundheit die Aussicht auf einen beruflichen Wiedereinstieg behinderte.

Positive Effekte von Arbeit auf zahlreiche nicht-arbeitsbezogene Größen wie die psychopathologische Symptomatik, psychosoziale Funktionen, Selbstwertgefühl und Lebensqualität, konnten auch **für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** aufgezeigt werden (Mueser et al. 1997, Eklund et al. 2004, Bond et al. 2001). Dabei zeichnet sich im Vergleich zu anderen Formen von Arbeit und Beschäftigung eine besondere Stellung kompetitiver Beschäftigung ab (Mueser et al. 1997, Eklund et al. 2004, Bond et al. 2001). Luciano und Kollegen (2014) untersuchten im Rahmen einer systematischen Übersicht den Einfluss von Erwerbstätigkeit auf den Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen und konnten ganz klar aufzeigen, dass die Aufnahme einer Beschäftigung den Krankheitsverlauf nicht negativ beeinflusst.

Wie aktuelle Zahlen aus Deutschland zeigen, weisen **Arbeitslose eine höhere Krankheitsbelastung** als Erwerbstätige auf. Sie sind rund doppelt so häufig krank wie Erwerbstätige. Der Gesundheitszustand ist über alle Altersgruppen hinweg signifikant schlechter und verschlechtert sich dabei mit zunehmendem Alter (DGB 2010). Laut BKK Gesundheitsreport 2014⁶ wiesen Arbeitslose (ohne Arbeitslosengeld-II-Empfänger) mit ca. 27 Krankheitstagen den mit Abstand höchsten **Krankenstand** aller Gruppen auf; im Vergleich zu allen Beschäftigten sind fast doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage zu verzeichnen. Im BKK-Gesundheitsreport 2013⁷ wird zudem auf die auffallend hohe **Falldauer** bei den Arbeitslosen aus dem Rechtskreis des SGB I mit 40,9 AU-Tagen je Fall verwiesen, die im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten mit 13,1 AU-Tagen mehr als dreimal so hoch liegt. Wenngleich die psychischen Erkrankungen beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auch bei den Beschäftigten an Bedeutung zunehmen und nach den muskuloskelettalen Erkrankungen an zweiter Stelle stehen, stehen diese bei den Alg-I-Empfängern im Vordergrund (32,1 % aller AU-Tage vs. 13,9 % bei den pflichtversicherten Beschäftigten). Damit verursachen psychische Erkrankungen bei den Arbeitslosen knapp 3,6-mal so viele AU-Tage wie bei den pflichtversicherten Beschäftigten. Auch was die **stationären Behandlungszeiten** anbetrifft, zeigen sich deutliche Unterschiede: So werden arbeitslose Menschen fast doppelt so häufig im Krankenhaus versorgt und weisen dort zweieinhalbfach längere Behandlungszeiten im Vergleich zu Beschäftigten im Jahresdurchschnitt 2009 auf. Dabei stellen psychische Erkrankungen die Hauptindikation für einen Krankenhausaufenthalt dar (BKK 2010)⁸. Weiterhin geht aus dem BKK Gesundheitsreport 2011⁹ hervor, dass die **Verordnung von Psychopharmaka** bei Arbeitslosen mehr als doppelt so hoch ist wie bei Beschäftigten (☞ Abb. 3).

⁶ www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf (Abruf: 06.2.2015)

⁷ www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2013/BKK-Gesundheitsreport_2013.pdf (Abruf: 08.2.2015)

⁸ www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2010/BKK_Gesundheitsreport_2010.pdf (Abruf: 05.2.2015)

⁹ www.bkk-hmr.de/download/BKK_Gesundheitsreport_2011.pdf (Abruf: 05.2.2015)

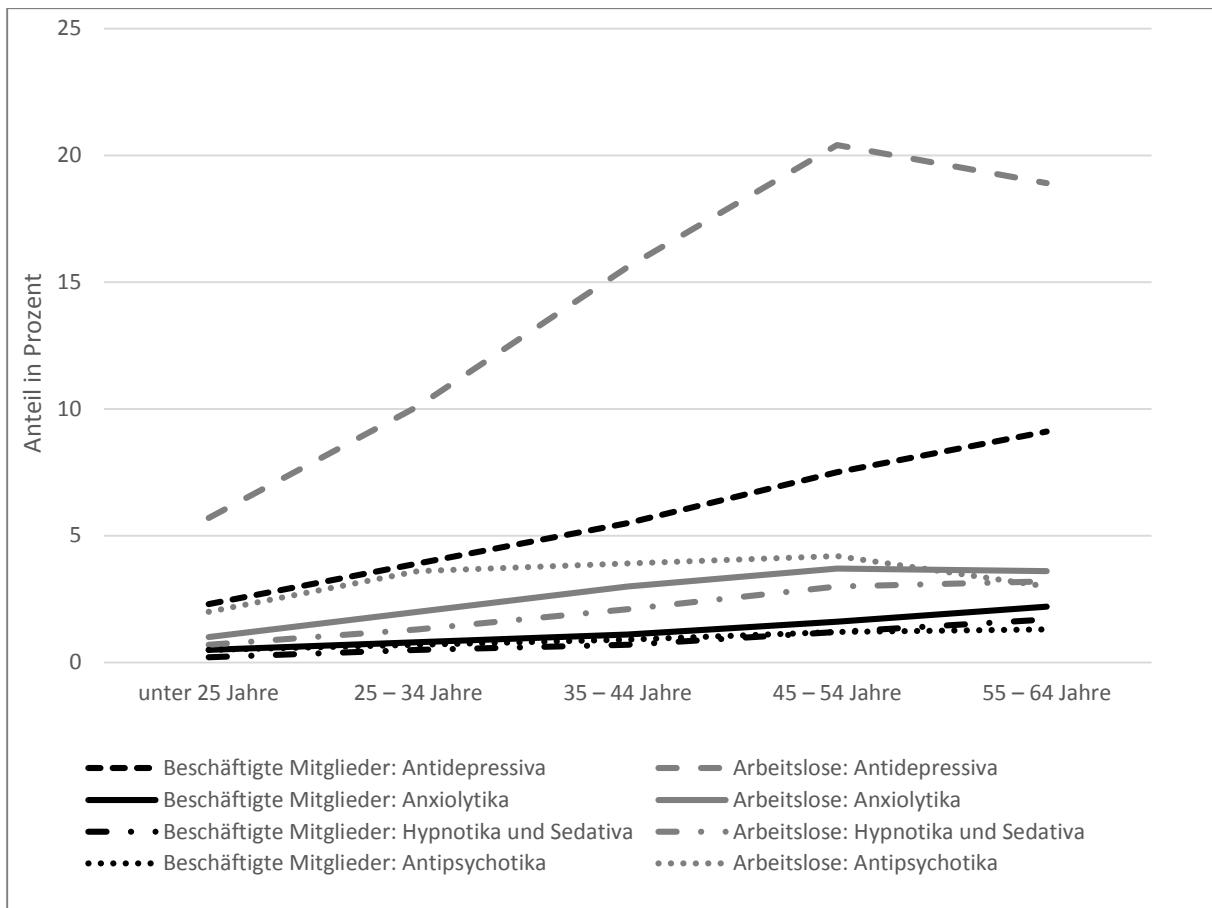


Abb. 3: Anteil der beschäftigten und arbeitslosen Mitglieder mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen (BKK 2011)

Im Rahmen der Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen wurde deutlich, dass psychische Erkrankungen auch für **Langzeitarbeitsunfähigkeit** (Langzeit-AU: Krankschreibung beträgt mindesten sechs Wochen) eine wesentliche Ursache darstellen. Die Ergebnisse basieren auf Daten der BKK und der BARMER GEK. Demnach betrug der Anteil an den Langzeit-AU-Fällen, der im Jahre 2012 durch psychische Erkrankungen verursacht wurde, bei Beschäftigten 18,5 %. Bei Arbeitslosen waren sie für 32,3 % der Langzeit-AU-Fälle verantwortlich. Psychische Erkrankungen stehen damit bei Beschäftigten an zweiter, bei Arbeitslosen sogar an erster Stelle der Ursachen für Langzeit-AU-Fälle (BPTK 2013).

Aufschluss über die besondere **Situation arbeitsloser psychisch Erkrankter aus dem SGB-II-Leistungsbezug** gibt eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Demnach wiesen laut erhobener Krankenkassendaten mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden dabei am häufigsten registriert. Den Anteil an Alg-II-Beziehern mit psychischen Beeinträchtigungen schätzen Arbeitsvermittler der SGB-II-Träger abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet zwischen 5 % und 40 %; Fallmanager in ihrem Bereich auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle (Schubert et al. 2013).

Zahlreiche Langzeitstudien zeigen auch die Beziehung zwischen **Arbeitslosigkeit und erhöhter Sterblichkeit** auf (z. B. Meneton et al. 2015, Sullivan und von Wachter 2009, Martikainen und Valkonen 1996, Halliday 2014).

3.3 Die Auswirkungen (schwerer) psychischer Erkrankungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbssituation der Betroffenen

Ein Blick auf die hier beschriebene Zielpopulation zeigt, dass das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung häufig mit **erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbssituation** der Betroffenen verbunden ist (Reker und Eikermann 2004). Infolge psychischer Erkrankungen kann es zum Abbruch der Ausbildung, zum Verlust des Arbeitsplatzes sowie zu Frühberentungen kommen. Bisher gibt es allerdings nur wenige empirische Daten zum Ausmaß der sozialen Exklusion psychisch Kranker (Richter et al. 2006, Riedel-Heller und Richter 2008). Auch wenn hier die berufliche Exklusion im Mittelpunkt steht, soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass Erwachsene mit psychischen Erkrankungen auch in anderen Bereichen Nachteile erfahren: So weisen sie ein dreifach erhöhtes Risiko auf, verschuldet zu sein, ebenso haben sie ein dreifach erhöhtes Risiko, geschieden zu werden. Jeder vierte Mieter mit psychischer Erkrankung hat zudem Mietrückstände und steht in Gefahr, seine Wohnung zu verlieren (Social Exclusion Unit 2004).

Obwohl die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten wollen (Becker und Drake 1994) belegen deutsche und internationale Studien, dass die **Arbeitslosigkeit** in dieser Bevölkerungsgruppe **überdurchschnittlich hoch** ist.

Insbesondere für **Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis** wird angenommen, dass sie zu der am stärksten benachteiligten Gruppe hinsichtlich beruflicher Inklusion zählen (Kilian und Becker 2007). In einem Literaturreview konnte gezeigt werden, dass die Arbeitsraten bei Patienten mit einer Schizophrenie in der Mehrheit der eingeschlossenen europäischen Studien lediglich zwischen 10 % und 20 % liegen. Etwas höhere Raten finden sich allenfalls unter Patienten mit einer ersten psychotischen Episode (Marwaha und Johnson 2004).

Aus dem „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ (BMAS 2013) geht hervor, dass:

- 50 % der Menschen mit chronischen psychischen Störungen im erwerbsfähigen Alter keiner Erwerbstätigkeit nachgehen
- 20 % in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind
- die Möglichkeiten zum Übergang von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt unsicher und mit Risiken verbunden sind und in der Praxis derzeit nur für eine sehr kleine Gruppe betroffener Personen möglich ist
- 15 % Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch nehmen
- und nur in geringem Umfang Hilfsangebote zwischen dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt und Angebote der Begleitung für Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen

Eine vergleichbare Darstellung der Situation erfolgte bereits in einem Bericht der Aktion psychisch Kranke¹⁰ (2007).

Richter et al. analysierten Daten zur Frühberentung im Jahr 2003 an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe chronisch psychisch Kranker im Vergleich zu Personen mit körperlichen Erkrankungen hinsichtlich beruflicher Inklusion und Einkommen. Deutlich wurde hier, dass **psychisch kranke Menschen auch im Vergleich zu somatisch kranken Menschen weniger in den Arbeitsmarkt integriert** sind und ein niedrigeres Arbeitseinkommen haben. Dies gilt insbesondere für Personen mit schizophrenen Störungen und für alkoholabhängige Personen. So beträgt beispielsweise die Lebensarbeitszeit von Männern mit einer Schizophrenie weniger als die Hälfte der Lebensarbeitszeit depressiv Erkrankter (Richter et al. 2006).

¹⁰ Definiert wird die Gruppe der schwer psychisch Kranken hierbei v. a. über den Rehabilitationsbedarf, der sich bei diesem Personenkreis an eine Krankenhausbehandlung anschließt. Unter diagnostischen Aspekten handelt es sich hier insbesondere um Personen mit Schizophrenien, Depressionen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Aktion psychisch Kranke 2004).

Parabiaghi und Kollegen (2006) verglichen in einer Langzeitstudie verschiedene Variablen bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung. Ziel der Untersuchung war, die von Ruggeri und Kollegen (2000) erarbeiteten Kriterien zur Definition schwerer psychischer Erkrankungen (GAF \leq 50, Servicekontakt \geq 2 Jahre) zu untermauern. Tatsächlich ließ sich in dieser Untersuchung zeigen, dass die so definierten Patienten deutlich schwerer beeinträchtigt waren als die leichter Erkrankten. Nicht nur hinsichtlich psychopathologischer Symptome und psychosozialer Funktionen zeigten sich deutlichere Einschränkungen, sondern es zeigte sich auch eine drastisch höhere Erwerbslosigkeit unter den schwer psychisch Kranken. Während 39 % der Patienten mit einer psychischen Erkrankung einer Beschäftigung nachgingen, waren es in der Gruppe derer mit einer schweren psychischen Erkrankung lediglich 6 %.

Die Ergebnisse der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) vom Robert-Koch-Institut sowie dessen Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) belegen, dass die Wahrscheinlichkeit psychisch und schwer psychisch Erkrankter arbeitslos oder frühberentet zu sein deutlich erhöht ist. Demnach ist das Risiko einer Erwerbslosigkeit für schwer psychisch Kranke gegenüber psychisch gesunden Studienteilnehmern um das Fünffache erhöht und das einer Frühberentung um das Dreifache. Berücksichtigt werden muss bei diesen Ergebnissen, dass hierbei institutionalisierte Personen, also solche, die in betreuten Wohneinrichtungen oder Heimen leben, nicht eingeschlossen wurden und damit per se ein beträchtlicher Teil der schwer psychisch Kranken nicht erfasst wurde (Roth et al. 2015 eingereicht).

Die Weichen einer gelungenen beruflichen Partizipation werden oft schon im **Übergang Schule–Ausbildung–Beruf** gestellt. Immerhin besteht schon bei 0,8 % der schulpflichtigen Kinder sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung. Ein Großteil dieser Kinder (37.214 von 62.692) wird immer noch in Förderschulen unterrichtet (Lohmar und Eckhardt 2012). Damit sind zum einen geringere Aussichten auf einen höheren Schulabschluss und zum anderen eine Stigmatisierung beim Zugang zu Ausbildung und Beruf verbunden. Folgen sind geringere Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz und ein erhöhtes Arbeitsloskeitsrisiko (vgl. Reims und Gruber 2014).

Betrachtet man den Krankheitsbeginn schizophrener Psychosen, so zeigt sich insbesondere unter Männern ein sehr junges durchschnittliches Erstmanifestationsalter von 21 Jahren; bei Frauen liegt dieses etwa 5 Jahre später. 90 % aller Männer haben diese Erkrankung bereits vor dem 30. Lebensjahr erworben und mehr als die Hälfte aller schizophrenen Erkrankungen beginnen zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensalter. Zudem gehen in der Regel der akuten Symptomatik oft über mehrere Jahre anhaltende Prodrome voraus, die durch weitgehende unspezifische Krankheitszeichen wie Verhaltensänderungen, Konzentrationsstörungen und Leistungsabfall, sozialer Rückzug, emotionale Labilität, Misstrauen, Schlafstörungen, Ängste und depressive Verstimmungen gekennzeichnet sind (vgl. Möller et al. 2011) und ganz erheblich die schulische und berufliche Ausbildung negativ beeinflussen können.

Auch Daten der Deutschen Rentenversicherung weisen auf ein **beträchtliches Ausmaß sozialer Exklusion im Bereich Arbeit** bei psychisch kranken Menschen hin. Danach waren 42,7 % aller gesundheitsbedingten Frühberentungen im Jahr 2013 auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen. **Psychische Erkrankungen sind damit Hauptursache für ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben** (DRV 2014) und spielen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine wachsende Rolle. Eine dauerhafte berufliche (Re-)Integration durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen gelingt umso seltener, je höher die Zahl der krankheitsbedingten Fehltage vor der Rehabilitation ist und weist damit auf die Bedeutung der Chronizität und Krankheitsschwere hin. Wie die Abbildung 4 zeigt, nimmt der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen an der Gesamtheit der Berentungen seit 2001 kontinuierlich zu. Innerhalb der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, sind die affektiven Störungen wie Depression und Angststörungen führend. Während die Zahl der Neuberentungen wegen schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen über die

Jahre gesehen stabil geblieben ist, nehmen diese kontinuierlich zu. Der Rentenbeginn bei psychischer Erkrankung liegt im Schnitt bei 48 Jahren und damit niedriger als der Durchschnitt der EM-Rentnerinnen und -Rentner anderer Diagnosegruppen (50,4 Jahre) (DRV Bund 2014).

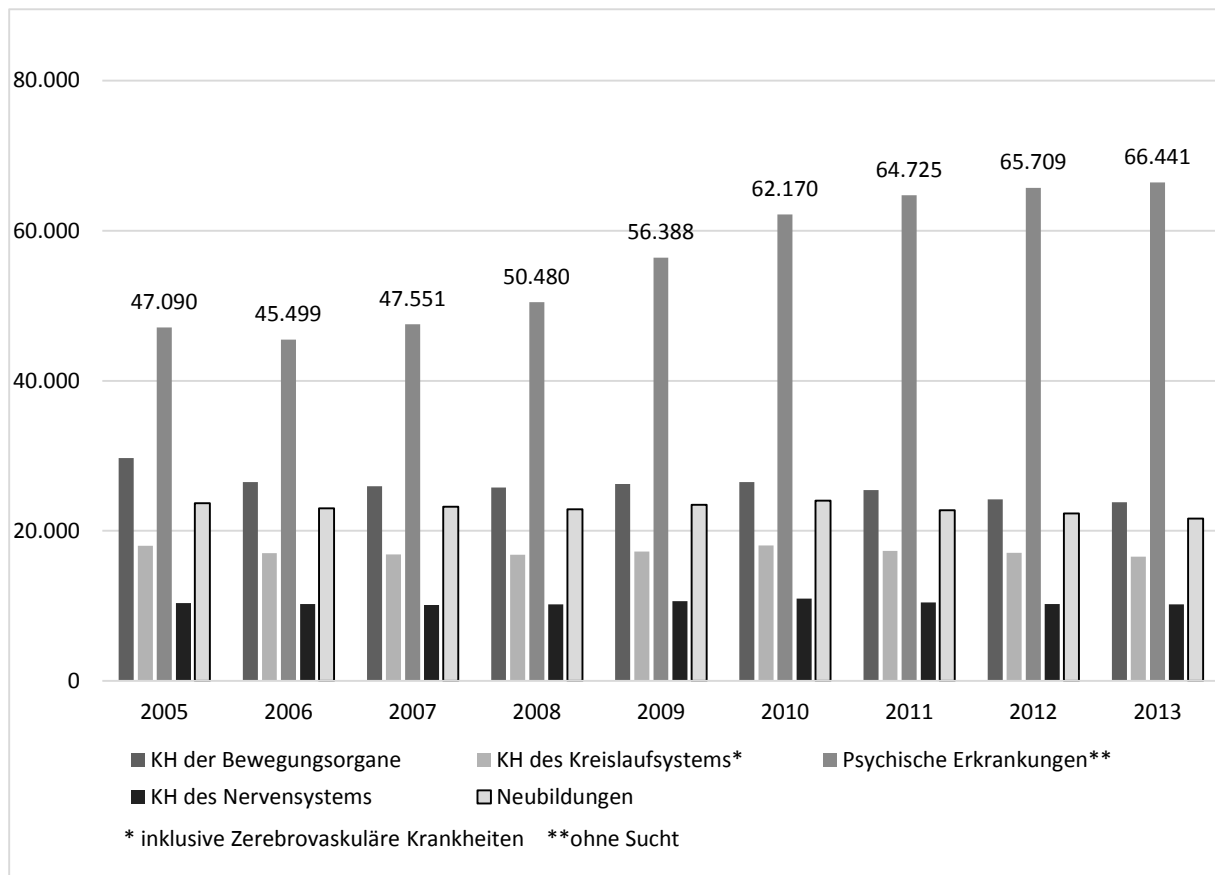


Abb. 4: Renten wegen Erwerbsminderung – Ausgewählte Indikationen/Krankheiten (KH) 2005–2013 (DRV Bund 2014; ISRV Tab. 229 Z RV)

Interessanterweise haben im Jahr 2012 lediglich 54 % der neu berenteten Versicherten mit einer psychischen Erkrankung (affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) in den letzten fünf Jahren zuvor eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Neben verschiedenen subjektiven Gründen für die Nichtinanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen, wie beispielsweise eine fehlende Aussicht auf Besserung oder eine Verschlimmerung der Erkrankung, wird aus Sicht der Rehabilitationsträger angenommen, dass die Antragstellung für eine Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung erfolgt, in dem die Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kaum noch gegeben seien. Weiterhin gelingt nur wenigen der Versicherten im Anschluss an eine befristete Erwerbsminderungsrente die berufliche Wiedereingliederung, da viele der Betroffenen häufig schon lange vor Gewährung der Rente keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgegangen sind (DRV Bund 2014).

Den vergleichsweise geringen Anteil an Rehabilitationsleistungen insgesamt bei psychischen Erkrankungen macht die Abbildung 5 der BPtK-Studie (2013) deutlich. Dass psychische Erkrankungen so häufig und so früh zu Verrentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit führen, liegt nach Meinung der BPtK auch an der unzureichenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen sowie Zuständigkeits- und Schnittstellenproblemen im Sozialversicherungssystem.

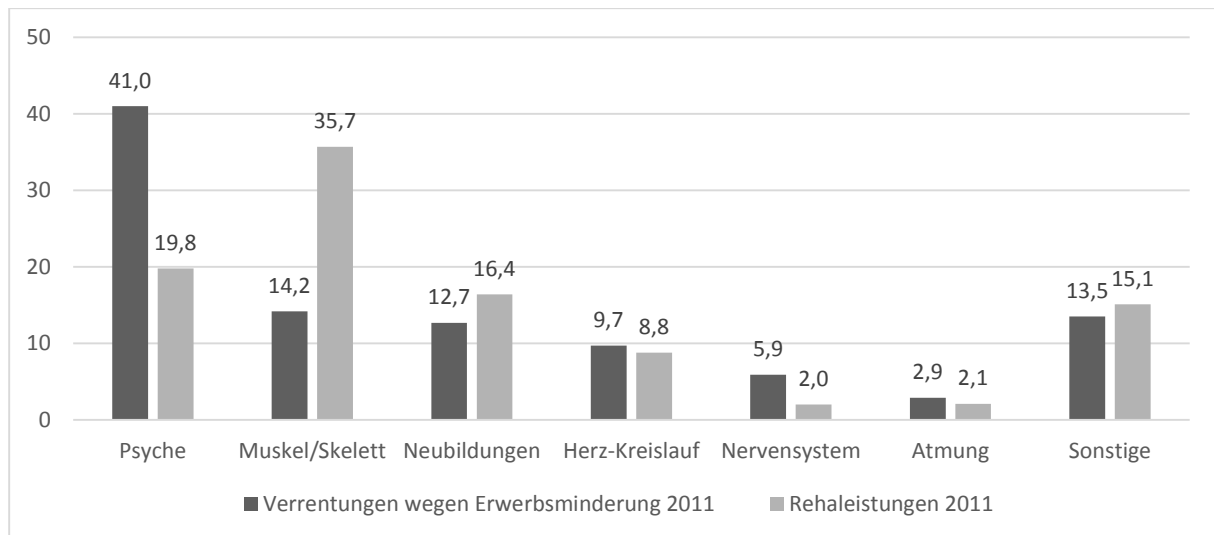


Abb. 5: Anteil (%) der wichtigsten sechs Krankheiten an den gesundheitsbedingten Frühverrentungen und den Rehabilitationsleistungen 2011 (BPTK 2013)

Die hier ausgeführten Befunde zur Ausgrenzung schwer psychisch Kranker in den Bereichen Ausbildung und berufliche Teilhabe verdeutlichen deren **sozialrechtliche Benachteiligung**. Die sozialrechtliche Ausgrenzung, konkret die defizitäre berufliche Rehabilitation vor der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben, geschieht systematisch und wurde bereits vor 20 Jahren aufgezeigt (Rössler et al. 1995). Auch damals wurde bereits auf die Benachteiligung in Form ungenügender Anspruchsvoraussetzungen durch schwer psychisch Kranke, damit verbundene hohe Selektionseffekte vor Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme und einem deutlichen Anteil schwer psychisch Kranker in den Werkstätten für behinderter Menschen festgestellt. Es ist auch heute noch davon auszugehen, dass ein Großteil psychisch Kranker mit schweren und ungünstigen Verläufen und „ungünstigen“ Erfolgsprognosen aus der Rehabilitation ausgegrenzt werden.

