

## Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker

Stefan Watzke<sup>1</sup>, Anja Galvao<sup>1</sup>, Michael Hühne<sup>2</sup>, Berthold Gawlik<sup>2,3</sup>, Peter Brieger<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

<sup>2</sup> RPK gGmbH, Halle/Saale

<sup>3</sup> TSE gGmbH, Halle/Saale

Psychische Erkrankungen stellen fünf der zehn weltweit häufigsten Ursachen dauerhafter Behinderung dar. Dazu zählen Depressionen an erster Stelle, sowie Alkoholabhängigkeit, bipolar affektive Erkrankungen, Schizophrenien und Zwangsstörungen. Psychisch Behinderte machen einen Anteil von etwa 22% an der Zahl dauerhaft behinderter Menschen aus (Murray & Lopez, 1996). Laut eines im Jahr 2001 vorgelegten Armutsberichtes des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung waren nur wenig mehr als die Hälfte der Menschen mit psychischen Erkrankungen erwerbstätig (inkl. Beschäftigung als Hausfrau) oder in Ausbildung. 42.3% der Betroffenen waren aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, davon waren 16.5% langzeitarbeitslos, 12% Sozialhilfeempfänger und 13.9% Frührentner (BMfAS, 2001). Bei Angermeyer und Matschinger (1996) ergab sich, dass lediglich 5.6% der Kranken vollbeschäftigt und 6.5% teilzeitbeschäftigt waren, ca. 20% verfügten über einen geschützten Arbeitsplatz. Etwa der Hälfte der Erkrankten stand keinerlei Arbeits- oder Beschäftigungsangebot zur Verfügung. Diese Daten korrespondieren mit internationalen Befunden, nach denen in Europa die Beschäftigungsraten chronisch psychisch Kranker lediglich zwischen 10% und 20% liegen (Marwaha & Johnson, 2004).

Ein Wegfall oder Fehlen der Teilhabe am Arbeitsleben leistet neben einer Verschlechterung der materiellen Situation jedoch auch psychischen Erkrankungen Vorschub (Kates, Greiff & Hagen, 1990) und trägt in erheblichem Ausmaß zu sozialem Ausschluss bei (Boardman, Grove, Perkins & Shepherd, 2003). So weiß man aus Stichproben der Allgemeinbevölkerung, dass Beschäftigungslosigkeit Suizidalität fördern kann, wie Pritchard (1992) an einer Stichprobe arbeitsloser junger Männer zeigte, bzw. Depressivität erhöht, wie für arbeitslose Frauen belegt wurde (Bromberger & Matthews, 1994).

Trotz dieser Erkenntnisse werden psychisch Behinderte sozialrechtlich bis heute in der beruflichen Rehabilitation und Integration benachteiligt (Lehmann, 1999), jedoch erfolgen nur etwa ein Prozent aller beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Die „Aktion Psychisch Kranke“ (APK, 2004) geht davon aus, dass die Teilhabe am Arbeitsleben gerade für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen große Bedeutung hat, denn Arbeit ver-

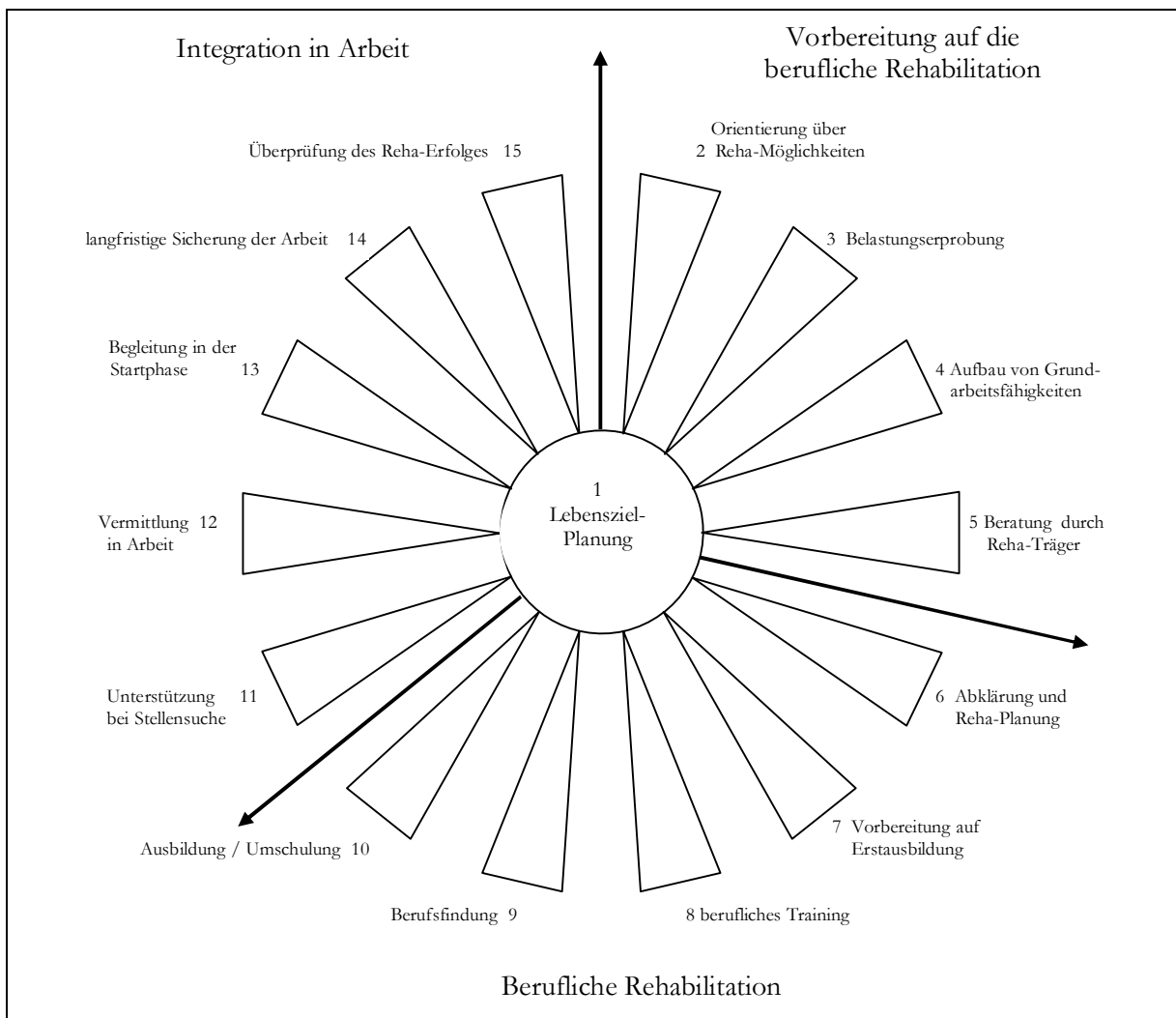
schaft die Möglichkeit persönliche Erfolge und Sicherheit durch Bewältigung äußerer Anforderungen zu erringen, normale soziale Rollen zu erfüllen und einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken. Darüber hinaus stellt die Teilhabe am Arbeitsleben ein Kriterium für Genesung dar, trägt zur Tagesstrukturierung bei und fördert soziale Kontakte und Unterstützung.

