



BACHERLORARBEIT

Einflussfaktoren auf die erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen

Eine Einteilung nach dem Occupational Therapy Practice Framework

Seraina Kühne
Tödistrasse 123
8800 Thalwil
Matrikelnr.: S01-728-534

Sandra Häberli
Zentralstrasse 17
8400 Winterthur
Matrikelnr.: S07-165-756

Betreuende Lehrperson:
Anja Langlotz

Zürcher Hochschule
für angewandte Wissenschaften
Department Gesundheit
Bachelorstudiengang Ergotherapie
Studienjahrgang 2007
Vorgelegt am: 21. Mai 2010

**„Arbeit bedeutet atmen für mich;
wenn ich nicht arbeiten kann,
kann ich nicht atmen!“**

Pablo Picasso

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Einleitung	3
1.1 Begründung der Themenwahl	3
1.2 Fragestellung	4
1.3 Zielvorstellung	4
1.4 Definitionen	5
1.5 Einführung in die Thematik.....	6
1.5.1 Bedeutung von Arbeit	6
1.5.2 Aktuelle Arbeitsmarktsituation.....	7
1.5.3 Ergotherapie in der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation	8
1.5.4 Die verschiedenen Ansätze der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation	9
1.5.5 Einführung in das Occupational Therapy Practice Framework	11
2 Hauptteil.....	17
2.1 Methodik.....	17
2.2 Resultate aus der Literaturrecherche	19
2.2.1 Zusammenfassungen der Hauptstudien	19
2.2.2 Tabellarische Übersicht nach dem OTPF	26
3 Diskussion	32
3.1 Kritischer Vergleich der Resultate	32
3.2 Entscheidende Faktoren	41
3.3 Theorie-Praxis-Transfer	43

4	Schlussteil.....	48
4.1	Schlussfolgerungen.....	48
4.2	Kritische Beurteilung der Arbeit.....	50
4.3	Ausblick.....	51
	Verzeichnisse.....	53
	Literaturverzeichnis.....	53
	Tabellenverzeichnis.....	59
	Eigenständigkeitserklärung.....	60
	Danksagung.....	61
	Anhang.....	62
	Anhang A: Glossar.....	62
	Anhang B: Matrizen der Hauptstudien.....	65

Abstract

Hintergrund: Der Arbeit kommt in unserer Gesellschaft eine grosse Bedeutung zu, sie trägt zur Gesundheit und Zufriedenheit eines Menschen bei. Doch gerade psychisch beeinträchtigte Menschen sind oft aus der Arbeitswelt ausgeschlossen. Sie können den hohen Anforderungen des Arbeitsmarktes aufgrund ihrer Krankheit nur schwer gerecht werden und sind deshalb überproportional von Arbeitslosigkeit betroffen. Diese Menschen sind auf professionelle Unterstützung angewiesen, um sich erfolgreich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Um jedoch optimale Reintegrationsmassnahmen gewährleisten zu können, muss bekannt sein, wovon die berufliche Eingliederung eines psychisch beeinträchtigten Menschen beeinflusst wird.

Ziel und Methode: Diese Literaturarbeit befasst sich mit der Frage, welche Faktoren eine erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen massgeblich beeinflussen. Dazu werden die Aussagen aktueller europäischen Literatur bezüglich Erfolgsprädiktoren bei der Reintegration einander gegenüber gestellt und nach dem Occupational Therapy Practice Framework eingeteilt. Diese Einteilung verhilft zu einem einheitlichen Bild und ermöglicht einen Vergleich der einzelnen Faktoren.

Resultate: Die Aussagen der einzelnen untersuchten Studien sind nicht immer deckungsgleich und objektive Vergleiche werden erschwert durch die relativ unterschiedlichen Zielsetzungen und Patientengruppen. Trotzdem lassen sich einige klare und einheitliche Aussagen ableiten.

Als eindeutigster Erfolgsfaktor zeigen sich die kognitiven Fähigkeiten. Ebenfalls einflussreich sind die Faktoren soziale Partizipation, Bildung, Arbeitsfähigkeiten/-fertigkeiten, soziale Kompetenzen und Arbeitsgeschichte. Umstritten ist der Einfluss der Psychopathologie auf den beruflichen Wiedereingliederungserfolg. Bezüglich des Faktors Alter kann gesagt werden, dass er in der Regel keinen Einfluss auf die Reintegration hat.

Schlussfolgerungen: Diese Arbeit gibt nicht nur einen systematischen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung im Bereich der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation, sondern sie gibt auch Empfehlungen ab für die praktische Umsetzung dieser Erkenntnisse in der Ergotherapie. Für die Praxis lässt sich sagen, dass eine ganzheitliche Befunderhebung, der Beziehungsaufbau und das Training der verschiedenen Fertigkeiten entscheidende Bestandteile in der Arbeitsrehabilitation sein müssen, um den Klienten optimal zu unterstützen.

Keywords: predictor, vocational rehabilitation, integration, mentally ill, schizophrenia

1 Einleitung

Welche Bedeutung hat Arbeit für einen stark psychisch beeinträchtigten Menschen und welche Anforderungen stellt der aktuelle Arbeitsmarkt an ihn? Wo setzt die Ergotherapie in der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation an und wie läuft eine erfolgreiche berufliche Integration idealerweise ab? Diese Aspekte werden breit in der Literatur diskutiert und werfen viele Fragen auf. Der Fokus der vorliegenden Bachelorarbeit liegt auf diesem genannten ergotherapeutischen Arbeitsgebiet und deren Klientel.

Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird jeweils auf eine männliche und weibliche Formulierung verzichtet. Die verwendete Sprachform gilt immer sinngemäss auch für das andere Geschlecht.

Es wird von der Ergotherapeutin gesprochen, die im Bereich der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation, mit dem stark psychisch beeinträchtigten Menschen arbeitet. Die Zielgruppe „stark psychisch beeinträchtigte Menschen“ wird in Kurzform als Klienten oder synonym als Patienten bezeichnet und ist in der Alltagsbewältigung, der Erwerbstätigkeit und in der sozialen Integration beeinträchtigt (Pschyrembel, 2004). Relevante Fachbegriffe finden sich im Glossar (Anhang A) wieder und können dort zum besseren Verständnis des Themas nachgeschlagen werden.

1.1 Begründung der Themenwahl

Während unserem Studium der Ergotherapie absolvierten wir ein Praktikum in der Arbeitsrehabilitation der psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) in Zürich. Dabei entstand bei uns der Eindruck, dass das Arbeitstherapie-Angebot nicht für alle Klienten optimal ist. Dies bedeutet, dass nicht alle Klienten erfolgreich und ihrem Wunsch entsprechend in den Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten. Watzke, Galvao, Gawlik, Huehne und Brieger (2005) stellen in ihrer Studie fest, dass die Massnahmen zur beruflichen Qualifizierung und Eingliederung von psychisch kranken Menschen über starre Konzepte verfügen. Dies sei ein Grund für die hohe Abbruchquote der Teilnehmenden und die schlechten Zahlen bezüglich Wiedereingliederungserfolgs.

Zudem zeigen die Erläuterungen im Kapitel 1.5.2 „Aktuelle Arbeitsmarktsituation“ auf, dass die meisten psychisch beeinträchtigten Menschen auf professionelle Hilfe bei der Wiedereingliederung angewiesen sind. Die steigenden Anforderungen des Arbeitsmarktes, zum Beispiel bezüglich Flexibilität, sozialer Kompetenzen und Belastbarkeit, stellen für psychisch beeinträchtigte Menschen oft eine grosse Hürde dar. All diese Ausführungen weisen auf die hohe Relevanz der gewählten Thematik hin. Es tauchte bei uns die Frage auf, wie man das Arbeitsrehabilitations-Angebot verändern müsste, um vermehrt eine erfolgreiche berufliche Integration zu erlangen. Dies wiederum führte zur Ungewissheit, von welchen Faktoren eine erfolgreiche Integration abhängt.

Aus der Literatur geht hervor, dass bei Therapeuten ein Bedürfnis besteht, die beeinflussenden Faktoren bezüglich Integration zu kennen, um gemeinsam mit dem Klienten ein realistisches Ziel zu definieren und die Rehabilitation individuell anzupassen (Pfammatter, Hoffmann, Kupper & Brenner, 2000). Die Bestimmung von Erfolgsprädiktoren erlaubt laut Galvao, Watzke, Gawlik, Huhne und Brieger (2005) eine gezielte Identifikation und Kompensation vorhandener Defizite.

Dies führte zur Frage, welche Faktoren einen Klienten bezüglich beruflicher Integration unterstützen und welche ihn hemmen.

1.2 Fragestellung

Aufgrund der vorgängig erläuterten Ausführungen geht diese Arbeit folgender Fragestellung nach:

Welche Faktoren beeinflussen die erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen entscheidend?

1.3 Zielvorstellung

Ziel dieser Arbeit ist es, Ergotherapeutinnen, die sich in der Praxis mit der beruflichen (Re-)Integration von stark psychisch beeinträchtigten Klienten auseinandersetzen, einen Überblick über die beeinflussenden Faktoren für eine erfolgreiche Integration geben zu können.

Deshalb werden in einem ersten Schritt verschiedene Faktoren ermittelt, einander gegenüber gestellt und anschliessend nach dem Occupational Therapy Practice Framework (OTPF; Roley, DeLany, Barrows, Brownrigg, Honaker, Sava et al., 2008) eingeteilt, um somit ein einheitliches Verständnis zu gewährleisten.

Anschliessend soll aufgezeigt werden, welche Faktoren die Arbeits- beziehungsweise Ergotherapie beeinflussen kann und wie dies optimalerweise geschehen könnte.

1.4 Definitionen

Um zu einem vertiefteren Verständnis der Arbeit beizutragen, werden im Folgenden die Begriffe „stark psychisch beeinträchtigte Menschen“ und „berufliche Integration“ definiert und detailliert erläutert.

Stark psychisch beeinträchtigte Menschen

Der Begriff „stark psychisch beeinträchtigte Menschen“ ist unklar, jedoch bezüglich der Fragestellung kaum deutlicher zu fassen. Pschyrembel (2004, S.204) definiert, dass „die psychische Behinderung durch eine psychische Störung bedingte chronische Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung, der Erwerbstätigkeit und der sozialen Integration ist.“

In der Psychiatrie wird synonym zu „stark psychisch beeinträchtigt“ von der psychischen Erkrankung gesprochen. Dabei steht der Begriff „krank“ laut Scharfetter (2002) im weiteren Sinne für das Leiden, das Versagen, die Beeinträchtigung, die Behinderung und den Beziehungsabbruch. Das Kranke, Beeinträchtigende ist das nicht vorhersehbare „Verrückte“, welches das Gegenüber befremdet. Krankheiten in diesem Sinne sind zum Beispiel Psychosen und schwere Neurosen.

In der verwendeten Literatur wurden oft „an Schizophrenie erkrankte Menschen“ untersucht. Dies ist insofern gerechtfertigt, da an Schizophrenie erkrankte Menschen bei der beruflichen Wiedereingliederung oft weniger erfolgreich sind als Personen, die an anderen psychischen Erkrankungen leiden (Hoffmann & Kupper, 2003).

In dieser Arbeit wird nun vom Begriff „stark psychisch beeinträchtigten Menschen“ ausgegangen. Dieser wird synonym zu „psychisch erkrankte Menschen“, „psychisch behinderten Personen“ oder entsprechenden Begriffen verwendet.

Berufliche Integration

Die berufliche Integration bedeutet in dieser Arbeit die erfolgreiche (Wieder-) Eingliederung stark psychisch beeinträchtigter Menschen in die Arbeitswelt. Es wird kein Unterschied gemacht, zwischen der Integration in den allgemeinen oder geschützten Arbeitsmarkt. Als Bedingung für die erfolgreiche berufliche Integration sehen Jakobs und Trattinig (2004) „das reibungslose Ineinandergreifen von Akutbehandlung und Rehabilitation unter Berücksichtigung des individuellen Hilfebedarfs der einzelnen Behinderten“ (S.102). Die Kontinuität von therapeutischen Kontakten und Bezugspersonen ist dabei von besonderer Bedeutung. Der Prozess der Integration beginnt bereits in der medizinischen Rehabilitation, um der Krankheitsdynamik psychisch erkrankter Menschen gerecht zu werden.

Synonym zu der beruflichen Integration, werden die Begriffe „berufliche Wiedereingliederung“, „Wiedereingliederung in die Arbeit“, „berufliche Reintegration“ und „Arbeitsintegration“ verwendet.

1.5 Einführung in die Thematik

Dieses Kapitel gibt eine Einführung in die Themen, welche für diese Arbeit von Bedeutung sind. So wird in einem ersten Schritt die Bedeutung von Arbeit in unserer Gesellschaft und im Speziellen für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung erläutert. Weiter wird der Stellenwert der Ergotherapie in der Psychiatrie beziehungsweise der Arbeitsrehabilitation hervorgehoben. Zudem werden die momentan üblichen Arbeitsrehabilitationsansätze kurz vorgestellt. Zum Schluss dieses Kapitels wird auf das Occupational Therapy Practice Framework (Roley et al., 2008) eingegangen.

1.5.1 Bedeutung von Arbeit

Die grosse Bedeutung von Arbeit in unserer Gesellschaft wird in mehreren Büchern und Studien erwähnt und als erwiesen erachtet (Steier-Mecklenburg, 2008; Meise, Kemmler, & Holzner, 1998; Pfammatter et al., 2000).

Eine offensichtliche Komponente der Arbeit ist die Sicherung des Einkommens und damit verbunden die finanzielle Sicherheit (Steier-Mecklenburg, 2008). Weitere

Aspekte der Arbeit sind aber mindestens so wichtig für den Menschen. So gibt sie ihm eine Tagesstruktur und ermöglicht soziale Kontakte und Beziehungen. Sie trägt zur sozialen Anerkennung, Selbstverwirklichung und dem eigenen Kompetenzerleben bei (Kardorff & Ohlbrecht, 2008; Pfammatter et al., 2000). Das Ausführen einer Arbeit beeinflusst die Identität und den Status eines jeden Menschen (Weber, 2005).

Hoffmann (2004) sagt „Arbeit ist die verbreitetste, praktischste, bequemste und nützlichste Methode zur Strukturierung der Zeit im Umgang mit der Materie der äusseren Realität“ (S.334). Daraus kann abgeleitet werden, dass langandauernde Arbeitslosigkeit zum Zerfall der Tagesstruktur, zu sozialem Rückzug, dem Verlust von Zukunftsperspektiven und einer Abnahme von Interessen führen kann (Meise et al., 1998). Belastungen, die an einem Arbeitsplatz auftreten können, sind in der Regel weit geringer als das Gesundheitsrisiko, welches eine andauernde Erwerbslosigkeit mit sich bringt (Pfammatter et al., 2000).

Chronisch kranken Menschen bietet Arbeit die Möglichkeit an der Gesellschaft teilzuhaben und unterstützende Erfahrungen, im Rahmen der Arbeitsstrukturen, zu sammeln. Dies beeinflusst ihr Selbstwertgefühl positiv und erhöht die Lebensqualität (Pfammatter et al., 2000).

Arbeit schützt ebenfalls vor sozialer Isolation, welche psychisch kranke Menschen häufig erleben. Deshalb kommt dem Bereich der Arbeitsrehabilitation in der psychiatrischen Rehabilitation eine zentrale Bedeutung zu.

1.5.2 Aktuelle Arbeitsmarktsituation

Kurmann (2007) hält fest, dass in der heutigen Arbeitswelt erhöhte Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz und ein härter werdender Verdrängungswettbewerb beobachtet werden können. Von den Arbeitnehmern wird immer mehr erwartet: höhere Konzentrationsfähigkeit, Konstanz in der Arbeitsleistung, Zuverlässigkeit in der Ausführung übertragener Arbeiten, sozial-kommunikative Kompetenzen und psychische Belastbarkeit (Kardorff & Ohlbrecht, 2008; Kurmann, 2007). Zudem wird eine beständige Fortbildung, zeitliche Flexibilität und eine erhöhte Leistungsbereitschaft grundsätzlich vorausgesetzt (Kardorff & Ohlbrecht, 2008). Der Druck, sich am Arbeitsplatz bewähren zu müssen, wird noch verstärkt durch eine Verknappung der

Arbeitsplätze beziehungsweise der steigenden Arbeitslosenquote. Im Jahre 2009 lag die durchschnittliche Arbeitslosenquote in der Schweiz bei 3,7 gegenüber 2,6 Prozent im Vorjahr (SECO, 2010). Dies führt zu einem stärker werdenden Wettbewerb und der ständigen Angst seinen Arbeitsplatz zu verlieren (Kuhl, Junge & Bader, 2007).

Gerade psychisch kranke Menschen können all diesen Anforderungen oft nur schwer gerecht werden. Sie entsprechen am wenigsten dem Idealbild eines modernen Arbeitnehmers. Psychisch beeinträchtigte Menschen gehören damit zu einer Gruppierung mit besonderen Schwierigkeiten, wenn es um die berufliche (Re-) Integration geht. Deshalb ist Arbeitslosigkeit bei chronisch psychisch Beeinträchtigten eher die Norm als die Ausnahme (Pfammatter et al., 2000). Es wird beispielsweise davon ausgegangen, dass nur 10-20 Prozent aller an Schizophrenie erkrankten Menschen in Europa einer Arbeit nachgehen (Koletsis, Niersman, van Busschbach, Catty, Becker, Burns et al., 2009).

Diese Ausführungen zeigen auf, dass es wichtig ist, psychisch beeinträchtigte Menschen bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen, damit sie den stetig wachsenden Ansprüchen der Arbeitswelt gerecht werden können und auch in Zeiten mit hoher Arbeitslosigkeit die Chance haben, eine angemessene Stelle zu finden.

1.5.3 Ergotherapie in der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation

Ergotherapie geht davon aus, dass „Tätig sein“ ein menschliches Grundbedürfnis ist und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit eine therapeutische Wirkung hat (EVS, 2010).

Götsch (2007) definiert Ergotherapie folgendermassen:

„Ergotherapie ist dafür zuständig, Menschen, die durch Krankheit oder Behinderung in der Ausführung von Aktivitäten beeinträchtigt sind, dahin gehend zu unterstützen und/oder zu beraten, dass diese Menschen die Aktivitäten ausführen können, die sie für ihre gegebenen Rollen in den Lebensbereichen der Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit als wichtig erachten. Unter Berücksichtigung von umwelt- und personenbezogenen Faktoren will Ergotherapie dazu befähigen, dass beeinträchtigte

Menschen in einer für sie sinnbesetzten Weise, Handlungskompetenz erwerben, um zufrieden stellend am Leben teilhaben zu können [...]“ (S.6).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass der Bereich Arbeit, beziehungsweise Betätigung, ein wichtiges Anliegen der Ergotherapie darstellt und in ihrem Berufsverständnis fest verankert ist.

Zudem ist die Entwicklung der Ergotherapie eng mit der Psychiatrie verbunden (Kubny-Lüke, 2003). Schon früh wurden zwei Schwerpunkte der Ergotherapie in der Psychiatrie dargestellt: Einerseits der Einsatz von kreativen Mitteln zur Förderung der Persönlichkeit, andererseits die Förderung durch Arbeitsverrichtungen und berufsmässige Tätigkeiten. Ein bedeutender Schritt für die Ergotherapie war die Einführung der Arbeitstherapie in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts durch Hermann Simon (Kubny-Lüke, 2003).