3.4 Erfolgsprädiktoren beruflicher Rehabilitation

In zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten wurden auch Faktoren mit Auswirkungen auf den Erwerbsstatus untersucht. Zitiert werden soll zunächst eine Übersichtsarbeit mit Metaanalyse von Tsang und Kollegen aus dem Jahre 2010. Sie schlossen in ihre Arbeit 62 Studien ein, die zwischen 1998 und 2008 erschienen sind und in denen nach Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche und schulische Entwicklung bei Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, gesucht wurde. Zwei verschiedene Auswertungsstrategien (deskriptive Analyse der Ergebnisse aller 62 Studien vs. metaanalytische Betrachtung der Ergebnisse aus 21 Studien) führten zu ähnlichen Ergebnissen. Hierbei fanden sie eine überwältigende Evidenz für die Bedeutung kognitiver Fähigkeiten für den Erwerbsstatus. Daneben fanden sie einen nachweisbaren Einfluss für Bildung, Negativsymptome, soziale Unterstützung, soziale Fähigkeiten, (jüngeres) Alter, positive Arbeitsanamnese sowie professionell durchgeführte multiprofessionelle Rehabilitation. Dagegen erwiesen sich Positivsymptomatik, Suchtmittelkonsum, Geschlecht sowie die Häufigkeit und Dauer vorausgegangener stationärer Behandlung nicht als prädiktiv im statistischen Sinne.

Auch in älteren Arbeiten wird bereits auf zurückliegende erfolgreiche berufliche Erfahrung als ein relativ stabiler Prädiktor für den künftigen Erwerbsstatus verwiesen (z. B. Marwaha und Johnson 2004). Die Studienübersicht zeigt auch gewisse Zusammenhänge zwischen Arbeit und Symptomschwere, dem Ausmaß der sozialen Beeinträchtigungen, der Lebensqualität und dem Selbstwertgefühl. So geht aus den betrachteten Studien hervor, dass ein gutes prämorbid (vor der Krankheit) soziales Funktionsniveau mit einer höheren Arbeitsrate assoziiert sei (Marwaha und Johnson 2004). Das konnte auch in der EQOLISE-Studie, einer europäischen Multicenter-Studie gezeigt werden. Patienten, die während eines Untersuchungszeitraumes von 18 Monaten in Arbeit waren, verfügten über ein höheres soziales Funktionsniveau als diejenigen ohne Arbeit. Zudem zeigten die Patienten in

Arbeit weniger ausgeprägte psychiatrische Symptome und eine höhere Lebensqualität (Burns et al. 2009).

Die zahlreichen Befunde gelten dennoch als widersprüchlich, was zum Großteil auf die große Varianz innerhalb der Studien hinsichtlich Studienteilnehmern, Interventionen, Erhebungsinstrumenten etc. zurückzuführen ist. Demgegenüber ist ein Befund von Campbell et al. (2010) von besonderer Bedeutung. Sie führten eine Prädiktorenanalyse auf Basis eines großen Datensatzes von Teilnehmern einer definierten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (*Supported Employment*) durch und konnten aufzeigen, dass die personenbezogenen Prädiktoren durch *Supported Employment* – eine evidenzbasierte Form der beruflichen Rehabilitation (☞ Kap. 4) – in den Hintergrund treten. Es wurde hier deutlich, dass **die Art der Maßnahme als Prädiktor wichtiger wird als die personenspezifischen Merkmale**. Die personenseitigen Prädiktoren (1) der Arbeitsbiographie (operationalisiert über bezahlte Arbeit in den letzten fünf Jahren), (2) der soziodemografischen Merkmale (u. a. Alter, Schulabschluss, Bezug von Sozialleistungen) und (3) der klinischen Merkmale (Diagnose, Symptome BPRS, Krankenhaustage im letzten Jahr) sind statistisch nicht mehr relevant, wenn die Arbeitsrehabilitation nicht mit Standardintervention, sondern nach den Grundsätzen des *Supported Employment* durchgeführt wird. Die personenbezogenen Prädiktoren, die aus arbeitsrehabilitativen Settings gewonnen wurden, die nach traditionellen Ansätzen des Arbeitstrainings vorgehen, lassen sich demnach nicht auf die berufliche Rehabilitation nach dem Ansatz des *Supported Employment / Individual Placement and Support* (☞ Kap. 4) übertragen. Letztlich macht dieser Befund deutlich, dass an einer Erwerbstätigkeit interessierte Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung am besten von einer entsprechenden Unterstützten Beschäftigung im Sinne des *Supported Employment*, wie sie im folgenden Kapitel näher beschrieben wird, unabhängig von ihrer beruflichen Anamnese oder anderen personenbezogenen Merkmalen profitieren.

3.5 Zusammenfassung

Zahlreiche Befunde deuten auf einen stabilen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit hin. Arbeitslose weisen eine höhere Kranken- und Sterblichkeitsrate als Erwerbstätige auf und haben v. a. im Bereich psychischer Gesundheit deutlich häufigere und anhaltendere Probleme. Die Verordnung von Psychopharmaka ist bei Arbeitslosen im Vergleich zu Beschäftigten doppelt so hoch. Allerdings können gesundheitliche Probleme häufig auch in die Arbeitslosigkeit führen bzw. eine Neuanstellung erschweren (vgl. Kroll und Lampert 2012). Krankheiten können demzufolge gleichzeitig als Folge und Ursache von Arbeitslosigkeit betrachtet werden.

Die gesundheitsförderliche Wirkung von Arbeit ist lange bekannt. Im Rahmen der Rehabilitation wird ihr traditionell ein großer Stellenwert zugeschrieben. Auch für schwer psychisch Kranke wurden ihre positiven Auswirkungen auf Gesundheit, Lebensqualität und Zufriedenheit mehrfach nachgewiesen.

Gelingende berufliche Partizipation beginnt oft zu einem frühen Zeitpunkt, nämlich an den Übergängen von Schule, Ausbildung und Beruf. Beginnende psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter können ganz erhebliche Auswirkungen auf die schulische und berufliche Ausbildung haben und die Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz verringern.

Untersuchungen, die sich an denjenigen mit einer (schweren) psychischen Erkrankung orientieren, zeigen auf, dass das Vorliegen einer solchen mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation sowie einer sozialrechtlichen Benachteiligung verbunden ist. Die Arbeitslosigkeit ist in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Insbesondere für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis liegen die Arbeitsraten europaweit bei ca. 10 % bis 20 %. Ein beträchtlicher Teil arbeitet unter beschützten Bedingungen. Auch im Vergleich zu somatisch Erkrankten sind Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung weniger in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert. Inzwischen lassen sich knapp 43 % aller gesundheitsbedingten Frühberentungen auf eine psychische Erkrankung zurückführen. Dabei nimmt die Zahl an Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen deutlich zu. Die sozialrechtliche Benachteiligung der Betroffenen zeigt sich auch in dem vergleichsweise geringen Anteil an Rehabilitationsleistungen. Nur etwas mehr

als die Hälfte der Betroffenen hat in den Jahren zuvor eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Ein Grund dafür wird darin gesehen, dass die Antragstellung oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung erfolge und ein Integrationserfolg dann kaum mehr gesehen werde. Generell ist davon auszugehen, dass psychische Erkrankungen zu spät und unzureichend versorgt werden und Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem eine adäquate Behandlung und Rehabilitation erschweren.

Prädiktoren im Sinne einer verbesserten beruflichen Teilhabe werden in einer positiven Arbeitsanamnese, jüngerem Alter und der (Vor-)Bildung gesehen. Aber auch krankheitsbezogene Faktoren wie die kognitive Leistungsfähigkeit, weniger starke Negativsymptomatik und das soziale Funktionsniveau sowie das Ausmaß an erfahrener sozialer Unterstützung und professionell durchgeführter multiprofessioneller Rehabilitation gelten als prädiktiv. Allerdings lassen sich diese personenbezogenen Prädiktoren, die aus traditionellen arbeitsrehabilitativen Settings gewonnen wurden, nicht ohne weiteres auf die berufliche Rehabilitation nach dem Ansatz des *Supported Employment / Individual Placement and Support* (☞ Kap. 4) übertragen. In einem solchen Setting verlieren sie an Vorhersagekraft.

4 Welche Formen beruflicher Rehabilitation sind für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hilfreich?

Konzeptionell können zwei Strategien beruflicher Rehabilitation unterschieden werden. Bei beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen, die auf dem traditionellen First-train-then-place-Ansatz basieren, erfolgt zunächst ein Arbeitstraining in einem beschützten Rahmen, bevor die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. Pre-vocational Training). Das First-place-then-train-Prinzip folgt dagegen einem anderen Vorgehen: Hierbei wird der Rehabilitand rasch auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarkts platziert und dann in der Tätigkeit trainiert. Dabei erfolgt eine zeitlich nicht limitierte Unterstützung durch einen spezialisierten Job-Coach (engl. Supported Employment). Die wissenschaftliche Evidenz zu Supported Employment in der Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist mittels zahlreicher hochwertiger Studien und Übersichtsarbeiten erhärtet, weshalb Supported Employment traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation (Ansätze des vorbereitenden Trainings) als Methode der Wahl ohne weiteres vorzuziehen ist. Auch für den deutschsprachigen Raum liegen positive Ergebnisse hinsichtlich der Vorteile auf arbeitsbezogene und auf nicht-arbeitsbezogene Merkmale vor. Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg von Supported Employment ist die Programmtreue, wobei hier Aspekte der Kontaktdichte der Job-Coaches, die zeitliche unbefristete Möglichkeit des Coachings, die Gemeindenähe und das enge Zusammenspiel aller Beteiligten einschließlich sozialpsychiatrischer Dienste von herausragender Bedeutung sind.

Die Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lässt sich in drei große Bereiche gliedern (☞ Abb. 6). Maßnahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation, einschließlich Pflege und Beratungsangebote stehen in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form zur Verfügung und sind darauf ausgerichtet, Gesundheit zu unterstützen, Krankheitszeichen zu lindern sowie Krankheitsfolgen zu überwinden bzw. zu reduzieren.

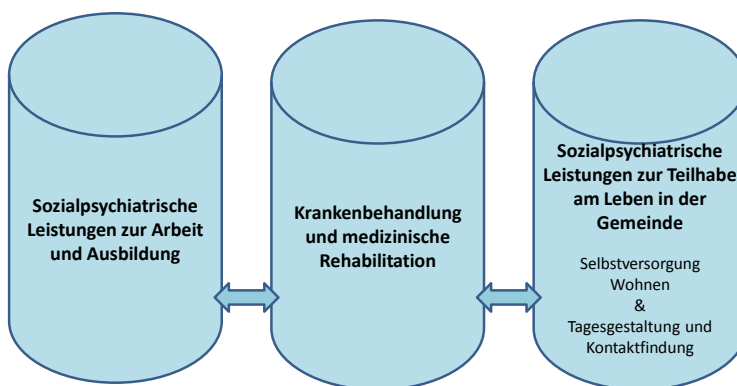


Abb. 6: Säulen des deutschen Behandlungs- und Versorgungssystems

Insbesondere für psychisch kranke Menschen mit chronischen und schweren Krankheitsverläufen, häufig verbunden mit Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen, sind darüber hinaus rehabilitative Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) sowie am Leben in der Gemeinschaft (z. B. Angebote zur Tagesgestaltung und zum Wohnen) von großer Bedeutung.

4.1 Strategien der Arbeitsrehabilitation

Als Strategien der Arbeitsrehabilitation bzw. beruflichen Rehabilitation werden hier alle psychosozialen Interventionen verstanden, die systematisch auf eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen abzielen (Reker und Eikelmann 2004).

Für die Vielzahl an international beschriebenen und praktizierten arbeitsrehabilitativen Programmen gibt es keine allgemein anerkannte Systematik (Reker und Eikelmann 1997). Vor allem im englischsprachigen Raum werden jedoch zwei große methodische Ansätze der Arbeitsrehabilitation unterschieden, an denen sich auch die folgende Darstellung orientiert: Beim **Pre-vocational Training** (vorbereitendes (Arbeits-)Training) erfolgen mit dem Ziel einer Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zunächst berufsvorbereitende Maßnahmen. Diese können z. B. aus Arbeitstherapie, Bewerbungstrainings und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis bestehen (Reker und Eikelmann 2004, Matschnig et al. 2008). Erst im Anschluss an dieses Training unter „beschützten“ Bedingungen wird die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt (*first-train-then-place*). Die Hilfen enden bisweilen jedoch bereits mit dem Abschluss des Trainingsprogramms. Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfe in der Einarbeitungszeit sowie längerfristige Betreuung am Arbeitsplatz sind in einigen, aber nicht in allen Programmen dieses Typs vorgesehen (Reker und Eikelmann 2004).

Beim **Supported Employment** (SE) erfolgt ein umgekehrtes Vorgehen. Der Betroffene wird – eine ausreichende Motivation und psychopathologische Stabilität vorausgesetzt – ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Dienste (im angloamerikanischen Raum „*job coaches*“) professionell unterstützt (*first-place-then-train*). Diese direkte Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Job-Coach ist zeitlich nicht limitiert. Weitere Merkmale von SE sind:

- das Ziel permanenter Beschäftigung in einem normalen Arbeitsverhältnis
- reduzierte Ansprüche an den Rehabilitanden (allerdings bei klarer Motivation für die Jobsuche)
- die Vermeidung bzw. Zurückstellung von vorbereitendem Training zugunsten betrieblicher Qualifizierung
- eine individuelle Platzierung (Bond et al. 1997b)

Ansätze nach dem Prinzip von *Supported Employment* haben ihren Ursprung in den USA, wo sie in den 1980er Jahren entstanden (Bond et al. 1997b). **Supported Employment (übersetzt: Unterstützte Beschäftigung) ist an dieser Stelle nicht gleichzusetzen mit dem Begriff der Unterstützten Beschäftigung nach § 38a SGB IV**, da er in den wesentlichen (und explizit erfolgsversprechenden) Forderungen von SE abweicht. Um eine klare Abgrenzung zu erreichen, wird in diesem Evidenzkapitel deshalb weiterhin der Begriff des *Supported Employment* (SE) gebraucht, da in den zahlreichen Studien das international verbreitete Konzept von *Supported Employment* untersucht wurde und nicht die Form der Unterstützten Beschäftigung, wie sie in Deutschland im SGB IV definiert ist.

Eine manualisierte Version von SE ist das **Individual Placement and Support** (IPS, Becker und Drake 1993). Die Kernprinzipien von IPS sind die Folgenden:

- im Fokus: Das Ziel kompetitiver Beschäftigung (Arbeitsplätze in der Gemeinde, auf die sich jeder bewerben kann, die Mindesteinkommen oder höher zahlen und in denen überwiegend nichtbehinderte Menschen tätig sind)
- sehr niedrig gehaltene Zugangskriterien: Es ist ausreichend, dass der Klient eine kompetitive Beschäftigung annehmen möchte
- die rasche Suche nach Arbeit
- die enge Zusammenarbeit der medizinischen und arbeitsrehabilitativen Dienste
- die Beachtung der Klienten-Präferenzen bei der Jobsuche
- die individuelle und zeitlich unbegrenzte Unterstützung am Arbeitsplatz (Bond 2004, Drake et al. 1999)

4.2 Evidenz zu Supported Employment

Die bisherige Evidenz zu arbeitsrehabilitativen Maßnahmen stammt überwiegend aus dem englischsprachigen Raum. Erste Studien wurden bereits in den 1960er Jahren durchgeführt. Relevante aus dem deutschen Sprachraum stammende Studien werden im Folgenden ausführlicher dargestellt. Die Ergebnisse einer systematischen Recherche¹¹ nach qualitativ hochwertigen Studien und Übersichtsarbeiten im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2013), in denen die jeweiligen arbeitsrehabilitativen Ansätze hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen untersucht wurden, zeigen nahezu stringent die **Effektivität bzw. Überlegenheit von Supported Employment (SE)** bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen auf. Insbesondere gilt dies, wenn SE in der manualisierten Form (IPS) durchgeführt wird. Kein anderer Ansatz von beruflicher Rehabilitation wurde so intensiv evaluiert wie SE oder erbrachte so konsistent positive Befunde hinsichtlich kompetitiver Beschäftigung. Der Konsens aus allen Reviews ist, dass Patienten unter der Bedingung von SE mindestens doppelt so hohe Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie Patienten unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze (Crowther et al. 2001, Twamley et al. 2003, Bond et al. 2008, Campbell et al. 2011). Es zeigt sich in den Übersichtsarbeiten und Studien weiterhin, dass SE-Teilnehmer im Vergleich zu Teilnehmern anderer Ansätze insgesamt durchschnittlich länger (mehr Wochen pro Jahr) auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten sowie eine höhere monatliche Arbeitszeit und einen höheren monatlichen Verdienst aufweisen. Mit der Studie von Howard et al. (2010) liegen jedoch auch Einzelbefunde vor, die darauf hindeuten, dass SE unter bestimmten, nicht-amerikanischen Kontextbedingungen keine signifikante Überlegenheit erzielt. Bei näherer Betrachtung der EQOLISE-Studie (Burns et al. 2007) deutet sich dies ebenfalls an: In der deutschen und niederländischen Substichprobe waren die Vorteile der IPS-Intervention gegenüber herkömmlicher beruflicher Rehabilitation zwar evident, aber im Gegensatz zur Gesamtstichprobe nicht signifikant im statistischen Sinne (➡ Box 1).

Box 1: Multicenter-Studie EQOLISE

Überprüft wurde die Wirksamkeit von *Supported Employment* (SE) unter europäischen Bedingungen im Rahmen der Multicenter-Studie EQOLISE (Burns et al. 2007, 2008). EQOLISE (*Enhancing the Quality Of Life and Independence of Persons Disabled by Severe Mental Illness through Supported Employment*) fand als randomisierte kontrollierte Studie in sechs europäischen Zentren statt, darunter auch in Ulm/Günzburg. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten IPS, eine manualisierte Variante von SE. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhielten die bestmögliche alternative berufliche Rehabilitationsmaßnahme, die am Ort verfügbar und üblich war. In Ulm/Günzburg wurden 52 der insgesamt 312 Studienteilnehmer rekrutiert. Die Kontrollintervention sah die schrittweise Vorbereitung auf den beruflichen Wiedereinstieg in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke in Kempten oder im Rehabilitationskrankenhaus Ulm, welches unterschiedliche Formen der beruflichen Rehabilitation anbietet, vor. Hierbei galten die üblichen Zugangsbedingungen des deutschen Sozialrechts (Kalkan et al. 2009).

Untersuchte arbeitsbezogene Zielgrößen waren der Anteil der Teilnehmer in kompetitiver Beschäftigung (mindestens einen Tag gearbeitet), die Zahl der absolvierten Arbeitsstunden, die Zahl der Tage in Arbeit sowie die Dauer der Arbeitsverhältnisse. Weiterhin wurden die Programm-Abbrecherraten, die Rate der Krankenhauseinweisungen sowie die im Krankenhaus verbrachte Zeit untersucht. Für die Wirksamkeit des SE-Ansatzes auch in Europa spricht, dass IPS-Teilnehmer in allen sechs Zentren hinsichtlich jedes arbeitsbezogenen Zielkriteriums bessere Ergebnisse erzielten als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass ein höherer Prozentsatz der IPS-Teilnehmer eine kompetitive Beschäftigung erreichte (55 % vs. 28 %), IPS-Teilnehmer zur Folgeerhebung mehr Tage in Arbeit verbrachten und mehr Stunden gearbeitet hatten und ihre Jobs länger behielten. Allerdings waren diese Unterschiede im deutschen Studienzentrum (und auch im niederländischen) nicht signifikant. In Ulm/Günzburg war die Anzahl derjenigen der

¹¹ In diesem Zusammenhang wurde v. a. nach systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen und im weiteren nach randomisierten kontrollierten Studien (Vergleichsstudie auf der Basis einer zufälligen Zuordnung der Studienteilnehmer in die verschiedenen Interventionsgruppen) gesucht. Systematische Übersichtsarbeiten zeichnen sich dadurch aus, dass das vorhandene Wissen aus vorliegenden Studien zu einem bestimmten Thema (die sogenannte Evidenz) zusammengetragen und dabei festgelegten methodischen Regeln gefolgt wird. Bei einer Metaanalyse werden die Ergebnisse zusätzlich mittels statistischer Methoden quantitativ zusammengefasst und gepoolte Effektschätzer (z. B. Odds Ratio oder Relatives Risiko, es wird hierbei das Ausmaß der Änderung durch die Experimentalintervention auf eine interessierende Zielvariable geschätzt) berechnet. Entscheidende methodische Aspekte, die die Qualität einer Übersichtsarbeit bestimmen, sind ein a priori angefertigtes Studienprotokoll, in dem Fragestellung, Hypothese, Literaturrecherche, Ein- und Ausschlusskriterien und Auswertungsstrategien detailliert festgelegt werden (Ressing et al. 2009).

Interventionsgruppe unter Beschäftigung (n=14) zwar vergleichbar mit der in den anderen Studienzentren, allerdings waren hier auch vergleichsweise viele der Rehabilitanden in der Kontrollintervention (n=11) ebenfalls beschäftigt. In Deutschland schnitt demnach die Kontrollgruppe, verglichen mit den anderen Zentren, verhältnismäßig gut ab.

In der Gesamtstichprobe der EQOLISE-Studie zeigte sich neben der Überlegenheit von IPS hinsichtlich arbeitsbezogener Zielgrößen, dass IPS-Teilnehmer das Programm signifikant seltener abbrachen (13 % vs. 45 %) und mit signifikant geringerer Wahrscheinlichkeit in ein Krankenhaus eingewiesen wurden als Teilnehmer der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen in der Kontrollgruppe (20 % vs. 31 %). Letztere verbrachten im Studienzeitraum auch durchschnittlich doppelt so viel Zeit im Krankenhaus. Eine Beschäftigung generell führte zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus und Reduktion der Krankheitszeichen (Burns et al. 2009).

Die fehlende Überlegenheit von SE in der Studie von Howard et al. (2010) lässt sich am ehesten mit der geringen Kontaktdichte der Job-Coaches zu den Rehabilitanden erklären. Hier wird einmal mehr deutlich, dass eine „zu gering dosierte“ Intervention nicht zum Erfolg führen kann (Latimer 2010).

Am Studienstandort Deutschland der EQOLISE-Studie erwies sich die Rekrutierung in eine randomisierte kontrollierte Studie schwierig, da die potenziellen Studienteilnehmer in der Regel eine Präferenz für die IPS-Intervention angaben, die dem Wunsch nach einer raschen Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt entgegenkam. Wurden hoch motivierte Teilnehmer hinsichtlich einer raschen Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt dann per Zufall dem Rehabilitations-Arm der Studie zugewiesen (nach Aufklärung über die Studienbedingungen), lehnten diese die Rehabilitationsmaßnahme wiederholt ab und entschieden sich dafür, in Eigeninitiative nach einer Stelle zu suchen. Erschwerend kamen weitere Aspekte wie Risiken für die Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundsicherung u. a. hinzu; z. T. wurden Rehabilitationsanträge zurückgezogen oder auch durch den zuständigen Träger abgelehnt. Letztlich erhielten weniger als die Hälfte der Kontrollgruppe eine Rehabilitationsmaßnahme. Schließlich muss auch erwähnt werden, dass unter den elf Studienteilnehmern der Kontrollgruppe (Reha-Gruppe), die einen Job fanden, lediglich eine Person eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hatte (Kalkan et al. 2009).

Seit Erscheinen der Leitlinie sind international weitere zahlreiche Studien zur Wirksamkeitsüberprüfung von SE durchgeführt worden, die ebenfalls auf dessen Überlegenheit bzw. die seiner manualisierten Form (IPS), insbesondere bezogen auf arbeitsbezogene Zielgrößen, hinweisen (z. B. Bejerholm et al. 2015, Oshima et al. 2014, Michon et al. 2014, Mueser et al. 2014). Insbesondere eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie von Hoffmann und Kollegen (2012, 2014) aus der Schweiz dürfte dabei von besonderem Interesse sein, da hier der SE-Ansatz gegenüber traditionellen arbeitsrehabilitativen Interventionen unter vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen untersucht wurde und sich als überlegen erwies (☞ Box 2).

Box 2: Job Coach Project (JCP), Schweiz

Das **Job Coach Project (JCP) der Universität in Bern** orientiert sich am Ansatz des *Individual Placement and Support* (IPS). Bei den Job-Coaches handelt es sich um Spezialisten, die über Erfahrungen in der Langzeitbehandlung und Rehabilitation von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen verfügen. Ein Coach betreut in der Regel nicht mehr als zwölf Patienten. Zu Beginn der Maßnahme erfolgt eine zweiwöchige Eingangsuntersuchung. Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Job-Coach und Patient bilden beruflicher Hintergrund und Vorerfahrungen sowie die Präferenzen des Rehabilitanden. Primäres Ziel ist eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Intervention umfasst beispielsweise Hilfe und Unterstützung bei der Jobsuche, ein „on the job“ Training, Unterstützung während der Beschäftigung sowie die Kooperation mit relevanten Bezugspersonen aus der Arbeits- und Lebenswelt der Programmteilnehmer.

100 arbeitslose Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wurden in dieser Studie zufällig einer der beiden Maßnahmen (IPS vs. traditioneller Ansatz) zugeordnet. Patienten aus der IPS-Gruppe befanden sich mindestens doppelt so häufig in einer kompetitiven Beschäftigung verglichen mit denen aus der Vergleichsgruppe (58,7 % vs. 25,9 %). Im zweiten Jahr zeigte sich, dass die Patienten der IPS-Gruppe über 24,5 Wochen auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt waren, in der Kontrollgruppe waren es lediglich 10,2 Wochen. Immerhin waren am Ende der Studie (24 Monate) noch 45,7 % der IPS-Teilnehmer in kompetitiver Beschäftigung; in der Vergleichsgruppe waren es 16,7 % (Hoffmann et al. 2012).