## Konzepte beruflicher Rehabilitation

Das heutige System der Hilfeangebote für psychisch kranke und behinderte Menschen umfasst eine Vielzahl verschiedener Formen rehabilitativer Angebote, die in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich ausgebaut wurden (Podeszfa, 1997). Adressaten sind grundsätzlich Personen im erwerbsfähigen Alter mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen, die infolge ihrer Erkrankung und der daraus resultierenden oder drohenden Beeinträchtigung der Aktivität und gesellschaftlichen Teilhabe einen komplexen Hilfebedarf haben und nicht in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen von sich aus in Anspruch zu nehmen bzw. zu koordinieren (APK, 2004). Das vorrangige Ziel beruflicher Rehabilitation ist die *Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben* (APK, 2002) bzw. eine *Wiedereingliederung ins Arbeitsleben* innerhalb einer befristeten Zeit (Hoffmann, 1999). Dieses Ziel ist nicht nur für die Erreichung eines Einkommens von zentraler Bedeutung, sondern vor allem auch für die soziale Anerkennung, das Selbstwertgefühl, die Identität (Bach, 1993), die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Pörksen, 2002) und die Reduktion erkrankungsbedingter Stigmatisierung (Marwaha & Johnson, 2004). Rehabilitative Einrichtungen folgen jedoch zunehmend einem biologisch-psychosozialen Krankheitsmodell und sehen ihre Zielsetzung verstärkt auch in einer *Stabilisierung der Symptomatik*, *Vermittlung psychoedukativer Inhalte* sowie *sozialer Kompetenzen*.

Berufliche Rehabilitation umfasst dabei einen weiten Bereich einzelner Tätigkeitsfelder (Abbildung 1), die in Abhängigkeit zueinander stehen und einer Versorgungskette entlang des Überganges der psychischen Erkrankungen aus einer akuten in eine postakute, stabilere Phase folgen.

Abbildung 1: Funktionsbereiche beruflicher Rehabilitation und Integration psychisch Kranker  
(nach Albers et al., 2002)



Aufgrund einer fortschreitenden institutionellen Differenzierung hat sich in Deutschland eine große konzeptionelle und inhaltliche Vielfalt an Rehabilitationseinrichtungen entwickelt, so dass es insgesamt kaum möglich erscheint, einen vollständigen Überblick zu erhalten (APK, 2004).

Ihren Beginn findet die rehabilitative Versorgungskette bereits in der *ambulanten und stationären Krankenbehandlung* durch die Vorbereitung auf eine potenzielle berufliche Rehabilitation, Diagnos-

tik und Abklärung der Arbeitsfähigkeit sowie ggf. die Orientierung über Rehabilitationsmöglichkeiten und Veranlassung weiterer Maßnahmen. Zudem kann durch Ergotherapeuten bzw. stationäre Arbeitstherapie eine Förderung und Wiedererlangung von Grundarbeitsfähigkeiten angestrebt werden.

Mit den *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)* wurde für die Zielgruppe der Personen mit seelischen Beeinträchtigungen ein spezifisches Angebot zur integrierten medizinisch-beruflichen Leistungserbringung unter der Einbeziehung verschiedener Leistungsträger entwickelt. Waren in den 80er Jahren zunächst zentrale, stationäre und relativ große RPKs empfohlen worden, die ursprüngliche Empfehlungsvereinbarung der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation) ging von mindestens 50 Plätzen aus, so hat sich in den 90er Jahren, auch im Zuge des neuen Paradigmas der personenzentrierten Hilfen (Kunze, 1999) eine Abkehr von solchen stationären Großeinrichtung durchgesetzt (BAR & BAK-RPK, 2000; Häfner, 1997). Daneben tragen aber andere Einrichtungstypen wesentlich zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter bei: Hier sind vor allem Werkstätten für Behinderte (WfB), Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke (BFW), Berufliche Trainingszentren (BTZ), Einrichtungen der ambulanten Arbeitstherapie, begleitende Hilfen (einschließlich von Integrationsfachdiensten), Integrationsfirmen und Zuverdienstprojekte zu nennen (BAR, 1993). Es besteht zwar heute – auch nach Einschätzung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung – eine problematische Unübersichtlichkeit der bestehenden Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation für psychisch Behinderte, was unter anderem Folge des für diesen Bereich zersplitterten Leistungsrechtes ist. Zugleich haben sich aber viele Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation den jeweiligen örtlichen und sozialrechtlichen Gegebenheiten angepasst, so dass ein hohes Maß an Differenzierung entstanden ist. Verschiedene Einrichtungen eines Typus können sich unter Umständen erheblich voneinander unterscheiden, während die Konzepte bestimmter Einrichtungen verschiedenen Typus (z.B. eines BTZ und einer RPK) viele gemeinsame Elemente haben können.

Diese weitgehende Differenzierung der bestehenden Angebote ist jedoch andererseits auch erforderlich, da die angesprochene Klientel einerseits ein weites Spektrum beruflicher Vorerfahrungen mit sich bringt und andererseits aufgrund der Erkrankung in unterschiedlichem Maße von Beeinträchtigungen ihrer Leistungsfähigkeit betroffen ist.

Ein neues, in Deutschland jedoch bisher wenig praktiziertes Prinzip der beruflichen Wiedereingliederung stellt das Paradigma des „*Supported Employment*“ bzw. dessen manualisierte Interventionsform „*Individual Placement and Support*“ (Becker & Drake, 1993) dar. Dieser in den USA entwickelte Ansatz unterstützender Beschäftigung stellt die Platzierung am alten oder neuen Arbeitsplatz in den Mittelpunkt (Gauggel, Konrad & Wietasch, 1998). Zielgruppe sind Personen, die noch nicht ins Arbeitsleben integriert waren oder nicht mehr an ihren alten Arbeitsplatz zurück-

kehren können sowie Rehabilitanden, die Probleme bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz haben. Das Vorgehen ist hier durch Vorbereitungstrainings und Leistungserprobungen, das Platzen am alten oder an einem neuen Arbeitsplatz, dortiges Training und Unterstützung sowie Nachbetreuung mit kontinuierlichem Abbau der Hilfen gekennzeichnet. Dieser Ansatz wurde in seiner Wirksamkeit in einer Vielzahl von Untersuchungen bezüglich der Wiedereingliederungsquote belegt (Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2003; Lehman, 1995). Das in Deutschland praktizierte „Hamburger Modell“ (Gauggel et al., 1998), das im Rahmen der EQOLISE-Studie in Ulm (Ehiosun, 2004) verfolgte Konzept des „Individual Placement and Support“ sowie das Berner JOB COACH PROJEKT (Hoffmann, 2002, 2004) in der Schweiz stellen Ansätze des „Supported Employment“ im deutschsprachigen Raum dar.