Aufgrund der gemachten Erfahrungen während dem Praktikum in der PUK und den obigen Ausführungen, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass die Arbeitstherapie von Ergotherapeutinnen angeboten wird. Dies führt dazu, dass die Begriffe Arbeitstherapeutin und Ergotherapeutin in dieser Arbeit synonym verstanden werden.

1.5.4 Die verschiedenen Ansätze der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation

Zurzeit sind zwei arbeitsrehabilitative Ansätze in der Praxis verbreitet, um psychisch beeinträchtigte Menschen wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren. Diese werden im Folgenden erläutert.

Traditionelle Arbeitsrehabilitation

Im deutschsprachigen Raum werden zurzeit fast ausschliesslich Programme angewandt, die auf dem „first train-then place“-Ansatz basieren (Hoffmann & Jäckel, 2008). Das bedeutet, dass zuerst ein Arbeitstraining im geschützten Rahmen stattfindet und dann eine Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angetreten wird. Diese Form der Arbeitsrehabilitation findet meist im Rahmen einer psychiatrischen Klinik statt, wobei die Klienten auch nach dem Austritt aus der Klinik weiter am Programm teilnehmen können (Köhler & Schlicht, 2008). Am Beispiel der Arbeitstherapie in der PUK soll dieser Ansatz kurz erläutert werden. Die Arbeitstherapie der PUK

verwendet als ergotherapeutisches Grundmodell das Model of Human Occupation (MOHO; Kielhofner, Marotzki & Mentrup, 2005). Die Therapie findet in sogenannten Mediengruppen statt und in der Regel wird ein Therapiemittel, wie beispielsweise Holz, Karton, Metall oder ein Computer eingesetzt. Das Therapiemittel ist mit Aufgaben verknüpft, die in ihren Anforderungen abgestuft sind und die den Klienten zu möglichst selbstständiger Arbeit anregen. Bei der Durchführung der Aufgaben trainiert der Klient mit Unterstützung des Therapeuten seine Grundarbeitsfähigkeiten wie beispielsweise Konzentration, Kontaktfähigkeit und Ausdauer. Gleichzeitig erfolgt eine Abklärung der Arbeitsfähigkeiten durch die Therapeutin, die dazu dient, wiederum neue Therapieziele zu vereinbaren. Zudem sind die Kenntnisse über die Arbeitsfähigkeiten wichtig bei der gemeinsamen (Klient und behandelndes Team) Festlegung realistischer Möglichkeiten der Wiedereingliederung. Ergänzend zu den Mediengruppen werden Gruppen angeboten, die den Klienten dabei unterstützen seine sozialen Fertigkeiten zu trainieren. So kann sich der Klient beispielsweise in der Gruppe „soziale Kompetenzen am Arbeitsplatz“ mit der Rolle als Arbeitnehmer auseinandersetzen und soziale Fähigkeiten trainieren.

Supported Employment

Anfang der 90er Jahre wurde in den USA das Supported Employment entwickelt. Dieses Konzept basiert auf dem „first place-then train“-Ansatz. Laut Hoffmann und Jäckel (2008) ist das „Individual Placement und Support System“ (IPS) zurzeit das am sorgfältigsten konzipierte und am besten evaluierte Supported Employment Modell. Bei diesem Ansatz wird der psychisch beeinträchtigte Mensch an einen geeigneten Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt, gleichzeitig wird er unbefristet von einem sogenannten „Job-Coach“ in seiner Arbeit begleitet (Pfammatter et al., 2000). Die psychisch beeinträchtigte Person arbeitet unter den Wettbewerbsbedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, erhält dafür den gesetzlich vorgeschriebenen Lohn und das Arbeitsverhältnis ist zeitlich unbefristet. Der „Job-Coach“ hat beim Ansatz des Supported Employment die Aufgabe geeignete Arbeitsplätze zu finden und mit dem Klienten, dem Arbeitgeber und dem unmittelbaren Umfeld zusammen zu arbeiten. Er übernimmt die Rolle eines Case Managers, indem er alle beteiligten Parteien zusammenführt und weitere Betreuungssysteme

einschaltet. Sein Ziel ist es, dass der Klient seinen Arbeitsplatz langfristig halten kann (Hoffmann & Jäckel, 2008).

1.5.5 Einführung in das Occupational Therapy Practice Framework

Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF; Roley et al., 2008) ist ein offizielles Dokument der American Occupational Therapy Association (AOTA). Es versucht die Zuständigkeitsbereiche der Ergotherapie zu erfassen und einheitlich zu beschreiben. Weiter entwickelte es eine einheitliche ergotherapeutische Sprache und stellt den ergotherapeutischen Behandlungsprozess dar. Das OTPF ist kein Klassifizierungssystem, keine Theorie und kein Modell, sondern ein Bezugsrahmen. Es kann als Leitfaden für berufliches Handeln benutzt werden.

Das OTPF beschreibt einerseits den ergotherapeutischen Gegenstandsbereich (domain), andererseits stellt es den ergotherapeutischen Prozess (process) dar. Obwohl diese zwei Bereiche im OTPF getrennt erläutert werden, sind sie miteinander verbunden und beeinflussen einander. Reichel (2005) präzisiert dies so: „Der Gegenstandsbereich definiert den Bereich der menschlichen Betätigung, auf den der Prozess angewandt wird“ (S.61). Da die Resultate dieser Arbeit anhand des OTPF eingeteilt werden, sind die für diese Arbeit relevantesten Inhalte des OTPF im Folgenden genauer erläutert.

Gegenstandsbereich (Domain)

Das wörtliche Zitat: „supporting health and participation in life through engagement in occupation“ (Roley et al., 2008, S.626) beschreibt den Gegenstandsbereich der Ergotherapie sehr zutreffend. Dies beinhaltet das Interesse der Ergotherapie, die Menschen in Alltagsaktivitäten einzubinden. Denn die Ergotherapie basiert auf dem Verständnis, dass Betätigungen den Alltag strukturieren, sowie Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen. Der Gegenstandsbereich umfasst alle Aspekte, die Ergotherapeuten während ihrer Behandlung und Evaluation ansprechen. Um den Gegenstandsbereich besser vorstellbar zu machen, zeigt die Tabelle 1 die verschiedenen Aspekte des Gegenstandsbereiches übersichtlich auf.

Tabelle 1

Aspekte des ergotherapeutischen Gegenstandsbereiches (Roley et al., 2008, S.628)

AREAS OF OCCUPATION	CLIENT FACTORS	PERFORMANCE SKILLS	PERFORMANCE PATTERNS	CONTEXT AND ENVIRONMENT	ACTIVITY DEMANDS
Activities of Daily Living (ADL)* Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Rest and Sleep Education Work Play Leisure Social Participation	Values, Beliefs, and Spirituality Body Functions Body Structures	Sensory Perceptual Skills Motor and Praxis Skills Emotional Regulation Skills Cognitive Skills Communication and Social Skills	Habits Routines Roles Rituals	Cultural Personal Physical Social Temporal Virtual	Objects Used and Their Properties Space Demands Social Demands Sequencing and Timing Required Actions Required Body Functions Required Body Structures

*Also referred to as *basic activities of daily living (BADL)* or *personal activities of daily living (PADL)*.

In der Tabelle 2 folgt eine freie Übersetzung der einzelnen Aspekte des Gegenstandsbereiches. In der vorliegenden Arbeit wird mit den deutschen Begriffen gearbeitet.

Tabelle 2

Freie Übersetzung der Tabelle 1 (Gegenstandsbereich der Ergotherapie; Quelle: Roley et al., 2008). Einige Begriffe wurden übernommen von Reichel (2005).

Performanz in Betätigungsbereichen	Klientenfaktoren	Performanz-Fertigkeiten	Performanz-Muster	Kontext und Umwelt	Aktivitätsanforderungen
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) Instrumente des täglichen Lebens (IADL) Ruhe und Schlaf Bildung Arbeit Spiel Freizeit Soziale Partizipation	Werte, Vorstellung und Spiritualität Körperfunktionen Körperstrukturen	Sensorische und Wahrnehmungs – Fertigkeiten Motorische, praktische Fertigkeiten Fertigkeiten der Emotionsregulation Kognitive Fertigkeiten Kommunikations- und Interaktionsfertigkeit	Gewohnheiten Routinen Rollen Rituale	Kulturell Personell Physisch Sozial Zeitlich Virtuell	Gebrauch von Objekten und deren Eigenschaften Raumanforderungen Soziale Anforderungen Abfolge und Zeit einteilen Erforderliche Handlungen Erforderliche Körperfunktionen Erforderliche Körperstrukturen

Alle Aspekte dieser Übersicht sind gleichwertig und alle sollten in der Ergotherapie berücksichtigt werden. Sie interagieren und beeinflussen den Menschen bei der Durchführung seiner Betätigung. Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte detailliert erläutert.

Performanz in den Betätigungsbereichen nach dem OTPF

Es gibt verschiedene Arten von Betätigungen. Die Ergotherapeutin geht in ihrer Arbeit mit dem Klienten davon aus, dass jeder Mensch sich in anderen Bereichen engagiert und Betätigung verschieden definiert. Ziel der Ergotherapie ist, jeden Klienten individuell zu unterstützen, sodass er eingebunden ist in Betätigungen und Alltagsaktivitäten (Reichel, 2005). Auf Grund dessen gliedert das OTPF folgende Betätigungsbereiche: *Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)*, *Instrumente des täglichen Lebens (IADL)*, *Ruhe und Schlaf*, *Bildung*, *Arbeit*, *Spiel*, *Freizeit* und *Soziale Partizipation* (Roley et al., 2008).

Diese Gliederung soll dazu dienen, die breite Auswahl an Aktivitäten oder Betätigungen einzuordnen (Roley et al., 2008). Die Kategorien lassen dem Klienten die Wahl, beispielsweise eine Umschulung als *Bildung*, *Arbeit* oder *Freizeit* zu betrachten. Um die Performanz in den Betätigungsbereichen zu untersuchen, erfordert es Kenntnis darüber, welche Performanz-Fertigkeiten erforderlich sind und welche Performanz-Muster genutzt werden (Reichel, 2005). Diese zwei Begriffe werden im Weiteren noch genauer erläutert.

Klientenfaktoren nach dem OTPF

Klientenfaktoren sind Vorstellungen, Eigenschaften oder spezifische Fähigkeiten des Klienten (Roley et al., 2008). Weiter gehören dazu kognitive, physische, und psychosoziale Faktoren, worüber die Ergotherapeutin Sachkenntnis besitzt (Reichel, 2005). Diese Faktoren wirken auf die **Performanz in den Betätigungsbereichen**, respektive auf das Eingebundensein in einer Betätigung ein und können stets von Krankheit, Behinderung oder Verlust beeinträchtigt werden (Roley et al., 2008). Es ist die Aufgabe der Therapeutin den Klienten ganzheitlich zu betrachten. Ihr Verständnis über die **Klientenfaktoren**, *Werte*, *Vorstellungen*, *Spiritualität*, *Körperfunktionen* und *Körperstrukturen* des Klienten setzt sie daher gezielt im Behandlungsverlauf ein.

Die **Klientenfaktoren** stützen sich auf die Definitionen der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; World Health Organization, 2005). Die Klassifikation ermöglicht im interdisziplinären Arbeitsteam einheitliche Begrifflichkeiten und eine gemeinsame Sprache.

Performanzfertigkeiten nach dem OTPF

Roley (2006, zitiert nach Fischer, 2008, S.372-402) definiert **Performanzfertigkeiten** als „konkrete, beobachtbare, zielorientierte Handlungen, die Klienten in ihren alltäglichen Betätigungen gebrauchen“. Es sind kleine, messbare Einheiten in einer Handlung, die für den Klienten bedeutsam sind und implizite funktionale Ziele oder Zwecke haben, wie beispielsweise, etwas hoch heben. Dabei beobachtet die Ergotherapeutin insbesondere die Fertigkeiten, die effektiv oder ineffektiv sind, um die Performanz zu beurteilen (Reichel, 2005).

Die **Performanzfertigkeiten** werden im OTPF in die Faktoren *sensorische und Wahrnehmungs-Fertigkeiten*, *motorische und praktische Fertigkeiten*, *Fertigkeiten der Emotionsregulation*, *kognitive Fertigkeiten* und *Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten* gegliedert.

Performanzmuster nach dem OTPF

Bevölkerungen, Organisationen und Menschen zeigen verschiedene **Performanzmuster** in ihrer Gesellschaft und ihrem Alltag. Die **Performanzmuster** nehmen Bezug auf *Routinen*, *Gewohnheiten*, *Rollen* und *Rituale*, die in einer Betätigung oder Aktivität mit einhergehen. Diese Muster sind stets beeinflusst durch äussere Einwirkungen, wie beispielsweise die Familienstrukturen, und können sich mit der Zeit verändern (Roley et al., 2008).

Kontext und Umwelt nach dem OTPF

Der **Kontext** und die **Umwelt** werden in der Literatur meist synonym verwendet. Das OTPF definiert es jedoch so, dass die Betätigung des Klienten in einem spezifischen Kontext abläuft und diese wiederum in der sozialen und physischen Umwelt eingebettet ist. Dadurch haben beide Faktoren einen grossen Einfluss auf die Performanz des Klienten (Roley et al., 2008).

Der Kontext bezieht sich dabei auf die internen, zusammenhängenden Gegebenheiten des Klienten und wird unterteilt in *kulturell*, *personell*, *zeitlich* und *virtuell*. Dazu gehören beispielsweise Alter, Geschlecht, Lebensgeschichte und Verhalten. Diese Faktoren beeinflussen meist nicht so stark wie die Umwelt, haben aber dennoch einen sehr grossen Einfluss auf die Performanz des Klienten. Die Umwelt bezieht sich auf die externe *physische* und *soziale* Umwelt, die den Klienten umgibt. Die physische Umwelt beinhaltet beispielsweise Gebäude, Objekte und Gegenstände.

Aktivitätsanforderungen nach dem OTPF

Ergotherapeutinnen analysieren Aktivitäten, um zu verstehen, welche Anforderungen sie an den Klienten stellen (Reichel, 2005). Das Ziel dabei ist, dass der Klient über genug Performanzfertigkeiten verfügt, um eine Betätigung oder Aktivität durchführen zu können. Dabei bezieht sich die Aktivitätsanforderung auf Einzelheiten einer Aktivität. Sie beschreibt im Detail welche Faktoren berücksichtigt werden müssen, um die Tätigkeit durchführen zu können. Das OTPF unterteilt die **Aktivitätsanforderungen** in folgende Bereiche: *Gebrauch von Objekten und deren Eigenschaften*, *Raumanforderungen*, *soziale Anforderungen*, *Abfolge und Zeit einteilen*, *erforderliche Handlungen*, *erforderliche Körperfunktionen* und *erforderliche Körperstrukturen* (Roley et al., 2008). Je nach Einstufung des Faktors steigt oder sinkt die Anforderung einer Aktivität.

Prozess (process)

Der Prozess beschreibt das Vorgehen der Ergotherapeutin bei der Behandlung des Klienten in Bezug auf die verschiedenen Aspekte des Gegenstandsbereichs. Er beinhaltet Evaluation, Intervention und Ergebnisüberprüfung (Roley et al., 2008). Der Prozess ist ebenso wie der Gegenstandsbereich darauf ausgerichtet, Menschen in Betätigung einzubinden und dadurch die Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern. Betätigung wird dabei sowohl als Therapiemittel als auch als Therapieziel verstanden (Reichel, 2005).

In der Struktur des OTPF wird der Prozess linear dargestellt. In Wirklichkeit ist er aber dynamisch und erlaubt dem Therapeuten sich im Prozess vor- und rückwärts zu bewegen (Roley et al., 2008). Beispielsweise ermöglicht eine ständige Überprüfung

der Ergebnisse, den Interventionsplan immer wieder den Bedürfnissen des Klienten anzupassen.

In dieser Arbeit wird im Weiteren ausschliesslich mit dem Gegenstandsbereich gearbeitet, da sich die Einteilung der beeinflussenden Faktoren auf die einzelnen Aspekte des Gegenstandsbereiches bezieht.

2 Hauptteil

In diesem Kapitel wird nun der Fragestellung „Welche Faktoren beeinflussen die erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen entscheidend?“ nachgegangen.

Als erstes wird das methodische Vorgehen bei der Literaturrecherche erläutert. Es soll aufgezeigt werden, nach welchen Kriterien die Literatur für diese Arbeit gesucht und ausgewählt wurde.

Anschliessend werden die Resultate der Literatursuche dargestellt. Dabei werden alle gewählten Hauptstudien kurz zusammengefasst. In einem zweiten Teil erfolgt eine tabellarische Übersicht über die gefundenen Aussagen.

2.1 Methodik

Es wurde eine Literatursuche in den Datenbanken AMED, PsycINFO, PSYINDEX, MEDLINE, The Cochrane Library und Pubmed durchgeführt. Dabei wurden die in Tabelle 3 aufgeführten Keywords und Schlagwörter in verschiedenen Kombinationen verwendet.

Als besonders effektiv erwiesen sich dabei die Wörter: „predictor“, „vocational rehabilitation“, „integration“, „mentally ill“ und „schizophrenia“. Eine Verknüpfung mit dem Keyword „occupational therapy“ ergab keine brauchbaren Treffer.

Um aktuelle Literatur in die Arbeit einfliessen zu lassen, wurden nur Studien berücksichtigt, die nicht vor dem Jahr 1999 publiziert wurden. Zudem wurden nur Studien in die Auswahl miteinbezogen, die aus Europa stammen. Dies soll eine möglichst gute Übertragbarkeit in die Schweiz gewährleisten.

Von der gefundenen Literatur wurden die Abstracts gelesen und bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit entschieden, ob die ganze Studie begutachtet wird oder nicht. Die so ausgewählten Studien wurden gelesen und zusammengefasst. Zudem wurde das Literaturverzeichnis all dieser Studien nach weiterer Literatur durchsucht.

Dieses Vorgehen erwies sich als sehr effizient und lieferte weitere brauchbare Artikel.

Tabelle 3

Verwendete Schlüsselwörter, Keywords und Schlagwörter

Schlüsselwörter	Keywords	Schlagwörter
Faktoren	terms predictor condition	predictor
(Re)Integration Wiedereingliederung Wiederbeschäftigung	reinstatement reintegration	vocational rehabilitation integration
Stark psychisch beeinträchtigt	chronic mental illness work related illness psychiatric patients psychiatric disabilities	mentally disabled persons mentally ill mental disorders schizophrenia
Arbeit	work job occupation	employment
Ergotherapie	occupational therapy	occupational therapy therapy

Insgesamt wurden über 30 Studien gelesen und in Matrizen (siehe Anhang B) zusammengefasst. Während dem Prozess der Literatursuche wurde die Fragestellung mehrfach geändert und angepasst. Dies führte dazu, dass die gesamte Literatur immer wieder gesichtet und bezüglich Eignung neu beurteilt werden musste.