Die positiven Effekte hinsichtlich der Arbeitssituation bei den IPS-Teilnehmern blieben auch innerhalb eines Fünf-Jahreszeitraumes bestehen. Daneben zeigten sich statistisch bedeutsame Vorteile auch bei nicht-arbeitsbezogenen Faktoren

wie einer reduzierten stationären Behandlungsbedürftigkeit sowie reduzierter stationärer Behandlungstage. Auch aus sozioökonomischer Perspektive erwies sich die IPS-Intervention als effektiv (Hoffmann et al. 2014).

Zudem wurden **positive Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Zielvariablen** beschrieben. So resultierte die Teilnahme an IPS in einer höheren Lebensqualität und verringerter stationärer Behandlungsnotwendigkeit, erweitertem Empowerment sowie einer höheren Arbeitsmotivation bei den Betroffenen (z. B. Areberg und Bejerholm 2013, Hoffmann et al. 2014). Auch aktuelle Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wie die der Cochrane Collaboration bestätigen die Überlegenheit von *Supported Employment* (Kinoshita et al. 2013). Es konnte hierbei auch gezeigt werden, dass eine hohe Übereinstimmung mit den Kriterien der Fidelity Scale des *Individual Placement and Support System* (Bond et al. 1997a, ↻ Tab. 2) in einer höheren Anzahl an Tagen in kompetitiver Beschäftigung resultierte (Kinoshita et al. 2013).

Tab. 2 Kriterien der Fidelity Scale des *Individual Placement and Support System* (Bond et al. 1997a, übersetzt in Hoffmann 2013)¹²

1	Fallzahl pro Job-Coach < 25 Teilnehmer
2	Mitarbeitende sind ausschließlich als Job-Coach tätig
3	Job-Coach übernimmt alle Aufgaben von Anfang bis Ende
4	Job-Coaches sind Teil eines gemeindepsychiatrischen Teams
5	Job-Coaches bilden ein Team mit gemeinsamen Sitzungen und Supervision
6	Kein Interessierter am <i>Supported Employment</i> wird ausgeschlossen
7	Fortlaufende Assessments am Arbeitsplatz
8	Rasche Vermittlung an kompetitiven Arbeitsplatz (< 1 Monat)
9	Arbeitsplatzsuche nach individuellen Bedürfnissen
10	Es werden Stellen in verschiedenen Sparten angeboten
11	Stellen sind nicht befristet sondern langfristig
12	Job-Coaches helfen beim Stellenwechsel
13	Coaching von Teilnehmer und Arbeitgeber ist zeitlich nicht befristet
14	Das Angebot ist gemeindeintegriert
15	Die Job-Coaches arbeiten aufsuchend

Die **große Bedeutung der Programmtreue** bei der Umsetzung von SE wurde jüngst auch in einer retrospektiven Untersuchung im „freien Feld“ unterstrichen. Henry und Kollegen (2014) analysierten die Ergebnisse 21 implementierter SE-Programme beruflicher Rehabilitation in Massachusetts zwischen 1997 und 2006. Dabei wurden Daten von 3474 Rehabilitanden im Alter zwischen 16 und 69 Jahren mit verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern (55 % Psychosen, 20 % bipolare Störungen, 18 % schwere Depressionen, 7 % andere) berücksichtigt, von denen 51 % innerhalb eines Jahres eine Beschäftigung aufgenommen hatten. Die Wahrscheinlichkeit, eine Beschäftigung zu erhalten bzw. mindestens 20 Stunden pro Woche zu arbeiten, war bei größerer Programmtreue um 45 % bzw. um 52 % erhöht. Unbenommen blieb dabei die Höhe des Einkommens. Eine gute Programmtreue führt demnach zu höheren Eingliederungsraten in die freie Wirtschaft. Hiermit ist eine entscheidende Forderung bei der Implementierung von SE verbunden, die nur dann wie erwartet gelingen kann, wenn tatsächlich die Kriterien des Konzepts entsprechend berücksichtigt werden.

¹² Es existiert auch eine 25 Items umfassende Programmtreue-Skala, die eine größere Präzision erlaubt, jedoch hinsichtlich der prädiktiven Aussagekraft vergleichbar mit der kürzeren Version zu sein scheint (Bond et al. 2012).

Spezielle Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von SE im deutschsprachigen Raum liegen aus den Erfahrungen des Job Coach Projekts aus der Schweiz vor (Hoffmann 2013, S. 5) und werden in Box 3 wiedergegeben.

Box 3: Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von Supported Employment (Hoffmann 2013, S. 99, unverändert übernommen)

1. Assessment: Das Kriterium 6 der Fidelity Scale (Bond et al. 1997a) fordert, dass kein Interessierter am *Supported Employment* ausgeschlossen wird [☞ Tab. 2]. Dies entspricht der amerikanischen „Hire and Fire“-Kultur und führt in der Folge zu Arbeitsverhältnissen von nur wenigen Tagen. Dies ist auf dem europäischen Arbeitsmarkt nicht denkbar, v. a. wenn es um qualifiziertere Tätigkeiten geht. Es ist vertrauensfördernd und unterstützt tragfähige Entscheidungen, wenn dem zukünftigen Arbeiter in der Bewerbungssituation ein differenziertes Bild von den Stärken und Schwächen gegeben werden kann. Diese Offenheit reduziert Ängste und erhöht die Bereitschaft, einen psychisch beeinträchtigten Menschen anzustellen. Um diese Informationen zu erhalten und das Risiko einer Überforderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu minimieren, braucht es ein Assessment. Dieses dauert in der Schweiz heute 2 bis 4 Wochen. Es findet also eine Vorselektion statt, die mit der Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose in Deutschland vergleichbar ist.

2. Finanzierung einer zeitlich nicht befristeten Begleitung durch einen Job-Coach: Berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen sind zeitlich befristet. Dies steht im Widerspruch zum Kriterium 13 der Fidelity Scale (Bond et al. 1997a), dass das Coaching von Teilnehmer und Arbeitgeber zeitlich nicht befristet ist [☞ Tab. 2]. Das Hauptproblem dabei ist, dass sich nach dem Ende der Maßnahme der Job-Coach nicht weiter finanzieren lässt. In Bern haben wir dieses Finanzierungsproblem so gelöst, dass wir das Job-Coach Projekt als „virtuelle geschützte Werkstatt“ führen und so die Job-Coaches nach Abschluss der 6-monatigen Wiedereingliederungsmaßnahme von der Invalidenversicherung subventioniert werden. Unserer Erfahrung nach ist die zeitlich unbefristete Begleitung durch den Job-Coach nicht nur des Teilnehmers sondern auch der Vorgesetzten und Mitarbeitenden im Betrieb ein zentraler Faktor für die Nachhaltigkeit und damit den Erfolg des *Supported Employments*. Diese Begleitung schützt den Teilnehmer vor Überforderungen, die Betriebe sind über für die Arbeit relevanten Krankheitssymptome informiert, sie fühlen sich gestützt, Krisen können frühzeitig aufgefangen werden, was alles vertrauensfördernd ist.

3. Anreize für Arbeitgeber: Es braucht Anreize für die Arbeitgeber, damit diese überhaupt bereit sind, Arbeitsplätze für psychisch beeinträchtigte Menschen bereitzustellen. Diese sind einerseits finanzieller Art: Der Arbeitgeber sollte nur einen Leistungslohn zahlen müssen und nicht einen tariflich festgelegten Lohn, außer er erhält entsprechende steuerliche Erleichterungen oder staatliche Beiträge. Der Arbeitgeber darf nicht das Gefühl haben, er zahle zu viel für die vom Rehabilitanden erbrachte Leistung. In solchen flexiblen Entlohnungsmodellen liegt unserer Meinung nach eine Chance, auch in Europa Integrationsprogrammen nach dem Supported-Employment-Modell zum Erfolg zu verhelfen. Ein weiterer Anreiz für den Arbeitgeber ist, wenn der Teilnehmer beim Supported-Employment-Anbieter angestellt ist und im Sinne einer Personalverleihfirma dem Betrieb ausgeliehen wird. Die Sozialleistungen und Pensionskassenbeiträge werden von dem Supported-Employment-Anbieter übernommen. Dieses Anstellungsverhältnis entlastet den Arbeitgeber auch im Falle eines Krankheitsrückfalles oder einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses und stärkt zudem die Rolle des Job-Coaches gegenüber dem Rehabilitanden. Wir sind davon überzeugt, dass sich das *Supported Employment* ohne solche Anreize langfristig nicht durchsetzen können.

4. Gut qualifizierte Job-Coaches: Job-Coaches müssen sehr gut qualifiziert sein. Idealerweise hat ein Job-Coach sowohl Berufserfahrung in der Psychiatrie als auch in der freien Wirtschaft. Wichtig ist das psychiatrische Wissen, um den psychisch Kranken überhaupt verstehen und dieses Wissen auch an den Arbeitgeber vermitteln zu können. Erfahrung in der freien Wirtschaft ist ebenfalls von Vorteil, um die Bedürfnisse des Arbeitgebers zu kennen. Job-Coaches sind also Brückenbauer zwischen diesen beiden Welten. Die zentralen Aufgaben eines Job-Coaches sind:

- Akquisition geeigneter Arbeitsplätze, wobei die Anstellung des psychisch Beeinträchtigten nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen erfolgt und nicht als Akt der Wohlfahrt
- Erarbeitung und Durchführung eines behindertenspezifischen Plans in Zusammenarbeit mit dem Betrieb, des Rehabilitanden und seinem unmittelbaren Umfeld
- im Sinne des *Case Managements* Heranziehung sonstiger Betreuungssysteme, sofern diese noch nicht involviert sind, mit dem Ziel, dem psychisch Beeinträchtigten den Arbeitsplatz dauerhaft zu sichern
- von Beginn an eine enge Zusammenarbeit mit dem Psychiater oder sozialpsychiatrischen Dienst und nicht erst bei einer Krise

Trotz der überzeugenden Evidenz für SE ist zu berücksichtigen, dass ein beträchtlicher Teil der SE-Teilnehmer trotz dieser Intervention nicht in kompetitive Beschäftigung gelangt. Dieser Anteil ist nach einer Übersicht von

Bond et al. (2008) zwischen 39 % und 66 % anzusiedeln. SE-Programme mögen deshalb nicht in jedem Falle angemessen sein. In einigen Studien wurden **Faktoren und spezielle Ergänzungsstrategien** untersucht, von denen angenommen wird, dass sie die Wirksamkeit von SE beeinflussen:

- So konnten beispielsweise Cook, Lehmann und Drake (2005) aufzeigen, dass SE dann erfolgreicher ist, wenn berufliche Rehabilitationsdienste und psychiatrische Dienste eng zusammenarbeiten. Der Grad an Integration wurde dabei durch einen Score ermittelt (relevante Kriterien: multidisziplinäres Team mit häufigem persönlichen Austausch, gemeinsamer Arbeitsort, gemeinsame Patientenakten). Unter der Bedingung hoher **Integration psychiatrischer und berufsrehabitativer Dienste** fanden mehr Klienten von SE (58 %) eine kompetitive Beschäftigung als unter der Bedingung geringer Integration (21 %) und arbeiteten auch mehr Klienten mehr als 40 Stunden pro Monat (53 % vs. 31 %).
- An anderer Stelle wurde SE durch ein **kognitives Training** ergänzt (McGurk et al. 2005, 2007). Mit den Patienten wurden u. a. Kompensationsstrategien bei kognitiven Beeinträchtigungen erarbeitet sowie computerbasierte Trainings kognitiver Fähigkeiten durchgeführt. Bereits nach einem Jahr zeigten sich in der Interventionsgruppe verbesserte psychopathologische und arbeitsbezogene Ergebnisse (McGurk 2005). Auch nach zwei bis drei Jahren zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der SE-Gruppe mit kognitivem Training: Mehr Teilnehmer dieser Gruppe arbeiteten kompetitiv, die Teilnehmer hatten mehr Jobs gehabt, hatten über den Follow-up-Zeitraum hinweg mehr Wochen und mehr Stunden gearbeitet und mehr Geld verdient als die Teilnehmer der SE-Gruppe ohne kognitives Training (McGurk 2007).
- Andere psychologische Ansätze zielen auf die **Verbesserung berufsbezogener sozialer Fertigkeiten**. Neben Basisfertigkeiten sozialer Kompetenz werden hier beispielsweise Wege vermittelt, eine Beschäftigung zu finden und zu halten; konkret werden Telefonate, Bewerbungsgespräche oder mögliche konflikthafte Situationen im Arbeitsalltag demonstriert und in Rollenspielen eingeübt (Gühne et al. 2014). Es gibt Hinweise, dass sich mit Hilfe einer solchen Intervention kommunikative und arbeitsbezogene soziale Fertigkeiten sowie die Beschäftigungssituation verbessern lassen (Tsang und Pearson 2001). In zwei Studien wurde ein spezielles Training arbeitsplatzbezogener Fertigkeiten (Workplace Fundamental Skills Module) zusätzlich zu einer arbeitsrehabitativen Intervention (SE) untersucht. In diesem zusätzlichen Training geht es insbesondere darum, die Teilnehmer darin zu stärken, den Arbeitsplatz zu behalten, mit möglichen Stressoren besser umzugehen und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen (Mueser et al. 2005, Wallace und Tauber 2004).
- Verschiedene aktuelle Arbeiten stellen sich auch der Frage, inwieweit die **Kompetenz der Job-Coaches** einen Einfluss auf die arbeitsbezogenen Ergebnisse hat. Immerhin zeigte sich in einer Untersuchung von 57 arbeitsrehabitativen Spezialisten eine Varianz von 0–80 % hinsichtlich der Vermittlung der Programmteilnehmer in eine kompetitive Beschäftigung. Laut Supervisoren-Rating waren insbesondere die Leistungsfähigkeit der Job-Coaches, die Zeit in der Gemeinde sowie die Frequenz der Kontakte mit den Patienten mit besseren arbeitsbezogenen Ergebnissen assoziiert (Taylor und Bond 2014). Mit Hilfe eines 90 Fragen umfassenden Fragebogens (BAKES – Behaviors, Attitudes and Knowledge in Employment Specialists questionnaire), der von 153 in SE-Programmen tätigen Job-Coaches bearbeitet wurde, erwiesen sich zwei Subskalen hinsichtlich der Prädiktion arbeitsbezogener Erfolge bedeutsam: (1) die Beziehungsgestaltung der Job-Coaches mit den Programmteilnehmern und den Supervisoren und (2) ein unterstützendes und klientenzentriertes Vorgehen (Corbière et al. 2014). Ergebnis einer beobachtungs-basierten Untersuchung von erfolgreichen und weniger erfolgreichen Job-Coaches führte zu vergleichbaren bedeutsamen Faktoren: (1) Effizienz, (2) Beziehungsgestaltung mit den Programmteilnehmern und (3) Zusammenarbeit mit den Partnern (Glover und Frounfelker 2013). Diese Ergebnisse zeigen allesamt die hohe Bedeutung der Job-Coaches und die Wichtigkeit geeigneter Maßnahmen, diese Kompetenzen weiter zu erhöhen.
- Bisher weniger gut untersucht ist der Einbezug von **speziell trainierten Peers** (Betroffenen-Experten) innerhalb der SE-Maßnahmen (Kern et al. 2013); allerdings liegen hierzu aus anderen Versorgungszusammenhängen positive Erfahrungen vor (z. B. Fuhr et al. 2014).

- Bond et al. (2013) untersuchten die *Occupational Matching-Hypothese* und gingen dabei davon aus, dass eine größere **Übereinstimmung zwischen den Jobanforderungen und den Präferenzen** der zu vermittelnden Teilnehmer in einer größeren Beschäftigungsrate, längerer Beschäftigungsdauer und -zufriedenheit resultieren würde. Die Hypothese ließ sich allerdings nicht bestätigen.

4.3 Evidenz zu traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation (Pre-vocational Training, PVT)

Die wissenschaftliche Evidenz zu traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation ist weit weniger überzeugend. Im Rahmen eines älteren Cochrane-Reviews (Crowther et al. 2001) wurden dem *Pre-vocational Training* (PVT) zuordenbare Interventionen untersucht. Voraussetzung der Klassifikation zu dieser Kategorie war, dass die Teilnehmer eine „Vorbereitung“ absolvierten, bevor sie zur Suche nach regulärer Beschäftigung ermutigt wurden. Es handelte sich typischerweise um „Kombinationsprogramme“. Häufig vertretene Bestandteile waren die individuelle Beratung des Rehabilitanden, Training sozialer Fertigkeiten bzw. das Training von Fähigkeiten zum Problemlösen, geschützte Beschäftigung und/oder übergangsweise Beschäftigung in Betrieben. Als Vergleichsinterventionen galten gemeindebasierte ambulante Routinebehandlung oder eine Standard-Krankenhausbehandlung ohne irgendeine spezifische arbeitsrehabilitative Komponente. PVT gegenüber Standard-Krankenhausbehandlung oder gegenüber ambulanter gemeindebasierter Behandlung blieb bezogen auf die Mehrheit der Zielgrößen ohne statistisch signifikante Vorteile für die arbeitsrehabilitative Maßnahme. Allerdings zeigte sich, dass signifikant mehr Teilnehmer von PVT gegenüber herkömmlicher stationärer Behandlung innerhalb von acht Monaten irgendeine Form von Beschäftigung gefunden hatten. Der durchschnittliche monatliche Verdienst war bei PVT mit \$ 97,3 pro Monat signifikant höher als bei der Kontrollgruppe mit lediglich \$ 17,2 pro Monat, wenngleich beide Monatseinkommen bei weitem nicht zur Existenzsicherung ausreichen (Crowther et al. 2001).

Nach unserem Kenntnisstand existiert im deutschsprachigen Raum bisher keine Untersuchung, die Ansätze traditioneller Arbeitsrehabilitation gegen Wartekontrollgruppe oder SE untersucht hat. Die Untersuchungen von Holzner et al. (1998) in Österreich sowie Watzke et al. (2009) in Deutschland (☞ Box 4) sind hinsichtlich ihres Studiendesigns nicht mit den oben aufgeführten Studien zu SE, bei denen es sich um randomisierte kontrollierte Studien (engl. *randomised controlled trial, RCT*) handelt, vergleichbar. Die Wirkkomponente einer Intervention kann mit einer RCT am präzisesten herausgestellt werden. Unter diesem Aspekt werden Interventions- und Kontrollgruppen gezielt definiert und die Zufallsverteilung, die Verblindung von Teilnehmern und Auswertern sowie andere Designkomponenten gestaltet. RCTs gelten quasi als Goldstandard, um neue Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu beurteilen (Weinmann 2007). Wenngleich die beiden im Folgenden skizzierten Studien (☞ Box 4) Vorteile hinsichtlich arbeitsbezogener und nicht-arbeitsbezogener Ergebnisse zeigen, sind die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweise nicht mit denen zu SE vergleichbar.

Box 4: Studien zur Effektivität von Pre-vocational Training aus dem deutschsprachigen Raum

In einer kontrollierten Studie von Holzner, Kemmler und Meise (1998) wurden im österreichischen Kontext die Effekte eines arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogramms auf die subjektive Lebensqualität von Patienten untersucht. Die Lebensqualität einer Gruppe schizophrener Patienten, die bereits durchschnittlich 15 Monate an dem arbeitsrehabilitativen Programm eines *Professional Training Centre* in Tirol teilgenommen hatten (n=36), wurde dabei mit der Lebensqualität einer Gruppe schizophrener Patienten verglichen, die für diese Intervention auf der Warteliste standen (n=24). Das Trainingszentrum ermöglichte den Programmteilnehmern Arbeitserfahrungen bzw. den Erwerb von Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen, z. B. im Büro, in der Tischlerei oder im hauswirtschaftlichen Bereich. Professionelle Anleitung erhielten die Teilnehmer von Sozialarbeitern, Psychologen und Ergotherapeuten. Hinsichtlich der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, tägliche Aktivitäten, physische Leistungsfähigkeit, Erfolg und Anerkennung, Unabhängigkeit, Finanzen, Freizeit, Unterstützung sowie Freunde/Bekannte und psychisches Wohlbefinden) zeigten sich insgesamt signifikante Unterschiede zugunsten der Teilnehmer der Interventionsgruppe. Keine Unterschiede gab es hinsichtlich der Bereiche Gesundheit, Ehe/Partnerschaft, Sexualleben, Familie und Wohnsituation.

Watzke, Galvao und Brieger (2009) führten eine Studie mit quasi-experimentellem Design durch, in der Patienten einer beruflichen Rehabilitation nach dem *First train then place*-Prinzip mit einer Gruppe von Patienten verglichen wurde, die eine reguläre psychiatrisch-ambulante Behandlung ohne berufliche Rehabilitation erhielt. Die Interventionsgruppe setzte sich aus Teilnehmern einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) sowie Teilnehmern eines Bildungsträgers bzw. gleichzeitigen Integrationsbetriebes zusammen. Die Patienten der Stichprobe wiesen unterschiedliche psychiatrische Erkrankungsbilder auf: Nach neun Monaten hatten signifikant mehr Teilnehmer der Interventionsgruppe eine tagesstrukturierende Beschäftigung, d. h. eine kompetitive Arbeit oder eine beschützte Arbeit / berufliche Rehabilitationsmaßnahme (39,7 % vs. 18,7 %). Bezüglich der Symptomschwere gab es Unterschiede zwischen beiden Gruppen, die am Ende der Intervention zugunsten der Interventionsgruppe ausfielen, aber zum Follow-up nach neun Monaten nicht mehr bestanden. Zu beiden Untersuchungszeitpunkten unterschieden sich beide Gruppen signifikant hinsichtlich des Funktionsniveaus und des psychischen Wohlbefindens (Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe).

Förderliche Modifikationen von Pre-vocational Training wurden in der Vergangenheit ebenfalls untersucht.

- Dabei zeigte ein Vergleich von **Pre-vocational Training mit Bezahlung vs. ohne Bezahlung**, dass bei bezahlter Arbeit positive Effekte hinsichtlich aller analysierten beschäftigungsbezogenen und klinischen Zielgrößen auftraten (Crowther et al. 2001).
- Auf der Basis von zwei Studien zeigte sich ebenfalls, dass ein **Pre-vocational Training mit zusätzlicher psychologischer Intervention**, die das Ziel einer Motivationssteigerung verfolgte, sowohl nach sechs als auch nach neun Monaten tendenziell zu einer Erweiterung von kompetitiver Beschäftigung unter den Teilnehmern führte. Einen signifikanten Vorteil zugunsten PVT mit psychologischer Intervention gab es hinsichtlich des Erreichens irgendeiner Form von Beschäftigung. Die Teilnehmeraten an beiden Programmen unterschieden sich hingegen nicht (Crowther et al. 2001).
- **Pre-vocational Training mit forciertem (beschleunigtem) Übergang in bezahlte übergangsweise Beschäftigung** vs. PVT mit stufenweisem (langsamen) Übergang zeigte in Bezug auf das Erreichen kompetitiver Beschäftigung nach 15 Monaten einen schwachen, aber signifikanten Vorteil, nicht so in Bezug auf das Erreichen irgendeiner Form von Beschäftigung. Allerdings verdienten die Teilnehmer der „beschleunigten“ Form von PVT durchschnittlich mehr pro Monat als die Teilnehmer der Kontrollgruppe (Crowther et al. 2001).

4.4 Zusammenfassung

Konzeptionell können zwei **Strategien beruflicher Rehabilitation** unterschieden werden. Bei beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen, die auf dem traditionellen *First-train-then-place*-Ansatz basieren, erfolgt zunächst ein Arbeitstraining in einem beschützten Rahmen, bevor die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. *Pre-vocational Training*). Das *First-place-then-train*-Prinzip folgt dagegen einem anderen Vorgehen: Hierbei wird der Rehabilitand rasch auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarkts platziert und dann in der Tätigkeit trainiert. Dabei erfolgt eine zeitlich nicht limitierte Unterstützung durch einen spezialisierten Job-Coach (*Supported Employment*).

Die **wissenschaftliche Evidenz zu Supported Employment (SE)** ist mittels zahlreicher hochwertiger Studien und Übersichtsarbeiten überzeugend. Die vorliegenden Studien zeigen nahezu stringente Effektivität bzw. Überlegenheit von SE bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen (höhere Beschäftigungsraten, längere monatliche Arbeitszeit, längere Beschäftigungsdauer, höherer monatlicher Verdienst) auf. Insbesondere gilt dies, wenn SE in der manualisierten Form (IPS) durchgeführt wird. Zudem wurden auch positive Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Zielvariablen (z. B. höhere Lebensqualität, verringerte stationäre Behandlungen, erweitertes Empowerment) beschrieben. Eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie von Hoffmann et al. (2012, 2014) aus der Schweiz konnte unlängst auch die Überlegenheit des Ansatzes von SE gegenüber traditionellen arbeitsrehabilitativen Interventionen unter vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen im deutschsprachigen Raum aufzeigen. Die an einem deutschen Studienort gewonnenen Ergebnisse im Rahmen einer europäischen Multicenter-Studie verweisen darauf, dass eine solche Intervention zu einer größeren Beschäftigungsrate, Jobhaltedauer und Arbeitszeit führt und darüber hinaus für diese eine größere Akzeptanz der Teilnehmer gegenüber herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahmen existiert. Offensichtlich können die positiven Effekte von SE durch spezielle Strategien und psychologische Ansätze weiter verstärkt werden, z. B. durch die Integration psychiatrischer und berufsrehabilitativer Dienste oder das Training kognitiver und berufsbezogener sozialer Fertigkeiten. Von Bedeutung für den Integrationserfolg sind zudem die Kompetenzen der Job-Coaches. Ansätze von SE gelten auch hinsichtlich gesundheitsökonomischer Aspekte traditionellen Ansätzen gegenüber als überlegen (Marino und Dixon 2014). Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg von SE ist die Programmtreue, wobei hier Aspekte der Kontaktdichte der Job-Coaches, die zeitliche unbefristete Möglichkeit des Coachings, die Gemeindenähe und das enge Zusammenspiel aller Beteiligten einschließlich sozialpsychiatrischer Dienste von herausragender Bedeutung sind.