### Empirische Befunde zum Erfolg beruflicher Rehabilitation

Seit den 1970er Jahren fanden im Zuge der Entwicklung einer gemeindenahen und sozialen Psychiatrie zahlreiche Projekte zur Evaluation von Einrichtungen der Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker in Deutschland statt bzw. wurden existierende Einrichtungen wissenschaftlich begleitet (Ciompi, Ague & Dauwalder, 1977, 1978; Dauwalder, Ciompi, Aebi & Hubschmid, 1984; Holler & Wollny, 1999; Reimer, Kunow & Kuhnt, 1990; Reker, 1998; Seyfried, Melcop & Roth, 1993; Wollny, 1999a, 1999b). Wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Rehabilitationserfolg umfassen im Wesentlichen zwei Untersuchungsansätze: zum einen wird die Wirksamkeit beruflicher Rehabilitation im Sinne einer Maßnahmenevaluation überprüft, zum anderen haben Studien zum Ziel, prognostisch relevante Faktoren des Rehabilitationserfolges zu identifizieren. Beide Forschungsrichtungen sind eng miteinander verbunden und zeigen starke Abhängigkeiten von den zugrunde liegenden Annahmen über Erfolg bzw. Misserfolg arbeitsrehabilitativer Bemühungen. Dabei stellt sich eine wesentliche Schwierigkeit bei der Definition der verwendeten Erfolgskriterien dar. In der einschlägigen Forschungsliteratur herrscht bisher nur wenig Übereinstimmung darüber, auf welche Art der Rehabilitationserfolg konzeptualisiert werden sollte (Hoffmann, Kupper, Zbinden & Hirsbrunner, 2003). Folglich ist es schwer, einen Vergleich zwischen Studien anzustellen, in denen verschiedene Erfolgsmaße zum Einsatz kamen (Lieberman, Kopelowicz, Ventura & Gutkind, 2002). Auch Reker (1998) geht davon aus, dass es unabdingbar ist, im Zuge der Forschung zur beruflichen Rehabilitation zu klären, wie sich der Erfolg beruflicher Rehabilitationsprogramme operationalisieren lässt bzw. worin ein solcher Rehabilitationserfolg überhaupt besteht. Hauptkriterium bisheriger Untersuchungen stellte die Wiedereingliederungsquote psychisch Kranker in den allgemeinen Arbeitsmarkt dar.

Reker (1998) merkt dazu an, dass die Operationalisierung des Erfolges arbeitsrehabilitativer Maßnahmen allein durch den relativen Anteil der in Beschäftigung gelangten Rehabilitanden erhebliche methodische Schwierigkeiten aufwirft. Diese Schwierigkeiten beruhen auf dem komplexen Charakter und der Vielschichtigkeit des Forschungsgegenstandes „Arbeit“. Zum einen würden Effekte und Ergebnisse arbeitsrehabilitativer Maßnahmen nicht nur durch die Art der Programme und die individuellen Eigenschaften der teilnehmenden Rehabilitanden beeinflusst, sondern hingen in starkem Maße auch von gesellschaftlichen und insbesondere arbeitsmarktpolitischen Gegebenheiten ab. Zum anderen bestehe eine weitere grundlegende Schwierigkeit darin, dass Arbeit gleichzeitig als rehabilitative bzw. therapeutische Maßnahme, als Ziel des Rehabilitationsprozesses und als dessen Erfolgskriterium betrachtet werden kann. Methodisch formuliert unterscheidet sich die Intervention in z.B. Arbeitstherapien oder Beschäftigung unter geschützten Bedingungen nicht grundsätzlich von dem intendierten Ergebnis (z.B. Integration in ein geschütztes Beschäftigungsverhältnis).

Norquist (2002) betont die Notwendigkeit, spezifische Ergebnismaße für spezifische Interventionsarten zu generieren, die es erlauben, die Qualität der Intervention abzubilden und vergleichbar zu machen. Dabei könne aber kein selten erreichtes Ereignis als Kriterium dienen, da es hierbei nicht möglich sei, eine statistisch signifikante Varianz innerhalb einer Stichprobe zu erzielen.

Die sozialpsychiatrische Arbeitsrehabilitation sieht sich aktuell jedoch mit dem Dilemma konfrontiert, psychisch beeinträchtigte und psychisch behinderte Personen in eine Arbeitswelt integrieren zu wollen, die selbst nicht für alle gesunden Mitglieder der Gesellschaft einen Arbeitsplatz anbieten kann und „deren hohe Anforderungen an Berechenbarkeit, Flexibilität, Belastbarkeit und Qualifikation den Fähigkeiten chronisch psychisch Kranker nahezu diametral gegenüber stehen“ (Reker, 1998, S. 10) bzw. deren hoher psychologischer Stress insbesondere bei chronisch psychisch Kranken zu einer Minderung der Funktionsfähigkeit führen kann (Anthony & Jansen, 1984). Da sich unter den aktuellen arbeitsmarktpolitischen Voraussetzungen eine Integration in Arbeitsverhältnisse des ersten Arbeitsmarktes durchaus als „seltenes Ereignis“ klassifizieren lässt, scheint es sinnvoll, den wissenschaftlichen Fokus verstärkt auf andere, gut operationalisierte Erfolgskriterien beruflicher Rehabilitation zu richten.

Eine erweiterte Klärung des Begriffes „Erfolg beruflicher Rehabilitation“ kann nur mit Blick auf die oben eingeführten Rehabilitationsziele erfolgen. Wenn eine Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt als normatives Kriterium nur bei einem kleineren Teil der Rehabilitanden erreicht wird, kann Erfolg verstärkt im Abbau sozialer Behinderung und bei verschiedenen Facetten psychischen Befindens gesehen werden. Rehabilitation ist im Sinne des Normalisierungsprinzips umfassend auf verschiedene Funktions- und Lebensbereiche ausgerichtet (Welte, 1999) und

darf nicht vorschnell auf das alleinige Ziel einer Rückführung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eingeengt werden (Engels, 1996).