Als die aktuelle Fragestellung feststand, wurde festgelegt welche Publikationen das Potenzial zu Hauptstudien haben. Diese wurden anschliessend mit den Formularen „*Critical Review Form-Quantitative Studies*“ (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland, 1998) und „*Critical Review Form-Qualitative Studies*“ (Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland, 2007) kritisch beurteilt. Nach diesem Prozess verblieben sechs quantitative Studien (Catty, Lissouba, White, Becker, Drake, Fioritti et al., 2008; Galvao et al., 2005; Hoffmann & Kupper, 2003; Hoffmann, Kupper, Zbinden & Hirsbrunner, 2003; Marwaha, Johnson, Bebbington, Stafford, Angermeyer, Brugha et al., 2007; Watzke et al., 2005), die geeignete Aussagen zur Fragestellung beinhalten. Drei davon sind deutsch, drei englisch. Zusätzlich wurde

die Publikation von Bebbington, Angermeyer, Azorin, Brugha, Kilian Johnson et al. (2005) mit aufgenommen, da diese relevant war, um die Studie von Marwaha et al. (2007) zu verstehen. Zusätzlich wurde ein systematisches Review (Michon, van Weeghel, Kroon & Schene, 2005) mit eingeschlossen, das anhand des „*Systematic Review Appraisal Sheet*“ (University of Oxford, 2005) beurteilt wurde. Weiter wurde ein Literaturreview (Matschnig, Frottier, Seyringer & Fruehwald, 2008) mit aufgenommen, da sich dieses mit einer ähnlichen Fragestellung wie diese Arbeit befasst und sich unter anderem auf einzelne in dieser Arbeit verwendete Studien bezieht. Dieser Artikel soll dazu dienen, die gefundenen Aussagen zu vergleichen und gegebenenfalls zu ergänzen.

Die gefundenen Aussagen der Studien bezüglich Fragestellung wurden anschließend in die Struktur des Occupational Therapy Practice Framework eingeteilt.

2.2 Resultate aus der Literaturrecherche

2.2.1 Zusammenfassungen der Hauptstudien

Die Zusammenfassungen der Hauptstudien geben eine Übersicht über die zur Beantwortung der Fragestellung verwendeten Studien. Es handelt sich dabei um sieben quantitative Studien, einen systematischen und einen internationalen Review.

Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program

Hoffmann, Kupper, Zbinden und Hirsbrunner (2003) führten eine quantitative Querschnittstudie in der Schweiz durch, die psychisch beeinträchtigte Klienten bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit und der Erfolgsprognosen beim Integrationsprozess untersucht.

Das Ziel der Studie war es, die uneinheitlichen Prädiktoren vom Review „Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice“ von Cook und Razzano (2000) zu überprüfen. Dies geschah im Zusammenhang mit den neun Hypothesen aus der Studie „Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill-research and policy implications“ von Anthony und

Jansen (1984). Zur Vervollständigung formulierten Hoffmann et al. (2003) eine zehnte Hypothese.

In der Studie durchliefen die Klienten innerhalb von maximal 18 Monaten ein „5-Phasen-Programm“. Während der zweiwöchigen Assessment-Phase wurden die Daten erhoben und mit den zehn Hypothesen korreliert.

Im Gegensatz zu der Studie von Anthony und Jansen (1984) konnten Hoffmann et al. (2003) aufzeigen, dass Negativsymptomatik und externe Kontrollüberzeugung die Rehabilitation behindert. Dagegen waren Sozialverhalten, Arbeitsfähigkeiten und kognitive Funktionen die besten positiven Prädiktoren bezüglich Reintegrationserfolges. Faktoren wie verbale Intelligenz, Selbstkontrolle und Beziehungsfähigkeit erreichten keine signifikanten Levels.

Insgesamt kamen sie zur Aussage, dass die Resultate die Wichtigkeit der Förderung der genannten Erfolgsprädiktoren aufzeigen.

Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten

Hoffmann und Kupper (2003) sagen aus, dass ein vertieftes Wissen über die prädiktiven Faktoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung unentbehrlich ist.

Aus diesem Grund untersuchten sie in einer Schweizer Querschnittstudie Faktoren, die den Wiedereingliederungserfolg von chronisch schizophrenen Klienten am besten voraussagen. Diese Prädiktoren wollten sie unter Minimierung des Einflusses der verwendeten Instrumente ermitteln. Ausführliche Beschreibung dieser Instrumente sind in der Studie von Hoffmann et al. (2003) zu finden.

Anhand von 76 an Schizophrenie erkrankten Klienten, die an einer Wiedereingliederungsmassnahme teilnahmen, wurden zehn relevante Faktoren für das Funktionieren am Arbeitsplatz ermittelt.

Nach einer logistischen Regression dieser zehn Faktoren bezüglich Wiedereingliederungserfolges, kamen Hoffmann und Kupper (2003) zur Aussage, dass diejenigen Klienten Erfolg bei der beruflichen Eingliederung haben, welche ein gutes Arbeitsverhalten im geschützten Rahmen sowie soziale Kompetenzen zeigen. Weiter sollten sie kein depressiv-resignatives Selbstbild aufweisen. Bezüglich der neurokognitiven Defizite konnten sie jedoch keinen direkten Zusammenhang mit dem Wiedereinglie-

derungserfolg feststellen. Ebenso wiesen der bisherige Krankheitsverlauf, das Alter und weitere soziografische Variablen keine Signifikanz auf.

Sie kamen zum Schluss, dass es unerlässlich ist Therapieprogramme zu entwickeln, die Zuversicht und Selbstvertrauen der Klienten fördern. Dies könne einer Chronifizierung der Krankheit entgegenwirken und die Gesundheit fördern.

Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Massnahmen

Galvao, Watzke, Gawlik, Huhne und Brieger (2005) untersuchten in ihrer Studie einerseits den Rehabilitationserfolg im Sinne einer Entwicklung auf der Beschäftigungsachse (Fortschritt versus Stagnation). Andererseits stellten sie den Rehabilitationserfolg in Zusammenhang mit den, zu Beginn der Massnahme, erhobenen personenbezogenen Parametern. Ihr Ziel war es, Prädiktoren zu identifizieren, die den Rehabilitationserfolg im Sinne eines Fortkommens auf der Beschäftigungsachse vorhersagen.

Die Daten wurden bei 101 Personen mit einer psychischen Erkrankung, die an einer rehabilitativen beziehungsweise integrativen Massnahme in Deutschland teilnahmen, gesammelt. Es wurden mithilfe verschiedener Instrumente Angaben zu Soziodemografie, Intellekt, Psychopathologie und Lebensqualität erhoben. Um den Rehabilitationserfolg festzustellen, wurde die Zukunftsperspektive (Fortschritt versus Stagnation) zu Beginn der Massnahme ausgewertet. Daraufhin wurden die Klienten in zwei Gruppen eingeteilt: Diese, die nach der Massnahme erwarten einer Beschäftigung nachzugehen und jene, die erwarten keiner Tätigkeit nachzugehen. Es zeigte sich, dass die erste Gruppe schon zu Beginn der Massnahme ein höheres Funktionsniveau und eine bessere subjektive Lebensqualität aufwies.

Nach einer regressionsanalytischen Auswertung stellte sich heraus, dass sich folgende Faktoren als prädiktiv bezüglich des Rehabilitationserfolges erwiesen: hohe Anpassungsfähigkeit der Arbeitsfertigkeiten, ein hohes Funktionsniveau, eine kurze Gesamtdauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit und ein geringes Alter.

Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation

Watzke, Galvao, Gawlik, Huehne und Brieger (2005) untersuchten in einer prospektiven und kontrollierten Wirksamkeitsstudie die Arbeitsfähigkeiten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Ihr Ziel war es, die Arbeitsfähigkeiten zu erheben und ihre Veränderungen im Verlaufe einer Massnahme zu erfassen. Zudem klärten sie, welche Variablen mit einer guten Arbeitsfähigkeit bei Rehabilitationseintritt einhergehen und welche Variablen mit einer positiven Veränderung der Arbeitsfähigkeiten während der Massnahme in Zusammenhang stehen.

Die Arbeitsfähigkeiten wurden mithilfe des Arbeitsfähigkeitsprofils erfasst. Weiter wurden Angaben zu Soziodemografie, Intellekt, Psychopathologie und Lebensqualität erhoben. Die Daten wurden zu zwei Zeitpunkten (zum Massnahmenbeginn und nach sechs Monaten) bei 117 psychisch kranken Menschen erhoben, die sich derzeit in einer rehabilitativen, beziehungsweise integrativen Einrichtung in Deutschland befanden. Beide Massnahmen dauerten 12 Monate und beinhalteten Fortbildungen, Schulungen und Trainings in verschiedenen Bereichen.

Die Autoren kamen zum Schluss, dass eine positive Veränderung der Arbeitsfähigkeiten im Laufe der Rehabilitation stattfindet und diese zudem mit guter sozialer Integration, dem Grad der Schulbildung und der Aufmerksamkeitsleistung im Zusammenhang stehen.

Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany

Marwaha, Johnson, Bebbington, Stafford, Angermeyer, Brugha et al. (2007) analysierten in einer europäischen Kohorten-Studie mit einem Follow-up nach zwei Jahren die Daten von 1208 Personen mit Schizophrenie, die sich in einer psychiatrischen Rehabilitation befanden.

Die Studie hatte zum Ziel, Arbeitsmuster sowie Arbeitsfähigkeiten zu beschreiben und zu identifizieren, welche klientenbezogenen Faktoren in einem Zusammenhang stehen mit „in Betätigung eingebunden sein“. Die Daten wurden mit unterschiedlichen Instrumenten in den Ländern Frankreich, Deutschland und England gesammelt. Die genauen Beschreibungen der verwendeten Methoden, Instrumente und Einrich-

tungen, in denen die Teilnehmer rekrutiert wurden, wird in der Studie „The European Schizophrenia Cohort (EuroSC)“ von Bebbington et al. (2005) ausführlich erläutert.

Die Autoren kamen zum Schluss, dass ein beruflicher Abschluss, Zusammenleben mit der Familie und nur eine bisherige Krankheitsepisode die Chancen auf eine Arbeit erhöhen. Ein chronischer Krankheitsverlauf, starke psychopathologische Symptome, ein früher Krankheitsausbruch und eine Drogengeschichte verschlechtern hingegen die Chancen auf Arbeit. Sie erachteten den lokalen und sozialen Kontext als mindestens so wichtig, wie individuelle oder krankheitsbezogene Faktoren.

The European Schizophrenia Cohort (EuroSC)

Bebbington, Angermeyer, Azorin, Brugha, Kilian, Johnson et al. (2005) sind Mitglieder der „European Schizophrenia Cohort (EuroSC) Research Group“. Diese hatte zum Ziel die verschiedenen psychiatrischen Behandlungsmethoden mit dem Behandlungserfolg in Beziehung zu bringen.

Die Publikation beschrieb ausführlich die verwendeten Methoden und Instrumente. Zudem wurde die Auswahl der teilnehmenden Probanden erläutert.

Die „EuroSC“ ist eine Studie, die mit Personen durchgeführt wurde, die an Schizophrenie erkrankt waren. Die Daten wurden in neun verschiedenen Zentren in Europa erhoben: zwei in England, vier in Deutschland und drei in Frankreich. Die Probanden wurden in sechsmonatigem Intervall während zwei Jahren zu folgenden Themen befragt: vergangene psychiatrische Geschichte, soziodemografische und klinische Informationen. Dazu gehörten unter anderem Diagnose, aktueller psychiatrischer und sozialer Status, Bedürfnisse bezüglich Unterstützung und Behandlung, Lebensqualität, Medikation und Nebenwirkungen.

Die Studie von Marwaha et al. (2007) basiert auf den Daten von Bebbington et al. (2005).

Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial

Catty, Lissouba, White, Becker, Drake, Fioritti et al. (2008) untersuchten in einer internationalen randomisierten Studie, welche schwer psychisch kranken Patienten bei der Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt Erfolg haben.

Dazu wurden Patienten, die sich in konventioneller Arbeitsrehabilitation oder IPS-Programmen befanden, während anderthalb Jahren begleitet. Zu Beginn der Massnahmen wurden Interviews durchgeführt und dann nach sechs, zwölf und achtzehn Monaten wiederholt. Die Daten wurden in den sechs europäischen Städten London, Ulm-Günzburg, Rimini, Zürich, Groningen und Sofia erhoben.

Die Auswertungen der Studie hatten zum Ziel, den Arbeitserfolg in Zusammenhang mit den analysierten Prozess- und Servicefaktoren zu stellen.

Catty et al. (2008) zeigten auf, dass die vergangene Arbeitsgeschichte und der Unterstützungsbedarf bedeutsame Faktoren für den Einstieg ins Berufsleben sind. Weiter habe die Beziehung zwischen Patient und Therapeut einen signifikanten Einfluss auf den Eintritt in kompetitive Arbeit. Sie wiesen darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen Alter oder Diagnose und Arbeitserfolg gefunden wurde.

Schliesslich zeigten sie deutlich auf, dass das IPS-Programm höheren Erfolg aufwies als die traditionelle Arbeitsrehabilitation.

Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes

Michon, van Weeghel, Kroon und Schene (2005) aus den Niederlanden fokussierten sich in einem systematischen Review auf schwer psychisch beeinträchtigte Menschen, die seit mindestens sechs Monaten an einer psychiatrischen Arbeitsrehabilitation teilnahmen. Verschiedene Faktoren, die den Rehabilitationserfolg dieser Klienten beeinflussten, wurden anhand bereits bestehender Studien untersucht.

Ihr Ziel war es, personenbezogenen Prädiktoren, die nach einer psychiatrischen Arbeitsrehabilitation am stärksten den Wiedereingliederungserfolg beeinflussen, zu identifizieren.

Dafür suchten sie in den Datenbanken Pubmed, Psychinfo, Medline und CINAL nach Artikeln, die mindestens drei Prädiktoren für ihr definiertes Klientel nannten und unterzogen diese einer kritischen Analyse. Von ursprünglich 77 Publikationen verblieben schliesslich 16, welche aus insgesamt acht Studien stammten.

Michon et al. (2005) folgerten durch den Vergleich der kritisch analysierten Studien, dass Arbeitsfähigkeiten, höhere berufsbezogene Selbstsicherheit, soziale Funktionen während der Arbeitsrehabilitation und eine längere Ausbildung starke Prädiktoren für

die erfolgreiche Wiedereingliederung sind. Die Diagnose und die Krankheitsgeschichte konnten nicht mit dem Rehabilitationserfolg in Zusammenhang gebracht werden.

Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren

Matschnig Frottier, Seyringer und Fruehwald (2008) gaben in ihrem internationalen Review einen Überblick über die wichtigsten prädiktiven Faktoren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung psychisch Beeinträchtigter in die Arbeit.

Als erstes führten sie eine umfassende Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed durch und suchten nach Publikationen zum Thema Arbeitsrehabilitation zwischen 1997 und 2007. In einem weiteren Schritt wurde die gefundene Literatur auf 37 Arbeiten reduziert, die Aussagen über mögliche Prädiktoren enthielten.

In ihren Resultaten kamen Matschnig et al. (2008) zum Schluss, dass die vorangegangene berufliche Laufbahn, die beobachtete Arbeitsleistung während der Rehabilitationsmassnahme und die Belastbarkeit die stärksten prädiktiven Faktoren sind. Ebenso schien der Familienstand in einem Zusammenhang mit dem Rehabilitationserfolg zu stehen. Die Negativsymptomatik und vorhandene kognitive Beeinträchtigungen erwiesen sich als negative Prädiktoren. Motivation, soziale Fähigkeiten und Kontrollüberzeugungen schienen ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg zu haben. Die Wirkung von Diagnose, soziodemografischen Merkmalen und sozialen Fertigkeiten auf den Rehabilitationserfolg konnten nicht eindeutig geklärt werden.

Matschnig et al. (2008) merkten an, dass es schwierig war das Thema Arbeitsrehabilitation einem internationalen Vergleich zu unterziehen, denn personenbezogene und kontextbezogene Faktoren würden sich immer auch gegenseitig beeinflussen und deshalb das Ergebnis verändern. Sie folgerten ausserdem, dass die Anpassung der arbeitsrehabilitativen Massnahmen an die individuellen Bedürfnisse der Patienten ein Ziel sein sollte.

2.2.2 Tabellarische Übersicht nach dem OTPF

Im Folgenden werden die wichtigsten Faktoren der kritisch analysierten Studien nach den Aspekten des Gegenstandsbereiches des OTPF (Roley et al., 2008; Siehe Tabelle 1 und 2) eingeteilt. Die Studie von Bebbington et al. (2005) wird in der tabellarischen Übersicht nicht berücksichtigt. Wie bereits erwähnt, erläutert sie die methodische Vorgehensweise der Studie von Marwaha et al. (2007) und bildet somit die Grundlage deren Aussagen.

Der Review von Matschnig et al. (2008) stützt sich unter anderen auf Aussagen aus den Studien von Hoffmann et al. (2003), Hoffmann und Kupper (2003), Galvao et al. (2005) und Watzke et al. (2005). Weiter beinhaltet der systematische Review von Michon et al. (2005) unter anderen die Studien von Hoffmann et al. (2003) und Hoffmann und Kupper (2003)

Performanz in den Betätigungsbereichen

Bildung

Studie (Jahr)	Aussagen zu Faktoren der beruflichen Integration
Galvao et al. (2005)	Die Berufsbildung gab keine signifikanten Gruppenunterschiede.
Watzke et al. (2005)	Eine gute Schulbildung zeigt Zusammenhänge zu einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit.
Marwaha et al. (2007)	Ein beruflicher Abschluss erhöht die Chance auf Arbeit.
Michon et al. (2005)	Eine längere Ausbildungszeit ist ein starker Prädiktor.
Matschnig et al. (2008)	Die absolvierte Ausbildung ist hoch bedeutsam für die Vorhersage des Erfolges bezüglich beruflicher Wiedereingliederung.

Hoffmann et al. (2003), Hoffmann und Kupper. (2003) & Catty et al. (2008) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Fortsetzung

Arbeit

Hoffmann et al. (2003)	Die Anpassung der Fähigkeiten an die Arbeit ist ein guter Prädiktor für zukünftigen Arbeitserfolg.
Hoffmann und Kupper (2003)	Erfolgreich waren diejenigen Klienten, die vor und während der Abklärung ein gutes Arbeitsverhalten zeigten. Somit zählt das beobachtete Arbeitsverhalten zu einem der besten Prädiktoren für die erfolgreiche Wiedereingliederung.
Galvao et al. (2005)	Eine gute arbeitsbezogene Anpassung ist als Prädiktor für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse erwiesen. Teilnehmer, die nach der Massnahme ein Beschäftigungsverhältnis hatten, zeigten bereits von Anfang an bessere Arbeitsfähigkeiten.
Michon et al. (2005)	Die Arbeitsfähigkeiten sind ein wichtigerer Prädiktor als Arbeitsgeschichte und soziale Fähigkeiten für den Arbeitserfolg.
Matschnig et al. (2008)	Die Arbeitsleistung und die Belastbarkeit sind zwei der stärksten Prädiktoren für die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.