Gegenüber der überwältigenden Evidenz zu SE ist diejenige zum *Pre-vocational Training* äußerst umschrieben. Die Summe an traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation, nach deren Prinzipien berufliche Rehabilitation in Deutschland überwiegend gestaltet wird (☞ Kapitel 5), bleibt z. B. gegenüber Standard-Krankenhausbehandlung oder gegenüber ambulanter gemeindebasierter Behandlung bezogen auf die Mehrheit der Zielgrößen ohne statistisch signifikante Vorteile für die arbeitsrehabilitative Maßnahme. Zudem weist dieses Konzept laut Hoffmann (2013) einige Mängel auf: Die Maßnahmen seien sehr teuer und würden auch bei hoher Eintrittsselektion lediglich bescheidene Integrationserfolge von meist unter 30 % aufweisen. Mehrheitlich finden diese im geschützten Rahmen statt und sind zeitlich befristet. Die professionelle Begleitung am Arbeitsplatz endet in der Regel mit der Maßnahme, was bedeutet, dass die jüngst eingegliederten Rehabilitanden nun in der allgemeinen Arbeitsmarktrealität sich selbst überlassen bleiben. „Nicht selten kommt es dann zu einer Überforderung aller Beteiligten, zu erneuten psychischen Krisen und früher oder später zum Stellenverlust.“ Es ist davon auszugehen, dass letztlich lediglich ca. 15 % derer, denen zu Beginn des Trainings nach diagnostischer Abklärung eine realistische Chance auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt attestiert wurde, nachhaltig wiedereingegliedert werden können (vgl. Hoffmann 2013, S. 97).

Supported Employment ist vor diesem Hintergrund traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation (Ansätze des vorbereitenden Trainings) als Methode der Wahl ohne weiteres vorzuziehen. Generell sollte es darum gehen, so frühzeitig wie möglich und orientiert an den Voraussetzungen, Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen zu intervenieren, so dass Schwächen in der zeitlichen und inhaltlichen Organisation von Behandlung und Rehabilitation in Bezug auf weitere und überflüssige Chronizität im Behandlungsverlauf in den Hintergrund treten (Morsch 2004).

5 Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – die Situation in Deutschland

Wenngleich Deutschland über ein sehr vielseitiges Angebot beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten verfügt, gelingt eine wirkliche Teilhabe am Arbeitsleben oft nicht. Oft arbeiten schwer und chronisch psychisch Kranke auf einer Stelle des besonderen Arbeitsmarktes; die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist gering. Zum besonderen Arbeitsmarkt zählen insbesondere die Beschäftigungsmöglichkeiten ausgelagerter Arbeitstherapieplätze sowie die Arbeits- und Beschäftigungsangebote in Tagesstätten und Tagesförderstätten, der Berufsbildungs- und Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen sowie Zuverdienstangebote, wie sie sich beispielsweise unter dem Dach gemeindepsychiatrischer Versorgungseinrichtungen finden lassen. Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen in temporären Strukturen wie beispielsweise die der Einrichtungen Beruflicher Trainingszentren oder Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke sowie in langfristig angelegten Strukturen, wie sie Arbeitsplätze der freien Wirtschaft und Integrationsfirmen bieten. Die Wahl der einzelnen Angebote/Einrichtungen orientiert sich zum einen am Leistungsvermögen bzw. der Stabilität der psychisch erkrankten Menschen; aber vielmehr wird sie durch die regionalen Gegebenheiten des Arbeitsmarktes sowie der vorherrschenden Rehabilitationslandschaft bestimmt. Hinzu kommen sozialrechtliche Barrieren, die eine Passung zwischen der beruflichen Teilhabemöglichkeit und den Voraussetzungen des Rehabilitanden erschweren. Die Mehrheit der in Deutschland vorgehaltenen Rehabilitationsangebote stehen (mehr oder weniger) in der Tradition First-train-then-place. Sie sind damit, entsprechend dem internationalen Forschungsstand, den Ansätzen von Supported Employment unterlegen (First-place-then-train).

In Deutschland steht zum einen ein **breites Spektrum von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** zur Verfügung und zum anderen existiert ein **umfassendes, sehr differenziertes System an Einrichtungen, Diensten und weiteren Angeboten zur beruflichen Rehabilitation** psychisch kranker Menschen. Dabei gibt es Einrichtungen, die speziell für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen konzipiert wurden. Dazu zählen insbesondere die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und die beruflichen Trainingszentren (BTZ). Andere Einrichtungen sind auch auf die Rehabilitation von Menschen mit Beeinträchtigungen körperlicher oder geistiger Verursachung ausgerichtet.

Den **Aspekt des Rehabilitationsprinzips** betreffend kommen in Deutschland bislang überwiegend arbeitsrehabilitative Programme, die nach dem Prinzip *First-train-then-place* ausgerichtet sind, zum Einsatz. Allerdings ist ein Trend dahin gehend erkennbar, dass in viele dieser Programme zunehmend Elemente von *Supported Employment* einfließen – oftmals kann man deshalb auch von „Mischformen“ zwischen vorbereitendem Training und SE sprechen. In solchen Mischformen findet sich trotz eines (kurzen) vorbereitenden Trainings eine deutliche Ausrichtung auf eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt – beispielsweise durch frühzeitige Praktika in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes, die von vornherein auf eine Festanstellung ausgerichtet sind (vgl. DGPPN 2013).

Die **Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** sind in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen des einzelnen Rehabilitanden wie folgt zu unterscheiden (BAR 2010):

- a) Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - Erhalt des Arbeitsplatzes (z. B. durch begleitende Hilfen, Arbeitsplatz erhaltendes *Case-Management*)
 - Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz (z. B. berufliche Anpassung, Weiterbildung)
 - Wiedereingliederung

- Eingliederung auf einem Arbeitsplatz, gegebenenfalls bei behinderungsgerechter Gestaltung des Arbeitsplatzes
- b) auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen)
 - die Aufnahme einer Beschäftigung
 - der Erhalt der Beschäftigung

Die **Kostenzuständigkeit für die verschiedenen rehabilitativen Leistungen** richtet sich nach den Spezialvorschriften, wie sie in den verschiedenen Teilen des Sozialgesetzbuchs niedergelegt sind; dementsprechend groß ist die Vielfalt der Finanzierungsträger. Diese Vielfalt wurde immer wieder kritisiert, da sie eine gegenseitige Verschiebung der Finanzierungslasten begünstigt (z. B. Weinmann und Gaebel 2005) und der Auffassung über ein grundsätzlich bestehendes Versorgungskontinuum aus Prävention, kurativer Behandlung und Rehabilitation entgegenwirkt (Stengler et al. 2014a).

Für schwer psychisch kranke Menschen kommen als Träger für Leistungen im Sinne der Rehabilitation insbesondere die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger und die Träger der Jugendhilfe in Betracht. Die Zuständigkeit hängt von verschiedenen Faktoren, insbesondere den Zielen und Inhalten der einzelnen Behandlung und den Anspruchsvoraussetzungen ab. Wichtige gesetzliche Grundlage bildet das **deutsche Sozialgesetzbuch (SGB)**, in dem u. a. wesentliche Bereiche im Rahmen der Behandlung, Rehabilitation und weiterer Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen geregelt sind.

Skizziert werden soll hier das **Neunte Buch (SGB IX)**, das die Vorschriften für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen enthält und dem Zweck dient, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Behinderte und für von Behinderung bedrohte Menschen zu unterstützen. Geregelt sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Rehabilitationsträger umfassen alle bisher benannten Träger, wie die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit oder die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Unter § 22 SGB IX sind beispielsweise auch die Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen festgehalten. In Teil 2 werden besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen beschrieben, die auch psychisch kranken Menschen Leistungen zur Teilhabe bieten können. Als schwerbehindert gelten Personen, bei denen längerfristige Funktionseinschränkungen bestehen und der Grad der Behinderung auf mindestens 50 % geschätzt wird. Eine Anerkennung der Schwerbehinderung erfolgt über das Versorgungsamt sowie über ein ärztliches Begutachtungsverfahren. Grundlage der Schweregradeinschätzung bei psychischen Erkrankungen ist das Ausmaß der sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Regelungen des Schwerbehindertenrechts umfassen z. B. besondere Bedingungen des Kündigungsschutzes, die Gewährung von Nachteilsausgleich in Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit (z. B. durch Zusatzurlaub), begleitende Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Integrationsprojekte zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und Integrationsfachdienste mit den Aufgaben von Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen. An anderer Stelle sind z. B. auch Pflichten der Arbeitgeber zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen beschrieben. Träger der Leistungen nach Teil 2 SGB IX sind die Integrationsämter. Zur Vertiefung hinsichtlich sozialrechtlicher Anspruchsgrundlagen sei auf die Arbeitshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010) verwiesen.

Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen im Wesentlichen Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung, Fort- und Ausbildung, Umschulung, Arbeits- und Berufsförderung auch im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen. Im Folgenden werden bedeutsame Einrichtungen/Angebote beruflicher Rehabilitation mit Relevanz für Menschen mit psychischer Erkrankung skizziert und Daten, insoweit vorliegend, zu den Teilnehmern aufgeführt. Die Daten wurden dabei überwiegend von den Internetseiten der jeweiligen Leistungsanbieter

gewonnen. Vergleiche hinsichtlich Güte und Qualität, v. a. bezogen auf Wiedereingliederungserfolge, mit den Ergebnissen aus wissenschaftlichen Studien, insbesondere mit einem randomisierten kontrollierten Design, wie sie in Kapitel 4 dargestellt wurden, können hiermit jedoch nicht vollzogen werden. Die Ordnung der einzelnen Angebote/Einrichtungen orientiert sich dabei am Leistungsvermögen bzw. der Stabilität der psychisch erkrankten Menschen (➔ Abb. 7).

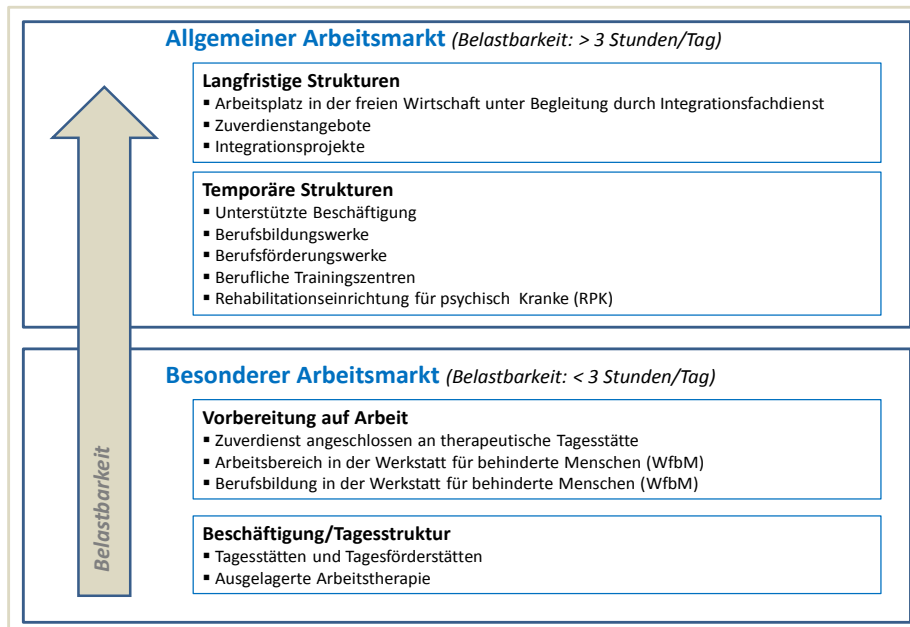


Abb. 7: Struktur von Angeboten beruflicher Teilhabe in Deutschland in Abhängigkeit von der Belastbarkeit der Rehabilitanden

5.1 Angebote auf dem besonderen Arbeitsmarkt

Arbeitstherapeutische Maßnahmen

Arbeitstherapeutische Maßnahmen stellen ein Kernkonzept der Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch Kranker dar. Vor allem in der stationär-psychiatrischen Behandlung ist Arbeitstherapie als Behandlungsform ein fester Bestandteil. Arbeitstherapie findet aber zunehmend auch in ambulanten Bereichen Anwendung. Ambulante Arbeitstherapie richtet sich an psychisch erkrankte Menschen, die (noch) gering belastbar sind und ist zumeist auf die Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten wie etwa Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltevermögen ausgerichtet. Die gemeinsame Grundlage verschiedener arbeitstherapeutischer Modelle ist die implizite Annahme, dass eine Nachbildung der Arbeitswelt durch Arbeitstherapie die Integration in diese langfristig fördert, da gerade die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten angesprochen werden (Reker 1999, Längle et al. 2000). Die kontrollierte Überprüfung der Effekte arbeitstherapeutischer Maßnahmen hat bisher kaum stattgefunden (vgl. DGPPN 2013). In einer randomisierten kontrollierten Studie aus Deutschland, in der arbeitstherapeutische Interventionen gegenüber Ergotherapie untersucht wurden, ließen sich kaum Effekte nachweisen (Längle et al. 2006); gleichfalls ließen sich durch die im stationären Kontext erfolgten arbeitsrehabilitativen Maßnahmen keine langfristigen Versorgungskosten senken (Salize et al. 2007).

Bei der Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie (Reker et al. 1998, Reker 1996) handelte es sich um eine umfassende, über drei Jahre laufende prospektive Untersuchung des Rehabilitationsverlaufs und der Rehabilitationsergebnisse von Teilnehmern dreier verschiedener arbeitsrehabilitativer Angebotstypen: ambulanter Arbeitstherapie, (teil-)beschützter Arbeitsplätze in Firmen für psychisch Kranke sowie Werkstätten für psychisch Behinderte. Die Ergebnisse sollen in Box 5 näher dargestellt werden.

Box 5: Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie

Die zwischen 1991 und 1996 durchgeführte Studie schloss mehrheitlich chronisch kranke Patienten (n=502), in der Mehrheit Patienten mit schizophrenen Störungen, ein. Die Autoren unterscheiden fünf Verlaufstypen der Rehabilitation, deren quantitative Verteilung über die verschiedenen Interventionstypen sie anschließend wiedergeben:

- 1) stabile Integration in den ersten Arbeitsmarkt
- 2) gescheiterte Versuche einer Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt, mehrfache Arbeitsplatzwechsel
- 3) Wechsel innerhalb des beschützten Arbeitsmarktes, aber keine Arbeitsversuche auf dem ersten Arbeitsmarkt
- 4) Verbleib am gleichen Arbeitsplatz
- 5) Wechsel in dauerhafte Beschäftigungslosigkeit

Die **Rehabilitationsverläufe** sind über alle Einrichtungstypen hinweg stark vom Verbleib am gleichen Arbeitsplatz und somit der Konstanz geprägt. Besonders trifft dies für die Werkstätten für behinderte Menschen zu: 82 % der zu Beginn des Untersuchungszeitraums in Werkstätten beschäftigten Patienten waren die gesamten drei Jahre über dort tätig. Bei den Beschäftigten in Arbeitstherapie war dieser Prozentsatz mit 23 % am geringsten. Dort ist insgesamt die meiste Dynamik zu erkennen: Innerhalb der Arbeitstherapie sind die fünf Verlaufstypen etwa gleichmäßig verteilt. Immerhin auch 21 % der ursprünglich in Arbeitstherapie befindlichen Patienten waren nach drei Jahren stabil in den ersten Arbeitsmarkt integriert – gegenüber 4 % der anfangs in Werkstätten Beschäftigten und 12 % der Beschäftigten in Firmen für psychisch Kranke. Der Arbeitstherapie kommt damit eine Start- und Verteilerfunktion innerhalb der Arbeitsrehabilitation zu: die Vorbereitung auf einen Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt, auf Supported-Employment-Programme oder den beschützten Arbeitsmarkt. Aus Mangel an Alternativen bleiben einige Patienten aber auch über Jahre in Arbeitstherapie (Reker und Eikermann 1997). Aufgrund der sehr verschiedenen Patienten in den drei Einrichtungstypen können die zum Teil erheblichen Unterschiede in den Verläufen nicht als Qualitätsunterschiede interpretiert werden (Reker et al. 1998).

Legt man das Erfolgskriterium der Arbeitsrehabilitation eng aus und betrachtet nur die zum Ende des Untersuchungszeitraums auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Beschäftigten, so sind mittels arbeitsrehabilitativer Maßnahmen zum Ende des Untersuchungszeitraums nur 11 % aller Untersuchten erfolgreich rehabilitiert. Bei Ausweitung auf das Kriterium, dass nach drei Jahren eine bezahlte Arbeitstätigkeit in einem beschützten oder teilbeschützten Rahmen vorliegt, ist die Rehabilitation bei immerhin 67 % der Teilnehmer erfolgreich verlaufen. Eine sehr wichtige Erkenntnis ist darin zu sehen, dass ein **möglichst früher Beginn arbeitsrehabilitativer Maßnahmen prädiktiv für deren Erfolg** ist (Reker et al. 1998). Wird das Erreichen oder Übertreffen der zu Beginn des Untersuchungszeitraums erhobenen subjektiven Zukunftserwartung als Erfolgskriterium herangezogen (Methode des *goal attainment*), so waren drei Viertel der Patienten erfolgreich rehabilitiert.

Allerdings wird Ergotherapie im Sinne von Arbeitstherapie in den Kliniken immer seltener angeboten, u. a. hängt dies auch mit der drastisch zurückgegangenen Verweildauer in den Kliniken zusammen. Mittlerweile haben sich viele niedergelassene Ergotherapeuten auf die Arbeit mit psychisch kranken Menschen – auch berufstätigen – eingestellt, z. T. unterstützen sie die Betroffenen auch am Arbeitsplatz. Allerdings seien die Verordnungen begrenzt (APK 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass trotz der großen Bedeutung arbeitstherapeutischer Maßnahmen im Praxisfeld ein Nachweis von Effektivität und Kostenwirksamkeit bisher kaum erfolgt ist.

Tagesstätten und Tagesförderstätten

Eine Alternative für Menschen mit Behinderung, auch schwerer psychischer Erkrankung, für die die Anforderungen selbst in einer Behindertenwerkstatt zu hoch sind, stehen auch Tagesstätten und Tagesförderstätten zur Verfügung. Die Anzahl entsprechender Plätze wird bundesweit auf 14.000 geschätzt (Doose 2012).

Tagesförderstätten sind oft einer WfbM angegliedert. Auf arbeitstherapeutischer Ebene werden einfache Arbeitsabläufe trainiert und manuelle Fertigkeiten gefördert. Soweit möglich, sollen betreute Personen auf eine Maßnahme im Berufsbildungsbereich vorbereitet werden, eventuell mit dem Ziel einer späteren Eingliederung und Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstätten. Organisatorisch und rechtlich sind Tagesförderstätten eigenständige Einrichtungen. Die in den Tagesförderstätten betreuten Personen haben formell keinen arbeitnehmerähnlichen Status. Sie sind nicht Beschäftigte der WfbM. Sie erhalten kein Arbeitsentgelt und unterliegen daher auch nicht der Sozialversicherungspflicht für Menschen mit Behinderung. Die für den Besuch der Tagesförderstätte entstehenden finanziellen Aufwendungen sind im Rahmen des bestehenden Anspruchs auf

Leistungen der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII) durch den überörtlichen oder örtlichen Sozialhilfeträger zu tragen.¹³

Tagesstätten sind teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung und bieten diesen v. a. Tagestruktur und soziale Teilhabe. Die gemeinsame Gestaltung des Alltags in der Tagesstätte und die vielfältigen Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote bieten die Möglichkeit, vorhandene Fähigkeiten zu erproben und zu erweitern.¹³

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) stellen im Spektrum aller beruflichen Rehabilitationseinrichtungen die niedrigsten Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitanden. Werkstätten sind gegliedert in einen **Berufsbildungsbereich**, der den Teilnehmern eine angemessene berufliche Bildung ermöglichen soll, sowie einen **Arbeitsbereich**, der im Anschluss an die Berufsbildung eine unbefristete Beschäftigung zu einem leistungsgemäßen Entgelt sichert. Die Entlohnung in den Werkstätten für Behinderte bewegt sich allerdings auf einem niedrigen Niveau (durchschnittlich 180 € pro Monat), so dass die Beschäftigten für ihren Lebensunterhalt auf weitere Sozialleistungen angewiesen sind. Zunehmend gibt es auch Werkstätten mit spezifischen Angeboten für psychisch kranke Menschen. Diese Spezialwerkstätten können hinsichtlich der Atmosphäre, der Arbeitsinhalte und auch der Entlohnung sehr viel günstigere Möglichkeiten bieten. Darüber hinaus hat der Besuch einer WfbM grundsätzlich den Vorteil, dass Kranken- und Rentenversicherungspflicht besteht. Die hierbei erarbeiteten Rentenansprüche orientieren sich nicht an den minimalen WfbM-Löhnen, sondern an einem Prozentsatz der bundesdeutschen Durchschnittslöhne.¹⁴ Zum Angebot an WfbM-Arbeitsplätzen gehören auch ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese werden zum Zwecke des Übergangs und als dauerhaft ausgelagerte Plätze angeboten. Seit dem Jahr 2004 gibt es basierend auf einem saarländischen Modellprojekt auch Virtuelle Werkstätten, die vollständig auf eigene Produktionsstätten verzichten und deren Mitarbeiter psychisch erkrankte Menschen stattdessen individuell auf Arbeitsplätzen des ersten Arbeitsmarktes platzieren und dort vor Ort unterstützen.

Zahlen und Fakten

684 Werkstattträger in ganz Deutschland sind freiwillig in der BAG WfbM organisiert. Das sind 94 Prozent aller deutschen Werkstätten für behinderte Menschen. Im Jahr 2013 boten Werkstätten an 2625 festen Standorten Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Zum Vergleich: 2525 Realschulen gab es im gleichen Zeitraum in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2013a). Zum 1.1.2014 waren in den Mitgliedseinrichtungen 303.443 Menschen mit Behinderung in den Werkstätten integriert: 31.357 Menschen im Berufsbildungsbereich, 256.449 Menschen im Arbeitsbereich sowie 15.637 Menschen im nicht sozialversicherten Förderbereich. Davon hatten 76,66 % der Menschen eine geistige Beeinträchtigung, 3,33 % eine körperliche Beeinträchtigung und **20,01 % eine psychische Erkrankung**. Der Anteil der dort beschäftigten Menschen mit psychischer Erkrankung schwankte zwischen den einzelnen Bundesländern von 12,54 % in Mecklenburg-Vorpommern bis 28,90 % in Hamburg; in Berlin waren es 21,5 %. Am 1.1.2010 betrug der Anteil derjenigen mit psychischer Erkrankung noch 18,51 % und am 1.1.2006 16,79 %. Es ist neben dem Anstieg des Anteils an Menschen mit psychischer Erkrankung ein genereller Anstieg an Einrichtungsplätzen zu verzeichnen.¹⁵

Zum Anstieg der Aufnahmen in WfbM trug insbesondere der massive Zuwachs der Abgänger aus den Förder- bzw. Sonderschulen als auch die Zunahme der Quereinsteiger (Personen, die nicht direkt nach der Schule, sondern erst nach einem Umweg in die Werkstatt kommen) bei. Knapp 41 % der in die WfbM aufgenommenen Personen kamen unmittelbar aus einer Schule für geistig behinderte Kinder. Die Quereinsteiger stellen seit längerer Zeit mehr als die Hälfte der Zugänge in WfbM dar und weisen überwiegend eine seelische Behinderung auf. Jedoch

¹³ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: www.barrierefrei-fuer-alle.de (Abruf: 27.1.2015)

¹⁴ www.psychiatrie.de/arbeit/werkstatt/ (Abruf: 16.1.2015)

¹⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V.: www.bagwfbm.de (Abruf: 23.1.2015)

geht man davon aus, dass der lediglich arbeitnehmerähnliche Status einer Werkstatt, das geringe Entgelt sowie die räumliche Nähe zu den dort Beschäftigten und als „geistig behindert“ klassifizierten Personen den Andrang psychisch kranker Menschen in die Werkstätten ausbremst. Das zeigen die hohen Fluktuationsraten gerade bei den seelisch behinderten Neuzugängen, die letztlich den Anteil der Beschäftigten mit psychischer Erkrankung im Arbeitsbereich wieder regulieren (Detmar et al. 2008).