Lehman (1995) konstatiert in einer Übersichtsarbeit, dass der Erfolg arbeitsrehabilitativer Bemühungen mehrdimensional betrachtet werden muss. So schließe sich originär berufsbezogener Outcome in Beschäftigungsquoten, einer Verbesserung des Beschäftigungsstatus', der wöchentlichen Arbeitszeit, dem tätigkeitsbezogenen Einkommen und in der Arbeitsleistung nieder. Darüber hinaus seien jedoch auch andere Kriterien wesentlich, so unter anderem eine psychopathologische Stabilisierung, ein steigendes Funktionsniveau und die subjektive Lebensqualität. In Anlehnung an Reker (1998) kann zwischen folgenden Erfolgsdimensionen arbeitsrehabilitativer Maßnahmen differenziert werden:

- *normative Erfolgsmaße*: Wiedereingliederungs- bzw. Beschäftigungsquote
- *Erfolgsmaße des relativen Fortschritts*: Fortschritt auf den Achsen des Wohn- und Arbeitsmilieus auf einem Kontinuum von umfassend betreutem bis hin zu selbstständigem Wohnen respektive keiner bzw. stark betreuter Beschäftigung bis hin zu einer regulären Arbeitstätigkeit
- *subjektive und funktionale Erfolgskriterien*: soziales bzw. generelles Funktionsniveau, Maße der Lebensqualität
- *Arbeitsfähigkeiten* individuelle Eignung, einer Arbeitstätigkeit unabhängig von der vorliegenden Beschäftigung nachzugehen

#### *Normative Erfolgsmaße - Wiedereingliederungsquote:*

Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation erhöhen die Beschäftigungsraten psychisch Kranker (Lehman, 1995). Jedoch erzielen derzeitig konventionelle Methoden der Arbeitsrehabilitation in psychiatrischen Populationen entmutigende Wiedereingliederungsraten von 15-30%, die sich mit zunehmendem Katamnesezeitraum weiter drastisch reduzieren (Crowther et al., 2003; Drake, McHugo, Becker, Anthony & Clark, 1996; Jaeger & Douglas, 1992). Studien aus dem deutschsprachigen Raum berichten, dass weniger als ein Drittel der Klienten nach Abschluss arbeitsrehabilitativer Maßnahmen in den freien Arbeitsmarkt integriert werden konnten – je nach rehabilitativem Kontext 6-19% bei Reker (1998), ca. 20% im Modellverbund „Psychiatrie“ (Wollny, 1999a), ca. 25% in den RPKs (BAR & BAK-RPK, 2000), ca. ein Drittel bei Berufstrainingszentren (BTZ) (Haug-Benien, 2000).

Prädiktiv für eine erfolgreiche Wiedereingliederung erwiesen sich im Wesentlichen die folgenden Variablen: hohe Schulbildung (Mueser, Salyers & Mueser, 2001; Reker, 1998), hohe berufliche Vorerfahrung und gute Arbeitsfähigkeit während der Rehabilitation (Anthony & Jansen, 1984), vorliegende soziale Kompetenzen (Cook & Razzano, 2000), gute prämorbidie Anpassung (Mueser et al., 2001) sowie bei schizophrenen Patienten eine geringe Negativsymptomatik (Cook & Razzano, 2000; McGurk & Mueser, 2004; Mueser et al., 2001).

#### *Erfolgsmaße des relativen Fortschritts: Fortschritt auf den Achsen des Wohn- und Arbeitsmilieus*

Mit Blick auf die niedrigen Quoten erfolgreicher Integration psychisch Kranker in den kompetitiven Arbeitsmarkt stellt sich die Frage, ob die Evaluation beruflicher Rehabilitation allein anhand dieses Kriteriums erfolgen sollte. Eine Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt stellt nur einen Teilaspekt der Arbeitsrehabilitation dar, für einen großen Teil der Erkrankten kommt dieses Ziel unter den aktuellen sozioökonomischen Bedingungen kaum in Betracht. Die alleinige Verfolgung dieses Kriteriums birgt für psychisch Kranke die Gefahr von Überforderung und erneutem Scheitern und wird von einigen Betroffenen selbst auch subjektiv nicht angestrebt (Pfammatter, Hoffmann, Kupper & Brenner, 2000). Für viele Patienten ist deshalb das Erreichen oder der Erhalt eines Arbeitsverhältnisses im geschützten Rahmen bereits als positives Rehabilitationsergebnis zu werten.

Bereits Ciompi et al. (1977) definierten den Erfolg der beruflichen Rehabilitation als „einen Fortschritt auf den (...) Achsen des Wohn- und Arbeitsmilieus“ (S.15) und legten Kriterien vor, die die Entwicklung psychisch kranker Rehabilitanden entsprechend eines relativen Fortschritts im Beschäftigungsniveau und in Bezug auf ihr Wohnmilieu zu erfassen vermögen. Damit wurde zunächst anerkannt, dass der Erfolg rehabilitativer Bemühungen in unterschiedlichen Dimensionen zu sehen ist, weiterhin wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass bei der untersuchten Klientel eine Wiedereingliederung oftmals nur partiell erreichbar ist. In pragmatischer Form erfolgte nunmehr eine Einschätzung der erzielten Stufe der beruflichen Wiedereingliederung auf einer Ordinalskala von „keine Arbeit“ über „Beschäftigungs-“, und „Arbeitstherapie“ sowie „Arbeit in geschütztem Rahmen“ bis hin zu „Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt“. Auf der Achse des Wohnmilieus wurde analog eine Beurteilung der benötigten Wohnform von „Leben in einer geschützten Spitalabteilung“ über „Tagesklinik“ und „geschützte Wohngemeinschaft“ bis hin zu „selbstständigem Wohnen“ vorgenommen.

Diese rangskalierten Erfolgskriterien erlauben über die bloße Wiedereingliederungsquote bzw. Quote selbstständigen Wohnens hinaus differenziertere Aussagen bezüglich Verbesserung, Stagnation oder Verschlechterung der Integration der Rehabilitanden nach einer erfolgten Rehabilitation.



Durch Rehabilitation erzielte Fortschritte auf der Achse des Arbeitsmilieus fanden sich bei Dauwalder et al. (1984), Reker (1998) sowie Weig und Wiedl (1995), ein verbessertes Wohnmilieu konnte ebenfalls bei Dauwalder et al. (1984) sowie Weig und Wiedl (1995) nachgewiesen werden. Für Fortschritte bezüglich der Eingliederung in eine Beschäftigung entlang der Arbeitsachse waren die Zukunftserwartungen der Familien und Betreuer, die Intelligenz des Rehabilitanden, seine soziale Einbindung und eine niedrige Ausgliederungsdauer von prognostischer Bedeutung und erlaubten die richtige Vorhersage der beruflichen Situation für 70% der Patienten nach einer 1-Jahres-Katamnese (Dauwalder et al., 1984). Bei Hoffmann et al. (2003) konnte die Entwicklung schizophrener Patienten entlang der Arbeitsachse von „keine Arbeit“ über „Arbeitsverhältnis in geschützter Umgebung“ bis zu „Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt“ ein halbes Jahr nach Abschluss der Rehabilitation durch negative Symptome, Intelligenz, funktionale Behinderung, Kontrollüberzeugung und kognitive Leistungsfähigkeit vorhergesagt werden.