Watzke et al. (2005), Marwaha et al. (2007) & Catty et al. (2008) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Soziale Partizipation

Watzke et al. (2005)	Die soziale Integration beeinflusst die Veränderung der Arbeitsfähigkeit positiv. Stabile Partnerschaft zeigt Zusammenhänge zu der Arbeitsfähigkeit.
Marwaha et al. (2007)	In einer Familie zu leben erhöht die Chancen auf Arbeit.
Matschnig et al. (2008)	Der Familienstand scheint in einem Zusammenhang mit dem Rehabilitationserfolg zu stehen. So wiesen verheiratete oder in Partnerschaft lebende Patienten bessere Ergebnisse in der Arbeitsrehabilitation auf.

Hoffmann et al. (2003), Hoffmann und Kupper (2003), Galvao et al. (2005), Catty et al. (2008) & Michon et al. (2005) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Klientenfaktoren

Werte, Vorstellungen und Spiritualität

Hoffmann et al. (2003)	Die interne Kontrollüberzeugung ist ein Faktor, der keinen signifikanten Level bezüglich des Arbeitserfolgs erreicht hat. Es ist evident, dass externe Kontrollüberzeugung die Arbeitsfähigkeit und den Arbeitserfolg negativ beeinflussen.
------------------------	--

Fortsetzung

Hoffmann und Kupper (2003)	Resignatives Bewältigungsverhalten ist ein Faktor, mit welchem sich der Wiedereingliederungserfolg voraussagen lässt. Bei diesem Faktor ist der Zusammenhang negativ. Für den Rehabilitationsverlauf ist es von grosser Bedeutung, ob der Patient daran glaubt sein Schicksal selber beeinflussen zu können.
Michon et al. (2005)	Ein starker Prädiktor ist die hohe berufsbezogene Selbstsicherheit bezüglich des Arbeitserfolges.
Matschnig et al. (2008)	Motivation, Selbstwirksamkeit und Hoffnungslosigkeit der Patienten beeinflussen den Rehabilitationserfolg.

Galvao et al. (2005), Watzke et al. (2008) & Marwaha et al. (2007) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Körperfunktionen

Hoffmann et al. (2003)	Die Positivsymptomatik und die verbale Intelligenz sind Faktoren, die kein signifikantes Level bezüglich des Arbeitserfolgs erreicht haben. Die Negativsymptomatik hat einen signifikanten Einfluss auf die Wiedereingliederung bezüglich Arbeitsfähigkeiten, und etwas weniger bezüglich Erfolgsprognosen des Arbeitsintegrationsprozesses oder des Aufrechterhaltens der Arbeitsstelle. Die kognitive Beeinträchtigung hat einen Einfluss auf den langfristigen Wiedereingliederungserfolg.
Hoffmann und Kupper (2003)	Neurokognitive Defizite und die Positiv-/Negativ- und Allgemeinsymptomatik haben keinen prädiktiven Wert bezüglich des Wiedereingliederungserfolgs.
Galvao et al. (2005)	Ein höheres globales Funktionsniveau erweist sich als Prädiktor für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse. Hinsichtlich psychiatrischer Diagnose und psychopathologischer Symptomatik ergab sich kein signifikanter Unterschied.
Watzke et al. (2005)	Vor allem schizophrene Patienten mit relevanter schizophrener Positiv- und/oder Negativsymptomatik einschliesslich kognitiver Defizite werden initial weniger Arbeitsfähigkeit zeigen als Patient mit anderen psychischen Störungen. Eine affektive Störung als dominantes Krankheitsbild ist ein nicht ganz so deutlicher Prädiktor dafür, dass sich die Arbeitsfähigkeit positiv entwickelt. Die Angststörung, als Leitdiagnose bei Aufnahme, geht jedoch von Beginn an mit höheren Arbeitsfähigkeiten einher. Eine gute Aufmerksamkeitsleistung zeigt eine signifikant positive Veränderung der Arbeitsfähigkeit. Gute kognitive Fähigkeiten weisen eine positive Veränderung der Arbeitsfähigkeit auf.

Fortsetzung

Michon et al. (2005)	Psychische Symptome können nicht definitiv als Faktor für Rehabilitationserfolg bestätigt werden. Die Diagnose wird nicht mit dem Erfolg des Rehabilitationsprogramms in Verbindung gebracht.
Marwaha et al. (2007)	Generell hohe Psychopathologie reduziert die Chancen auf Arbeit signifikant. Die Negativsymptomatik ist nicht signifikant und die Positivsymptomatik ist ein schwacher Prädiktor für Arbeitserfolg.
Catty et al. (2008)	Es konnte kein Zusammenhang zwischen Psychopathologie und Wiedereingliederungserfolg nachgewiesen werden.
Matschnig et al. (2008)	Vorhandene Negativsymptome, nicht aber Positivsymptome, beeinflussen den Rehabilitationserfolg. Bezüglich Diagnose in Zusammenhang mit dem Rehabilitationserfolg lässt sich keine eindeutige Aussage machen. Bessere kognitive Fähigkeiten (v.a. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung sowie Exekutivfunktionen) tragen zu einem besseren Rehabilitationsergebnis bei.

Perfomanzfertigkeiten

Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten

Hoffmann et al. (2003)	Soziale Fertigkeiten scheinen ein guter Prädiktor für die Wiedereingliederung bezüglich Arbeitsfähigkeiten zu sein und etwas weniger bezüglich Erfolgsprognosen des Arbeitsintegrationsprozesses. Spannungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sind ein Faktor, der kein signifikantes Level bezüglich des Arbeitserfolgs erreicht hat.
Hoffmann und Kupper (2003)	Die soziale Kompetenz ist ein signifikanter Prädiktor für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung.
Watzke et al. (2005)	Ein hohes soziales Funktionsniveau erweist sich als unterstützend.
Catty et al. (2008)	Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut hat einen signifikanten Einfluss auf den Arbeitsantritt.
Michon et al. (2005)	Das Sozialverhalten ist ein starker Prädiktor bezüglich des Arbeitserfolgs.
Matschnig et al. (2008)	Soziale Fähigkeiten scheinen einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der beruflichen Rehabilitation zu haben.

Galvao et al. (2005) & Marwaha et al. (2007) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Fortsetzung

Kontext und Umwelt

Personell

Hoffmann und Kupper (2003)	Das Alter hat keinen signifikanten Einfluss auf den Wiedereingliederungserfolg.
Galvao et al. (2005)	Ein geringes Alter zu Beginn der Massnahme erweist sich als Prädiktor für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse.
Watzke et al. (2005)	Alter und Geschlecht stehen nicht mit einer positiven Veränderung der Arbeitsfähigkeit in Zusammenhang.
Catty et al. (2008)	Es gibt keine Verbindung zwischen Alter und Arbeitserfolg.
Matschnig et al. (2008)	Bezüglich Alter und Geschlecht lässt sich keine eindeutige Aussage machen.

Hoffmann et al. (2003), Marwaha et al. (2007) & Michon et al. (2005) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Physisch

Hoffmann und Kupper (2003)	Ein geschützter Rahmen beeinflusst die erfolgreiche, berufliche Wiedereingliederung.
Marwaha et al. (2007)	Die regionale Erwerbstätigenquote zeigt keinen Einfluss auf den Arbeitserfolg.
Catty et al. (2008)	Der angebotene Service (IPS vs. traditionelle Arbeitstherapie) hat einen signifikanten Einfluss auf den Eintritt in kompetitive Arbeit.

Hoffmann et al. (2003), Galvao et al. (2005), Watzke et al. (2005), Michon et al. (2005) & Matschnig et al. (2008) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Zeitlich

Hoffmann et al. (2003)	Die Arbeitsgeschichte hat keine Signifikanz bezüglich des Integrationserfolges.
Hoffmann und Kupper (2003)	Der bisherige Krankheitsverlauf ist kein signifikanter Faktor, um den Wiedereingliederungserfolg vorherzusagen zu können.
Galvao et al. (2005)	Eine geringe Gesamtdauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit erweist sich als Prädiktor für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse.

Fortsetzung

Marwaha et al. (2007)	<p>Eine anhaltende Krankheitsgeschichte und ein früher Krankheitsausbruch reduzieren die Chance auf Arbeit sehr.</p> <p>Eine einmalige Krankheitsphase ist ein Prädiktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung.</p> <p>Die Krankheitsdauer hat keinen signifikanten Einfluss auf den Arbeitserfolg.</p>
Catty et al. (2008)	Die Arbeitsgeschichte ist ein signifikanter Faktor für den Einstieg ins Berufsleben. Ebenso ist das Remissionsstadium ein signifikanter Faktor bezüglich der gearbeiteten Zeit.
Michon et al. (2005)	<p>Die Krankheitsgeschichte beeinflusst die Arbeitsfähigkeit nicht.</p> <p>Über den prädiktiven Wert der Arbeitsgeschichte können auf Grund des kleinen Samples keine Aussagen gemacht werden.</p>
Matschnig et al. (2008)	Die vorangegangene berufliche Laufbahn ist bedeutsam für eine erfolgreiche Arbeitsrehabilitation.

Watzke et al. (2005) machen keine Aussagen zu diesem Bereich.

Wie in der obigen Übersicht ersichtlich ist, werden einige Aspekte des Gegenstandsbereiches des OTPF (siehe Tabelle 2) nicht aufgeführt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in den verwendeten Studien keine Aussagen zu diesen Bereichen gemacht werden. Deshalb sind die folgenden Aspekte nicht in die Tabelle zu finden:

Bei **Performanz in den Betätigungsbereichen** handelt es sich um die Bereiche *Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Instrumente des täglichen Lebens (IADL), Ruhe und Schlaf, Spiel und Freizeit*. Bei den **Klientenfaktoren** findet der Bereich *Körperstrukturen* keinen Eingang in die Tabelle und bei den **Performanzfertigkeiten** die *Sensorischen- und Wahrnehmungs-Fertigkeiten, motorische, praktische Fertigkeiten, Fertigkeiten der Emotionsregulation und kognitive Fertigkeiten*. Weiter werden bei **Kontext und Umwelt** zu den Bereichen *kulturell, sozial und virtuell* keine Nennungen gemacht. In den Studien ganz vernachlässigt werden die Gegenstandsbereiche **Performanz-Muster** und **Aktivitätsanforderungen**.

3 Diskussion

In der Diskussion werden zu Beginn die extrahierten Einflussfaktoren auf die Arbeitsintegration aus den einzelnen Studien einander gegenüber gestellt, kritisch beleuchtet und nach dem bereits oben verwendeten OTPF-Schema gegliedert. In einem weiteren Schritt werden die signifikanten Faktoren hervorgehoben und in Bezug zur Fragestellung gestellt. Schliesslich wird der Transfer der beeinflussenden Faktoren in die Praxis der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation dargelegt.

3.1 Kritischer Vergleich der Resultate

Bezüglich der **Performanz in den Betätigungsbereichen** waren sich sämtliche Studien in ihren Aussagen einig. Es wird bekräftigt, dass die Bereiche *Bildung*, *Arbeit* und *Soziale Partizipation* wichtige Faktoren für die berufliche Integration darstellen.

Der Bereich *Bildung* wird als wichtiger Prädiktor für die erfolgreiche Wiedereingliederung gesehen. Matschnig et al. (2008), Michon et al. (2005), Marwaha et al. (2007) und Watzke et al. (2005) betonen, dass eine lange Schulbildung und eine erfolgreich absolvierte Ausbildung mit Abschluss oder Diplom die Chancen auf Arbeitserfolg deutlich erhöhen. Die Bildung wird grundsätzlich in der westlichen Gesellschaft als sehr wichtig betrachtet und meist für eine Arbeitsstelle vorausgesetzt. Es ist daher nicht erstaunlich, dass dieser Prädiktor den Arbeitserfolg positiv beeinflusst. Einzig Galvao et al. (2005) sagen aus, dass die Berufsbildung keinen signifikanten Einfluss auf die Wiedereingliederung zeigt. Der Faktor wurde zu Beginn von ihnen analysiert, fand jedoch nach der regressionsanalytischen Auswertung auf Grund des kleinen Wertes keine Beachtung. Kritisch anzumerken ist dabei, dass die Aussagekraft der durchgeführten Regressionsanalyse von Galvao et al. (2005) eingeschränkt ist, da nur signifikant unterschiedliche Gruppenausprägungen der regressionsanalytischen Auswertung unterzogen wurden. Weil die Untersuchungsgruppen im Bezug zum Faktor Bildung zu homogen scheinen, fiel dieser Faktor wohl aus der Analyse. Abschliessend erläutern Galvao et al. (2005) dazu, dass sich ihre untersuchten Faktoren auf sehr objektive Parameter beschränken.

Den Bereich *Arbeit* nennen fünf von acht Studien einstimmig als signifikant für die Wiedereingliederung. Im Zusammenzug der Ansichten der Studien von Hoffmann et al. (2003), Michon et al. (2005), Matschnig et al. (2008) und Galvao et al. (2005) kann ausgesagt werden, dass die Arbeitsfähigkeit, wie auch die Anpassung der Fähigkeiten an die Arbeit signifikante Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Integration darstellen. Wie im Kapitel 1.5.2 „Aktuelle Arbeitsmarktsituation“ beschrieben, ist die Flexibilität in der heutigen Arbeitswelt sehr erwünscht, so auch in der beruflichen Integration. Matschnig et al. (2008) beschreiben, dass unter der Arbeitsfähigkeit auch die Arbeitsleistung und die Belastbarkeit des Klienten verstanden werden. Dabei ist anzumerken, dass je nach Krankheitsbild und momentanem Zustand des Klienten die Belastbarkeit variiert. Diese Aussage wird im Review von Matschnig et al. (2008) jedoch nicht weiter differenziert, obwohl dies für die Beurteilung des Faktors wünschenswert wäre. Hoffmann und Kupper (2003) sagen aus, dass Patienten, die vor und während der Abklärungsphase ein gutes Arbeitsverhalten hatten, erfolgreich waren in der Wiedereingliederung. Es kann angenommen werden, dass die Mehrheit dieser Klienten weiterhin ein konstantes Arbeitsverhalten zeigen, was am Arbeitsplatz wiederum sehr geschätzt wird. Galvao et al. (2005) erläutern weiter, dass die Gruppenteilnehmer, die bereits ein Beschäftigungsverhältnis in Aussicht hatten, schon zu Massnahmenbeginn bessere Arbeitsfähigkeiten auswiesen. Bei dieser Aussage drängt sich jedoch die Frage auf, wie weit der Faktor der Motivation in die Arbeitsfähigkeit einfließt und dieses Resultat verzerrt.

Bezüglich der *Sozialen Partizipation* äussern sich nur drei Studien. Sie bestätigen jedoch alle, dass dieser Bereich ebenfalls bedeutend für den Arbeitserfolg ist. Watzke et al. (2005) zeigen auf, dass die soziale Integration die Veränderung der Arbeitsfähigkeit und dies, wie bereits begründet, wiederum die Wiedereingliederung beeinflusst. Weiterführend bedeutet das laut Watzke et al. (2005) und Marwaha et al. (2007), dass eine stabile Partnerschaft oder das Leben in einer Familie in Zusammenhang zu der Arbeitsfähigkeit stehen und die Chancen auf Arbeit erhöhen. Matschnig et al. (2008) unterstützen diese Aussage. Verheiratete oder in Partnerschaft lebende Klienten wiesen bessere Ergebnisse in der Arbeitsrehabilitation auf. Somit beeinflusst der Familienstand den Rehabilitationserfolg positiv. Diese Aussagen werfen die Frage auf, wie stark diese Faktoren auf die berufliche Integration einwirken. Es bleibt auch die Ungewissheit, inwiefern eine niedrige soziale Partizipation

die Wiedereingliederung negativ beeinflusst. Wünschenswert wäre bei diesem Faktor eine detailliertere Aussage, welche Aspekte der Familie oder Partnerschaft für den positiven Einfluss verantwortlich sind. Ein weiterer, zu prüfender Aspekt wäre, ob die Gesellschaft einen Mitarbeitenden mit hoher sozialer Partizipation in der beruflichen Integration bevorzugt behandelt.

Im Gegenstandsbereich der **Klientenfaktoren** sind sich die untersuchten Studien nicht einig. Es ist deshalb erforderlich, diese Bereiche im Detail zu betrachten und die Faktoren einander gegenüber zu stellen. Dadurch wird deutlich, dass zu *Werte*, *Vorstellungen* und *Spiritualität* mit vier Studien weniger ausgesagt wird, als bei den *Körperfunktionen*, zu denen acht der analysierten Studien wichtige Faktoren benennen.

Im Bereich *Werte*, *Vorstellungen* und *Spiritualität* sind sich Michon et al. (2005) und Matschnig et al. (2008) einig, dass die persönliche Einstellung für den Rehabilitationserfolg einen signifikanten Faktor darstellt. Diese persönliche, positive Einstellung wird auch als Motivation oder Glauben an sein eigenes Schicksal bezeichnet. Michon et al. (2005) beschreiben, dass die berufsbezogene Selbstsicherheit/-wirksamkeit ein starker Prädiktor bezüglich der erfolgreichen Wiedereingliederung ist. Konträr dazu sagen Hoffmann et al. (2003) aus, dass eine interne Kontrollüberzeugung kein signifikanter Faktor ist, eine externe Kontrollüberzeugung jedoch einen markant negativen Einfluss auf die Wiedereingliederung hat. Leider wird dieses intuitiv etwas irritierende Ergebnis nicht weiter differenziert. Hoffmann und Kupper (2003) verdeutlichen aber, dass ein ablehnendes Bewältigungsverhalten des Klienten den Wiedereingliederungserfolg signifikant negativ beeinflusst. Diese Aussage wird von Matschnig et al. (2008) unterstützt, welche darlegen, dass die Hoffnungslosigkeit des Klienten den Wiedereingliederungserfolg schwächt. Schliesslich zeigen die verschiedenen Aussagen deutlich auf, dass der persönliche Einsatz des Klienten auf dem Arbeitsmarkt geschätzt oder sogar erwartet wird.

Sämtliche Studien weisen einflussreiche Bereiche unter den *Körperfunktionen* auf. Grob zusammengefasst handelt es sich um die Diagnose, die Psychopathologie und die kognitiven Funktionen.

Die Diagnose des Klienten scheint laut Michon et al. (2005) und Galvao et al. (2005) kein signifikanter Faktor für die Wiedereingliederung zu sein. Michon et al. (2005)

begründen, dass sie für eine Aussage eine grössere Stichprobe bräuchten. Watzke et al. (2005) erläutern im Detail, dass schizophrene Klienten zu Beginn der Rehabilitation weniger Arbeitsfähigkeiten zeigen als Klienten mit anderen psychischen Störungen. Dabei gehen affektive Störungen als dominantes Krankheitsbild, besonders die Angststörung, von Anfang an mit höheren Arbeitsfähigkeiten einher und sind eher ein Prädiktor für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Matschnig et al. (2008) können hingegen keine eindeutige Aussage bezüglich Diagnose machen und finden Hinweise dafür, dass die Erfolgswahrscheinlichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis geringer ist als bei Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Zusätzlich zeigen sie in ihrem Review auf, dass Doppel- oder Mehrfachdiagnosen grösstenteils nicht in den Studien zur Arbeitsrehabilitation eingeschlossen wurden. Insgesamt ist es kritisch eine Aussage über die Diagnose zu treffen, weil die meisten Studien schizophrene Klienten untersuchten und deshalb kein eindeutiger Vergleich der Diagnosen möglich ist.