Der Übergang in ein Arbeitsverhältnis des allgemeinen Arbeitsmarktes gelingt nur sehr wenigen Teilnehmern. Zwischen 2002 und 2006 gelang dies im Durchschnitt lediglich 0,11 % der in den Werkstätten Beschäftigten. Dabei überproportional vertreten waren Männer, Menschen mit seelischer und Lernbehinderung sowie Personen, die sich noch im Berufsbildungsbereich befanden. Bedeutsam für gelingende Übergänge haben sich ausgelagerte Berufsbildung, Betriebspraktika und ausgelagerte Einzelarbeitsplätze (nicht aber ausgelagerte Gruppenarbeitsplätze) erwiesen. 2006 boten 55 % der WfbM mindestens einen ausgelagerten Arbeitsplatz an; insgesamt waren mehr als 4600 Personen mit Werkstattstatus in herkömmlichen Betrieben tätig, das sind etwa 3 % der im Arbeitsbereich Beschäftigten (Detmar et al. 2008).

Zur Beschreibung der dort beschäftigten psychisch Kranken liegt eine ältere Untersuchung von Eikermann und Reker (1994) vor. Damals wurden 268 Patienten in verschiedenen Abteilungen für psychisch Behinderte der Werkstätten in Westfalen-Lippe befragt; diese Patientengruppe kann laut Autoren als repräsentativ für die Gesamtheit der dort Beschäftigten und zugleich als chronisch und schwer psychisch krank gelten. Mehr als die Hälfte der Befragten hatten eine schizophrene Psychose (55 %), die Erkrankung bestand sehr lange, im Mittel seit mehr als 13 Jahren, wobei ein Eintritt in die Werkstatt im Durchschnitt erst nach etwa 6,5 Jahren erfolgte. Selbstständig wohnend waren lediglich 17 % der Befragten, mehr als 95 % ledig bzw. getrennt oder geschieden. Auch im Rahmen dieser Untersuchung wurde deutlich, dass sich lediglich ein sehr kleiner Anteil der Befragten (2,3 %) nach einem Jahr auf dem ersten Arbeitsmarkt wiederfand. Zuvor äußerten immerhin 17 % der Befragten den Wunsch nach einer Beschäftigung oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Deutlich wurde in erster Linie eine „systematische Wanderung“ aus dem Arbeitstrainings- in den Arbeitsbereich der Werkstätten (Eikermann und Reker 1994).

Zuverdienstangebote

Zuverdienst ist ein Instrument zur Inklusion besonders zu unterstützender Menschen mit Behinderung in sinnvolle und bezahlte Arbeit. Das Besondere hierbei ist, dass der Zuverdienst flexibel gestaltet und so an die Möglichkeiten der Betroffenen angepasst werden kann. Der Zuverdienst bietet in der Regel Beschäftigungsmöglichkeiten von weniger als 15 Stunden wöchentlich an und ist deshalb für diejenigen Personen geeignet, die auf Grund ihrer Beeinträchtigung nur wenige Stunden am Tag bzw. in der Woche einer Arbeit nachgehen können.¹⁶ Beispielsweise können Erwerbsminderungsrenten sowie Grundsicherung nach SGB II und XII durch stundenweise Beschäftigung aufgestockt werden. Sie kann sowohl sozialversicherungspflichtig (Minijob) als auch sozialrechtlich organisiert sein. Zuverdienstangebote bestehen im Bereich der Integrationsunternehmen, daneben aber auch teilweise in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (beispielsweise in Tagesstätten) oder unter dem Dach von Vereinen. Sie bieten psychisch kranken Menschen geringfügige Teilzeitbeschäftigung bei zumeist frei vereinbarten Arbeitszeiten und unter Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle. Die konkreten Bedingungen der Beschäftigung leiten sich aus der Zielgruppe und den vorhandenen Strukturen des jeweiligen Anbieters ab. Insgesamt ist in der Bundesrepublik eine große Vielfalt der entsprechenden Angebote zu verzeichnen. Mit dem Eintritt in ein Zuverdienstprojekt begründet sich nicht immer ein Arbeitsvertrag entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zur geringfügigen Beschäftigung. Durchaus üblich ist auch ein Betreuungsvertrag mit entsprechenden Vereinbarungen zur Zahlung des Entgeltes, z. B. als „Aufwandsentschädigung“. Gemeinsam ist allen Zuverdienstprojekten, dass wirtschaftlich verwertbare Produkte

¹⁶ BAG Integrationsfirmen: www.freudenbergstiftung.de/files/dokumentation_fachtag_zv.pdf (Abruf: 28.1.2015)

oder Dienstleistungen hergestellt bzw. erbracht werden, dass mindestens die unmittelbaren Kosten der Produktion bzw. der Dienstleistung und relevante Anteile der Entlohnung der Mitarbeiter erwirtschaftet werden müssen, dass der Erwerbscharakter der Arbeit im Vordergrund steht und die Entlohnung der Mitarbeiter an die Arbeitsleistung gekoppelt ist (Ruffert 2008).

Zahlen und Fakten

2008 erarbeitete die BAG Integrationsfirmen eine von der Freudenberg Stiftung Weinheim geförderte Bestandsaufnahme zur Entwicklung niedrigschwelliger, stundenweiser Zuverdienstangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang wurde ein Erhebungsbogen an alle Integrationsprojekte sowie Adressaten des „Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.“, der „Aktion Psychisch Kranke“ sowie der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ versandt. 100 Bögen wurden ausgefüllt zurückgesandt; letztlich wurden Daten aus 82 dieser Bögen ausgewertet. Auf die Gesamtzahl von Zuverdienstprojekten kann man daraus nicht schließen, allerdings würden laut Autoren Menge und Verteilung der Rückläufe doch ein recht repräsentatives Bild der Gesamtsituation im Jahr 2008 geben.

In den befragten Zuverdienstprojekten waren zu diesem Zeitpunkt insgesamt 2343 behinderte Personen beschäftigt, wobei viele der Arbeitsplätze von mehreren Personen genutzt wurden. **39 % der dort Beschäftigten hatten eine psychische Erkrankung** und weitere **24 % eine Suchterkrankung**. 28 % der Zuverdienstangebote sind eigenständig; die Mehrheit ist Bestandteil eines anderen Versorgungsangebotes: 39 % in Integrationsprojekten, 4 % in Werkstätten für behinderte Menschen, 17 % in Tagesstätten, 5 % in Wohnangeboten und 7 % in sonstiger Anbindung (Gredig und Schwendy 2009).

5.2 Angebote auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)

In Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)¹⁷ wird eine integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation ausschließlich für psychisch kranke Menschen angeboten. Das Leistungsangebot zur beruflichen Rehabilitation umfasst zum Beispiel Berufsfindungsmaßnahmen, Arbeitserprobungen/Praktika, Arbeitstraining, berufliche Anpassungen im erlernten bzw. angelernten Berufsfeld oder Bewerbertraining. RPK's verfügen über die Möglichkeit, individuell auf den Ausbildungsstand und die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden zugeschnittene Maßnahmen anzubieten. Es werden in zahlreichen RPKs auch Angebote vorgehalten, die Merkmale von *Supported Employment* (☞ Kap. 4) enthalten. Die Rehabilitation in einer RPK kann maximal zwei Jahre dauern. Angebote können im Einzel- oder Gruppensetting, mit unterschiedlich intensiver therapeutischer Unterstützung, gelegentlich auch außerhalb der Einrichtung erbracht werden.

Zahlen und Fakten

Bundesweit existieren 52 RPKs, in denen insgesamt 1723 Plätze vorgehalten werden. Davon arbeiten 14 RPKs ausschließlich ganztägig ambulant, 8 RPKs nur stationär und 30 RPKs arbeiten stationär und ambulant. 1005 RPK-Plätze entfallen auf den stationären Bereich; dementsprechend stehen 718 Plätze für eine ambulante Rehabilitation bereit. Durchschnittlich verfügt eine RPK über 34 Plätze; die Größe variiert zwischen 10 und 106 Plätzen. Hinsichtlich Dichte und inhaltlicher Ausrichtung der Einrichtungen gibt es große regionale Unterschiede. Die Mehrzahl der RPKs liegt in Nordrhein-Westfalen und in Niedersachsen; in den ostdeutschen Bundesländern haben sich nur wenige RPKs, vor allem in Sachsen und Sachsen-Anhalt, etabliert (vgl. Stengler 2015).

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer bundesweiten Datenanalyse der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen aus dem Jahr 2013¹⁸ vorgestellt. Es werden hier die aktuellsten Daten vorgestellt, die im Internet auf der Seite der BAG RPK zu finden sind; auch in Stengler et al. (2015) wird auf diese

¹⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen: www.bagrpk.de/ (Abruf: 13.1.2015)

¹⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen: www.bagrpk.de/jahresberichte.html (Abruf: 13.1.2015)

Seite verwiesen. Der Datenpool stützt sich auf 1150 Teilnehmer bei einem Rücklauf der versandten Dokumentationsunterlagen von 40–54 %.

60 % (n=660) der Rehabilitanden waren männlich. Das Durchschnittsalter bei Eintritt in die Maßnahme betrug 31 Jahre. Hinsichtlich der Bildung zeigte sich folgende Verteilung: Realschulabschluss 43 %, Hauptschulabschluss 26 %, (Fach-)Abitur 24 %, ohne Abschluss/Förderschule 7 %. 48 % der Teilnehmer hatten im Vorfeld eine Lehre oder ähnliches abgeschlossen, 40 % waren ohne Ausbildung, 5 % besuchten die Fachschule und 6 % eine Hoch- oder Fachhochschule. 1 % besuchte gegenwärtig die Schule oder war als Student eingeschrieben. Die Dauer der sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten schwankte zwischen bis zu einem Jahr (30 %), bis zu 5 Jahren (25 %), bis zu 10 Jahren (13 %) und länger als 10 Jahre (7 %). 22 % der Teilnehmer gab an, noch nie berufstätig gewesen zu sein. Für die Mehrheit der Teilnehmer lag die letzte berufliche Tätigkeit bis zu einem Jahr vor Aufnahme zurück (29 %) bzw. bis 5 Jahre vor Aufnahme zurück (37 %).

Hinsichtlich der Diagnosen zeigte sich folgende Verteilung:

- schizophrene und schizotype Störungen: 30 %
- affektive Störungen: 36 %
- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: 12 %
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: 14 %
- andere psychische Erkrankung: 6 %

Die Komorbiditätsraten waren mit 70 % sehr hoch. Dabei dominierten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (20 %), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (15 %), affektive Störungen (13 %) sowie Suchterkrankungen (11 %).

Zuweiser für RPK-Maßnahmen waren im Wesentlichen psychiatrische Kliniken und Institutsambulanzen (knapp 50 %) sowie Rehabilitationsträger (25 %). Eine Subgruppe von lediglich 36,7 % (n=422) der Teilnehmer nahmen nach medizinischen RPK-Maßnahmen an beruflichen RPK-Maßnahmen (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: LTA) teil, wovon 293 Teilnehmer diese Maßnahmen planmäßig und 129 die LTA vorzeitig beendeten. Aus den Daten ließ sich nicht ermitteln, welche konkreten Einflussfaktoren, die im Einzelfall LTA-Maßnahmen in den RPKs möglich gemacht oder verhindert haben, vorlagen. Nach Abschluss der beruflichen RPK-Maßnahme war ein Anteil von 31 % der Rehabilitanden erwerbstätig, 24 % waren in Ausbildung und Umschulung, d. h. ein Anteil von 55 % der Teilnehmer war auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig bzw. in Bildungsmaßnahmen (➔ Tab. 3).

Die Heterogenität der Teilnehmer hinsichtlich soziodemographischer, klinischer und arbeitsbezogener Aspekte ist sehr groß. Es gibt laut Autoren des Jahresberichts nicht den typischen Rehabilitationsteilnehmer einer RPK. Es lässt sich im Verlaufe der Jahre ein deutlicher Diagnose-Shift beobachten, der sich in einem Rückgang von Teilnehmern mit einer psychotischen Erkrankung hin zu einer Zunahme von Teilnehmern mit affektiven Störungen äußert. Die Teilnehmer unterscheiden sich zudem beträchtlich im Ausmaß ihrer Teilhabebeeinträchtigung.

Tab. 3: Erwerbs- und Ausbildungssituation der Teilnehmer der RPKs im Jahre 2013¹

	Aufnahmezeitpunkt n=1087	Nach planmäßig beendeter medizinischer Reha-Phase n=637	Nach planmäßig beendeter beruflicher Reha-Phase n=293	Nach einem Jahr mit planmäßig beendeten Maßnahmen n=275
Arbeitslos/arbeitssuchend	33 %	14 %	28 %	17 %
Dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehend	50 %	14 %	7 %	17 %
Allgemeiner Arbeitsmarkt	10 %	9 %	31 %	26 %
Ausbildung, Umschulung	2 %	5 %	24 %	14 %
Schule, Studium, freiwillige Dienste	2 %	2 %	2 %	3 %
Berufsfördernde Maßnahme	2 %	9 %	5 %	8 %
Wartet auf berufliche Maßnahme	–	5 %	1 %	2 %
LTA-Phase in einer RPK	–	31 %	–	–
WfbM	1 %	11 %	2 %	13 %

¹: Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen: www.bagrpk.de/jahresberichte.html (Abruf: 13.1.2015)

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Behinderungen nach § 35 SGB IX. Aufgenommen werden sowohl Menschen, die noch im Arbeitsleben stehen, bei denen aber aufgrund der psychischen Probleme der Arbeitsplatz gefährdet ist, als auch Menschen ohne Arbeit, die nur mit Hilfe einer beruflichen und psychosozialen Förderung wieder eingegliedert werden können. Eine Belastbarkeit von mindestens vier Stunden pro Tag ist Voraussetzung für eine Aufnahme in ein BTZ. Die psychopathologische Symptomatik muss weitgehend bis vollständig abgeklungen oder kompensiert sein (Hallwachs 2003).

Berufliche Trainingszentren bedienen sich einer Vielfalt von Methoden und Förderangeboten, um die für eine (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt notwendigen fachlichen und sozialen Kompetenzen bei den Teilnehmern zu fördern. Dazu begleiten Berufsfachkräfte, Psychologen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten in einem interdisziplinären Team die Teilnehmer bis zur Integration in eine Beschäftigung. Das Leistungsspektrum lässt sich dabei grob in berufliche Trainings (Anpassungsmaßnahmen), Vorbereitungsmaßnahmen auf Ausbildung oder Umschulung und Assessment-Maßnahmen (u. a. Berufsfindung/Arbeitserprobung) gliedern. Es kommen in den Maßnahmen sehr häufig betriebliche Praktika zur Anwendung. Zahlreiche Berufliche Trainingszentren haben in ihrem Angebotspektrum Maßnahmen, die Elemente von *Supported Employment* enthalten. Ein Beispiel ist das an vier BTZ-Standorten angebotene Programm „Modulare Vermittlung“ (MOVE)¹⁹, bei dem sich an ein kurzes, vierwöchiges Training im BTZ mit dem Ziel einer festen Anstellung ein zweimonatiges gecoachtes Training in einem Betrieb des ersten Arbeitsmarktes anschließt und nach erfolgter Platzierung auch Nachbetreuung am Arbeitsplatz gewährleistet wird.

Zahlen und Fakten

In Deutschland gibt es 24 Berufliche Trainingszentren, die in der Regel über 50 bis 90 Plätze verfügen und in einer bundesweiten Arbeitsgemeinschaft (BAG BTZ) zusammengeschlossen sind. Diese führt eine regelmäßige Evaluation und Dokumentation der Maßnahmen durch. Die Teilnehmer werden bundesweit zu Beginn, zum Ende

¹⁹ Z. B.: www.btz-bremen.de/angebote/move.php (Abruf: 8.2.2015)

sowie sechs und zwölf Monate nach dem Training zu den erreichten Trainingszielen, ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer Zufriedenheit befragt.²⁰

Im **Jahre 2011** haben insgesamt 1641 Rehabilitanden unterschiedliche berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in den Beruflichen Trainingszentren abgeschlossen. Das Leistungsspektrum umfasste:

- Anpassungsqualifizierungen (berufliche Trainings) (61,6 %)
- berufliche Vorbereitung auf Ausbildung oder Umschulung (22,5 %)
- Assessment-Maßnahmen (15,9 %)

Etwa die Hälfte der Absolventen waren Männer (51,5 %). Im Durchschnitt waren die Teilnehmer 35,4 Jahre alt. Die Mehrheit war zwischen 25 und 50 Jahre alt; 16,5 % waren jünger als 25 Jahre und 7,5 % der Teilnehmenden waren älter als 50 Jahre. Hinsichtlich der Schulabschlüsse setzten sich die Teilnehmer wie folgt zusammen: 3,5 % der Teilnehmenden ohne Schulabschluss bzw. mit Sonderschulabschluss, 24,9 % mit Hauptschulabschluss, 41,7 % mit Realschulabschluss und 29,4 % mit Fachhochschul- oder Hochschulreife. 0,5 % erwarben einen anderen (z. B. ausländischen) Abschluss. 71,4 % der Teilnehmenden hatten vor dem Training eine Ausbildung oder ein Studium erfolgreich abgeschlossen.

Hinsichtlich der Diagnosen zeigte sich folgende Verteilung:

- schizophrene und schizotype Störungen: 16,8 %
- affektive Störungen: 34,6 %
- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: 19,1 %
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: 21,1 %
- andere psychische Erkrankungen: 8,3 %

Bezüglich der Schwere lassen sich folgende Aussagen machen: In (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung befanden sich im Jahr vor der Aufnahme 54,7 %, in psychosomatischer Vorbehandlung 33,6 %; 67,0 % waren zu Maßnahmebeginn in fachärztlicher Behandlung (Mehrfachnennungen). 25,9 % der Beender in 2011 gaben an, vor dem Training einen oder mehrere Suizidversuche unternommen zu haben.

Tabelle 4 zeigt die berufliche Situation der Beender der Anpassungsqualifizierungen, die am Ende des Trainings eine direkte Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstrebten (Absolventen mit dem Integrationsziel direkter Arbeitsaufnahme) vor dem Training, zum Ende und sechs Monate nach dem Training. Dargestellt wird demnach eine Subgruppe der Teilnehmer.

Tab. 4: Berufliche Situation der Absolventen mit dem Integrationsziel direkter Arbeitsaufnahme vor dem Training (Beender der Anpassungsqualifizierung), zum Ende und sechs Monate nach dem Training¹

	Vor Training	Ende des Trainings	6 Monate nach dem Training
Arbeitslos/arbeitssuchend	64,7 %	45,6 %	26,8 %
Arbeitsunfähig/krank	25,2 %	0,7 %	5,1 %
Erster Arbeitsmarkt	5,3 %	51,1 %	59,8 %
Ausbildung, Umschulung, Teilqualifizierung	–	1,3 %	4,4 %
Andere berufliche Reha-Maßnahme	2,3 %	0,9 %	2,2 %
Erwerbsgemindert und/oder Rentenbezug	2,1 %	0,2 %	1,8 %
WfbM	0,2 %	0,2 %	0,0 %
Sonstiges	0,2 %	–	–

¹: Quelle: BAG BTZ. Ergebnisse des Beenderjahrganges 2011 (http://btz-hamburg.de/fileadmin/redakteure/Dokumente/Service/Info-Material/Ergebnisse_des_Beenderjahrgangs_2011.pdf, Abruf: 15.1.2015)

²⁰ Berufliches Trainingszentrum: http://btzhamburg.de/fileadmin/redakteure/Dokumente/Service/Info-Material/Ergebnisse_des_Beenderjahrgangs_2011.pdf (Abruf: 15.1.2015)

Am Ende der Maßnahme beschreiben die Teilnehmenden Verbesserungen der gesundheitlichen Verfassung (71,2 %), im Umgang mit der psychischen Vorerkrankung im Kontext Arbeit und der psychosozialen Situation, u. a. im Bereich der beruflichen (68,7 %) und der sozialen Fähigkeiten wie im Umgang mit Vorgesetzten (54,1 %) und Kolleginnen und Kollegen (61,1 %) oder bezüglich ihres gesteigerten Selbstvertrauens (70,3 %).

Berufsförderungswerke (BFW)

Berufsförderungswerke (BFW)²¹ sind auf die besonderen Belange gesundheitlich eingeschränkter Menschen eingerichtete Bildungsunternehmen, deren Fokus auf der Umschulung und Fortbildung von Menschen mit abgeschlossener Erstausbildung und Berufserfahrung liegt. Es wird mit einer achtstündigen Belastbarkeit zu Maßnahmebeginn von den Teilnehmern mehr gefordert als in einem BTZ oder einer RPK. Einige BFW halten spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen vor. Das Angebotsspektrum von Berufsförderungswerken umfasst Lehrgänge, die anerkannten Ausbildungsberufen entsprechen, Fortbildungslehrgänge und Leistungen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung. In einigen Einrichtungen werden auch Rehabilitations-Vorbereitungslehrgänge (RVL) angeboten. Seit 2007 gibt es in allen Berufsförderungswerken Nachbetreuungsangebote (*JobTrains*) für Teilnehmer, die nach Ende der Qualifizierung noch keinen Arbeitsplatz gefunden haben. Berufsförderungswerke sind überwiegend im ländlichen oder kleinstädtischen Bereich angesiedelt. Einrichtungen, die auf die Zielgruppe psychisch Kranker ausgerichtet sind, gibt es in jedem Bundesland.

Zahlen und Fakten

Die 28 BFWs an etwa 100 Standorten bundesweit halten über 250 verschiedene Qualifizierungsangebote bereit. Dabei stehen insgesamt rund 1200 Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Die Deutschen Berufsförderungswerke führen seit 1980 Nachbefragungen durch, um zu ermitteln, wie viele Teilnehmer nach Abschluss der Qualifizierung wieder erwerbstätig geworden sind. In der Zwei-Jahresbefragung aus dem Jahre 2012²² wurden 4309 ehemalige Rehabilitanden angeschrieben, die ihre Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2009 beendet haben. 2797 Absolventen, d. h. fast 65 % haben auswertbare Fragebogen zurückgeschickt. Auf Basis dieser Daten waren 71 % zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig. 82 % der Absolventen hatten im Laufe von zwei Jahren nach Abschluss der Qualifizierung eine Beschäftigung gefunden, davon waren über 74 % ausbildungsgemäß beschäftigt. Über 85 % davon hatten eine Vollzeitbeschäftigung, über 41 % der Absolventen ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Immerhin 77 % der Absolventen waren vor der beruflichen Rehabilitation erwerbslos, 42 % länger als ein Jahr. Allerdings lässt sich hieraus nicht der Anteil derjenigen mit einer psychischen Erkrankung ermitteln.

Zum 15.10.2000 gab es im BFW Heidelberg, eine der größten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Erwachsener mit über 2000 Ausbildungsplätzen, 2551 Ausbildungsteilnehmer. Davon nahmen 77,3 % an einer Ausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation teil. Das Durchschnittsalter bei den Rehabilitanden lag bei 32,8 Jahren. Der Anteil Männer zu Frauen betrug im Jahr 2000 4:1. Bei den Kostenträgern standen mit rund 43 % die Bundesanstalt für Arbeit an erster, die Rentenversicherungsträger mit ca. 25 % an zweiter und mit ca. 6 % die Berufsgenossenschaften an dritter Stelle. Der Anteil an Auszubildenden mit psychischen Erkrankungen lag 2000 bei 18 %; hier wird von einer Steigerung gegenüber den Vorjahren berichtet (Tews 2003).

Berufsbildungswerke (BBW)

Berufsbildungswerke (BBW) sind auf die Erstausbildung und Berufsvorbereitung beeinträchtigter junger Menschen ausgerichtet, wobei ein Großteil der bundesweit 52 Häuser (auch) Menschen mit psychischen

²¹ Berufsförderungswerke: www.bv-bfw.de/alltags-sprache/startseite.html (Abruf: 16.1.2015)

²² www.was-zaehlt-ist-die-einstellung.de/wzide/upload/medien/bfw/Erfolgsgeschichten_2012_Einzelseiten.pdf (Abruf: 17.2.2015)

Erkrankungen aufnimmt. Insgesamt ist von 14.000 Ausbildungsplätzen auszugehen. Berufsbildungswerke bieten auch Arbeitserprobungen und Eignungsabklärungen an, um für Jugendliche den passenden Beruf zu finden.

Zahlen und Fakten

Die Teilnehmereingangserhebung²³ aus dem Herbst 2012, die in Verantwortung der Geschäftsstelle der BAG BBW e.V. durchgeführt wurde, kann auf eine Rücklaufquote bei den Auszubildenden von 86,4 % und bei den Teilnehmenden an den Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (BvB) von 79,2 % zurückgreifen. Dabei wurden soziodemographische und gesundheitliche Eingangsvoraussetzungen der Teilnehmer aus 48 Berufsbildungswerken erhoben. Die größte Gruppe unter den neuen Auszubildenden bildeten 2012 psychisch beeinträchtigte Rehabilitanden. Hier ist laut Autoren eine auffallende Trendwende zuungunsten der Gruppe der Menschen mit einer Lernbehinderung zu verzeichnen. Bei den BvB-Teilnehmenden bildeten psychisch kranke Menschen mit 56,9 % erstmals die stärkste Gruppe gefolgt von den BvB-Teilnehmenden mit einer Beeinträchtigung im Bereich Lernen (55,2 %); 2004 waren es noch 41,3 %. Bei den Ausbildungsanfängern war der Anteil der psychisch kranken jungen Menschen mit insgesamt 55,8 % in noch stärkerem Maß angestiegen.