#### *Subjektive und funktionale Erfolgskriterien*

Rehabilitation wird weitgehend als Prozess zur Unterstützung des Übergangs von geringerer zu höherer sozialer Selbstständigkeit und Unabhängigkeit angesehen (Hoffmann & Kupper, 1996). Wesentlich erscheint es demzufolge, die Verbesserung funktionaler Outcomevariablen anhand eines erhöhten sozialen Funktionsniveaus (Lehman, 1995) und einer reduzierten funktionalen Beeinträchtigung (functional impairment) (Lieberman et al., 2002) als Ziele arbeitsrehabilitativer Maßnahmen zu formulieren. Liegt das Hauptaugenmerk zur Beurteilung beruflicher Rehabilitation ausschließlich auf originär beruflichen Domänen, erfolgt automatisch eine Vernachlässigung weiterer wichtiger Bereiche derartiger Interventionen und eine Unterschätzung der Effektivität beruflicher Rehabilitationsprogramme.

Veränderungen in sozialen Funktionsbereichen zeigten sich bei Ferdinandi und Kollegen (Ferdinandi, Yoottanasumpun, Pollack & Bermanzohn, 1998). Diese Veränderungen standen in korrelativer Beziehung zu beruflichen Ergebniskriterien der Rehabilitation, erlaubten jedoch auch eine Veränderungsfeststellung unabhängig von der gegebenen Arbeitsmarktlage. Hoffmann und Kupper (1996) zeigten, dass Rehabilitanden, die ein berufliches Reintegrationsprogramm erfolgreich durchliefen, im zeitlichen Verlauf der Maßnahme über ein höheres soziales Funktionsniveau verfügten als Abbrecher des Programms. Es stellt sich aber die Frage, ob eine Betrachtung des sozialen Funktionsniveaus als Ergebniskriterium nicht eine indirekte Beurteilung der Psychopathologie schizophrener Rehabilitanden darstellt. Ein niedriges soziales Funktionsniveau könnte auch die bloße Manifestation negativer Symptome der Schizophrenie (z.B. sozialen Rückzug) repräsentieren, andererseits könnten Defizite im Sozialverhalten als negative Symptome interpretiert werden (Hoffmann & Kupper, 1996). Entsprechend ließ sich das soziale Funktionsniveau für schizoph-

rene Teilnehmer einer beruflichen Rehabilitation mit einer Varianzaufklärung von 50% durch negative Symptome und Symptome der Desorganisation prädictieren (Hoffmann, Kupper & Kunz, 1998). Aus diesem Grund sollte das soziale Funktionsniveau in keinem Falle unabhängig von der Symptomatologie der Erkrankung untersucht werden (Hoffmann et al., 1998).

In den vergangenen Jahren hat sich die psychiatrische Forschung zudem stärker den subjektiven Erlebnisweisen der Betroffenen zugewandt und der individuell wahrgenommenen Lebensqualität als Ergebnisparameter eine erhöhte Beachtung geschenkt (Brieger, Roettig & Marneros, 2004).

Personen mit schweren psychischen Erkrankungen weisen im Vergleich zur Normalbevölkerung niedrigere Lebensqualitätswerte auf (WHOQOL-Group, 1998). Es liegen Befunde vor, nach denen schizophrene Patienten mit Arbeitsbeschäftigung eine höhere Lebensqualität berichten als beschäftigungslose Patienten (Chan & Yu, 2004) und die Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hat (Bond et al., 2001; Holzner, Kemmler & Meise, 1998). Bei individueller beruflicher Rehabilitation zeigte sich eine Verbesserung der Lebensqualität während der Rehabilitation in signifikant höherem Maße als bei einer Vergleichsgruppe mit Rehabilitation in einer psychiatrischen Klinik (Sellwood et al., 1999). Die Betrachtung der Lebensqualität als Outcome-Variable wird jedoch derzeit kontrovers diskutiert, da vor allem bei Patienten mit affektiven Störungen die subjektive Lebensqualität als direkt durch das Ausmaß depressiver Symptome determiniert angesehen wird (Pukrop, 2003).

#### *Arbeitsfähigkeiten als Evaluationskriterium beruflicher Rehabilitation*

Die Beeinträchtigung beruflicher Leistungen ist ein Definitionskriterium psychiatrischer Erkrankungen (APA, 1994). Als Defizit der Störungen besteht sie oft über Jahre ohne Verbesserung fort (Carone, Harrow & Westermeyer, 1991). Der Erwerb von Kompetenzen und Fähigkeiten beruflicher Eignung stellt dementsprechend ein wesentliches Ziel beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen des personenbezogenen Ansatzes dar (Reker, 1998) und lässt sich somit als Erfolgskriterium beruflicher Rehabilitation nutzen.

Arbeitsfähigkeiten als Evaluationskriterien beruflicher Rehabilitation liefern im Zuge der Maßnahme veränderliche Maße und sind unabhängig von äußeren, auch arbeitsmarktpolitischen Gegebenheiten ermittelbar. Gesteigerte Arbeitsfähigkeiten repräsentieren somit ein Erfolgskriterium, das für verschiedene Rehabilitanden unter verschiedenen rehabilitativen und arbeitsmarktpolitischen Bedingungen erhoben werden kann.

Arbeitsfähigkeiten stellen einen spezifischen Aspekt funktionaler Ergebnisparameter dar, jedoch erlauben sie die spezifische Beurteilung von Fähigkeiten, Anforderungen einer Arbeitstätigkeit zu genügen. Zur Beurteilung von Arbeitsfähigkeiten steht eine Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente zur Verfügung, die jeweils relevante tätigkeitsbezogene Kompetenzen erfassen.

sen. So werden z.B. Grundarbeitsfähigkeiten (Pünktlichkeit, Sorgfalt, Konstanz), Sozialverhalten und kommunikative Aspekte der Arbeit (Umgang mit Kollegen und Anleitern / Vorgesetzten, Kontaktfähigkeit, Verhalten in der Arbeitsgruppe), kognitive Leistungen (Auffassung, Merk-, Denk- und Konzentrationsfähigkeit), das Arbeitsverhalten (Einstellung, Planung, Selbstständigkeit, Geschick) sowie die Arbeitsqualität und –quantität erfasst.

Im deutschsprachigen Raum stehen unter anderem der „Arbeitspädagogische Beobachtungs- und Bewertungsbogen“ von Dieterich (1991; zitiert nach APK, 2004, S.149f) sowie das „Merkmalsprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit – MELBA“ (Kleffmann, Weinmann, Föhres & Müller, 1997) zur Verfügung. Ein neues, viel versprechendes und reliables Instrument zur Ermittlung allgemeiner, arbeitsplatzunabhängiger Arbeitsfähigkeiten psychisch Kranker stellt zudem das Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil (O-AFP) (Wiedl, Uhlhorn, Kohler & Weig, 2002) dar.