Catty et al. (2008), Hoffmann und Kupper (2003) und Galvao et al. (2005) sagen aus, dass kein Zusammenhang zwischen Psychopathologie beziehungsweise psychopathologischen Symptomen und dem Wiedereingliederungserfolg bestehen. Marwaha et al. (2007) weisen als einzige klar nach, dass eine hohe Psychopathologie den Arbeitserfolg reduziert. Wobei Catty et al. (2008), Marwaha et al. (2007) und Hoffmann und Kupper (2003) ausschliesslich schizophren erkrankte Patienten untersuchten und Galvao et al. (2005) als einzige allgemein psychisch Erkrankte. Watzke et al. (2005) zeigen in ihren Limitationen jedoch auf, dass das Assessment „The Positiv and Negativ Syndrome Scale“ (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987) welches Aussagen über die Psychopathologie macht, ausgezeichnet geeignet ist, wenn die Stichprobenauswahl homogen ist. Wenn jedoch an einer heterogenen Stichprobenauswahl untersucht wird, sind Verzerrungen der Resultate nicht auszuschliessen, weil in solchen Fällen das Assessment weniger gut belegt ist. Marwaha et al. (2007) sprechen ebenfalls an, dass die Interpretationen von PANSS mit Vorsicht zu geniessen sind. Die anderen untersuchten Studien verwenden zum Teil dieses Instrument, erwähnen jedoch keine Kritik. Auf Grund dieser Verzerrungen der Resultate gestaltet sich eine Interpretation als schwierig.

Michon et al. (2005) beziehen zu der Psychopathologie im systematischen Review keine Stellung und sagen aus, dass sie entgegen Resultaten von früheren Studien, weder die einen noch die anderen Aussagen definitiv bestätigen können. Hoffmann et al. (2003) beschreiben ebenfalls, dass die Psychopathologie alleine nicht ausreicht, um eine Angabe über den Arbeitserfolg zu machen, sie jedoch ein Faktor unter mehreren sein kann, der beeinflusst. Es scheint insgesamt schwierig, eine klare Aussage bezüglich der Psychopathologie zu machen. Auch werden nebst dem PANSS-Instrument keine weiteren Begründungen aufgezeigt. Es empfiehlt sich daher diesen Faktor mit Vorsicht zu betrachten.

Hoffmann et al. (2003) und Matschnig et al. (2008) äussern, dass die Positivsymptomatik kein signifikanter Faktor für die erfolgreiche berufliche Integration ist. Hierzu ist jedoch zu betonen, dass in der Studie von Hoffmann et al. (2003) eine sehr homogene Stichprobenauswahl von stabilen chronischen Schizophrenen untersucht wurde. Dadurch zeigten die Klienten kaum Positivsymptome auf und dies schwächt die Aussage deutlich ab. Marwaha et al. (2007) ergänzen ohne weitere Erläuterungen, dass die Positivsymptomatik nur ein schwacher Prädiktor sein kann. Bei der Negativsymptomatik sind Hoffmann et al. (2003) und Matschnig et al. (2008) der Ansicht, dass sie die Arbeitsfähigkeit und somit die Wiedereingliederung signifikant negativ beeinflusst. Diese Aussage wird jedoch wiederum von ihrer Stichprobenauswahl, die ebenfalls nur aus Schizophrenen besteht, beeinflusst. Hoffmann et al. (2003) widerlegen durch dieses Resultat die in ihrer Studie überprüften Aussagen von Anthony und Jansen (1984) und zeigen deutlich auf, dass die negativen Symptome Einfluss auf die Arbeitsfertigkeiten, Arbeitserfolg und funktionale Fertigkeiten haben. Sie bestätigen ebenfalls, dass diese Aussage mit weiterer neuer Literatur überein stimmt. Marwaha et al. (2007) sagen aufgrund der logistischen Regression in ihrer internationalen Studie aus, dass die Negativsymptomatik kein signifikantes Level erreicht hat. Es widerspricht anderen Studien, dass die Negativsymptomatik in der Studie von Hoffmann und Kupper (2003) und Marwaha et al. (2007) keine Signifikanz bezüglich Wiedereingliederungserfolg aufweist. Es wurde zwar bei Hoffmann und Kupper (2003) ein markanten Zusammenhang zwischen Negativsymptomatik und Arbeitsleistung gefunden, nicht jedoch mit dem Wiedereingliederungserfolg. Dies, die Patientenauswahl, die Instrumente und die Erkenntnis, dass die Negativsymptomatik einen Einfluss auf das Sozialverhalten hat, könnte dazu geführt haben, dass diese bei

Hoffmann und Kupper (2003) nicht direkt ins Regressionsmodell aufgenommen wurde. Indirekt ist sie aber vertreten im Arbeits- und Sozialverhalten, welche sich als wichtige Faktoren erweisen.

Bezüglich den neurokognitiven Defiziten äussern sich nur Hoffmann und Kupper (2003) negativ und beschreiben, dass sie keinen prädiktiven Wert bezüglich des Reintegrationserfolges haben. Dies kann damit zusammenhängen, dass eine zu wenig breit getroffene Auswahl der Instrumente vorliegt und nur relativ stabile Patienten mit kaum neurokognitiven Defiziten aufgenommen wurden.

Dem stehen jedoch die Studien von Hoffmann et al. (2003), Watzke et al. (2005), Galvao et al. (2005) und Matschnig et al. (2008) gegenüber. Sie folgern, dass hohe respektive verminderte kognitive Fähigkeiten die erfolgreiche berufliche Integration entscheidend beeinflussen. Hoffmann et al. (2003) zeigen weiter auf, dass die kognitiven Einschränkungen wiederum die sozialen Funktionen und dadurch die Arbeitsfertigkeiten beeinflussen. Zudem sagen sie aus, dass kognitive Beeinträchtigungen wichtigere Faktoren bezüglich kompetitiver Arbeit sind, als die soziale Funktionen und die Arbeitsfertigkeiten. Matschnig et al. (2008) stellen fest, dass unter den kognitiven Fähigkeiten vor allem die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung sowie die Exekutivfunktionen zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung verhelfen. Bezüglich der Aufmerksamkeitsleistung unterstreichen Watzke et al. (2005) diese Aussage und bezeichnen sie als signifikant. Watzke et al. (2005) beleuchten dabei den wichtigen Hinweis, dass neurokognitive Defizite vermehrt bei Schizophrenen ein Prädiktor ist und es daher schwierig ist diesen Faktor bei heterogenem Klientel deutlich aufzuzeigen. Michon et al. (2005) machen keine Aussage zu den kognitiven Fähigkeiten. Sie erwähnen jedoch, dass in mehreren Querschnittstudien die kognitiven Fähigkeiten als wichtig aufgezeigt sind und diesbezüglich mehr Forschung verlangt ist. Da sie aber nur Daten aus longitudinalen Designs in ihrem Review einschlossen und dabei die kognitiven Fähigkeiten nicht erwähnt wurden, entfiel dieser scheinbar wichtige Faktor in ihrer Analyse.

Schliesslich zeigen Matschnig et al. (2008) auf, dass die Studien zum Teil ganz unterschiedliche Testverfahren zur Bestimmung der kognitiven Fähigkeiten anwenden und oft nur Teilaspekte dieser untersuchten. Es sei jedoch wissenschaftlich belegt, dass bessere kognitive Fähigkeiten den Erfolg einer beruflichen Wiedereingliederung

schizophrener Patienten positiv beeinflussen. Welche spezifischen kognitiven Funktionen entscheidend sind und in welchem Ausmass diese Einflüsse wirken, wird hingegen kontrovers diskutiert. Daher stellt sich die abschliessende Frage, inwiefern die kognitiven Fähigkeiten detaillierter unterteilt und wiederum einer Analyse unterzogen werden müssten.

Zu den *Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten* im Gegenstandsbereich **Performanzfertigkeiten** machen sechs von acht Studien eine Aussage und sind sich alle einig. Hoffmann et al. (2003), Hoffmann und Kupper (2003), Michon et al. (2005), Watzke et al. (2005) und Matschnig et al. (2008) befinden, dass soziale Fertigkeiten und Kompetenzen, respektive ein hohes soziales Funktionsniveau signifikante Prädiktoren für die erfolgreiche Wiedereingliederung darstellen. Matschnig et al. (2008) beschreiben, dass soziale Fähigkeiten einen Einfluss auf den Verlauf der beruflichen Rehabilitation nehmen. In ihrem Review beziehen sie sich auf verschiedene Autoren, welche es als schwierig beschreiben, die sozialen Fähigkeiten deutlich von anderen Symptomen wie beispielsweise kognitiven Fähigkeiten oder Negativsymptomen zu trennen. In einem weiteren Aspekt zeigen Catty et al. (2008) auf, dass die Beziehung zwischen Patient und Therapeutin ein bedeutsamer Faktor für die erfolgreiche berufliche Integration ist. Spannungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sollten laut Hoffmann et al. (2003) eine erfolgreiche Wiedereingliederung nicht weiter beeinflussen. In der Zusammenführung der sozialen Fähigkeiten wurde kein einheitlicher Aspekt untersucht. Trotzdem lässt sich aus den verschiedenen Analysen spekulieren, dass die *Kommunikation und -Interaktionsfertigkeiten* zu einer erfolgreichen beruflichen Integration verhelfen. Dabei lässt sich nicht ausschliessen, dass diese Aspekte unterschwellig andere Aspekte, wie beispielsweise die soziale Partizipation beeinflussen.

Im Gegenstandsbereich **Kontext und Umwelt** beziehen sich die analysierten Faktoren auf die Bereiche *personell, physisch* und *zeitlich*, wobei sich zum letzteren Bereich am meisten Studien äusserten.

Fünf der acht analysierten Studien äusseren sich zum Bereich *Personell* im Bezug auf die soziodemografischen Angaben Alter und Geschlecht. Catty et al. (2008), Hoffmann & Kupper (2003), Matschnig et al. (2008) und Watzke et al. (2005) sagen stimmig aus, dass das Alter keinen signifikanten Faktor für die berufliche Integration

darstellt. Galvao et al. (2005) zeigen im Gegensatz dazu auf, dass sich ein geringes Alter zu Beginn der Rehabilitation, als Prädiktor für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse zeigt. Mit zunehmendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reintegration in den Arbeitsmarkt. Dies erscheint auf dem Hintergrund der derzeitigen Arbeitsmarktlage und im Zusammenhang mit einem generellen Favorisieren jüngerer Arbeitnehmer nicht überraschend. Weiter weisen Watzke et al. (2005) und Matschnig et al. (2008) darauf hin, dass über das Geschlecht keine eindeutige Aussage gemacht werden kann. Michon et al. (2005) machen diesbezüglich im Review keine Aussage, weil sie dafür eine grössere Stichprobenauswahl gebraucht hätten.

Im Bereich *Physisch* sammeln sich vier verschiedene Aussagen, welche jedoch alle nur in jeweils einer Studie gemacht wurden und deshalb vermutlich nicht sehr robust sind. Hoffmann und Kupper (2003) sagen aus, dass ein geschützter Rahmen und laut Catty et al. (2008) die Art der Rehabilitation die berufliche Wiedereingliederung signifikant beeinflussen. Weiter beschreiben Marwaha et al. (2007) dass die regionale Erwerbstätigenquote keinen Einfluss auf die berufliche Wiedereingliederung hat. Es gab mehrere Indikationen, dass der Aspekt der momentanen Umstände des Klienten und dessen Motivation die Arbeitssituation veränderte, was Catty et al. (2008) jedoch nicht evident begründen können.

Sieben Studien beschreiben aufschlussreiche Aussagen im Bereich *Zeitlich*, bei denen es ebenfalls wertvoll ist, sie im Detail zu betrachten. Die Arbeitsgeschichte respektive die berufliche Laufbahn ist laut Hoffmann et al. (2003), Catty et al. (2008) und Matschnig et al. (2008) ein signifikanter Prädiktor für die erfolgreiche berufliche Integration. Dies überrascht nicht, da in der Arbeitswelt der Lebenslauf des Arbeitnehmers stark gewichtet wird und den Arbeitssuchenden in seiner Entscheidung beeinflusst. Michon et al. (2005) konnten, auf Grund der kleinen Stichprobe, über den prädiktiven Wert der Arbeitsgeschichte keine Aussage machen. Galvao et al. (2005) erläutern weiter, dass sich eine geringe Gesamtdauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit als Prädiktor für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse zeigt. Dies kann wiederum direkt mit der Wichtigkeit des Lebenslaufes in Verbindung gebracht werden. Marwaha et al. (2007) bedauern, dass sie keine Daten bezüglich dem wich-

tigen Faktor der Arbeitsgeschichte erhoben haben, geben jedoch keine weitere Begründung ab, warum sie diesen Faktor vernachlässigt haben.

Michon et al. (2005) und Hoffmann und Kupper (2003) zeigen auf, dass die Krankheitsgeschichte kein signifikanter Prädiktor für die erfolgreiche berufliche Integration ist. Dieser Aussage widersprechen Marwaha et al. (2007) und erläutern dass eine anhaltende Krankheitsgeschichte negativ und eine einmalige Krankheitsphase die erfolgreiche Wiedereingliederung positiv beeinflussen. Weiter beleuchten Catty et al. (2008) dass das Remissionsstadium im Krankheitsverlauf einen Prädiktor darstellt. Diese Aussagen zeigen grosse Widersprüche auf. Es wäre wichtig zu eruieren, wie die Studien diese Faktoren definierten und untersuchten, was jedoch aufgrund mangelnder Beschreibungen in den Studien nicht möglich war. Eine eindeutige Schlussfolgerung bezüglich der Krankheitsgeschichte ist daher nicht möglich.

Abschliessend ist zu sagen, dass die Definitionen des Arbeitserfolgs in allen Studien sehr unterschiedlich und daher mit Vorsicht zu interpretieren sind. Matschnig et al. (2008) führen im kritischen Review detailliert aus, dass teilweise die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt beziehungsweise die Erhaltung eines Arbeitsplatzes als Erfolgskriterium gewertet wurde. In anderen Studien waren wiederum der erhaltene Lohn und die Anzahl der am Arbeitsplatz verbrachten Wochenstunden massgebend. Vereinzelt wurden aber auch andere Kriterien, wie beispielsweise die Zukunftsperspektive zum Zeitpunkt des Massnahmenaustritts, zur Beurteilung des Rehabilitationserfolgs herbeigezogen. Marwaha et al. (2007) zeigen ebenfalls selbstkritisch auf, dass ihre Definitionen bezüglich Arbeit über die drei Länder nicht identisch war und dies in einer weiteren Studie beachtet werden sollte. Trotzdem erhoben sie in der Erfassung des Teilnehmers den Bereich Arbeit. Dabei ist zu erwähnen, dass in ihren Untersuchungen die Interviewer einheitlich trainiert waren. Die Verlässlichkeit war schliesslich durch vereinzelte, eingeschlichene Fehler trotzdem nicht vollständig gegeben. Zusätzlich war die Prozedur der Assessments in den drei Ländern auf Grund verschiedener länderspezifischen Strukturen nicht identisch.

Sehr interessant wäre natürlich ein Vergleich der gefundenen Prädiktoren bezüglich des Gewichts ihres Einflusses auf den Wiedereingliederungserfolg. Da es in den verwendeten Studien keine einheitliche Bewertung der Wichtigkeit einzelner Faktoren gibt, ist dies jedoch nicht möglich. Es kann höchstens davon ausgegangen wer-

den, dass Faktoren, welche in vielen Studien als prädiktiv beurteilt wurden, auch ein entsprechend grosses Gewicht haben.

3.2 Entscheidende Faktoren

Es stellt sich deshalb die Frage, welche Faktoren schliesslich als entscheidend interpretiert werden können und eine klare Aussage bezüglich der Fragestellung machen und welche keinen Einfluss auf die erfolgreiche berufliche Integration haben. In den Studien werden zu wenig Aussagen über das Geschlecht und den *physischen* Bereich im Allgemeinen gemacht. Daher werden diese Faktoren als vernachlässigbar eingestuft und nicht näher eingeteilt.

Dabei muss beachtet werden, dass ein Faktor sowohl einen negativen als auch einen positiven Einfluss auf die berufliche Integration haben kann. Beispielsweise können hohe Arbeitsfähigkeiten den Rehabilitationserfolg positiv beeinflussen, niedrige Arbeitsfähigkeiten jedoch negativ.

Als eindeutigster Prädiktor zeigen sich die kognitiven Fähigkeiten des stark psychisch beeinträchtigten Klienten. Dieser Faktor erlaubt eine erfolgreiche berufliche Integration vorher zu sagen. Etwas niedriger, jedoch immer noch auf einem hohen Level, befinden sich die Faktoren der Bildung, der Arbeitsfähigkeiten und -fertigkeiten, der sozialen Kompetenzen und der Arbeitsgeschichte. Diese Faktoren wurden oft und stimmig, mit meist nur einer bis zwei konträren Aussagen, genannt. Die soziale Partizipation wird weniger, jedoch einstimmig genannt und zeigt sich daher auch als sehr wichtiger Faktor, der in der beruflichen Integration berücksichtigt werden sollte.

Sehr umstritten zeigt sich der Faktor der Psychopathologie mit den Negativ- und Positivsymptomen in der Diskussion. Grundsätzlich kann die Aussage gemacht werden, dass die Psychopathologie und die Positivsymptomatik keinen Einfluss auf die erfolgreiche Wiedereingliederung haben. Dem gegenüber steht jedoch die weniger deutliche Aussage, dass die Negativsymptomatik einen Einfluss auf die berufliche Integration hat.

Die persönliche Einstellung respektive das Verhalten des psychisch Erkrankten, sowie dessen Krankheitsgeschichte und -verlauf, werden in den untersuchten Studien

ausgeglichen diskutiert. Daher lässt sich keiner der Faktoren als signifikant oder nicht bedeutsam unterteilen.

Zum personellen Faktor Alter des psychisch Erkrankten, kann sehr eindeutig gesagt werden, dass er keinen Einfluss auf die erfolgreiche berufliche Integration hat. Es zeigt sich, dass die Diagnose des Klienten eher kein Prädiktor für die erfolgreiche Wiedereingliederung ist, dieser Faktor müsste jedoch noch weiter untersucht werden.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die qualitative Einteilung der Faktoren bezüglich ihrer Eignung als Prädiktor. Die kognitiven Fähigkeiten sind also der beste Prädiktor, während sich das Alter als ungeeigneter Prädiktor herausstellte. Faktoren, über welche sich anhand der Studien zu wenige Aussagen ableiten lassen, sind in der Tabelle nicht berücksichtigt.

Tabelle 4

Übersicht über die Faktoren, über welche sich anhand der verwendeten Literatur Aussagen ableiten lassen bezüglich ihrer Eignung als Prädiktor. Die Faktoren sind qualitativ sortiert, das heisst je höher ein Faktor in der Tabelle steht, desto besser eignet er sich als Prädiktor. Faktoren, die mit der gleichen Graustufe hinterlegt sind, wurden als sehr ähnlich eingestuft. Kriterien: Anzahl Studien, welche Aussagen bezüglich des Faktors machen, Deutlichkeit dieser Aussagen und Einheitlichkeit der Aussagen zwischen den verschiedenen Studien.