Hinsichtlich der Diagnosen zeigte sich folgende Verteilung (Ausbildungsanfänger):

- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: 19,2 %
- Verhaltensstörungen: 13,3 %
- Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom (AD(H)S): 14,9 %
- Persönlichkeitsstörungen: 8,3 %
- Autismus: 7,4 %
- Psychosen: 5,1 %
- Suchterkrankungen: 3,1 %
- Essstörungen: 1,0 %
- andere psychische Erkrankungen: 6,3 %

Die Diagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen hätten in den letzten Jahren besonders rasant zugenommen und würden inzwischen die deutlich stärkste Gruppe innerhalb der psychischen Erkrankungen darstellen. Eine Zunahme sei ebenfalls unter Teilnehmern mit einem AD(H)S (von 5,2 % im Jahr 2004 auf 14,9 %) sowie mit einer autistischen Störung (< 1 % im Jahr 2004 auf 7,4 %) zu verzeichnen. Das Durchschnittsalter dieser Jugendlichen lag bei Eintritt bei 20 Jahren, wobei diejenigen mit einer psychotischen Störung, Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung etwas älter waren (durchschnittlich 21,9–22,8 Jahre).

In den Jahren 2011–2012 haben von 9156 Auszubildenden 8309 Auszubildende (90,7 %) die Abschlussprüfung vor der Industrie- und Handelskammer, der Handwerkskammer oder sonstigen Prüfungsinstitutionen erfolgreich bestanden. Die seit 1995 in der Statistik der BAG BBW erfassten Vermittlungsergebnisse aller Berufsbildungswerke verweisen auf Vermittlungsergebnisse von 52,4 % (minimaler Wert) bis zu 73,6 % im Jahr 2000 (maximaler Wert). Über einen Zeitraum von 14 Jahren ergibt sich ein Vermittlungserfolg von durchschnittlich 62,3 %. Allerdings beziehen sich diese Zahlen auf alle befragten Absolventen unabhängig vom Behinderungsgrund.²⁴

Unterstützte Beschäftigung

Mit dem Ziel einer stärkeren Umsetzung des Ansatzes *First-place-then-train* wurde Anfang 2009 die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ (UB) im § 38a des SGB IX gesetzlich verankert. Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung jenseits der Werkstatt für behinderte Menschen zu ermöglichen und zu erhalten. UB umfasst in der ersten Phase eine individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) und bei Bedarf

²³ Berufsbildungswerke: www.bagbbw.de/w/files/statistiken/tee_2012_bericht.pdf (Abruf: 16.1.2015)

²⁴ Berufsbildungswerke: www.bagbbw.de/inklusion-in-den-arbeitsmarkt/evaluation/verbleibserhebung/ (Abruf: 16.1.2015)

in der zweiten Phase Berufsbegleitung. Die individuelle betriebliche Qualifizierung wird in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes durchgeführt. Sie dient der Erprobung geeigneter betrieblicher Tätigkeiten sowie der Unterstützung bei der Einarbeitung und Qualifizierung auf dem betrieblichen Arbeitsplatz. Die Maßnahme wird vom zuständigen Rehabilitationsträger für bis zu zwei Jahren erbracht, kann aber unter bestimmten Bedingungen um weitere zwölf Monate verlängert werden. Leistungen der Berufsbegleitung nach § 38a Abs. 3 SGB IX kommen im Anschluss an die Begründung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses zur Anwendung, wenn und solange zu dessen Stabilisierung Unterstützung und gegebenenfalls auch Krisenintervention erforderlich ist. Bei Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers wird die Berufsbegleitung von diesem erbracht, anderenfalls vom Integrationsamt bzw. von Integrationsfachdiensten. UB ist budgetfähig (Persönliches Budget nach § 17 SGB IX).

Zahlen und Fakten

Die BAG UB hat für das Jahr 2013 eine bundesweite Umfrage durchgeführt²⁵. An dieser haben sich 101 UB-Leistungserbringer aus allen Bundesländern beteiligt. Erfasst wurden damit insgesamt 1.407 Teilnehmende (von ca. 6500 UB-Plätzen im Januar 2012). Die individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) nach § 38a Abs. 2 SGB IX stand im Vordergrund der Beauftragungen. Erwartungsgemäß war die Bundesagentur für Arbeit Hauptleistungsträger, gefolgt durch die Integrationsämter und die Rentenversicherung.

Der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen stieg von 11,3 % im Jahr 2009 auf 18,5 % im Jahr 2013 kontinuierlich an. Insgesamt war der Anteil von männlichen (63,6 %) gegenüber weiblichen Teilnehmenden höher. 62 % der Teilnehmer waren zwischen 18 und 24 Jahre und 28 % zwischen 25 und 40 Jahre alt. Knapp 69 % der Teilnehmer haben die InbeQ im Jahr 2013 regulär beendet. 2013 konnten 40 % der Teilnehmer in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vermittelt werden, wobei Integrationsprojekte nach § 132 SGB IX eine untergeordnete Rolle spielten. Außerdem wurden 3,6 % der Teilnehmer in eine Ausbildung, d. h. formal höhere Qualifikation, vermittelt, davon 64 % in eine betriebliche Ausbildung. Das bedeutet, dass insgesamt 42,3 % der Teilnehmer auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (inkl. betriebliche Ausbildung) platziert wurden. Die Vermittlungszahl war höher, wenn die „vorzeitigen Abbrecher/innen“ (z. B. krankheitsbedingt, Umzug) abgezogen wurden. Die Vermittlungszahl, bezogen ausschließlich auf jene Teilnehmer, die InbeQ „regulär beendeten“, betrug 61,5 % (inkl. betriebliche Ausbildung). Der Anteil der Übergänge von InbeQ in WfbM als persönliche (derzeitige) berufliche Perspektive lag bei 18 %. 25 % der TN waren nach Abschluss der UB arbeitslos.

Integrationsprojekte

Bei den Integrationsprojekten (auch Integrationsfirmen)²⁶ nach SGB IX handelt es sich um ein Instrument zur dauerhaften beruflichen Eingliederung schwerbehinderter Menschen. Ursprünglich wurden die Integrationsprojekte für psychisch kranke und behinderte Menschen geschaffen; zwischenzeitlich existieren auch Integrationsprojekte für körperbehinderte, lern-, geistig behinderte Menschen sowie für Menschen mit anderen Behinderungen. Es sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe oder Abteilungen, die schwerbehinderten Menschen Arbeitsplätze und arbeitsbegleitende Betreuung bieten, deren Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt. Weitere Zielgruppen sind Abgänger von Förderschulen sowie Frauen und Männer, die bisher in einer Werkstatt für behinderte Menschen gearbeitet haben. Der Anteil schwerbehinderter Mitarbeiter liegt in Integrationsfirmen zwischen 25 % und 50 % und ist damit sehr viel höher als in anderen Unternehmen. Integrationsfirmen bieten Arbeitsplätze mit tariflicher oder ortsüblicher Bezahlung, arbeitsbegleitende Betreuung und nach Bedarf berufliche Qualifizierungsmaßnahmen. Manche Firmen unterstützen bei der Vermittlung in eine andere Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Neben regulären Arbeitsplätzen bieten einige Integrationsfirmen auch

²⁵ BAG UB: www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/1-News-Seiten/1-Reha_und_Teilhabe/downloads/Auswertung_BAG_UB_Bundesweite_Umfrage_UB_2013.pdf (Abruf: 5.2.2015)

²⁶ www.bag-integrationsfirmen.de/ (Abruf: 27.1.2015)

geringfügige Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst an. Obwohl Integrationsprojekte rein rechtlich dem ersten Arbeitsmarkt zuzurechnen sind, stehen sie de facto im Übergangsfeld zwischen den beschützenden Werkstätten für behinderte Menschen und dem ersten Arbeitsmarkt. Sie können für Patienten nach dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung eine sinnvolle Station zur Vorbereitung auf den ersten Arbeitsmarkt sein oder aber längerfristige bzw. dauerhafte Beschäftigung bieten.

Zahlen und Fakten

Seit 2008 steigt die Zahl der Integrationsprojekte stetig an. Waren es 2008 noch 508 Projekte, existierten 2013 bereits 799 bundesweit geförderte Integrationsprojekte; allein 58 Projekte kamen 2013 neu hinzu. Die Anzahl der in den Integrationsprojekten beschäftigten schwerbehinderten Menschen betrug 10.548. Der Anteil der **seelisch behinderten Beschäftigten** in den Integrationsprojekten lag 2013 bei 28 % und der der geistig behinderten Beschäftigten bei 22 %.²⁷

Ein Beispiel dafür sind die CAP-Märkte („CAP ...der Lebensmittelpunkt“), zentrumsnahe Lebensmittelmärkte, die geeignete Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung außerhalb einer beschützten Werkstatt darstellen. Inzwischen gibt es über 90 CAP-Märkte im Bundesgebiet, in denen rund 1300 Mitarbeiter – davon über 700 Mitarbeiter mit Behinderung – tätig sind. Die CAP-Märkte sind in unterschiedlicher Trägerschaft und können als WfbM-Abteilung, als Integrationsbetrieb oder als Kombination aus beidem betrieben werden. Schulungen sowie Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter mit Behinderung werden von der CAP-Kooperation vermittelt. Diese bereitet auch das Fachpersonal auf den Umgang mit den behinderten Beschäftigten vor.²⁸

Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste²⁹ (IFD) sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter und behinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Begriff, Aufgaben, Beauftragung und Finanzierung sind durch das SGB IX (§§ 102 und 109 ff.) sowie die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (§§ 27a und 28 SchwbAV) geregelt. Neben der Unterstützung der Integrationsämter werden die IFDs auch im Auftrag der Rehabilitationsträger und der Träger der Arbeitsvermittlung, insbesondere der Agenturen für Arbeit, tätig, um besonders betroffene schwerbehinderte Menschen in Arbeit zu vermitteln. Die IFDs stellen damit ein gemeinsames Dienstleistungsangebot von mehreren gesetzlichen Leistungsträgern für schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgeber dar. Insbesondere bei Menschen, die behindert, aber nicht schwerbehindert sind, sind die Rehabilitationsträger Auftraggeber der IFDs.

Zielgruppen der Integrationsfachdienste sind insbesondere:

- schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung
- Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können
- schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind

Von einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung ist insbesondere bei Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung, aber auch solchen mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung auszugehen. Die Unterstützung bei diesen Zielgruppen ist auch dann erforderlich, wenn weitere besondere vermittlungshemmende Umstände vorliegen, zum Beispiel Langzeitarbeitslosigkeit, höheres Lebensalter, unzureichende Qualifikation oder Leistungsminderung.

Zu den **Aufgaben der Integrationsfachdienste** gehören zunächst generell die Beratung und Unterstützung der Betroffenen selbst sowie die Information und Hilfestellung für Arbeitgeber bei den unterschiedlichsten

²⁷ www.integrationsaemter.de/BIH-Jahresbericht/459c/index.html (Abruf: 27.1.2015)

²⁸ www.rehadat.info/export/sites/einstieg/downloads/VerzIntFirmen.pdf (Abruf: 28.1.2015)

²⁹ www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Integrationsfachdienst (Abruf: 28.1.2015)

Problemsituationen bei der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. Die IFDs werden an den Aufgaben der gesetzlichen Leistungsträger, von denen sie beauftragt werden, beteiligt. Die Verantwortung für die gesamte Aufgabenerledigung bleibt damit beim jeweiligen Auftraggeber. Im Einzelnen hat der IFD die Aufgaben,

- die Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen zu bewerten und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zu erarbeiten
- die Bundesagentur für Arbeit auf deren Anforderung bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen zu unterstützen
- die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher zu begleiten
- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu akquirieren und zu vermitteln
- die schwerbehinderten Menschen auf die vorgesehenen Arbeitsplätze vorzubereiten
- die schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz – soweit erforderlich – begleitend zu betreuen
- die Vorgesetzten und Kollegen im Arbeitsplatzumfeld zu informieren
- für eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung zu sorgen
- als Ansprechpartner für die Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen

Neben der Sicherung bestehender Beschäftigungsverhältnisse werden weitere wichtige Aufgabenschwerpunkte in der Begleitung behinderter Menschen auf ihrem Weg von der Schule in den Beruf bzw. aus der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gesehen.

Zahlen und Fakten

Integrationsfachdienste sind im gesamten Bundesgebiet eingerichtet, so dass in jedem Bezirk einer Agentur für Arbeit mindestens ein solcher Dienst vorhanden ist. Im Jahr 2013 wurden von den 206 IFDs insgesamt knapp 69.000 Klienten betreut, davon **27,7 % (n=19.020) mit einer seelischen Behinderung**. Im Auftrag der beteiligten Integrationsämter haben die IFDs 2013 insgesamt 10.654 schwerbehinderte Schülerinnen und Schüler auf den Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet bzw. diesen Übergang personenzentriert begleitet. Seit 2005 ist der Anteil der IFD-Klienten im Aufgabenbereich „Übergang Schule-Beruf“ von 1,8 % auf 15,5 % im Berichtsjahr 2013 gewachsen. Der Anteil derer, die erfolgreich aus einer beschützten Werkstatt auf den freien Arbeitsmarkt gewechselt sind, stieg von 1,7 % im Jahr 2005 auf 2,9 % im Jahr 2013. Die Zahl der bereits auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigten Klienten ist auf 61,8 % gestiegen. Der Anteil der schwerbehinderten Arbeitslosen ist dagegen gesunken: von 42,5 % im Jahr 2010 auf 19,8 % im Jahr 2013.³⁰

5.3 Zusammenfassung

Tabelle 5 gibt eine Zusammenfassung der im Text zitierten Zahlen über vorgehaltene Plätze beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten und gegebenenfalls eine Schätzung über die Anteile von Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung in den jeweiligen Einrichtungen bzw. Angeboten. Einige der Angaben beziehen sich auf ältere bzw. regionale Erhebungen. Die Daten wurden dabei überwiegend von den Internetseiten der jeweiligen Leistungsanbieter gewonnen. Vergleiche hinsichtlich Güte und Qualität, v. a. bezogen auf Wiedereingliederungserfolge, mit den Ergebnissen aus wissenschaftlichen Studien, insbesondere mit einem randomisierten kontrollierten Design, wie sie in Kapitel 4 dargestellt wurden, können hiermit nicht vollzogen werden.

Hinweise auf die **Schwere der Erkrankung** der Rehabilitanden lassen sich vereinzelt finden. Für die RPKs werden ein Anteil von 30 % mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und hohe Komorbiditätsraten berichtet, allerdings gingen die Teilnehmerraten derjenigen mit psychotischer Erkrankung zurück, dafür nahmen

³⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Jahresbericht 2013/2014: www.integrationsaemter.de/publikationen (Abruf: 5.2.2015)

Rehabilitanden mit affektiven Störungen zu. Auch unter den Teilnehmern der BTZs ist von einer beträchtlichen Krankheitschwere auszugehen. 17 % hätten eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, 35 % eine affektive Störung, 19 % eine neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung und 21 % eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. Bei den Berufsbildungswerken ist die Teilnehmerzahl derjenigen mit einer Psychose von 5 % vergleichsweise gering. Es dominieren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (19 %), AD(H)S (15 %) sowie Verhaltensstörungen (13 %). Teilnehmer mit Erkrankungen aus den beiden ersten Bereichen sowie Teilnehmer mit einer autistischen Störung (7 %) hätten in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Generell steigende Zahlen hinsichtlich des Anteils von Rehabilitanden mit einer psychischen Erkrankung werden v. a. aus den Berufsbildungswerken, den WfbMs sowie aus Angeboten Unterstützter Beschäftigung berichtet. **Es kann davon ausgegangen werden, dass sich per Definition die am schwersten Betroffenen und gleichzeitig am wenigsten Belastbaren in Einrichtungen der Arbeitstherapie, den Werkstätten für behinderte Menschen sowie in Tagesstätten und Tagesförderstätten befinden.** Die Zahlen machen deutlich, dass hierbei insbesondere die Werkstätten eine tragende Rolle einnehmen. Einmal hier platziert, haben die Betroffenen jedoch kaum eine Perspektive, auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Für die Mehrzahl unter ihnen bedeutet dies die „Endstation der Rehabilitation“ (Eikelmann und Reker 1994). Dies gilt in gewisser Weise auch für die Zuverdienstangebote und Integrationsfirmen, die gleichwohl wichtige Angebote des Allgemeinen Arbeitsmarktes darstellen, weil hier eine Annäherung der Arbeitsbedingungen an diejenigen des Allgemeinen Arbeitsmarktes unter beschützender Atmosphäre stattfindet (Hoffmann 2004). Eine Untersuchung von Reker und Kollegen konnte zeigen, dass von 471 in ambulanter Arbeitstherapie, WfbM oder Selbsthilfefirmen beschäftigten psychisch Kranken nach drei Jahren lediglich 50 (11 %) in einem Arbeitsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig waren (Reker et al. 1996).

Die Gründe hierfür sind vielfältig und sind auf Seiten der Rehabilitanden aber auch auf Seiten der jeweiligen Arbeitsmärkte zu finden. Auf Seiten der Rehabilitanden sind es die krankheitsbedingten Folgen der Erkrankung, die die berufliche Leistungsfähigkeit schmälern, und der instabile, wenig vorhersagbare Krankheitsverlauf. Auch von Seiten der Arbeitgeber bzw. von Seiten potenzieller Kollegen werden die Erfahrungen im Arbeitsprozess mit Mitarbeitern mit Behinderung aufgrund psychischer Erkrankung im Gegensatz zu den Mitarbeitern mit körperlicher oder geistiger Behinderung deutlich problematisch dargestellt. Das betrifft die Arbeitsleistung, die hier nur schwer bzw. überhaupt nicht kalkulierbar sei. Ausfallzeiten seien vergleichsweise hoch, eine Kontinuität des Arbeitsablaufs nicht erreichbar (Fietz et al. 2011). Auch an anderer Stelle finden sich Hinweise auf verschiedene Faktoren, die die Aufnahme einer entsprechenden Erwerbstätigkeit bei psychisch kranken Menschen behindern. Insgesamt finde sich hier eine deutlich geringere Akzeptanz durch das soziale Umfeld aber auch eine große Unsicherheit den Betroffenen gegenüber, verbunden mit gewissen Ängsten und einem ausweichenden, Kontakt vermeidenden Verhalten. Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen hinsichtlich psychischer Phänomene (z. B. Frustrationstoleranz, Selbsteinschätzung, Ausdauer) einschließlich sozialer Fertigkeiten erschweren die Bewältigung der Arbeitsaufgaben und die Integration ins Team (APK 2007, Haerlin 2005). Stigma und Diskriminierung werden neben den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen als eine Schlüsselbarriere auf dem integrativen Weg ins Erwerbsleben betrachtet (Bevan et al. 2013).

Neben den krankheitsassoziierten „Barrieren“ auf Seiten der Betroffenen und den hinderlichen Einstellungen, die im sozialen Umfeld zu finden sind, wird die berufliche Inklusion psychisch Kranker auch durch die gegenwärtigen Arbeitsmarktbedingungen sowie sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen bestimmt (Kilian und Becker 2007). So wirkt sich beispielsweise die allgemeine Arbeitslosenrate in einer Region auch auf die Erfolge beruflicher Eingliederung psychisch Kranker aus (Burns et al. 2007). Weniger qualifizierte Arbeitsplätze oder Nischenarbeitsplätze werden zunehmend rarer; die Ansprüche der freien Wirtschaft an die Arbeitnehmer werden immer höher. Vergessen darf man darüber nicht, dass ein beschützter Arbeitsplatz in einer WfbM auch mit Vorzügen behaftet ist.

Tab. 5: Geschätzter Anteil an Personen mit psychischer Erkrankung in ausgewählten Einrichtungen beruflicher Rehabilitation

Angebot (Jahr)	Gesamtanzahl Plätze/Teilnehmer	Anteil der Teilnehmer mit psychischer Erkrankung (%)	Geschätzte Anzahl der Teilnehmer mit psychischer Erkrankung
Allgemeiner Arbeitsmarkt			
Integrationsfachdienste (2013) ¹	69.000	28 %	19.020
Zuverdienstagebote (2008) ²	Nicht ermittelbar	63 %	Nicht ermittelbar
Integrationsfirmen (2013) ³	10.548	28 %	2953
Unterstützte Beschäftigung (2012) ⁴	6500	18,5 %	1202
Berufsbildungswerke (2012) ⁵	13.000	56 %	7280
Berufsförderungswerke (2000) ⁶	1200	18 % ^{6a}	216
Berufstrainingszentren (2011) ⁷	1650	100 %	1650
RPKs (2013) ⁸	1723	100 %	1723
Besonderer Arbeitsmarkt			
WfbM (2014) ⁹	303.443	20 %	60.711 ^{9a}
Tages-/Tagesförderstätten (2012) ¹⁰	14.000	Nicht ermittelbar	Nicht ermittelbar

¹: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Jahresbericht 2013/2014:

www.integrationsaemter.de/publikationen (Abruf: 5.2.2015)/ Zahlen lassen sich aufgrund des übergreifenden Angebotes (z. B. Beratungsangebote) der Integrationsfachdienste kaum mit den anderen Zahlen vergleichen

²: Gredig und Schwendy 2009

³: www.integrationsaemter.de/BIH-Jahresbericht/459c/index.html (Abruf: 27.1.2015)

⁴: BAG UB: www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/1-News-Seiten/1-Reha_und_Teilhabe/downloads/Auswertung_BAG_UB_Bundesweite_Umfrage_UB_2013.pdf (Abruf: 5.2.1015)

⁵: Berufsbildungswerke: www.bagbbw.de/w/files/statistiken/tee_2012_bericht.pdf (Abruf: 16.1.2015)

⁶: Tews et al. 2003, Berufsförderungswerke: www.bv-bfw.de/alltags-sprache/startseite.html (Abruf: 16.1.2015)

^{6a}: Hingegen bundesweit 12.000 Plätze zur Verfügung stehen, beziehen sich die 18 % auf einen Standort, der 1/6 der bundesweiten Plätze zur Verfügung stellt.

⁷: BAG BTZ: http://btzhamburg.de/fileadmin/redakteure/Dokumente/Service/Info-Material/Ergebnisse_des_Beenderjahrgangs_2011.pdf (Abruf: 15.1.2015)

⁸: BAG RPK www.bagrpk.de/jahresberichte.html (Abruf: 13.1.2015)

⁹: Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V.: www.bagwfbm.de (Abruf: 23.1.2015)

^{9a}: Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V.: www.bagwfbm.de (Abruf: 23.1.2015)

¹⁰: Doose 2012

¹⁰: Doose 2012

Alle anderen vorgehaltenen Rehabilitationsangebote stehen (mehr oder weniger) in der *First-train-then-place* und sind deshalb, wie die internationale Evidenz aufzeigt, den Ansätzen von *Supported Employment* unterlegen (☞ Kap. 4). Dabei nehmen die RPKs als spezielle Rehabilitationseinrichtungen für (schwer chronisch) psychisch Kranke eine besondere Stellung ein, da sie so konzipiert sind, dass Rehabilitationsangebote mit einer nahtlosen Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei gleichzeitiger psychosozialer Betreuung durch spezielle Vereinbarungen der beteiligten Kosten- und Leistungsträger realisierbar sind (Stengler 2015). Allerdings nimmt lediglich ein gewisser Prozentsatz der Teilnehmer berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch; 2013 waren es 37 %. Nach Abschluss dieser beruflichen RPK-Maßnahme befand sich ein Anteil von 31 % der Rehabilitanden in Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie 24 % in Ausbildung und Umschulung. Diese Zahl darf nicht darüber hinweg täuschen, dass es sich dabei lediglich um 9 % aller Teilnehmer handelt. Die Rehabilitationsmaßnahmen einer RPK sind in ihrem Kern als Komplexleistung konzipiert und orientieren sich am individuellen Bedarf und den Lebenswelten der Rehabilitanden und können damit „als Meilenstein in dem ansonsten ausgesprochen zergliederten deutschen Sozialsystem bezeichnet werden“ (Stengler et al. 2014b, S. 100). Allerdings ist die Verteilung dieser Einrichtungen keinesfalls flächendeckend und die inhaltlich-therapeutischen und strukturellen Merkmale der RPKs unterliegen regionalen Schwankungen. So wird

auch die flexible und langfristige ambulante Nachbetreuung am Übergang in ein Beschäftigungsverhältnis bisher nur in einigen Regionen umgesetzt.³¹

Auch die Beruflichen Trainingszentren sind allein auf die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker ausgerichtet. Viele der Trainingszentren bieten auch die Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung in Form individueller betrieblicher Qualifizierung (InbeQ) und gegebenenfalls anschließende Berufsbegleitung an, doch hierbei ist der Anteil an allen Maßnahmen nicht ermittelbar. Von denjenigen mit einer Anpassungsqualifizierung (61,6 % aller Teilnehmer) hatten immerhin knapp 60 % sechs Monate nach Trainingsende eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt. Alle weiteren Angebote richten sich an Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen unterschiedlicher Art.