Arbeitsfähigkeiten verbessern sich im Zuge rehabilitativer Maßnahmen (Bell & Bryson, 2001) gezeigt wurde. Teilnehmer, die im Anschluss an eine Rehabilitation eine Beschäftigung fanden, konnten bereits während der Rehabilitation ihre Arbeitsfähigkeit kontinuierlich steigern, während sich bei Teilnehmern, die im Anschluss unbeschäftigt blieben, kein derartiger Fortschritt abzeichnete (Anthony, Rogers, Cohen & Davies, 1995).

Als Prädiktoren zur Vorhersage von Arbeitsfähigkeiten erwiesen sich negative Symptome der Schizophrenie (Breier, Schreiber, Dyer & Pickar, 1991; Hoffmann & Kupper, 1997; Hoffmann et al., 2003; Lysaker & Bell, 1995) sowie Intelligenz, soziale Behinderung, soziale Fertigkeiten und Kontrollüberzeugung (Hoffmann et al., 2003).

Ihrerseits erweisen sich im Zuge einer Rehabilitation erhobene Arbeitsfähigkeiten als starke Prädiktoren der Arbeitsleistung und Integration nach der Rehabilitation (Beiser et al., 1994; Hoffmann et al., 2003). In weiteren Studien prädizierte das während der Rehabilitation eingeschätzte Arbeitsverhalten den Beschäftigungsstatus der Erkrankten sechs Monate nach der Rehabilitation (Rogers, Anthony, Cohen & Davies, 1997) sowie die Beschäftigungsdauer und das erzielte Einkommen im Anschluss an eine gemeindenah psychosoziale Rehabilitation (Bond & Friedmeyer, 1987). Diese Maße nehmen somit eine Zwischenstellung zwischen Erfolgsmaß der beruflichen Rehabilitation einerseits und Prädiktor zukünftiger Leistungen andererseits ein

### *Zusammenfassung*

Im Wesentlichen fokussierte die Forschung bislang auf Fragen der Wiedereingliederungsquote nach Abschluss der Maßnahme sowie auf deskriptive Fragestellungen (z.B. Einbindung in das regionale Versorgungssystem). Kontrollierte Untersuchungen des Rehabilitationserfolges sind dagegen ausgesprochen rar. Auch muss die Erfassung des eigentlichen Rehabilitationsprozesses

und die Offenlegung von Zugangswegen zur Rehabilitation, die oft uneinheitlich und wenig transparent sind, bislang als im Wesentlichen unbearbeitet angesehen werden.

Zudem wird der heutige Wissensstand über die Beziehungen zwischen grundlegenden Reha-bilitandenmerkmalen und einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung trotz der identifizier-ten Prädiktorvariablen als nach wie vor unbefriedigend bezeichnet (Hoffmann & Kupper, 2003). Fundiertes Wissen um valide Prädiktoren einer erfolgreichen Rehabilitation ist jedoch unabding-bar, um personenbezogen individuelle Reha-Planung durchführen zu können.

### *Eigene Untersuchungen*

Durch den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Sachsen-Anhalt / Mecklenburg-Vorpommern wurde eine Studie gefördert, die unter Berücksichtigung wichtiger methodischer Standards (Reker, 1998) an der psychiatrischen Universitätsklinik in Halle in Kooperation mit zwei gemeindenahen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker durchge-führt wird (Brieger, Gawlik, Huehne & Marneros, 2002). Im Zuge einer angestrebten Vollbefra-gung aller Rehabilitationsteilnehmer der TSE gGmbH Halle/S. und der RPK Sachsen-Anhalt gGmbH im Einschlusszeitraum Juli 2002 bis Juni 2003 konnten 123 Probanden in die Untersu-chung aufgenommen werden. Diese Teilnehmer beruflicher Rehabilitation wurden während und 9 Monate nach der Rehabilitation mehrdimensional untersucht und einer parallelisierten Stich-probe nicht rehabilitierter psychisch Kranker gegenübergestellt.

Auf Prädiktoreseite wurden Persönlichkeitsparameter, die prämorbid Anpassung, die psychiat-rische Diagnose und Symptombelastung, Intelligenz, Motivation und soziodemographische Va-riablen erhoben. Das Ergebnis der Rehabilitation wurde entlang der eingeführten Erfolgsdimen-sionen abgebildet.

Vorläufige Auswertungen des Datenmaterials dieser kontrollierten Studie ergaben, dass sich be-ruflche Rehabilitation bei psychisch kranken Menschen als wirksame Intervention darstellt. Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass die Teilnehmer ihre Arbeitsfähigkeiten im Laufe der Rehabilitation steigern konnten. Während die Basisausprägungen Arbeitsfähigkeiten bei Maß-nahmebeginn hauptsächlich mit dem Ausmaß der Psychopathologie und der subjektiven Lebens-qualität korrelierten, stand eine positive Veränderungen der Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten soziodemographischen Parametern, dem Grad der Schulbildung und der Aufmerksam-keitsleistung der Probanden in engem Zusammenhang (Watzke, Galvao, Gawlik, Hühne & Brie-ger, im Druck-a).

Darüber hinaus ergaben sich aber deutliche Hinweise auf differentielle Entwicklungsverläufe zwischen den Probanden. Es zeigte sich, dass in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeiten nicht alle Teilnehmer gleichermaßen von der Rehabilitationsmaßnahme profitierten.

In Abhängigkeit vom individuellen Verlauf der Arbeitsfähigkeiten während der Maßnahme konnten verschiedene Respondergruppen identifiziert werden. Personen mit konstant schwachen Leistungen wiesen den niedrigsten Bildungsstand auf, während ein hohes prämorbidales Bildungsniveau eine deutliche Steigerung der Arbeitsfähigkeiten prädierte. Wurden schizophrene Patienten zum Großteil als konstant leistungsschwach eingestuft, wiesen Rehabilitanden mit affektiven oder Angststörungen häufiger konstant überdurchschnittliche Leistungen auf. Die Respondergruppen unterschieden sich zudem hinsichtlich des erzielten Reintegrationserfolges. Während bei ca. 70% der konstant Leistungsstarken eine erfolgreiche Reintegration in eine Beschäftigung des allgemeinen oder geschützten Arbeitsmarktes verzeichnet wurde, war dies lediglich bei 33% der konstant Leistungsschwachen der Fall (Watzke, Galvao, Gawlik, Hühne & Brieger, im Druck-b).

Als weitere, für die erfolgreiche Wiedereingliederung prädiktive Variablen erwiesen sich ein höheres Funktionsniveau, eine geringe Gesamtdauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit, eine gute arbeitsbezogene Anpassung und geringes Alter zu Beginn der Maßnahme (Galvao, Watzke, Gawlik, Hühne & Brieger, im Druck).