Guter Prädiktor
Kognitive Fähigkeiten
Soziale Partizipation
Bildung
Arbeitsfähigkeiten/-fertigkeiten
Arbeitsgeschichte
Soziale Kompetenzen
Negativsymptomatik
Psychopathologie
Positivsymptomatik
Alter
Kein Prädiktor

3.3 Theorie-Praxis-Transfer

Wie in der tabellarischen Übersicht in der Struktur des OTPF im Hauptteil, Kapitel 2.2.2 und im Kapitel 3.1 „Kritischer Vergleich der Resultate“ ersichtlich ist, gibt es mehrere Faktoren, die eine berufliche Reintegration beeinflussen beziehungsweise helfen können den Erfolg der Wiedereingliederung vorauszusagen. Laut Galvao et al. (2005) kann das Wissen um die Prädiktoren helfen, auf die Defizite der Klienten fördernd Einfluss zu nehmen, um so optimale Erfolge zu erzielen.

In diesem Kapitel soll nun diskutiert werden, welche Faktoren die Ergo- beziehungsweise die Arbeitstherapie in ihrer Arbeit beeinflussen können, um so die Reintegration bei stark psychisch beeinträchtigten Menschen zu unterstützen. Zusätzlich soll erläutert werden, wie diese Unterstützung aussehen könnte.

Performanz in den Betätigungsbereichen

Bildung erwies sich als entscheidender Faktor. Eine gute Schulbildung erhöht die Wahrscheinlichkeit auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung.

Auf diesen Bereich kann die Ergotherapeutin zwar meist keinen Einfluss nehmen, trotzdem ist es wichtig die Bildung in einer Erfassung zu eruieren. Laut Watzke et al. (2005) ist es in einer personenbezogenen Rehabilitationsplanung wichtig, verschiedene Dimensionen in die Erfassung mit einzubeziehen. Denn nur das Wissen über die individuelle Biografie, die subjektiven Bedürfnisse, die sozialen Faktoren und diagnostischen Aspekte erlaubt es, den Klienten optimal zu beraten und mit ihm realistische Ziele zu vereinbaren. Beispielsweise kann der Klient motiviert werden, eine Ausbildung abzuschliessen oder nachzuholen.

Im Bereich *Arbeit* sind die Arbeitsfähigkeiten und Arbeitsfertigkeiten für den beruflichen Erfolg entscheidend. Deshalb gilt es in der Rehabilitation das Hauptaugenmerk auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeiten und des allgemeinen Funktionsniveaus zu legen (Galvao et al., 2005). Zu den Arbeitsfähigkeiten zählen die Grundarbeitsfähigkeiten, wie sie beispielsweise das Manual „Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA; Föhres, Kleffmann, Sturtz, & Weinmann, 2008) beschreibt. In diesem Manual werden 29 Merkmale in die fünf Untergruppen kognitive Merkmale, soziale Merkmale, Merkmale zur Art der

Arbeitsausführung, psychomotorische Merkmale und die Kulturtechniken/Kommunikation unterteilt. Beispiele dieser Merkmale sind Arbeitsplanung, Kontaktfähigkeit, Ausdauer, Selbstständigkeit und Antrieb. Diese Merkmale dienen dazu, die Arbeitsfähigkeiten eines Klienten zu beschreiben. Durch Beobachten des Klienten während einer Tätigkeit, erstellt die Therapeutin ein Fähigkeitsprofil des Klienten. Dieses Fähigkeitsprofil hilft dabei Ressourcen und Defizite zu erkennen. Zudem kann es in die gemeinsame Zielbesprechung beziehungsweise Therapieplanung mit einfließen. Die Arbeitsfertigkeiten und -fähigkeiten können in der Arbeitstherapie durch gezielte, in ihrer Schwierigkeit abgestufte, Aufgaben trainiert werden und so auf Defizite positiven Einfluss genommen werden.

Auch die *soziale Partizipation* beeinflusst die berufliche Wiedereingliederung. So unterstützt beispielsweise eine stabile Partnerschaft, eine Ehe oder die Familie die Integration positiv. Deshalb ist es wichtig, dass die Ergotherapeutin immer das Umfeld des Klienten berücksichtigt und in die Therapie mit einbezieht (Haerlin, 2008). Dies kann bedeuten, dass Angehörige zu einem Gespräch eingeladen werden, sofern der Klient damit einverstanden ist. Die Ergotherapeutin sollte das soziale Umfeld bewusst in den Reintegrationsprozess mit einbeziehen und aufzeigen wie die Angehörigen den Klienten unterstützen können. Beispielsweise heisst dies, dass die Ehefrau den Klienten motiviert eine Tagesstruktur einzuhalten und morgens auf zu stehen. Zudem kann ein Gespräch mit allen Beteiligten helfen das Verständnis für die Krankheit des Klienten bei den Angehörigen zu fördern. Falls kein unterstützendes Umfeld vorhanden ist, kann die Ergotherapeutin dem Klienten aufzeigen, wie wichtig die soziale Partizipation ist und ihn dabei unterstützen, sich ein soziales Umfeld aufzubauen. Beispielsweise indem sie den Klienten dabei unterstützt, eine Freizeitaktivität zu finden und einem Verein beizutreten.

Klientenfaktoren

Im Bereich der *Werte, Vorstellungen und Spiritualität* zeigt sich, dass sich hohe Motivation und die Selbstwirksamkeit des Klienten positiv auf den Wiedereingliederungserfolg auswirken. Deshalb ist es wichtig zu Beginn der Arbeitsrehabilitation abzuklären, welche Einstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen der Klient hat. Es sollten motivationsfördernde Elemente in die Therapie eingebaut werden (Matschnig et al., 2008). So ist es für den Klienten motivierend, wenn gemeinsam Therapieziele festge-

legt werden und er wieder eine Zukunftsperspektive erhält. Ebenso ist es wichtig kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieprogramme zu entwickeln, die helfen, fatalistische Kontrollüberzeugungen und resignative Copingstrategien umzuwandeln in eine Haltung der Zuversicht und der Überzeugung, das Schicksal selber in der Hand zu haben. Dies kann wichtig sein, um einer Chronifizierung der Krankheit entgegen zu wirken (Hoffmann & Kupper, 2003). Dazu könnte beispielsweise der Ansatz der Psychoedukation, welcher die Wurzeln in der Verhaltenstherapie hat, verwendet werden. Unter Psychoedukation werden „alle systematischen, didaktisch-psychotherapeutischen Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörige über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Kissling & Pitschel-Walz, 2003; zit. nach Bäuml & Pitschel-Walz, 2004, S.3). Dieser Ansatz hilft dabei einen selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern (Scheepers, 2007). Zudem kann er die Compliance beeinflussen und die Behandlungszufriedenheit, die Lebensqualität und die Selbstwirksamkeit erhöhen (Kissling & Pitschel-Walz, 2004). Kissling und Pitschel-Walz (2004) merken an, dass die Psychoedukation auch von Ergotherapeutinnen durchgeführt werden kann. Es ist jedoch wichtig, dass die Ergotherapeutin über ausreichend Erfahrungen in der Gruppenarbeit verfügt und gewisse psychotherapeutische Basisfertigkeiten besitzt. Hinzu kommen das Interesse an der psychoedukativen Arbeit, ein gewisses didaktische Geschick und vor allem eine empathische Haltung dem Klienten gegenüber. Um Erfahrungen in der Psychoedukation zu sammeln, gibt es die Möglichkeit an einem Trainingsworkshop oder als Ko-Moderatorin an einer Sitzung teilzunehmen.

Im Bereich der *Körperfunktionen* sollte die Ergotherapeutin vor allem die kognitiven Fähigkeiten berücksichtigen. In der Analyse zeigte sich, dass kognitive Beeinträchtigungen zusammen mit fatalistischen Kontrollüberzeugungen einen grösseren Einfluss bezüglich des Findens einer Arbeit haben, als Arbeitsausführung und Sozialkompetenzen. Dies bedeutet, dass kognitives Training vermehrt in die Arbeitstherapie aufgenommen werden müsste. Es ist nachgewiesen, dass kognitive Beeinträchtigung positiv und nachhaltig beeinflusst werden kann (Hoffmann et al., 2003). Ein Beispiel für kognitives Training wäre das Cogpack. Dies ist ein computergestütztes Programm, welches eingesetzt werden kann, um die gerichtete Aufmerksamkeit, kognitive Strategien und Arbeitstechniken zu fördern (Köhler, 2008). Von den Klienten

ten wird die Arbeit mit dem Cogpack meist als motivierend empfunden, denn sie sehen es nicht nur als Training, sondern auch als Vorbereitung auf die Arbeitswelt.

Die Diagnose und Psychopathologie kann von der Ergotherapeutin nicht direkt beeinflusst werden. Jedoch ist das Wissen darum wichtig, um die Arbeitstherapie individuell an den Klienten anzupassen. Deshalb sollten diese Aspekte bei der Erfassung berücksichtigt werden.

Performanzfertigkeiten

Bei den Performanzfertigkeiten erweisen sich vor allem die *Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten* als relevant für den Wiedereingliederungserfolg. Das Training der Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten kann in der Gruppe oder durch Teamarbeit geschehen. Dabei können beispielsweise Rollenspielübungen eingesetzt werden. Sie dienen dazu verschiedene Verhaltensweisen zu erproben und einzuüben (Pfammatter, Lächler & Brenner, 2004).

Zudem haben Catty et al. (2008) in ihrer Studie die Erkenntnis gewonnen, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut wichtig ist für den Wiedereingliederungserfolg. Dies macht deutlich, dass dem Beziehungsaufbau eine Schlüsselfunktion zukommt und er deshalb von der Ergotherapeutin besonders beachtet werden muss. Der Beziehungsaufbau sollte durch Grundsätze der klientenzentrierten Praxis unterstützt werden. Dabei muss die Ergotherapeutin folgende Punkte beachten (Lagemann, 2003): Die Therapeutin sollte kongruent wirken, das heisst dem Klienten offen und authentisch entgegentreten. Weiter ist es wichtig, dass sie dem Klienten positive Wertschätzung entgegenbringt und ihn uneingeschränkt akzeptiert. Die Therapeutin versucht den Klienten einführend zu verstehen. Diese Grundhaltung der Ergotherapeutin hilft dabei, eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten aufzubauen.

Kontext und Umwelt

Die Bereiche des *personellen* und *zeitlichen* Kontextes, sowie die *physische* Umwelt kann die Ergotherapeutin in der Therapie nicht direkt beeinflussen. Jedoch ist es, wie schon im Zusammenhang mit anderen Bereichen erwähnt, wichtig, dass diese Bereiche in der Erfassung berücksichtigt werden. Denn nur das Wissen um alle Einflussfaktoren erlaubt eine klientenzentrierte Therapiegestaltung.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass es schwierig ist, die Faktoren zu trennen und einem Aspekt im OTPF zuzuordnen. Denn wie schon in der Einführung ins OTPF erwähnt wird, ist eine klare Abgrenzung oft schwierig. So beeinflussen beispielsweise die Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten die soziale Partizipation und die kognitiven Performanzfertigkeiten wiederum das Arbeitsverhalten. Dementsprechend kann die Ergotherapeutin die jeweiligen Bereiche nicht einzeln behandeln. Wichtig ist jedoch, dass sie sich all den einzelnen Aspekten und deren Wechselwirkung bewusst ist und in der Therapieplanung beachtet.

Befunderhebung

Es wurde aufgezeigt, dass nicht alle Bereiche direkt von der Ergotherapeutin beeinflusst werden können, es aber trotzdem wichtig ist, sie nach dem OTPF sorgfältig zu erfassen. Deshalb folgt nun eine kurze Ausführung zur Befunderhebung.

Die Befunderhebung sollte möglichst ganzheitlich sein. Das heisst, es sollten alle Lebensbereiche des Klienten mit einbezogen werden, um anschliessend eine gemeinsame klientenzentrierte Therapieplanung vornehmen zu können. Ein Teil der Befunderhebung geschieht durch ein Erstgespräch. Dabei können Befunderhebungsinstrumente wie das Worker Role Interview (WIR; Braveman, Robson, Velozo, Kielhofner, Fisher, Forsyth et al., 2007) und das Work Environment Impact Scale (WEIS; Moore-Corner & Kielhofner, 1995) verwendet werden. Das Erstgespräch dient aber nicht nur der reinen Informationsbeschaffung. Es ist gleichzeitig eine erste Kontaktaufnahme mit dem Klienten und die Grundlage für eine gute Klienten-Therapeuten-Beziehung (Kubny-Lüke, 2007). Ebenfalls zur Befunderhebung gehört der sogenannte Beobachtungsbefund, welcher bereits anhand des MELBA angedeutet wurde. Denn so können die Fähigkeiten und Verhaltensweisen des Klienten bei der Durchführung einer Handlung erfasst werden (Kubny-Lüke, 2007) und es entsteht ein ganzheitliches Bild des Klienten.

4 Schlussteil

In den Schlussfolgerungen werden mithilfe eines kurzen Rückblickes und einer Zusammenfassung die wichtigsten Aussagen und Empfehlungen für die Praxis dargestellt.

Im Anschluss folgt eine kritische Beurteilung dieser Arbeit, die aufzeigt welche Schwierigkeiten während der Erarbeitung aufgetreten sind und was in zukünftigen Bachelorarbeiten verändert werden könnte.

Abschliessend gibt der Ausblick eine Übersicht über mögliche nächste Schritte und weiterführende Forschungsfragen.

4.1 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit präsentiert eine Synthese der relevanten und aktuellen europäischen Literatur bezüglich entscheidender Einflussfaktoren auf die Arbeitsintegration stark psychisch beeinträchtigter Menschen. Die entscheidenden Erkenntnisse relevanter Literatur wurden zusammengefasst und anschliessend nach sinnvollen, international anerkannten Kriterien (OTPF) eingeteilt. Es zeigte sich, dass es widersprüchliche Aussagen zu denselben Aspekten gibt und oft keine Einigkeit darüber herrscht, ob ein Faktor unterstützend oder hindernd ist, oder sogar gar keinen Einfluss auf den Wiedereingliederungserfolg hat. Diese widersprüchlichen Aussagen machten es schwierig, die Fragestellung „Welche Faktoren beeinflussen die erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen entscheidend?“ schlüssig zu beantworten. Trotzdem konnten einige Faktoren identifiziert werden, welche bezüglich Wiedereingliederungserfolgs einen prädiktiven Wert haben. Dies sind **kognitive Fähigkeiten, Arbeitsfähigkeiten und -fertigkeiten, soziale Kompetenzen** sowie die **Arbeitsgeschichte**.

Im Rückblick auf den Theorie-Praxis-Transfer lässt sich somit sagen, dass die ganzheitliche Befunderhebung, der Beziehungsaufbau und das Training der verschiedenen Fertigkeiten entscheidende Bestandteile einer arbeitsrehabilitativen Massnahme sein müssen, um den Klienten optimal unterstützen zu können.

Die aus der Literatur abgeleiteten Informationen sollen der Praxis als Empfehlung dienen und sind in der Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5

Empfehlungen für die Praxis aufgrund der Resultate

Empfehlungen für die Praxis	
Befunderhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung aller Lebensbereiche des Klienten • Einbezug des Umfeldes und der Angehörigen des Klienten • Berücksichtigung der Arbeitsgeschichte des Klienten
Beziehungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Die therapeutische Grundhaltung sollte gekennzeichnet sein durch Kongruenz, Akzeptanz und Empathie • Den Erstkontakt nutzen um eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen • Eine vertrauensvolle Beziehung kann die Motivation und Compliance des Klienten erhöhen
Training der Fertigkeiten und Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Training der Arbeitsfertigkeiten und -fähigkeiten durch Betätigungen • Training der sozialen Kompetenzen zum Beispiel durch Rollenspiele in der Gruppe oder Teamarbeit • Training der kognitiven Fähigkeiten zum Beispiel durch computergestützte Programme wie Cogpack

Die gewonnen Erkenntnisse in dieser Arbeit widerlegen die kritische aufgeworfene Annahme, dass die traditionelle Arbeitsrehabilitation viele psychisch beeinträchtigte Menschen bei der beruflichen Integration nicht optimal unterstützen kann (siehe Themenwahl Abschnitt 1.1). Die in der Analyse identifizierten Einflussfaktoren können nämlich grösstenteils mit Hilfe eines Trainings verbessert werden. Wie das Beispiel der PUK zeigt, bietet dieses Angebot die Möglichkeit, die kognitiven Fähigkeiten, Arbeitsfähigkeiten/-fertigkeiten und sozialen Kompetenzen in einem geschützten Rahmen zu trainieren und zu verbessern. Die vorliegende Arbeit zeigt also auf, dass der traditionelle Arbeitsrehabilitations-Ansatz dazu beitragen kann, denn Integrationserfolg für psychisch beeinträchtigte Menschen zu verbessern, wenn dabei die genannten relevanten Einflussfaktoren sowie die individuellen Bedürfnisse des Klienten berücksichtigt werden.

4.2 Kritische Beurteilung der Arbeit

Das Beantworten der Fragestellung „Welche Faktoren beeinflussen die erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen entscheidend?“ erwies sich als grosse Herausforderung, da in der Literatur kaum einheitliche Antworten darauf zu finden sind. Zum einen mag dies sicher daran liegen, dass jede Studie zu diesem Thema ein anderes Studiendesign und andere Messinstrumente verwendet. Zudem war auch die Stichprobenauswahl immer unterschiedlich. Die einen arbeiteten nur mit schizophrenen Patienten, die anderen bezogen weitere Diagnosegruppen mit ein. Am schwierigsten gestaltete sich jedoch der Umgang mit den verschiedenen Begriffen. So werden beispielsweise die Begriffe „Wiedereingliederungserfolg“, „Rehabilitationserfolg“ und „Veränderung der Arbeitsfähigkeiten“ zur Erfolgsmessung verwendet. Erschwerend kam dazu, dass einige Studien in Englisch verfasst sind und dies die Herausforderung der Übersetzung mit sich bringt. Englische Begriffe können oft nicht wörtlich ins Deutsche übersetzt werden, ohne dass sich die Bedeutung ändert. Noch unterschiedlicher wurden die Begriffe bei den Faktoren beziehungsweise Prädiktoren verwendet. Keine der Studien orientierte sich an einer einheitlichen Terminologie, wie diese beispielsweise das „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF; World Health Organization, 2005) verwendet. So entstand das Bedürfnis die Faktoren in ein einheitliches System zu bringen. Zuerst wurde dazu das ICF verwendet, wobei sich bald herausstellte, dass es den Bedürfnissen nicht gerecht werden konnte. Die gefundenen Faktoren konnten nicht befriedigend zugeteilt werden. Zudem kam auch der Wunsch auf ein System zu verwenden, das den ergotherapeutischen Blickwinkel mit einbezieht und somit eine Übertragbarkeit in die ergotherapeutische Praxis unterstützt. Nach der Begutachtung mehrerer Modelle, fiel die Wahl dann auf das OTPF, da dieses sehr umfassend ist und unter den Klientenfaktoren auch Aspekte des ICF beinhaltet. Zudem verfügt das OTPF über eine einheitliche Terminologie und Definitionen. Obwohl sich auch diese Zuteilung als nicht einfach erwies und viel Diskussionsbedarf aufwarf, konnte schlussendlich eine klar strukturierte und übersichtliche Einteilung erstellt werden. Obwohl diese Einteilung teilweise subjektiv erfolgen musste und kein Anspruch an Vollständigkeit gestellt wird, erlaubt sie trotzdem eine sinnvolle Übersicht über die beeinflussenden Faktoren.