Wie hoch die **Selektionseffekte** sind, die solche Programme generieren, wird am Beispiel der Schweizer Integrationseinrichtung „PASS – Programm zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker in die freie Wirtschaft“ deutlich. Es enthält gleichermaßen Elemente eines BTZs und einer RPK. Bereits bis zum Abschluss der „Abklärungsphase“ fallen 70 % der Rehabilitanden durchs Netz. Von den 30 % derjenigen, die es dann bis in die „Werkstattphase“ geschafft haben, bricht ein weiterer nicht unerheblicher Teil die Maßnahmen aus Gründen der Überforderung, ungenügender Arbeitsleistung oder sich verschlechternder Symptomatik ab (vgl. Hoffmann 2004). Das Ausmaß der (Vor)selektion wird jedoch auch bei genauer Betrachtung der oben aufgeführten Zahlen und Fakten sichtbar.

Da ein Großteil der vorgehaltenen rehabilitativen Angebote nicht ausschließlich für beeinträchtigte und behinderte Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen ausgerichtet ist, ist eine Skizzierung der beruflichen bzw. arbeitsrehabilitativen Situation für die Gruppe der psychisch kranken Menschen tatsächlich schwer möglich. Die dargestellten Fakten können lediglich eine Idee dazu vermitteln, wo wie viele der Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung Hilfe und Unterstützung hinsichtlich beruflicher Inklusion erhalten. Wie viele der Betroffenen letztlich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind, kann derzeit nicht konkret beantwortet werden. Auch Doose (2012) machte unlängst deutlich, dass nach wie vor ein Großteil der Betroffenen einrichtungsgebundene spezielle rehabilitative Maßnahmen erhält oder in Behindertenwerkstätten und speziellen Tagesstätten bzw. Tagesförderstätten tätig ist. Die **zahlenmäßig größte Gruppe**, darauf verweist diese Übersicht, **ist in den Werkstätten für behinderte Menschen** zu finden (n=60.711). Obwohl steigende Zahlen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung berichtet werden, ist die Fluktuation hier sehr hoch. Der hohe Zulauf seelisch behinderter Menschen in die Werkstätten liefert einen Hinweis darauf, dass es für diese an alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten mangelt. Und die hohe Fluktuation wiederum zeigt, dass sie sich dort oft nicht am „richtigen“ Platz fühlen.³²

Der Ansatz der **Unterstützten Beschäftigung**, der bereits seit Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts als offizieller Bestandteil beruflicher Rehabilitation gilt, ist in Deutschland eher als eine weitere Maßnahme beruflicher Rehabilitation neben allen anderen bestehenden zu betrachten. Ein wirklicher Änderungsprozess vom Prinzip des *First-train-then-place* hin zum *First-place-then-train* ist in Deutschland bisher nicht erfolgt (Doose 2012).

Die **Integrationsprojekte** stehen in der Tradition von *Supported Employment*. Gleichsam mit den Integrationsfachdiensten, der persönlichen Arbeitsassistenz und dem Persönlichen Budget wurden diese erstmals 2001 im IX. Buch des SGB festgeschrieben (Doose 2012). Ursprünglich für Menschen mit psychischer Erkrankung geschaffen, ist die vorgehaltene Kapazität für seelisch behinderte Menschen in **Integrationsprojekten** äußerst gering. Heute machen Betroffene mit einer psychischen Erkrankung nicht mal mehr ein Drittel aus. Ähnlich verhält

³¹ www.bagrpk.de/fileadmin/webseite/Vortraege/Positionspapier_BAG_RPK_zum_Supported_Employment__03.12.14_.pdf (Abruf: 29.1.2015)

³² Bundesministerium Arbeit und Soziales: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f383.pdf (Abruf: 9.2.2015)

es sich mit den **Integrationsfachdiensten**, auch hier ist der Anteil der zu Beratenden mit einer psychischen Erkrankung sukzessive gesunken. Aussagen hinsichtlich des Integrationserfolgs für psychisch Kranke sind hier nicht möglich.

6 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen zur beruflichen Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen

Die aktuelle Beschäftigungssituation von psychisch beeinträchtigten und psychisch schwer kranken Menschen lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die Beschäftigungsrate auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist sehr gering. Trotz eines vielfältigen Angebots an rehabilitativen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten und der zunehmenden Entwicklung nichtinstitutionalisierter und individueller Angebote bleibt die Mehrheit der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben institutions- und angebotszentriert und ist weniger an den Bedürfnissen und Lebenswelten der Betroffenen orientiert. Eine Kontinuität für die psychisch Kranken hinsichtlich Ansprechpartner und Setting wird damit selten erreicht, da mit Abschluss einer „Maßnahme“ in der Regel auch die Zuständigkeit dieser endet. Für diejenigen, die nicht (voll)erwerbstätig sind bzw. dieses Ziel (noch) nicht erreicht haben, bleibt oft nur die Möglichkeit der Werkstatt für behinderte Menschen. Das Prinzip von Supported Employment, dass sich in der beruflichen Rehabilitation schwer psychisch Kranker in zahlreichen internationalen Studien als effektiv und traditionellen Ansätzen gegenüber überlegen erwiesen hat, wird noch nicht in dem Maße umgesetzt, wie man es aufgrund der Forschungsergebnisse erwarten dürfte. Hier gibt es Nachholbedarf.

Im Folgenden sollen Empfehlungen für eine Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Deutschland formuliert werden. In diesem Zusammenhang sollen die jeweilig relevanten Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln zusammengefasst werden. Generell orientieren sich die Empfehlungen an den Grundsätzen und Prinzipien in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Jäckel et al. 2010, DGPPN 2013).

Empfehlungen

6.1 Ebene Individuum

- Die Individualität eines jeden Patienten und verschiedenste Erkrankungsverläufe verlangen ein individuelles Vorgehen und die Orientierung am (wechselnden) Bedarf des Patienten in Behandlung und Rehabilitation (Personenzentrierter Ansatz und bedarfsgerechte Versorgung).
- Eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung erfordert zunächst eine umfassende Klärung von Erwartungen, Motivation und Interessen des Patienten. Darüber hinaus ist die Erfassung von Fähigkeiten und vorausgegangenen Erfahrungen der Patienten sowie der regionalen Gegebenheiten notwendig.
- Es bedarf einer umfassenden Aufklärung aller Patienten zu den verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten um informierte Entscheidungen zu treffen und Teilhabe zu sichern. Dies muss durch die Behandler geschehen und sollte durch entsprechende Informationsmaterialien ergänzt werden (Patienteninformation).
- Im Sinne von *Recovery* müssen die zur Zielerreichung notwendigen Ressourcen und Potenziale des Patienten wie Selbstvertrauen, Motivation, Hoffnung und Interessen über den gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf gestärkt werden.
- Darüber hinaus sollten bei Bedarf gezielte Interventionen zur Stärkung kognitiver und sozialer Fertigkeiten sowie von Copingfertigkeiten angeboten werden.
- Besondere Aufmerksamkeit muss der Rückfallprophylaxe geschenkt werden, da erneute psychische Krisen den Rehabilitationsverlauf bzw. die Erwerbstätigkeit negativ beeinflussen können.

- **Optimal ist die kontinuierliche Behandlung und Begleitung über alle Krankheitsphasen hinweg durch einen festen Ansprechpartner.**
- **Für junge psychisch kranke Patienten braucht es frühzeitig geeignete Unterstützung und entsprechende Anspruchsgrundlagen, um den Übergang Schule – Ausbildung – Beruf erfolgreich zu gestalten. Ziel ist von Beginn an, Inklusion zu erhalten bzw. zu erzielen und damit Motivation und Zuversicht zu stärken und Resignation zu vermeiden.**

Die Gruppe derjenigen mit einer schweren und chronischen psychischen Erkrankung ist zunächst als sehr heterogene Patientengruppe zu verstehen, da hierbei alle psychischen Erkrankungen wie schizophrene Störungen, schwere Depressionen und Angststörungen, schwere Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen vorkommen. Die Krankheitsverläufe sind unterschiedlich; die Gefahr psychischer Krisen und Rückfälle in dieser Patientengruppe hoch. Allen gemeinsam ist, dass die Schwere und Chronizität der Symptomatik in deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen resultiert und die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben gravierend behindert. Weiterhin gekennzeichnet ist diese Patientengruppe durch eine intensive Inanspruchnahme diverser medizinischer und psychosozialer Hilfen (☞ Kap. 2).

Wenngleich die personenbezogenen Erfolgsprädiktoren hinsichtlich beruflicher Teilhabe bei Anwendung des Ansatzes von *Supported Employment* (☞ Kap. 4) in den Hintergrund treten, so konnte gezeigt werden, dass kognitive Fähigkeiten und ausgeprägte Negativsymptome bei Schizophrenie (z. B. reduzierte Motivation und Interessen, reduzierter Antrieb) den Rehabilitationserfolg beeinflussen können. Der Erfolg der Arbeitsrehabilitation hängt auch vom Ausbildungsniveau, der beruflichen Anamnese und sozialen Fertigkeiten ab (☞ Kap. 3). Für die Wirksamkeit flankierender Interventionen bei *Supported Employment* wie die eines kognitiven Trainings oder eines Trainings berufsbezogener sozialer Fertigkeiten hinsichtlich verbesserter arbeits- und nicht-arbeitsbezogener Zielgrößen, liegen erste erfolgversprechende Arbeiten vor (☞ Kap. 4). Insgesamt ist die Forschungslage hierzu bisher nicht zufriedenstellend.

Die Weichen einer gelungenen beruflichen Partizipation werden oft schon im Übergang Schule–Ausbildung–Beruf gestellt. Immerhin besteht schon bei 0,8 % der schulpflichtigen Kinder sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung. Ein Großteil dieser Kinder wird immer noch in Förderschulen unterrichtet (Lohmar und Eckhardt 2012). Damit sind zum einen geringere Aussichten auf einen höheren Schulabschluss und zum anderen eine Stigmatisierung beim Zugang zu Ausbildung und Beruf verbunden. Folgen sind geringere Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz und ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko (vgl. Reims und Gruber 2014). Insbesondere bei schizophrenen Psychosen ist von einem frühen Krankheitsbeginn (durchschnittliches Erstmanifestationsalter von 21 Jahren bei Männern) auszugehen. In der Regel gehen der akuten Symptomatik oft über mehrere Jahre anhaltende Prodrome voraus, die durch weitgehende unspezifische Krankheitszeichen wie Verhaltensänderungen, Konzentrationsstörungen und Leistungsabfall, sozialem Rückzug, emotionaler Labilität, Misstrauen, Schlafstörungen, Ängste und depressive Verstimmungen gekennzeichnet sind (vgl. Möller et al. 2011) und ganz erheblich die schulische und berufliche Ausbildung negativ beeinflussen können (☞ Kap. 3).

6.2 Ebene Behandlung und Rehabilitation

- **Stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen und rehabilitativen Versorgung durch Sensibilisierung aller Behandler. Gelingende berufliche Teilhabe muss als eine feste Zielvariable im Behandlungsprozess etabliert werden.**
- **„Arbeit und Beschäftigung“ müssen im Behandlungsverlauf frühzeitig thematisiert werden und einsetzen, um bestenfalls eine Ausgliederung zu verhindern. Die Arbeitssituation sollte schon im Erstkontakt mit dem Patienten Thema sein.**
- **Eine berufliche Teilhabe beeinflusst den Krankheitsverlauf positiv und sollte deshalb frühzeitig mit dem Patienten gemeinsam geplant werden. In diesem Zusammenhang muss die**

Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen und Beschäftigungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

- Stärkere Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Rente“ und möglicherweise eine kritische Überprüfung festgeschriebener Anspruchs- und Zugangsvoraussetzungen für Rehabilitationsleistungen, um den hohen Anteil psychisch Kranker mit Frühberentung zu minimieren.
- Behandlung und Rehabilitation schwer psychisch Kranker sind auf das engste miteinander verwoben und sollten möglichst an einem gemeinsamen Ort sowie lebenswelt- und wohnortnah erfolgen. Es gilt das Prinzip „ambulant vor stationär“ mit einer kontinuierlichen und nachhaltigen Betreuung durch ein gemeindepsychiatrisches Team. Die Hilfen müssen sich dabei zu jeder Zeit am individuellen Bedarf orientieren und flexibel angepasst werden.
- Der Ansatz von *Supported Employment* insbesondere in seiner originären und manualisierten Form (*Individual Placement and Support*) muss stärker befördert und umgesetzt werden. Hierbei wird der Rehabilitand zunächst auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes platziert und vor Ort durch einen Job-Coach unterstützt.
- Schaffung von Möglichkeiten einer unbefristeten Begleitung am Arbeitsplatz, um Kontinuität und am Bedarf orientierte Unterstützung zu gewähren und die Chance einer dauerhaften Beschäftigung zu vergrößern.
- Einsatz gut qualifizierter Job-Coaches, die idealerweise sowohl über Berufserfahrung in der Psychiatrie als auch in der freien Wirtschaft verfügen.
- Alle Möglichkeiten einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sind auszuloten, bevor Angebote des besonderen Arbeitsmarktes erwogen werden.
- Förderung der Kooperation aller Beteiligten und bessere Verzahnung medizinischer Leistungen und Leistungen zur beruflichen Teilhabe in die Gemeinde hinein mit Anschluss an die Strukturen der allgemeinen Arbeitsmarktpolitik wie zum Beispiel Jobcentern.
- Größere Flexibilität zwischen den verschiedenen Maßnahmen/Einrichtungen, um angezeigte Übergänge (z. B. aufgrund Verbesserung des Leistungsniveaus) insbesondere aus beschützten in unbeschützte Verhältnisse zeitnah und adäquat zu gestalten, ohne dass den Betroffenen dabei Nachteile entstehen.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konnten vielfach positive Effekte von Arbeit auf zahlreiche nicht-arbeitsbezogene Größen wie die psychopathologische Symptomatik, psychosoziale Funktionen, Selbstwertgefühl und Lebensqualität aufgezeigt werden. Dabei zeichnet sich im Vergleich zu anderen Formen von Arbeit und Beschäftigung eine besondere Stellung kompetitiver Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt ab. Vor dem Hintergrund, dass Arbeit auch als Stressfaktor gelten kann, untersuchten Luciano et al. (2014) den Einfluss von Erwerbstätigkeit auf den Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen und konnten ganz klar aufzeigen, dass die Aufnahme einer Beschäftigung den Krankheitsverlauf nicht negativ beeinflusst. Arbeit verbessert das Selbstwernerleben, vermittelt ein Gefühl für sozialen Status und Identität, verhilft zu sozialen Kontakten und sozialer Unterstützung, strukturiert den Tages- und Wochenablauf und führt zu finanzieller Anerkennung. Im Rahmen der Rehabilitation wird Arbeit traditionell ein großer Stellenwert zugeschrieben, da die gesundheitsförderliche Wirkung dieser bereits lange bekannt ist (☞ Kap. 3).

Untersuchungen zeigen allerdings, dass das Vorliegen einer (schweren) psychischen Erkrankung mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation verbunden ist. Die Arbeitslosigkeit ist in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Insbesondere für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis liegen die Arbeitsraten europaweit bei ca. 10 % bis 20 %. Ein beträchtlicher Teil arbeitet unter beschützten Bedingungen. Auch im Vergleich zu somatisch Erkrankten sind Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung weniger in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert. Inzwischen lassen sich knapp 43 % aller gesundheitsbedingten Frühberentungen auf eine psychische Erkrankung zurückführen. Die

sozialrechtliche Benachteiligung der Betroffenen zeigt sich auch in dem vergleichsweise geringen Anteil an Rehabilitationsleistungen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen hat in den Jahren zuvor eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Ein Grund dafür wird darin gesehen, dass die Antragstellung oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium erfolgt und ein Integrationserfolg dann kaum mehr gesehen wird. Generell ist davon auszugehen, dass psychische Erkrankungen zu spät und unzureichend versorgt werden und Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem eine adäquate Behandlung und Rehabilitation erschweren (➔ Kap. 3).

Konzeptionell können zwei Strategien beruflicher Rehabilitation unterschieden werden. Bei beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen, die auf dem traditionellen *First-train-then-place*-Ansatz basieren, erfolgt zunächst ein Arbeitstraining in einem beschützten Rahmen, bevor die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. *Pre-vocational Training*). Das *First-place-then-train*-Prinzip folgt dagegen einem anderen Vorgehen: Hierbei wird der Rehabilitand rasch auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarkts platziert und dann in der Tätigkeit trainiert. Dabei erfolgt eine zeitlich nicht limitierte Unterstützung durch einen spezialisierten Job-Coach (*Supported Employment*) (➔ Kap. 4).

Die wissenschaftliche Evidenz zu *Supported Employment* (SE) in der Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist mittels zahlreicher hochwertiger Studien und Übersichtsarbeiten erhärtet, weshalb SE traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation (Ansätze des vorbereitenden Trainings) als Methode der Wahl ohne weiteres vorzuziehen ist. Die vorliegenden Studien zeigen nahezu stringent die Effektivität bzw. Überlegenheit von SE bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen (höhere Beschäftigungsraten, längere monatliche Arbeitszeit, längere Beschäftigungsdauer, höherer monatlicher Verdienst) auf. Insbesondere gilt dies, wenn SE in der manualisierten Form (*Individual Placement and Support*) durchgeführt wird. Zudem wurden auch positive Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Zielvariablen (z. B. höhere Lebensqualität, verringerte stationäre Behandlungen, erweitertes Empowerment) beschrieben. Ansätze von SE gelten auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive traditionellen Ansätzen gegenüber als überlegen. Mittlerweile liegen auch für den deutschsprachigen Raum positive Ergebnisse hinsichtlich der Vorteile auf arbeitsbezogene und nicht-arbeitsbezogene Merkmale vor (➔ Kap. 4).

Demgegenüber ist die Evidenz zum Ansatz des *Pre-vocational Trainings* äußerst umschrieben. Die Summe an traditionellen Ansätzen beruflicher Rehabilitation, nach deren Prinzipien berufliche Rehabilitation in Deutschland überwiegend gestaltet wird (➔ Kapitel 5), bleibt z. B. gegenüber Standard-Krankenhausbehandlung oder gegenüber ambulanter gemeindebasierter Behandlung bezogen auf die Mehrheit der Zielgrößen ohne statistisch signifikante Vorteile für die arbeitsrehabilitative Maßnahme. Zudem weist dieses Konzept laut Hoffmann (2013) einige Mängel auf. Ansätze traditioneller beruflicher Rehabilitation (1) verursachen hohe Kosten, (2) führen zu hoher Selektion der Teilnehmer, (3) führen zu bescheidenen Integrationserfolgen, (4) finden lebensweltfern im geschützten Rahmen statt und (5) sind zeitlich befristet, was oft zu einem vorzeitigen Abbruch der professionellen Begleitung am Arbeitsplatz und schließlich zum Stellenverlust führt (➔ Kap. 4).

Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg von SE ist die Programmtreue, wobei hier Aspekte der Kontaktdichte der Job-Coaches, die zeitlich unbefristete Möglichkeit des Coachings, Gemeindennähe und das enge Zusammenspiel aller Beteiligten einschließlich sozialpsychiatrischer Dienste von herausragender Bedeutung sind. Generell sollte es darum gehen, so frühzeitig wie möglich und orientiert an den Voraussetzungen, Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen zu intervenieren, so dass Schwächen in der zeitlichen und inhaltlichen Organisation von Behandlung und Rehabilitation in Bezug auf weitere und überflüssige Chronizität im Behandlungsverlauf in den Hintergrund treten (➔ Kap. 4).

Die positiven Effekte von SE können durch spezielle Strategien und psychologische Ansätze weiter verstärkt werden, z. B. durch die Integration psychiatrischer und berufsrehabilitativer Dienste oder das Training kognitiver

und berufsbezogener sozialer Fertigkeiten. Von Bedeutung für den Integrationserfolg sind zudem die Kompetenzen der Job-Coaches (➔ Kap. 4).

6.3 Ebene Arbeitgeber und Unternehmen der freien Wirtschaft

- Erweiterung sowie stärkere Individualisierung und Flexibilisierung kompetitiver Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt und beschützter Arbeitsplätze in den Betrieben, um eine bessere Passgenauigkeit hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker zu erreichen. Insbesondere ist ein breiterer Zugang zu niedrigschwelliger und einfacher Beschäftigung bei geringer Stundenzahl zu ermöglichen.
- Anreizsetzung und Unterstützung der Arbeitgeber auf verschiedenen Ebenen, um hier eine größere Sensibilität und Bereitschaft zur Schaffung geeigneter Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen.
- Bevölkerungsbreite Aufklärung und Informationen zum Thema „psychische Erkrankung und Arbeit“, um Vorurteile und Ängste abzubauen und Stigmatisierung zu reduzieren.
- Angebote umfassender und nachhaltiger Dienstleistungsangebote wie Aufklärung, Information, Beratung, Unterstützung und Krisenmanagement für Arbeitgeber einschließlich eines festen Ansprechpartners, idealerweise eines Job-Coaches.
- Eine zahlenmäßig umschriebene Möglichkeit bietet auch die Schaffung von Arbeitsplätzen für Psychiatrie-Erfahrene mit sogenannten EX-IN-Ausbildungen als Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung.

Untersuchungen zeigen, dass das Vorliegen einer (schweren) psychischen Erkrankung mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation verbunden ist. Die Arbeitslosigkeit ist in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Insbesondere für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis liegen die Arbeitsraten europaweit bei ca. 10 % bis 20 % (➔ Kap. 3). Ein beträchtlicher Teil arbeitet unter beschützten Bedingungen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich per Definition die am schwersten Betroffenen und gleichzeitig am wenigsten Belastbaren in Einrichtungen der Arbeitstherapie, den Werkstätten für behinderte Menschen sowie in Tagesstätten und Tagesförderstätten befinden. Die Zahlen machen deutlich, dass hierbei insbesondere die Werkstätten eine tragende Rolle einnehmen. Einmal hier platziert, haben die Betroffenen jedoch kaum eine Perspektive, auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Für die Mehrzahl unter ihnen bedeutet dies die „Endstation der Rehabilitation“ (Eikelmann und Reker 1994) (➔ Kap. 5).

Die Gründe hierfür sind vielfältig und sind auf Seiten der Rehabilitanden aber auch auf Seiten des jeweiligen „Arbeitsplatzes“ zu finden. Auf Seiten der Rehabilitanden sind es die krankheitsbedingten Folgen der Erkrankung, die die berufliche Leistungsfähigkeit schmälern, und der instabile, wenig vorhersagbare Krankheitsverlauf. Auch von Seiten der Arbeitgeber bzw. von Seiten potenzieller Kollegen werden die Erfahrungen im Arbeitsprozess mit Mitarbeitern mit Behinderung aufgrund psychischer Erkrankung im Gegensatz zu denjenigen Mitarbeitern mit körperlicher oder geistiger Behinderung deutlich problematisch dargestellt werden. Das betrifft die Arbeitsleistung, die hier nur schwer bzw. überhaupt nicht kalkulierbar sei. Ausfallzeiten seien vergleichsweise hoch, eine Kontinuität des Arbeitsablaufs nicht erreichbar (Fietz et al. 2011). Auch an anderer Stelle finden sich Hinweise auf verschiedene Faktoren, die die Aufnahme einer entsprechenden Erwerbstätigkeit bei psychisch kranken Menschen behindern. Insgesamt finde sich hier eine deutlich geringere Akzeptanz durch das soziale Umfeld aber auch eine große Unsicherheit den Betroffenen gegenüber, verbunden mit gewissen Ängsten und einem ausweichenden, Kontakt vermeidenden Verhalten. Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen hinsichtlich psychischer Phänomene (z. B. Frustrationstoleranz, Selbsteinschätzung, Ausdauer) einschließlich sozialer Fertigkeiten erschweren die Bewältigung der Arbeitsaufgaben und die Integration ins Team (APK 2007, Haerlin

2005). Stigma und Diskriminierung werden neben den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen als eine Schlüsselbarriere auf dem integrativen Weg ins Erwerbsleben betrachtet (Bevan et al. 2013) (➔ Kap. 5).

Neben den krankheitsassoziierten „Barrieren“ auf Seiten der Betroffenen und den hinderlichen Einstellungen, die im sozialen Umfeld zu finden sind, wird die berufliche Inklusion psychisch Kranker auch durch die gegenwärtigen Arbeitsmarktbedingungen sowie sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen bestimmt (Kilian und Becker 2007). So wirkt sich beispielsweise die allgemeine Arbeitslosenrate in einer Region auch auf die Erfolge beruflicher Eingliederung psychisch Kranker aus (Burns et al. 2007). Weniger qualifizierte Arbeitsplätze oder Nischenarbeitsplätze werden zunehmend rarer; die Ansprüche der freien Wirtschaft an die Arbeitnehmer werden immer höher. Vergessen darf man darüber nicht, dass ein beschützter Arbeitsplatz in einer WfbM auch mit Vorzügen behaftet ist (➔ Kap. 5).

Die Mehrheit der vorgehaltenen Rehabilitationsangebote in Deutschland steht (mehr oder weniger) in der Tradition *First-train-then-place* (➔ Kap. 5) und ist deshalb, wie die internationale Evidenz aufzeigt, den Ansätzen der von SE unterlegen (➔ Kap. 4). Ein Großteil der Betroffenen erhält demnach einrichtungsgebundene spezielle rehabilitative Maßnahmen. Der Ansatz der Unterstützten Beschäftigung, der bereits seit Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts auch hierzulande als offizieller Bestandteil beruflicher Rehabilitation gilt, ist in Deutschland eher als eine weitere Maßnahme beruflicher Rehabilitation neben allen anderen bestehenden zu betrachten. Ein wirklicher Änderungsprozess vom Prinzip des *First-train-then-place* hin zum *First-place-then-train* ist in Deutschland bisher (noch) nicht erfolgt (Doose 2012) (➔ Kap. 5).