Im Zuge weiterer vorläufiger Auswertungen dieser Studie ergeben sich Hinweise darauf, dass eine schlechtere formale Schulbildung, niedrigere Intelligenz, ein niedrigeres Funktionsniveau im Jahr vor der Maßnahme sowie deutlich schlechtere Arbeitsfähigkeiten bei Beginn der Rehabilitation das Risiko eines vorzeitigen Maßnahmeabbruches erhöhen.

Insbesondere der Nachweis eines deutlich erhöhten allgemeinen Funktionsniveaus der Rehabilitationsteilnehmer im Kontrast zur nicht rehabilitierten Vergleichsgruppe auch nach 9 Monaten und die Vermeidung von Frühberentung repräsentieren zukunftsweisende Ergebnisse dieser Studie (Watzke, Galvao, Gawlik, Hühne & Brieger, 2004).

### *Schlussfolgerung und Perspektiven*

Es ist generell zu fordern, dass die Gestaltung rehabilitativer Maßnahmen für psychisch Kranke stärker den Anforderungen einer evidenzbasierten Medizin genügen muss (Brieger & Kirschenbauer, 2004). Dies erscheint unabdingbar, um bestehende rehabilitative Angebote in ihrer Wirksamkeit zu überprüfen und den Betroffenen Leistungen anzubieten, die einen maximalen Erfolg im Sinne gestärkter Fähigkeiten, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, verbesserter funktionaler und subjektiver Parameter sowie einer erfolgreichen Wiedereingliederung erzielen können.

Unsere Überlegungen und Befunde weisen darauf hin, dass in eine personenbezogene Reha-Planung – anders als dies sehr oft die Praxis ist (APK, 2004) - unterschiedliche Dimensionen einzubeziehen sind: Neben der individuellen Biographie, den subjektiven Bedürfnissen und dem subjektiven Befinden sind arbeitsbezogene Leistungsprofile, soziale Faktoren, aber auch psychiatrisch-diagnostische Aspekte zu berücksichtigen.

Zukünftige Forschung sollte sich stärker mit der Identifizierung differentieller individueller Verläufe bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Rehabilitation beschäftigen. Die Entwicklung von Prozeduren zur Einzelfallbeurteilung stellt ein wesentliches neues Ziel zur Ermöglichung zeitnahe Interventionen dar. Ein solches Vorgehen erlaubt es, individuelle Stärken und Defizite der Rehabilitationsteilnehmer zu identifizieren, auf die berufliche Rehabilitation fördernd bzw. kompensierend einwirken kann, um optimale Erfolge im Sinne der Betroffenen zu erreichen. Gemäß den vorliegenden Ergebnissen heißt das, ein Hauptaugenmerk auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeiten und des allgemeinen Funktionsniveaus zu legen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass berufliche Rehabilitation bei psychisch Kranken wirksam ist und dass entsprechende Programme - gemeindenah - weiter auszubauen sind. Es wird aber auch deutlich, dass im Rahmen der Rehabilitationsplanung den Personenmerkmalen eine umfassendere Beachtung zukommen muss, um die Programme sehr viel stärker auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten ausrichten zu können. Ein personenzentrierter Ansatz ist hier von Nöten. Die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation muss in die Richtung des supported employments gehen. Dabei zeigen sich Schwierigkeiten, solche empirischen Ergebnisse in die Gegebenheiten des deutschen Sozialrechtes zu integrieren.

## Literatur

- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1996). Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen psychisch Kranker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker. *Psychosoziale Umschau*, 2.
- Anthony, W. A. & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M. & Davies, R. R. (1995). Relationship between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46, 353-358.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders, fourth Edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APK. (2002). *Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker: Zwischenbericht zum 31.03.2002*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- APK. (2004). *Individuelle Wege ins Arbeitsleben*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bach, O. (1993). Rehabilitation ohne das "Recht auf Arbeit"? *Sozialpsychiatrische Information*, 23, 7-11.
- BAR. (1993). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 9)*. Frankfurt/M.: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation.
- BAR & BAK-RPK. (2000). *Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter - RPK-Bestandsaufnahme*. Frankfurt/M.: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation.
- Becker, D. R. & Drake, R. E. (1993). *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Beiser, M., Bean, G., Erickson, D., Zhang, J., Iacono, W. G. & Rector, N. A. (1994). Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 151, 857-863.
- Bell, M. & Bryson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 269-279.
- BMfAS. (2001). *Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R. & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.
- Bond, G. R. & Friedmeyer, M. H. (1987). Predictive validity of situational assessment at a psychiatric rehabilitation agency. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 61-77.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H. Y., McHugo, G. J. & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J. & Pickar, D. (1991). National Institutes of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 48, 239-246.
- Brieger, P., Gawlik, B., Huehne, M. & Marneros, A. (2002). Berufliche Rehabilitation und Integration Psychisch Kranker - Eine kontrollierte Studie zum Rehabilitationserfolg in zwei Einrichtungen mit gemeindenahem Konzept. In DLR & Deutsche-Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände* (Vol. 1/2002, S. 180). Frankfurt: VDR Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung.
- Brieger, P. & Kirschenbauer, H. J. (2004). Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein? *Psychiatrische Praxis*, 31, 383-386.
- Brieger, P., Roettig, S. & Marneros, A. (2004). Lebensqualität bei unipolar depressiven und bipolar affektiven Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 31, 304-309.
- Bromberger, J. T. & Matthews, K. A. (1994). Employment status and depressive symptoms in middle-aged women: A longitudinal investigation. *American Journal of Public Health*, 84, 202-206.
- Carone, B. J., Harrow, M. & Westermeyer, J. F. (1991). Posthospital course and outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 247-253.
- Chan, S. & Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 72-83.
- Ciampi, L., Ague, C. & Dauwalder, J. P. (1977). Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker: I. Konzepte und methodologische Probleme. *Nervenarzt*, 48, 12-18.
- Ciampi, L., Ague, C. & Dauwalder, J. P. (1978). Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker: II. Querschnittsuntersuchung chronischer Spitalpatienten in einem modernen psychiatrischen Sektor. *Nervenarzt*, 49, 332-338.
- Cook, J. A. & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. & Huxley, P. (2003). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane-Review). In *The Cochrane Library* (Vol. 2). Oxford: Update Software.
- Dauwalder, H. P., Ciampi, L., Aebi, E. & Hubschmid, T. (1984). Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker - Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt*, 55, 257-264.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A. & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391-399.
- Ehiosun, U. (2004). Rehabilitation versus individual placement and support: Beispiele aus der EQOLISE-Studie. *Der Nervenarzt*, 75, S346.
- Engels, D. (1996). Berufliche und soziale Integration psychisch Behinderter in den neuen Bundesländern. In BMFAS (Hrsg.), *Forschungsbericht* (Vol. 258). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Ferdinandi, A. D., Yoottanasumpun, V., Pollack, S. & Bermanzohn, P. C. (1998). Rehab Rounds : Predicting rehabilitation outcome among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49, 907-909.
- Galvao, A., Watzke, S., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (im Druck). Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Maßnahmen. *Die Rehabilitation*.
- Gauggel, S., Konrad, K. & Wietasch, A. K. (1998). *Neuropsychologische Rehabilitation*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Häfner, H. (1997). Ein Vierteljahrhundert Rehabilitation psychisch Kranker in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 69-78.
- Haug-Benien, R. (2000). *Auf der Suche nach Arbeit, die stabil macht. Gemeindenaher berufliche Rehabilitation seelisch behinderter Menschen in Kooperation mit Betrieben im Beruflichen Trainingszentrum Gütersloh*. Gütersloh: Verlag Jakob von Hoddis.
- Hoffmann, H. (1999). Berufliche Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt - Ein realistisches Ziel für chronisch psychisch Kranke? *Psychiatrische Praxis*, 26, 211-217.
- Hoffmann, H. (2002). Das Berner Job Coach Projekt. In APK, R. Schmidt-Zadel & N. Pörksen (Hrsg.), *Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (S. 105-129). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Hoffmann, H. (2004). Erste Erfahrungen mit "supported employment" in der Schweiz. *Der Nervenarzt*, 75, S345.
- Hoffmann, H. & Kupper, Z. (1996). Patients dynamics in early stages of vocational rehabilitation: A pilot Study. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 216-221.
- Hoffmann, H. & Kupper, Z. (1997). Relationship between social competence, psychopathology, work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Research*, 23, 69-79.