Eine weitere grosse Herausforderung war die Auswahl der Hauptstudien. Unter Einbezug des Stichwortes Ergotherapie liess sich nicht ausreichend Literatur finden. Deshalb wurde der Fokus ausgeweitet und somit vor allem Studien mit medizinischem und psychiatrischem Hintergrund in die Arbeit aufgenommen. Ebenso schränkte die Limitierung auf europäische Literatur die Suche weiter ein. Trotzdem wurde zugunsten der Übertragbarkeit in die schweizerische Arbeitsrehabilitation entschieden, diese Limitierung beizubehalten. Amerikanische Literatur hätte sicher noch weitere Aspekte mit eingebracht. Dies hätte jedoch den Rahmen der Arbeit gesprengt. Ebenfalls kritisch anzumerken ist, dass von neun verwendeten Publikationen zwei vom selben Erstautor (Hoffmann & Kupper, 2003; Hoffmann et al., 2003) verfasst wurden. Zudem haben bei zwei Studien dieselben Autoren mitgearbeitet (Galvao et al., 2005; Watzke et al., 2005). Dies könnte dazu geführt haben, dass möglicherweise ein zu grosses Gewicht auf einzelne Faktoren gelegt wurde. Trotz diesen Limitierungen erlauben die Resultate, klare Schlussfolgerungen zu ziehen und Empfehlungen für die Praxis abzugeben.

4.3 Ausblick

Nächste Schritte könnten sein, dass die resultierenden Ergebnisse mit weiterer Literatur, unter anderem auch amerikanischer, verglichen werden, um so die Aussagen weiter zu verifizieren und gegebenenfalls zu erweitern. Ebenfalls wäre es sinnvoll eine Befragung betroffener Klienten und Therapeuten durchzuführen. Dadurch liesse sich feststellen, welche Faktoren sie als beeinflussend empfinden und ob diese mit den Faktoren aus der Literatur übereinstimmen. Denn die Bedürfnisse der Klienten werden in der Literatur kaum beleuchtet. Dies würde also bedeuten, in einem ersten Schritt, qualitative Forschung zu betreiben und dann zurückzukehren zum quantitativen Ansatz. Die Umsetzung der Empfehlungen für die Arbeitsrehabilitation sollten evaluiert werden, damit auch über die Erfolgsquoten Aussagen gemacht werden und weitere Verbesserungen vorgenommen werden können. Michon et al. (2005) betonen, dass mehr prospektive und kontrollierte Studien durchgeführt werden müssten, um das komplexe Gebiet der psychiatrischen Arbeitsrehabilitation evidenter bearbeiten zu können.

Wenn mehr Klarheit über die beeinflussenden Faktoren vorhanden ist, kann in einem nächsten Schritt abgeklärt werden, welche Massnahmen für welche Klienten geeignet sind. Denn wie Matschnig et al. (2008) anmerken, ist ein vertiefteres Verständnis der beeinflussenden Faktoren notwendig, um die Rehabilitation den Bedürfnissen der Patienten anzupassen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *American Psychologist*, 39(5), 537-544.
- Bebbington, P. E., Angermeyer, M., Azorin, J.-M., Brugha, T., Kilian, R., Johnson, S., et al. (2005). The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 707-717.
- Braveman, B., Robson, M., Velozo, C., Kielhofner, G., Fisher, G., Forsyth, K., et al. (2007). *WRI. Benutzerhandbuch für das Worker Role Interview*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Buser, K., Schneller, T., & Wildgrube, K. (2003). *Kurzlehrbuch-Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie* (5. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 87-103.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3. Aufl.). Göttingen: Author.
- Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz (EVS, 2010). *Was ist Ergotherapie* [On-Line]. Available: <http://www.ergotherapie.ch/index-de.php?frameset=3> (13.04.2010).

- Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S.200-204). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Föhres, F., Kleffmann, A., Sturtz, A., & Weinmann, S. (2008). *Melba Manual*. Lich: Miro GmbH.
- Galvao, A., Watzke, S., Gawlik, B., Huhne, M., & Brieger, P. (2005). Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Massnahmen. *Rehabilitation*, 44(4), 208-214.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2008). *Psychologie* (18.Aufl.). München: Pearson Studium.
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S.2-10). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Götsch, K. (2007). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S.57). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Haerlin, C. (2008). Berufliche Beratung für Menschen nach psychischer Erkrankung. In H. Mecklenburg & J. Storck (Hrsg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit komme und bleiben* (S.78-86). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoffmann, H. (2004). Berufliche Rehabilitation. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S.333-346). Berlin: Springer.
- Hoffmann, H., & Jäckel, D. (2008). Supported Employment-Nachhaltigkeit in der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker. In H. Mecklenburg & J. Storck (Hrsg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben* (S.128-133). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoffmann, H., & Kupper, Z. (2003). Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 30(6), 312-317.

- 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 & Psychiatric Epidemiology*, 38(2), 76-82.
- Jakobs, U., & Trattinig, S. (2004). Arbeitsdiagnostik. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 88-103). Berlin: Springer.
- Kardorff, E., & Ohlbrecht, H. (2008). Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In H. Mecklenburg & J. Storck (Hrsg.), *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben* (S. 18-29). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kay, S., Fiszbein, A., & Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kielhofner, G., Marotzki, U., & Mentrup, Ch. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO)-Grundlagen für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Kielhofner, G., Mentrup, Ch., & Niehaus, A. (2004). Das "Model of Human Occupation" (MOHO): Einer Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In Ch. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Hack & P. Weber (Hrsg.) *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S.45-73). Berlin: Springer.
- Kissling, W., & Pitschel-Walz, G. (2004). Psychoedukation: Wirksamkeit und praktische Durchführung. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S.391-411). Berlin: Springer.
- Koletsis, M., Niersman, A., van Busschbach, J. T., Catty, J., Becker, T., Burns, T., et al. (2009). Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 961-970.
- Kubny-Lüke, B. (2007). Ergotherapeutische Diagnostik. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie-Vom Behandeln zum Handeln* (S.467-473). Stuttgart: Thieme Verlag.

- Kubny-Lüke, B. (2003). Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S.8-10). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kuhl, H.-C., Junge, C., & Bader, K. (2007). Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patienten. *Psychiatrie*, 3, 38-41.
- Kurmann, S. (2007). *Arbeitsplätze für Menschen mit psychischer Leistungseinschränkung: Vorsondierung im Rahmen des FoP-IV* [On-Line]. Available: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html> (21.03.2010)
- Köhler, K. (2008). Arbeitsdiagnostische Instrumente und Verfahren. In K. Köhler & F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation-Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S.63-75). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Köhler, K., & Schlicht, C. (2008). Arbeitstherapie in der stationären und teilstationären Behandlung einer psychiatrischen Klinik. In K. Köhler & F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation-Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S.107-119). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Lagemann, H. (2003). Ergotherapeutische Behandlung. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S.82-96). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form-Quantitative Studies* [On-Line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview_form1.doc (12.04.2010).
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form-Qualitative Studies* [On-Line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_form1.doc (12.04.2010).
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., et al. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *British Journal of Psychiatry*, 191, 30-37.

- Matschnig, T., Frottier, P., Seyringer, M.-E., & Fruehwald, S. (2008). Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen - ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis*, 35(6), 271-278.
- Meise, U., Kemmler, G., & Holzner, B. (1998). *Zur Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung in der sozialpsychiatrischen Rehabilitation* (S.1-9). Jahresbericht der Gesellschaft für psychische Gesundheit Tirol [On-Line]. Available: <http://www.gpg-tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/RehabilitationArbeitBeruflIntegration.pdf> (08.03.2010).
- Michon, H. W., van Weeghel, J., Kroon, H., & Schene, A. H. (2005a). Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 408-416.
- Moore-Corner, R., & Kielhofner, G. (1995). *Work environment impact scale*. Chicago: UIC University of Illinois.
- Müller, S. (2009). *Störungen der Exekutivfunktionen-wenn die Handlungsplanung zum Problem wird*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Netzwerk Case Management Schweiz. (2010). *Definition Netzwerk CM Schweiz* [On-Line]. Available: <http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=55> (04.05.2010).
- Pfammatter, M., Hoffmann, H., Kupper, Z., & Brenner, H. D. (2000). Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 68(2), 61-69.
- Pfammatter, M., Lächler, M., & Brenner, H. D. (2004). Soziale Fertigkeiten. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S.195-217). Berlin: Springer.
- Pschyrembel. (2004). *Klinisches Wörterbuch* (260. Aufl.). Berlin: Walter de Gruyter.
- Reed, K. (2004). Das "Model of Personal Adaptation through Occupation". In Ch. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Hack & P. Weber (Hrsg.) *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 75-109). Berlin: Springer.
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären: Das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

- Roley, S. S., DeLany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., Sava, D. I., et al. (2008). Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Röthig, P. (1992). *Sportwissenschaftliches Lexikon* (6. Aufl.). Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie - Eine Einführung* (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Scheepers, C. (2007). Einflussfaktoren anderer Therapien und Konzepte. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie-Vom Behandeln zum Handeln* (S.502-506). Stuttgart: Thieme Verlag.
- SECO Staatssekretariat für Wirtschaft (2010). *Die Lage auf dem Arbeitsmarkt, März 2010* [On-Line]. Available: <http://www.seco.admin.ch/themen/00374/00384/index.html?lang=de> (13.04.2010).
- Steier-Mecklenburg, F. (2008). Zur Bedeutung von Arbeit. In K. Köhler & F. Steier-Mecklenburg (Hrsg.), *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation-Arbeitsfelder der Ergotherapie* (S.2-9). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Tewes, U. & Wildgrube, K. (1992). *Psychologie-Lexikon*. München: Oldenbourg Verlag.
- University of Oxford. (2005). *Systematic Review Appraisal Sheet* [On-Line]. Available: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1567> (27.04.2010).
- Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Huehne, M., & Brieger, P. (2005). Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 32(6), 292-298.
- Weber, P. (2005). *Tätig sein! Jenseits der Erwerbsarbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- World Health Organisation (WHO, 2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: Author

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Aspekte des ergotherapeutischen Gegenstandsbereiches
(Roley et al., 2008)
- Tabelle 2: Freie Übersetzung der Tabelle 1
- Tabelle 3: Verwendete Schlüsselwörter, Keywords und Schlagwörter
- Tabelle 4: Übersicht signifikante Faktoren
- Tabelle 5: Empfehlungen für die Praxis

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 21. Mai 2010



Seraina Kühne

und



Sandra Häberli

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei allen bedanken, die uns während der Erarbeitung der Bachelorarbeit unterstützt haben. Im Speziellen geht unser Dank an folgende Personen:

An unsere betreuende Lehrperson Anja Langlotz, für ihre fachliche Unterstützung, die konstruktiven Anregungen und das Beantworten aller Fragen.

An Raphi Neukom, der uns immer bei Fragen wissenschaftlicher oder computer-technischer Natur zur Seite gestanden ist und unermüdlich unsere Arbeit gegengelesen hat.

An Michi Schneider für die moralische Unterstützung und den Support bei Grammatik und Layout.

An Iris Häberli für das gezielte Gegenlesen der Arbeit und die konstruktiven Feedbacks.

An alle weiteren fleissigen Korrekturleser, die wertvolle Hinweise und der Arbeit den letzten Schliff gegeben haben.

Anhang

Anhang A: Glossar

Affektive Störung

Psychische Störung, die sich vor allem durch Veränderungen der Stimmungslage bemerkbar macht. Dazu zählen die depressiven Erkrankungen. (Buser, Schneller & Wildgrube, 2003)

Betätigung

„Eine strukturierte Gruppe von Fertigkeiten, die die Zeit und die Energie einer Person und die Umweltressourcen in Anspruch nehmen.“ Betätigung wird unterteilt in „Selbsterhaltung“, „Produktivität“ und „Freizeit“. (Reed, 2004, S.108)

Bezugsrahmen

„Teiltheorie (aus den Bezugswissenschaften), die zum einen für die Bezugswissenschaften selbst eine Funktion hat, zum anderen teilweise eine handlungsleitende Basis für bestimmte Aspekte in der ergotherapeutischen Praxis liefert. Sie gibt zum Teil auch Begründungen und Begrenzungen für Modelle und Methoden in der Praxis.“ (Götsch, 1992, zitiert nach Hagedorn, 2007, S.57)

Case-Management

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht

bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2010)

Compliance

„Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert.“ (Buser, Schneller & Wildgrube, 2003, S.157)

Copingstrategien

Bewältigungsstrategien, Bewältigungsmöglichkeiten (Rössler, 2004).

Exekutivfunktionen

engl. executive functions

synonym: Führungs-, Leitungs-, Steuerungsfunktionen

„Exekutivfunktionen ist ein Oberbegriff, der verschiedenartige, teilweise sogar gegensätzliche kognitive Funktionen beschreibt. [...] Sie steuern, überwachen und verändern unser Verhalten.“ (Müller, 2009, S.11)

Fähigkeiten

engl. ability

„Eine relativ stabile personeninterne Voraussetzung zum Vollzug einer Tätigkeit. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Ausprägungsgrad einer Fähigkeit sowohl anlagebedingt als auch von einwirkenden Umwelteinflüssen abhängt.“ (Röthig, 1992, S.158)

Fertigkeiten

engl. skill

„Kleine Einheiten der Performanz. Sie kennzeichnen was jemand tut gegenüber dem Leistungsvermögen oder den Körperfunktionen, die dem zugrunde liegen. Fertigkeiten sind beobachtbare Elemente von Handlung, die implizite funktionale Ziele/Zwecke haben.“ (Reichel, 1995; zitiert nach Fisher & Kielhofner, 2005, S.113)

Klientenzentrierter Ansatz

Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist partnerschaftlich, dass heisst die Kompetenzen beider Partner werden berücksichtigt. Dem Klienten kommt eine aktive Rolle im Therapieprozess zu und er wird als Experte seiner selbst verstanden. Die Bedürfnisse des Klienten stehen im Mittelpunkt, Therapeut und Klient erarbeiten gemeinsam Behandlungsziele. Die Therapeutin sollte dem Klienten Kongruenz, Akzeptanz und Empathie entgegenbringen. (Flotho, 2007)

Kontrollüberzeugung, intern und extern

„Subjektive Vorstellung darüber, ob man sein Verhalten in bestimmten Situationen selbst kontrollieren kann oder ob es durch äussere Einwirkun-

gen bestimmt wird.“ (Tewes und Wildgrube, 1992, S.189)

„Interne Kontrollüberzeugung: Menschen sehen die Ursachen für ihr Verhalten und ihre Erfolge in der eigenen Anstrengung, ihrem Fleiss, ihrer Zuversicht und in ihrer Intelligenz, oder bei einem Misserfolg in ihrer Faulheit.

Externe Kontrollüberzeugung: Menschen sehen äussere Umstände wie Glück, Schicksal oder Hilfe von anderen als Ursachen für ihre Verhaltensergebnisse an.“ (Buser, Schneller & Wildgrube, 2003, S.173)

Körperfunktion

„Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychologische Funktionen).“ (WHO, 2005, S.17)

Körperstruktur

„Anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.“ (WHO, 2005, S.17)

Negativsymptomatik

Synonym: Minussymptomatik.

„Störung bzw. Minderung früher vorhandener psychischer Fähigkeiten im kognitiven, affektiven oder vegetativen Bereich; zum Beispiel Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachverarmung, Verlust von Initiative, Interessen und emotionaler Schwingungsfähigkeit, Apathie, sozialer Rückzug, allgemeine Verlangsamung oder Kraftlosigkeit. Vorkommen bei Schizophrenie.“ (Pschyrembel, 2004, S.1166)

Remissionsstadium

„Zurückgehen von Krankheitserscheinungen.“ (Pschyrembel, 2004, S.1564)

Performanz

„Spontane Ausführung der Handlungen, die für eine Betätigung notwendig sind. Performanz ist das Ergebnis einer vereinten Aktion aller Anteile des Performanzsubsystems von Geist-Gehirn-Körper innerhalb der sich entfaltenden Umstände und Umweltbedingungen“. (Kielhofner, Mentrup & Niehaus, 2004, S.72)

Positivsymptomatik

Synonym: Plussymptomatik, Produktivsymptomatik

„Neu zum vorbestehenden psychischen Zustand hinzutretende Krankheitssymptome auf kognitiver, affektiver oder vegetativer Ebene. Zum Beispiel Halluzinationen, Wahn, vermehrte Einfälle, Sinnestäuschungen, Erregung, Unruhe, Gespanntheit, Antriebssteigerung, psychogene Hypertonie, Spasmen im Bereich der Atemwege oder des Magen-Darm-Traktes.

Vorkommen bei Schizophrenie. Vergleich mit Negativsymptomatik.“ (Pschyrembel, 2004, S.1445)

Psychopathologie

„Klassifikation und Deutung der Störungen von Bewusstsein, Denken, Orientierung, Affekt, Ich-Erleben, Wahrnehmung, Antrieb, Persönlichkeit und Verhalten unter Berücksichtigung des somatischen Befundes und der sozialen, interaktionellen und kulturellen Aspekte; Ausgangspunkt für therapeutisches und diagnostisches Vorgehen.“ (Pschyrembel, 2004, S.1506)

Selbstwirksamkeit

„Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation angemessene Verhaltensresultate erzielen kann. [...] Selbstwirksamkeit beeinflusst ihre Wahrnehmung, ihre Motivation und ihre Leistung in vielfältiger Weise.“ (Gerrig & Zimbardo, 2008, S.528)

Anhang B: Matrizen der Hauptstudien

Titel: Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program			
Autoren: Hoffmann Holger Kupper Zeno Zbinden Marius Hirsbrunner Hans-Peter	Jahr: 2003 Ort der Studie: Schweiz	Journal: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol- ogy, 38: 76-82	Datenbank: Medline PsycINFO
Design: Quantitative Studie, Querschnitts-Studie			
Disziplin: Psychiatrie, Medizin			
Ziel/Zweck: Überprüfung der Prädiktoren vom Review von Cook & Razzano (2000) und der Hypothesen von Anthony & Jansen (1984).			
Relevanz für Fragestellung: Durch das Überprüfen der Prädiktoren bzw. Hypothesen werden Faktoren untersucht, die die Integration beeinflussen. Vorsicht: Diese Studie geht nicht vom Wiedereingliederungserfolg, sondern von der Arbeitsfähigkeit und Erfolgsprognose aus.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Patienten, die ins Arbeitsrehabilitationsprogramm der Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepsychiatrie Bern aufgenommen wurden. Sie durchlaufen ein 5-Phasen-Programm innerhalb von maximal 18 Monaten. • Stichprobenauswahl: 69 Patienten werden aufgenommen in Reha-Programm, wovon 53 an Schizophrenie leiden • Literatur: Relevante Literatur wurde gesichtet. Insbesondere die Studien von Cook & Razzano (2000) und Anthony & Jansen (1984). • Methode: Um die 10 Hypothesen (die 10. wurde von den Autoren erstellt) zu testen, wurden in der 2-wöchigen Assessmentphase Daten erhoben. • Datenerhebung: Die Daten wurden mit folgenden Instrumenten erhoben: PANSS (1&5), WAIS (3&10), FSKN (3), ICP-Skala (3&9), DAS-M (4&8), NOSIE-30 (5&6), WBAS (6&8), Berufsgeschichte und Ausbildungszeit (7), Benton Visual Retention Test (10), d2 (10) • Datenanalyse: Korrelation jeweils einer Variabel mit zwei abhängigen Variablen (WBAS für Arbeitsfähigkeit = kurzfristig und Outcome für Erfolgsprognosen =langfristig). In einem zweiten Schritt erfolgt eine Regression mit den signifikanten ($p < 0.05$) Faktoren. Alle Berechnungen mithilfe SAS-Statistikprogramm. • Ergebnisse: Die Outcome - Korrelationen zeigen allgemein einen niedrigeren Wert als die WBAS. Korrelationen → Tabelle 2. Zusammenfassung mit den besten Regressionen in Tabelle 3. In Tabelle 4 wird mit den besten Prädiktoren von Tabelle 3 eine „winner take all“-Regression gemacht. Dabei zeigen Arbeitsverhalten, Negativsymptomatik und Sozialverhalten die stärksten prädiktiven Werte bezüglich Arbeitsfähigkeit (kurzfristig); externe Kontrollüberzeugung und kognitive Beeinträchtigung werden als beste Prädiktoren für den Outcome (langfristig) identifiziert. • Schlussfolgerung: Die gezeigte Arbeitsausführung ist ein guter Prädiktor für die Arbeitsleistung, doch nicht dafür, ob man einen Job im allgemeinen Arbeitsmarkt bekommt und behält. Das Negativsymptomatik einen Einfluss auf die Arbeitsleistung hat, deckt sich mit anderen Studien. • Schwächen: Die Aufnahme ins Programm ist sehr selektiv. Nur relativ stabile Patienten, die sehr motiviert sind, wurden aufgenommen. Die relativ kleine Gruppe von Nicht-Schizophrenen Patienten erlaubt nicht die Hypothese 2 zu testen. Die Ergebnisse sind nicht übertragbar auf Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen oder auf Schizophreniepatienten, die nicht für einen Job auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geeignet sind. 			