Bei einem sehr vielseitigen Angebot beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten in Deutschland arbeitet dennoch ein Großteil schwer und chronisch psychisch Kranker auf einer Stelle des besonderen Arbeitsmarktes; die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist gering. Die Betroffenen bleiben damit ausgegrenzt. Die Berufliche Rehabilitation allerdings zielt nicht vorrangig auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, sondern vielmehr auf die Wiedereingliederung in die soziale Gemeinschaft (➔ Kap. 5).

Supported Employment (➔ Kap. 4) verkörpert wie kein anderer Ansatz der beruflichen Rehabilitation die Idee, die hinter dem Begriff der Inklusion steht. „Während Integration die Eingliederung behinderter Menschen in bestehende Strukturen der Gesellschaft anstrebt, bedeutet Inklusion die Ausgestaltung der wirtschaftlichen und sozialen Strukturen in einer Weise, welche den Bedürfnissen der Gesamtheit der Bevölkerung in ihrer Vielfalt und damit auch jenen von Menschen mit Behinderungen besser gerecht wird. Inklusion will die Veränderung bestehender Strukturen und Ansichten dahingehend, dass die Unterschiedlichkeit der einzelnen Menschen die Normalität wird.“ (Hoffmann 2013, S. 6).

6.4 Ebene Wissenschaft und Politik

- **Verbindliche Erfassung und Offenlegung aussagekräftiger Daten auf Bundesebene zur Situation (schwer) psychisch kranker Menschen in Zusammenhang mit beruflicher Teilhabe und Erwerbstätigkeit**
- **Enormer Forschungsbedarf zur Häufigkeit schwer psychisch Kranker in Deutschland (konzeptionell und empirisch) und deren beruflichen Teilhabechancen: Ein etabliertes Vorgehen in der beruflichen Rehabilitation hinsichtlich ihrer Effektivität muss auf den Prüfstand; dabei ist die gesundheitsökonomische Perspektive einzubeziehen**
- **Überwindung der Barrieren auf sozialrechtlicher Ebene, um der Fragmentierung hinsichtlich der Leistungsträger und -anbieter zu begegnen und eine ganzheitliche und evidenzbasierte Versorgung für alle Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung und entsprechendem Unterstützungsbedarf zu gewährleisten**
- **Schaffung von Anreizen für Unternehmen der freien Wirtschaft bzw. Überdenken bisheriger Lohn-, Renten-, und Subventionspolitik, um inklusive Arbeitsplätze für (schwer) psychisch Kranke**

zu erhalten, auszubauen und neu zu schaffen (z. B. staatliche Finanzierungshilfen, Subventionen, Steuererleichterungen)

- Ergänzung der vorliegenden Bestandsaufnahme durch eine wirtschaftswissenschaftliche Expertise, um die Möglichkeiten und Konsequenzen hinsichtlich potenzieller Änderungen sozialrechtlicher Bestimmungen und volkswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente zu bewerten
- Entwicklung von Konzepten zur Erhaltung und Schaffung einfacher Arbeitsplätze

Schwer psychisch Kranke (engl. *severe mental illness / severe and persistent mental illness*) stellen mit ihrem komplexen Versorgungsbedarf eine Kerngruppe der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dar. Diese Patientengruppe ist hauptsächlich durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen verbunden sind. Schwer psychisch Kranke haben einen komplexen Behandlungsbedarf. Oft nehmen sie medizinische und psychosoziale Hilfen zur Förderung beruflicher und sozialer Teilhabe intensiv in Anspruch. Für die Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen nehmen schwer psychisch kranke Menschen deshalb eine Sonderstellung ein. Die internationale Datenlage zur Häufigkeit schwerer und anhaltender psychischer Erkrankungen ist spärlich und zudem heterogen, was auf unterschiedliche Kriterien bei deren Operationalisierung, aber auch auf unterschiedliche Erhebungszugänge zurückzuführen ist. Die Zahl von Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung wird auf der Grundlage und der Zusammenschau der vorliegenden Befunde vorsichtig auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. In Deutschland wären damit in diesem Alterssegment ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen schwer psychisch krank. Die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Institutes (RKI) geschätzte Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen von knapp 28 % der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland versteht sich als die Gesamtzahl derjenigen Personen, die in einem Zwölfmonats-Zeitraum zumindest zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Störungen gelitten hat. Wenngleich die Krankheitslast bei vielen der Betroffenen hoch ist, ist lediglich ein geringer Teil davon im Sinne der aufgeführten Definitionsansätze schwer psychisch krank. Obgleich die vorgelegte Schätzung einen ersten Orientierungsrahmen bildet, ist weitere Forschung zur Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen dringend erforderlich, um eine substantiierte Versorgungsplanung für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland zu erreichen (☞ Kap. 2).

Untersuchungen, die sich an denjenigen mit einer (schweren) psychischen Erkrankung orientieren, zeigen auf, dass das Vorliegen einer solchen mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation sowie einer sozialrechtlichen Benachteiligung verbunden ist. Die Arbeitslosigkeit ist in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Ein beträchtlicher Teil arbeitet unter beschützten Bedingungen. Auch im Vergleich zu somatisch Erkrankten sind Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung weniger in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert. Inzwischen lassen sich knapp 43 % aller gesundheitsbedingten Frühberentungen auf eine psychische Erkrankung zurückführen. Dabei nimmt die Zahl der Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen deutlich zu. Die sozialrechtliche Benachteiligung der Betroffenen zeigt sich auch in dem vergleichsweise geringen Anteil an Rehabilitationsleistungen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen hat in den Jahren zuvor eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Ein Grund dafür wird darin gesehen, dass die Antragstellung oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium erfolge und ein Integrationserfolg kaum mehr gesehen werde. Generell ist davon auszugehen, dass psychische Erkrankungen zu spät und unzureichend versorgt werden und Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem eine adäquate Behandlung und Rehabilitation erschweren (☞ Kap. 3).

Die sozialrechtliche Ausgrenzung, in dem Fall die defizitäre berufliche Rehabilitation vor der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben geschieht systematisch und wurde bereits vor 20 Jahren aufgezeigt (Rössler et al. 1995). Auch damals wurde bereits auf die Benachteiligung, z. B. in Form ungenügender Anspruchsvoraussetzungen durch (schwer) psychisch Kranke, damit verbundene hohe Selektionseffekte vor Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme und einem deutlichen Anteil (schwer) psychisch Kranker in den Werkstätten für

behinderte Menschen festgestellt. Es ist auch heute noch davon auszugehen, dass ein Großteil psychisch Kranker mit schweren und ungünstigen Verläufen und „ungünstigen“ Erfolgsprognosen aus der Rehabilitation ausgegrenzt wird. Eine bedeutende Ursache hierfür ist in dem fragmentierten Sozialversicherungssystem der Kranken- und Rentenversicherung, der Arbeitsverwaltung und der Sozialleistungsträger zu sehen (☞ Kap. 3).

Berufliche Teilhabe setzt jedoch einen barrierefreien Zugang zu rehabilitativen Leistungen voraus und die Gewährung der am Individuum orientierten erforderlichen Hilfen. Berufliche Teilhabe erfordert einen inklusiven Arbeitsmarkt und die Ausgestaltung der wirtschaftlichen und sozialen Strukturen derart, dass sie den Bedürfnissen der Gesamtheit der Bevölkerung in ihrer Vielfalt besser als bisher gerecht wird.

Berufliche Teilhabe darf dabei nicht isoliert betrachtet werden, sondern erfordert immer auch die Berücksichtigung aller erforderlichen Aspekte, die eine gesellschaftliche Teilhabe der (schwer) psychisch Kranken ermöglichen. Die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erfordert die Schaffung inklusiv gestalteter Sozialräume, in denen (schwer) psychisch kranke Menschen selbstbestimmt und frei von institutionellen Gegebenheiten und sozialrechtlichen Regularien über die Ausgestaltung ihrer Lebensräume (Arbeit, Wohnen, Freizeit) entscheiden können. Die Einführung eines Bundesteilhabegesetzes für Menschen mit Behinderungen stellt auf dem Weg dahin eine große Chance dar. Ein entscheidender Aspekt hierbei ist ein gesetzliches Fundament, das die Teilhabe aller (schwer) psychisch kranken Menschen sozialsystemübergreifend organisiert und sicherstellt und damit dem notwendigen Versorgungskontinuum von Prävention, Behandlung und Rehabilitation gerecht wird. Die soziale Teilhabe für die Betroffenen muss demnach sowohl fachlich-inhaltlich als auch sozialrechtlich gleichrangig gegenüber anderen Leistungen wie die der medizinischen Behandlung erfolgen können. Für die Gesamtplanung und Koordination des individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfes sind bundesweit einheitliche Verfahren erforderlich, um hier der Schnittstellenproblematik auf Ebene der verschiedenen Dienstleister und Leistungsträger zu begegnen.

Literatur

- Adda J, Chandola T, Marmot M (2003) Socio-economic status and health: causality and pathways. *J Econom*; 112(1):57-63
- Aktion psychisch Kranke e.V. (APK, Hrsg). Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (1.1.2004 bis 31.12.2007), Teil 1, Bonn. Im Internet: <http://www.apk-ev.de> (Abruf: 28.1.2015)
- Álvarez AS (2012) The application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health in psychiatry: possible reasons for the lack of implementation. *Am J Phys Med Rehabil* 91(suppl):69–73
- Areberg C, Bejerholm U (2013) The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther* 20(6):420–428
- Becker GR und Drake RE (1993) A working life. The individual placement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center
- Becker GR und Drake RE (1994) Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J* 30(2):193–206
- Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C et al. (2015) Individual Placement and Support in Sweden – A randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 69(1):57–66
- Bentele V. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Im Internet: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf (Abruf: 11.2.2015)
- Bevan S, Gulliford J, Steadman K et al. (2013) Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery and Inclusion. The Work Foundation. Part of Lancaster University
- Bleuler E (1911) Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenen. F. Deuticke, Wien
- Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH et al. (1997a) A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 40:265–284
- Bond GR, Drake RE, Mueser K et al. (1997b) An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 48:335–346
- Bond GR (2004) Supported employment: evidence for an evidence based practice. *Psychiatr Rehab J* 27:345–359
- Bond GR, Drake RE, Becker DR (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehab* 4:280–290
- Bond GR, Campbell K, Becker DR (2013) A test of the occupational matching hypothesis for rehabilitation clients with severe mental illness. *J Occup Rehabil* 23:261–269
- Bond GR, Resnick SG, Drake RE et al (2009) Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol.* 69(3):489–501
- Bond GR, Peterson AE, Becker DR et al (2012) Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv* 63(8):758–763
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (2010) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt/Main
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2013) BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Im Internet: <http://www.bptk.de> (Abruf: 27.2.2015)

- Burns T, Catty J, Becker T et al (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 370:1146–1152
- Burns T, White SJ, Catty J et al (2008) Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. *Int Rev Psychiatry* 20(6):498–502
- Burns T, Catty J, White S (2009) The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull* 35: 949–958
- Campbell K, Bond GR, Drake RE et al (2010) Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment. *J Nerv Ment Dis* 198(8):556–563
- Campbell K, Bond GR, Drake RE (2011). Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophr Bull* 37:370–380
- Conejo Cerón S, Moreno Peral P, Morales Asencio JM et al (2014) Opinions of health care professionals on the definition of severe mental illness. A qualitative study. *An Sist Sanit Navar* 37(2):223–233
- Cook JA, Lehman AF, Drake RE (2005) Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 162:1948–1956
- Corbière M, Brouwers E, Lanctôt N et al (2014) Employment Specialist Competencies for Supported Employment Programs. *J Occup Rehabil* 24:484–497
- Crowther R, Marshall M, Bond G et al (2001) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD003080
- Delespaul P (2013) Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. *Tijdschr Psychiatr* 55:427–438
- Detmar W, Gehrman M, König F et al (2008) Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH (ISB). Im Internet: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f383.pdf (Abruf: 23.1.2015)
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin
- DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2010) Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit – Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. *Arbeitsmarkt-aktuell* 9
- DRV – Deutsche Rentenversicherung (2015) Rentenversicherung in Zahlen 2014. Im Internet: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (Abruf: 13.1.2015)
- DRV Bund – Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation. Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung
- Doose S (2012) Supported employment in Germany. *J Vocat Rehabil* 2012; 37:195–202
- Drake RE, Becker DR, Clark RE et al (1999) Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatr Q* 70:289–301
- Eikermann B und Reker T (1994) Rehabilitation psychisch Behinderter in den Werkstätten für Behinderte? Fakten, Ergebnisse, Empfehlungen. *Krankenhauspsychiatrie* 5:66–70
- Eklund M, Hansson L, Ahlqvist C (2004) The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Ment Health J* 40(5):465–77
- Falissard B, Loze JY, Gasquet I et al (2006) Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 6:33

- Fietz B, Gebauer G, Hammer G (2011) Die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Einstellungsgründe und Einstellungshemmnisse. Akzeptanz der Instrumente zur Integration. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung in Unternehmen des Landes Bremen. Hrsg.: Institut für Arbeit und Wirtschaft, Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen. Im Internet: www.iaw.uni-bremen.de (Abruf: 6.2.2015)
- Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ et al (2014) Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49(11):1691–702
- Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundäranalyse von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. *Dtsch Arztebl* 110(47):799–808
- Glover CM und Frounfelker RL (2013) Competencies of more and less successful employment specialists. *Comm Mental Health J* 49:311–316
- Gredig C und Schwendy A (2009). Zuverdient als Chance zur Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Freudenberg Stiftung GmbH in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. Weinheim. Im Internet: www.gib-bremen.info/downloads/BAG_Freudenberg_Bericht.pdf (Abruf: 26.2.2015)
- Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al (2014) Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen. Übersicht und Wirksamkeit nach Interventionstypen und Settingvariablen. *Psychiatr Prax* 41(4):e1–e17. DOI: 10.1055/s-0033-1359873
- Haerlin C (2005) Training für den Wiedereinstieg – Qualifizierungsangebote beruflicher Trainingszentren (BTZ). In: Bieker, R. (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart S 232–245
- Halliday TJ (2014) Unemployment and mortality: evidence from the PSID. *Soc Sci Med* 113:15–22
- Hallwachs H (2003) Potenziale Beruflicher Trainingszentren. Teilnehmerzentrierte berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. *Rehabilitation* 42:301–313
- Henry AD, Hashemi L, Zhang J (2014) Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(4):284–288
- Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al (2012) A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand* 125(2):157–67
- Hoffmann H (2013) Was macht Supported Employment so überlegen? *Psychiatrie* 10:95–101
- Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al (2014) Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 171(11):1183–90
- Hoffmann H (2004) Berufliche Rehabilitation. In: Rössler W (Hrsg) *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer, Berlin S 333–346
- Holzner B, Kemmler G, Meise U (1998) The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 12:624–631
- Howard LM, Heslin M, Leese M et al (2010) Supported employment: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:404–411
- Jäckel D, Hoffmann H, Weig W (2010) Praxisleitlinien. Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al (2014a) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77–87
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al (2014b) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3):304–319

- Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (1933) Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziografischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Hirzel, Leipzig
- Kalkan R, Dorn W, Ehiosun U et al (2009) Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Erfahrungen im deutschen Studienzentrum der europäischen EQOLISE-Studie. Sozialpsychiatrische Informationen 39(4):40–45
- Kasl SV, Rodriguez E, Lasch KE (1998) The impact of unemployment on health and well-being. In: Dohrenwend BPE, ed. Adversity, Stress and Psychopathology. Oxford University Press, New York, S 111–131
- Kern RS, Zarate R, Glynn SM et al (2013) A demonstration project involving peers as providers of evidence-based supported employment services. Psychiatr Rehabil J 36:99–107
- Kilian R und Becker T (2007) Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. J Ment Health 16(2):211–222
- Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K et al (2013) Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev Issue 9. Art. CD008297. DOI: 10.1002/14651858.CD008297.pub2
- Kohn R, Saxena S, Levav I et al (2004) The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 82(11):858–866
- Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A et al (2009) The cost of schizophrenia in Germany: a systematic review of the literature. Psychiatr Prax 36(5):211–218
- Kroll LE und Lampert T (2011) Unemployment, social support and health problems – results of the GEDA study in Germany, 2009. Dtsch Ärztebl Int 108:47–52
- Kroll LE und Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg), GBE kompakt 3(1). Im Internet: www.rki.de/gbe-kompakt (Abruf: 9.2.2015)
- Lange C und Heuft G (2002) Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BBS). Z Psychosom Med Psychother 4B:256–269
- Längle G, Köster M, Mayenberger M et al (2000) Der therapeutische Arbeitsversuch – Eine Annäherung an die Arbeitswelt für Psychiatriepatienten. Psychiatr Prax 27:176–182
- Längle G, Bayer W, Köster M (2006) Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen? – Ergebnisse einer kontrollierten Multicenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. Psychiatr Prax 33:34–41
- Latimer E (2010) An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention. Br J Psychiatry 196:341–342
- Lohmar B und Eckhardt T (2012) Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg). Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2011/2012. Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa. Im Internet: www.kmk.org/fileadmin/doc/Dokumentation/Bildungswesen_pdfs/dossier_de_ebook.pdf (Abruf: 25.2.2015)
- Lora A, Bezzi R, Erlicher A (2007) Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). Comm Ment Health J 43:341–357
- Luciano A, Bond GR, Drake RE (2014) Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. Schizophr Res 159:312–321
- Marino LA und Dixon LB (2014) An update on supported employment for people with severe mental illness. Curr Opin Psychiatry 27:210–215
- Martikainen PT und Valkonen T (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. Lancet 348(9032):909–912
- Marwaha S und Johnson S. Schizophrenia and employment (2004) Social Psychiatry and Psychiatric

Epidemiology 39(5):337–349

Matschnig T, Frottier P, Seyringer M-E et al (2008) Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatr Prax* 35:271–278

McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A (2005) A cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one year results from a randomised controlled trial. *Schizophr Bull* 31:898–909

McGurk SR, Mueser KT, Feldman MA et al (2007) Cognitive training for supported employment: 2–3 Year Outcomes of a randomise controlled trial. *Am J Psychiatry* 164:437–441

Meneton P, Kesse-Guyot E, Méjean C et al (2015) Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *Int Arch Occup Environ Health* 88(6):707–716

Michon H, van Busschbach JT, Stant AD et al (2014) Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J* 37(2):129–36

Milner A, Page A, LaMontagne AD (2013) Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 8(1):e51333. DOI: 10.1371/journal.pone.0051333

Möller H-J, Schaub A, Riedel M (2011) Schizophrene Psychosen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Band 2: Spezielle Psychiatrie*. Springer, Berlin, S 213–324

Morsch B (2004) Psychiatrie im sozialen Kontext. In: Werner W (Hrsg) *Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart, S 178-195

Mueser KT, Becker DR, Torrey WC et al (1997) Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 185(7):419-426

Mueser KT, Bond GR, Essock SM et al (2014) The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 37(2):113–122

Mueser KT, Aaalto S, Becker DR et al (2005) The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatr Serv* 56:1254–1260

Oshima I, Sono T, Bond GR et al (2014) A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehabil J* 37(2):137–43

Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M et al (2006) Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(6):457–463

Prins SJ (2004) Prevalence of Mental Illnesses in U.S. State Prisons: A Systematic Review. *Psychiatr Serv* 65(7):862–72

Reims N und Gruber S (2014) Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt. *Rehabilitation* 53:376–383

Reker T und Eikelmann B (2004). Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. *Psychiatr Prax* 31:251–255

Reker T, Eikelmann B, Schonauer K et al (1998) Arbeitsrehabilitation chronisch psychisch Kranker. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über 3 Jahre. *Psychiatr Prax* 25:76–82

Reker T und Eikelmann B (1997) Work therapy for schizophrenic patients: Results of a 3-year prospective study in Germany. *Eur Arch Clin Neurosci* 247:314–319

Reker T (1999) Psychiatrische Arbeitstherapie – Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 26:12–15

Reker T, Eikelmann B, Hagenbrock M et al (1996) Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte. *Forschungsbericht 257, Sozialforschung*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

- Ressing M, Blettner M, Klug S (2009) Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Teil 6 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. Dtsch Ärztebl Int 106(27):456–463
- Richter D, Eikermann B, Reker T (2006) Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen 68:704–707
- Riedel-Heller S, Stengler K, Seidler A (2012) Psychische Gesundheit und Arbeit. Psychiatr Prax 39:103–105
- Riedel-Heller S und Richter D (2008) Psychosocial interventions and social inclusion – getting closer to those in need. Psychiatr Prax 35(5):213–215
- Rössler W, Salize HJ, Biechele U (1995) Sozialrechtliche und strukturelle Defizite der außerstationären Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter. Nervenarzt 66:802–810
- Roth J, Winkel S, Maske U et al (eingereicht, mit freundlicher Erlaubnis der Autoren) Erwerbsstatus und Prävalenz schwer psychisch Erkrankter. Psychiatr Prax
- Rueda S, Chambers L, Wilson M et al (2012) Association of returning to work with better health in working aged adults: a systematic review. Am J Public Health 102(3):541–556
- Ruffert L (2008) Zuverdienst und Zuverdienstfirmen. In: Mecklenburg H, Storck JW (Hrsg). Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben? Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 252–257
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G et al (2000) Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry 177:149–155
- Ruesch P, Graf J, Meyer PC et al (2004) Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. Soc Psychiatr Epidemiol 39:686–694
- Salize HJ, Schuh C, Krause M et al (2007) Senken arbeitsrehabilitative Maßnahmen während stationär psychiatrischer Behandlung langfristig die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie? Psychiatr Prax 34:246–248
- Schäfer S (2010) Immer öfter eine gute Wahl: Lizenzfreie Testverfahren. Psychotherapie aktuell 2(3):12–16
- Schepank H (1995) Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe, Göttingen
- Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R et al (1990) An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry 147(12):1602–1608
- Schrank B und Amering M (2007) „Recovery“ in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie 21(1):45–50
- Schubert M, Parthier K, Kupka P (2013) Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg). IAB-Forschungsbericht
- Slade M, Powell R, Strathdee G (1997) Current approaches to identifying the severely mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 32:177–184
- Social Exclusion Unit (2004) Mental Health and Social Exclusion. Office of the Deputy Prime Minister (Hrsg), London
- Spellmann I, Riedel M, Schennach R et al (2012) One-year functional outcomes of naturalistically treated patients with schizophrenia. Psychiatry Res 198(3):378–385
- Spengler A (2012) Psychiatrische Institutsambulanzen. Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Dt. Ärztebl 109(40):1981–1984
- Spießl H, Binder H, Cording C (2006) Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. Dtsch Ärztebl 103(39): 2549–2552
- Statistisches Bundesamt (2013a) Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen Schuljahr 2012/2013. Fachserie 11, Reihe 1, Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2013b) Sozialeleistungen. Schwerbehinderte Menschen 2011. Fachserie 13, Reihe 5.1., Wiesbaden
- Stengler K, Becker T, Riedel-Heller S (2014a) Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 82:43–53
- Stengler K, Kauffeldt S, Theißen A et al (2015) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland. Analyse der Aufnahme- und Entlassungsdaten. *Nervenarzt* 86(5):603–608
- Stengler K, Riedel-Heller S, Becker T (2014b) Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 85:97–107
- Sullivan D und von Wachter T (2009) Job displacement and mortality: an analysis using administrative data. *Q J Econ* 124(3):1265–1306
- Taylor AC und Bond GR (2014) Employment specialist competencies as predictors of employment outcomes. *Community Ment Health J* 50(1):31–40
- Tews HP, Schreiber WK, Schott J (2003) Berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken und Ergebnisse der Berufsförderungswerke Heidelberg *Rehabilitation* 42:36–44
- Torchella I, Anbrecht F, Buchkrämer G et al (2004) Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung – eine Feldstudie. *Psychiatr Prax* 31:228–235
- Tsang HW, Leung AY, Chung RC et al (2010) Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Aust N Z J Psychiatry* 44:495–504
- Tsang HW und Pearson V (2001) Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bull* 27:139–148
- Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF (2003) Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 8:515–523
- Völlm B, Becker H, Kunstmann W (2004) Psychiatrische Morbidität bei allein stehenden wohnungslosen Männern. *Psychiatr Prax* 31:236–240
- Wallace CJ und Tauber R (2004) Supplementing supported employment with workplace skills training. *Psychiatr Serv* 55:513–515
- Watzke S, Galvao A, Brieger P (2009) Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany: A controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:523–531
- Weevers HJ, van der Beek AJ, van den Brink-Muinen A et al (2009) Communication about work between general practitioners and patients consulting for musculoskeletal disorders. *Qual Prim Care* 17(3):197–203
- Weig W, Bräuning-Edelmann M, Brieger P et al (2011) Psychiatrische Rehabilitation. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Springer, Berlin
- Weinmann S und Gaebel W (2005) Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt* 76:809–821
- Weinmann S (2007) In Gaebel W und Müller-Spahn F (Hrsg): *Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung*. Kohlhammer, Stuttgart
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH et al (1998) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *Br J Psychiatry* 172:11–18
- WHO – World Health Organization (2001) International classification of functioning, disability and health – ICF. WHO, Genf

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin-Mitte
Tel.: 030/2404-772-0
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
Internet: www.dgppn.de

Gesundheitsstadt Berlin GmbH

Schützenstraße 6A
10117 Berlin
Tel.: 030/7001 176-00
E-Mail: office@gesundheitsstadt-berlin.de
Internet: www.gesundheitsstadt-berlin.de

Berlin, September 2015

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
E-Mail: steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de