- Hoffmann, H. & Kupper, Z. (2003). Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 30, 312-317.
- Hoffmann, H., Kupper, Z. & Kunz, B. (1998). Predicting schizophrenic outpatients' behavior by symptomatology and social skills. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 214-222.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M. & Hirsbrunner, H. P. (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 76-82.
- Holler, G. & Wolny, H. (1999). Die Entwicklung des Schwerpunktes "Beschäftigung / Berufliche Rehabilitation" im Modellverbund "Psychiatrie". In B. f. Gesundheit (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Eine Bilanz des Erreichten und des Möglichen. Band 119 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit* (S. 49-58). Baden-Baden: Nomos.
- Holzner, B., Kemmler, G. & Meise, U. (1998). The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 624-631.
- Jaeger, J. & Douglas, E. (1992). Neuropsychiatric rehabilitation for persistent mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 63, 71-94.
- Kates, N., Greiff, B. S. & Hagen, D. Q. (1990). *The psychological Impact of Job Loss*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kleffmann, A. L., Weinmann, S., Föhres, F. & Müller, B. (1997). *Melba - Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit*. Siegen: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Kunze, H. (1999). Personenzentrierter Ansatz in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. *Psycho*, 25, 728-735.
- Lehman, A. F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 645-656.
- Lehmann, K. (1999). *Grundsätzliche Bemerkungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Behinderter* (Vol. 119). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
- Lysaker, P. & Bell, M. (1995). Work performance over time for people with schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 141-145.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- McGurk, S. R. & Mueser, K. T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, 147-173.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P. & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281-296.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease and Injuries Series*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Norquist, G. S. (2002). Role of Outcome Measurement in Psychiatry. In W. W. IsHak, B. T. & L. I. Sederer (Hrsg.), *Outcome Measurement in Psychiatry: A critical Review* (S. 3-13). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z. & Brenner, H. D. (2000). Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken - Eine Standortbestimmung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 68, 61-69.
- Podeszfa, H. (1997). Bessere berufliche Bildungschancen für psychisch Behinderte durch Vorbereitungsmaßnahmen im Vorfeld der Umschulung. In H. Podeszfa & B. Melms (Hrsg.), *Berufsförderung psychisch Behinderter* (S. 7-17). Berlin und Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Pörksen, N. (2002). Anforderungen an Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In N. Pörksen (Hrsg.), *Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen* (S. 35-47). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Pritchard, C. (1992). Is there a link between suicide in young men and unemployment? A comparison of the UK with other European Community Countries. *British Journal of Psychiatry*, 160, 750-756.
- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstruktes. *Nervenarzt*, 74, 48-54.
- Reimer, F., Kunow, J. & Kuhnt, S. (1990). *Berufliche Wiedereingliederung schwer behinderter psychisch Kranker (Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Bd. 195)*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Reker, T. (1998). *Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie* (1 ed.). Darmstadt: Steinkopff.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Cohen, M. R. & Davies, R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33, 99-112.
- Sellwood, W., Thomas, C. S., Tarrrier, N., Jones, S., Clewes, J., James, A., Welford, M., Palmer, J. & McCarthy, E. (1999). A randomised controlled trial of home-based rehabilitation versus outpatient-based rehabilitation for patients suffering from chronic schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 250-253.
- Seyfried, E., Melcop, G. & Roth, I. (1993). *Beschäftigung und berufliche Rehabilitation von psychisch Behinderten in Selbsthilfefirmen (Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Bd. 228)*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (2004). Berufliche Rehabilitation bei psychisch kranken Menschen - erste Ergebnisse einer kontrollierten Studie. *Der Nervenarzt*, 75, S346.



- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (im Druck-a). Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*.
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M. & Brieger, P. (im Druck-b). Change in work performance in vocational rehabilitation for subjects with severe mental illness - distinct responder groups. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Weig, W. & Wiedl, K. H. (1995). Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) (II). *Krankenhauspsychiatrie*, 6, 165-168.
- Welte, W. (1999). "Behinderung", "Integration" und "berufliche Rehabilitation" - Begriffsgeschichte und aktuelle Rahmenbedingungen. In G. Buchkremer (Hrsg.), *Arbeitsrehabilitation im Wandel. Stand und Perspektiven der Integration psychisch kranker und geistig behinderter Menschen* (S. 23-36). Tübingen: Attempo.
- WHOQOL-Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wiedl, K. H., Uhlhorn, S., Kohler, K. & Weig, W. (2002). Das Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP): Ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeiten psychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 29, 25-28.
- Wollny, H. (1999a). Die Ergebnisse der Modellerprobung in der Zusammenschau. In Bundesministerium-für-Gesundheit (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Eine Bilanz des Erreichten und des Möglichen. Band 119 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit* (S. 63-82). Baden-Baden: Nomos.
- Wollny, H. (1999b). Modelle zur beruflichen (Re-)Integration. In Bundesministerium-für-Gesundheit (Hrsg.), *Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte. Eine Bilanz des Erreichten und des Möglichen. Band 119 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit* (S. 83-124). Baden-Baden: Nomos.