Titel: Prädiktive Faktoren einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten			
Autoren: Hoffmann Holger Kupper Zeno	Jahr: 2003 Ort der Studie: Schweiz	Journal: Psychiatrische Praxis 30: 312-317	Datenbank: PSYINDEX
Design: Quantitative Studie Kohorten-Studie			
Disziplin: Psychiatrie, Medizin			
Ziel/Zweck: Faktoren ermitteln, die den Wiedereingliederungserfolg am besten Voraussagen können.			
Relevanz für Fragestellung: Sehr hoch, da genau nach prädiktiven Faktoren bezüglich Wiedereingliederungserfolg gesucht wird.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Patienten mit chronischer Schizophrenie, deren Ziel die Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist. Teilnehmer des PASS-Programmes der Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepsychiatrie Bern. • Stichprobenauswahl: 114 wurden in Programm aufgenommen, wovon 76 (67%) an Schizophrenie litten. • Literatur: Der Gap of Knowledge wird aufgezeigt. Relevante Literatur wurde gesichtet. • Methode: Wird beschrieben. Für die ausführliche Beschreibung der Instrumente wird auf die Studie „Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program“ von Hoffmann, Kupper, Zbinden & Hirsbrunner (2003) verwiesen. • Datenerhebung: Bei Eintritt ins PASS-Programm wurde ein umfassendes Assessment durchgeführt. Daten wurden mittels PANSS, HAWIE, Benton-Test, d2-Aufmerksamkeits-Belastungstest, NOSIE-30, 11-Punkte Likert-Sozialkompetenzskala, Arbeitsverhaltensfragebogen, DAS-M, IPC-Skalen, Frankfurter Selbstkompetenzskalen, Stressverarbeitungsfragebogen und 11-Punkte-Likert-Arbeitskompetenzskala erhoben. Ausmass der beruflichen Wiedereingliederung: ohne Arbeit, Arbeit in geschützten Rahmen, Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. • Datenanalyse: Faktoranalyse mit 32 Variablen, anschliessend logistische Regression bezüglich Wiedereingliederungserfolg mit 10 Faktoren. Alle Berechnungen mithilfe SAS-Statistikprogramm. • Ergebnisse: Faktoranalyse ergab 10 inhaltlich konsistente Faktoren: 1. Neurokognitive Defizite, 2. resignatives Bewältigungsverhalten, 3. Krankheitsverlauf, 4. Negativsymptomatik, 5. Arbeitsverhalten, 6. soziale und arbeitsspezifische Anpassung, 7. altersabhängige Variablen, 8. Sozialverhalten, 9. Positiv- und Allgemeinsymptomatik, 10. aktives Bewältigungsverhalten. Logistische Regression ergab, dass 2., 5., 6. & 8 den Wiedereingliederungserfolg am besten voraussagen • Schlussfolgerung: Erfolgreich waren die Rehabilitanden, die ein gutes Arbeitsverhalten zeigen, keine Defizite im Sozialverhalten haben und kein depressiv-resignatives Selbstbild aufweisen. Wichtig zukünftig kognitive - verhaltenstherapeutische Therapieprogramme zu entwickeln, um Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien zu entwickeln. Dies könnte den Chronifizierungsprozess verhindern und die Gesundheit fördern. • Schwächen: Das PASS-Programm ist sehr selektiv, circa die Hälfte der Anmeldungen werden nicht aufgenommen. Nur relativ stabile Patienten wurden aufgenommen. 			

Titel: Vorhersage einer Verbesserung des beruflichen Status chronisch psychisch Kranker nach rehabilitativen bzw. integrativen Massnahmen			
Autoren: Anja Galvao, Stefan Watzke, Berthold Gawlik, Michael Hühne, Peter Brieger	Jahr: 2005 Ort der Studie: Deutschland	Journal: Rehabilitation 44: 208-214	Datenbank: Psyndex
Design: Quantitative Studie Evaluationsstudie			
Disziplin: Psychiatrie			
Ziel/Zweck: Ziel ist es, den Zusammenhang des Rehabilitationserfolges mit den, zu Beginn der Massnahme erhobenen personenbezogenen Parametern, zu untersuchen.			
Relevanz für Fragestellung: Die geeignete Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs für die Analyse der Fragestellung herausfiltern.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Psychisch Kranke, die einer gezielten Rehabilitationsleistung bedürfen. Die Massnahmen wurden in der „Rehabilitation Psychisch Kranker“ in Sachsen-Anhalt und in „Träger Sozialer Einrichtungen GmbH“ in Halle/S. durchgeführt. • Stichprobenauswahl: Von ursprünglich 154 willigten schliesslich 101 Klienten ein. • Literatur: Literatur wurde gesichtet. Gap of Knowledge beschrieben. • Methode: Die Klienten wurden nach der Datenerhebung in zwei Gruppen eingeteilt: Die einen, die nach der Massnahme erwarten einer Beschäftigung nachzugehen und die anderen, die erwarten keiner Beschäftigung nachzugehen. • Datenerhebung: Die Daten wurden mit Hilfe von standardisierten Interviews, SKID, PANSS, WHOQOL-BREF, O-AFP erhoben. • Datenanalyse: Die signifikant differierenden Gruppenausprägungen wurden einer regressionsanalytischen Auswertung, zur Vorhersage des Wiedereingliederungserfolgs, unterzogen. • Ergebnisse: Als für den Fortschritt auf der Beschäftigungsachse prädiktiv erweisen sich ein höheres Funktionsniveau, eine geringe Gesamtdauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit, eine gute arbeitsbezogene Anpassung und geringes Alter zu Beginn der Massnahme. • Schlussfolgerung: Objektive Parameter haben ein stärkeres Vorhersagepotential als subjektive Befindlichkeitskriterien in Bezug auf die Wiedereingliederung chronisch psychisch Kranker. • Schwächen: Die Aussagekraft der Regressionsanalyse mag eingeschränkt sein, da nicht mit abschliessender Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass alle relevanten Prädiktorvariablen Berücksichtigung fanden. Zum Beispiel wurde der neurokognitive Parameter nicht sehr differenziert erfasst. 			

Titel: Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation			
Autoren: Stefan Watzke, Anja Galvao, Berthold Gawlik, Michael Hühne, Peter Brieger	Jahr: 2005 Ort der Studie: Deutschland	Journal: Psychiatrische Praxis 32: 292-298	Datenbank: PsycINFO
Design: Quantitative Studie Prospektive, kontrollierte Wirksamkeitsstudie			
Disziplin: Psychiatrie			
Ziel/Zweck: Ziel ist die Erhebung von Arbeitsfähigkeiten und ihrer Veränderung im Verlaufe der Massnahme, sowie eine Klärung diesbezüglicher Zusammenhänge zu relevanten Prädiktorvariablen.			
Relevanz für Fragestellung: Die genannten, relevanten Variablen werden für die Beantwortung der Fragestellung benötigt.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Psychisch Kranke, die einer gezielten rehabilitativen Förderung bedürfen. Die Massnahmen wurden in der „Rehabilitation Psychisch Kranker“ in Sachsen-Anhalt und in „Träger Sozialer Einrichtungen gGmbH“ in Halle/S. durchgeführt. • Stichprobenauswahl: Von ursprünglich 154 nahmen schliesslich 117 Klienten teil. • Literatur: Relevante Literatur wurde gesichtet. Beschreiben, dass die Beziehung zwischen einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung und grundlegenden Rehabilitandenmerkmalen als nach wie vor unbefriedigend bezeichnet werden. • Methode: Zu Beginn wurde die Diagnose der Patienten gestellt und anschliessend ein umfangreiches Assessment durchgeführt. Nach sechs Monaten der Massnahmen wurde ein Arbeitsfähigkeitenprofil (AFP) erstellt. • Datenerhebung: Folgende umfangreiche Assessments wurden zu Beginn erhoben: SKID, PANSS, SOFAS, LMI, WHO-QOL, LPS und standardisierte Interviews. Als Mass für den Outcome wurde das AFP verwendet. • Datenanalyse: Die Daten wurden statistisch ausgewertet. • Ergebnisse: Signifikante bessere Werte bei Lernfähigkeit und Fähigkeit zur sozialen Kommunikation. Keine signifikante Veränderung bei den AFP-Summenscores und der Skala Anpassungsfähigkeit. • Schlussfolgerung: Die Arbeitsfähigkeiten verbesserten sich im dargestellten Rehabilitationsraum. Positive Veränderungen der Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten standen mit soziodemografischen Parametern, dem Grad der Schulbildung und der Aufmerksamkeitsleistung in Zusammenhang. • Schwächen: Die Validität der Arbeitsfähigkeitsprofile ist nicht gegeben. Es wird keine Aussage gemacht, ob die Reintegration ins Erwerbsleben schliesslich erfolgreich verläuft. 			

Titel: Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany			
Autoren: Marwaha Steven, Johnson Sonia, Bebbington Paul, Stafford Mai, Angermeyer Matthias C, Brugha Traolach, Azorin Jean-Michel, Kilian Reinhold, Hansen Darina, Toumi Mondher	Jahr: 2007 Ort der Studie: England, Frankreich und Deutschland	Journal: British Journal of Psychiatry 191: 30-37	Datenbank: MEDLINE
Design: Quantitative Studie Europäische naturalistische Kohortenstudie mit einem Follow-up nach 2 Jahren			
Disziplin: Psychiatrie, Philosophie, Medizin			
Ziel/Zweck: Die Arbeitsfähigkeiten und Faktoren im Bezug auf Arbeit mit grossen Gruppen von Deutschland, Frankreich und Grossbritannien werden untersucht.			
Relevanz für Fragestellung: Aussagen über Faktoren und Arbeitsfähigkeiten im internationalen Vergleich bereichern die Erarbeitung der Fragestellung.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Schizophrene, die in einer sekundären psychiatrischen Behandlung teilnehmen. • Stichprobenauswahl: insgesamt 1208 Klienten aus England, Frankreich und Deutschland. • Literatur: Literatur wurde gesichtet und Gap of Knowledge aufgezeigt. • Methode: Wird beschrieben. Für die vollständige Beschreibung der Instrumente wird auf die Studie „The European Schizophrenia Cohort (EuroSC)“ von Bebbington, Angermeyer, Azorin, Brugha, Kilian, Johnson, Toumi, Kornfeld (2005) verwiesen. • Datenerhebung: Die Daten wurden durch the Lehman Quality of Life interview, the schedule for clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN, PANSS, ROMI und ESMS ermittelt. Die Interviewer wurden in allen Ländern gleich geschult um die Reliabilität zu gewährleisten • Datenanalyse: Benutzten den X^2-Test und den t-Test für die Analyse und führten anschliessend eine logistische Regression durch. • Ergebnisse: Ein beruflicher Abschluss, Zusammenleben mit der Familie und nur eine bisherige Krankheitsepisode erhöhen die Chancen auf eine Arbeit. Ein chronischer Krankheitsverlauf, starke psychopathologische Symptome, ein früher Krankheitsausbruch und eine Drogengeschichte verschlechtern die Chancen auf eine Arbeit. • Schlussfolgerung: Der lokale, soziale Kontext kann gleich wichtig sein für den Arbeitserfolg, wie individuelle oder krankenbezogene Faktoren. • Schwächen: Es besteht keine Kontrollgruppe. Die Strukturen in den verschiedenen Ländern gestalteten sich unterschiedlich. Fehler bei der Rekrutierung von Patienten wurden nicht ausgeschlossen. 			

Titel: The European Schizophrenia Cohort (EuroSC)			
Autoren: Bebbington, Paul E., Angermeyer, Matthias, Azorin Jean-Michel, Brugha, Traolach., Kilian Reinhold, Johnson Sonia, Toum Mondher, Kornfeld Asa	Jahr: 2005 Ort der Studie: Frankreich, Deutschland und England	Journal: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40: 707-717	Datenbank: MEDLINE
Design: Quantitative Studie Eine naturalistische, prognostische und ökonomische Studie			
Disziplin: Psychiatrie			
Ziel/Zweck: Die Studie hat zum Ziel die verschiedenen psychiatrischen Behandlungsmethoden mit dem Behandlungserfolg in Beziehung zu bringen.			
Relevanz für Fragestellung: Die Studie wird gebraucht um eine kritische Analyse der Studie „Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany“ von Marwaha Steven, Johnson Sonia, Bebbington Paul, Stafford Mai, Angermeyer Matthias C, Brugha Traolach, Azorin Jean-Michel, Kilian Reinhold, Hansen Darina, Toumi Mondher (2007) zu gewährleisten, da die genannte Studie auf dieser basiert.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Schizophrene, die in einer sekundären psychiatrischen Behandlung teilnehmen. • Stichprobenauswahl: Insgesamt 1208 Klienten, wobei davon 302 aus England, 288 aus Frankreich und 618 aus Deutschland sind. • Literatur: Literatur wurde gesichtet und Gap of Knowledge aufgezeigt • Methode: Die Daten wurden in neun verschiedenen Zentren in Europa erhoben: 2 in England, 4 in Deutschland und 3 in Frankreich. Die Probanden wurden im sechsmonatigen Intervall befragt. Weitere Methoden wurden detailliert beschrieben. • Datenerhebung: Folgende Instrumente wurden verwendet und näher beschrieben: PHSD, FU-HSD, WHO, SCAN, PANSS, CDSS, CGI, GAF, GARF, SF36, SOFAS, QoLI, EuroQoL, CSRI, ROMI, AIMS, the extrapyramidal Rating Scale, BAS, NFCAS-A, CAN, IEQ, ESMS. • Datenanalyse: Resultate wurden vielfältig erhoben und zueinander in Beziehung gestellt. Die Resultate auf eine Fragestellung analysiert wurde dann durch die Studie von Marwaha et al. (2007). • Ergebnisse: Die klinischen und soziodemographischen Unterschiede zwischen den Klienten der verschiedenen Länder sind klein. • Schlussfolgerung: Die Teilnehmenden waren in den klinischen Tests praktisch alle gleich. Die sozialen Unterschiede beziehen sich mehr auf den sozialen Kontext. • Schwächen: Es besteht keine Kontrollgruppe. Die Strukturen in den verschiedenen Ländern gestalteten sich unterschiedlich. Fehler bei der Rekrutierung von Patienten wurden nicht ausgeschlossen. 			

Titel: Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial			
Autoren: Catty Jocelyn, Lissouba Pascale, White Sarah, Becker Thomas, Drake Robert E., Fioritti Angelo, Knapp Martin, Lauber Christoph, Rössler Wulf, Tomov Toma, Van Busschbach Joeske, Wiersma Durk, Burns Tom	Jahr: 2008 Ort der Studie: England, Deutschland, Italien, Schweiz, Bulgarien, Holland	Journal: The British Journal of Psychiatry, 192: 224-231	Datenbank: Medline PsycINFO
Design: Quantitative Studie, Randomisierte kontrollierte Studie			
Disziplin: Psychiatrie			
Ziel/Zweck: Vergleich zwischen IPS und herkömmlicher Arbeitsrehabilitation, um zu ermitteln, welche Faktoren den Rehabilitationserfolg beeinflussen.			
Relevanz für Fragestellung: Es werden Faktoren getestet, die den Wiedereingliederungserfolg beeinflussen.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Patienten, die eine psychotische Erkrankung haben, zwischen 18 Jahren und Pensionsalter sind, seit mindestens zwei Jahren krank sind und im letzten Jahr nicht in kompetitiver Arbeit waren. Deren Ziel es ist, zurück in kompetitive Arbeit zu kommen. • Stichprobenauswahl: 312 Patienten • Methode: Begleitung der Patienten während 18 Monaten, mit Interviews zu Beginn, nach 6, 12 und 18 Monaten. • Datenerhebung: Es wurden Daten erhoben zu: Arbeitserfolg, Hospitalisation, Globale Funktionen (GAF-S, GAS-D), Symptomatik (PANSS), Angst und Depression (HADS), soziale Einschränkungen (GSDS), Lebensqualität (LQoLP), Selbstüberzeugung (RSE) und Pflegebedürftigkeit (CAN), Beziehung zum Therapeuten (HAS). • Datenanalyse: Drei Analysen wurden durchgeführt: 1) Merkmale des Patienten (Alter, Geschlecht, Diagnose...), 2) Frühe Prozessfaktoren (Anzahl der Treffen mit dem Arbeitstherapeuten, Beziehung zum AT), 3) Servicebezogene Faktoren (Unterschiede zw. IPS und konventioneller AT, Anzahl der eintretenden Patienten, Fälle, Schritte bevor der Patient Arbeit sucht) • Ergebnisse: Merkmale der Patienten: In der logistischen Regression zeigen sich vergangene Arbeitsgeschichte und der Unterstützungsbedarf als signifikante Faktoren für den Einstieg ins Berufsleben. Bezüglich gearbeiteter Zeit ist die Arbeitsgeschichte ebenfalls signifikant, zudem ist das Remissionsstadium ebenfalls signifikant → Tabelle 1 Frühe Prozessfaktoren: Der angebotene Service (IPS vs. kAT) hat einen signifikanten Einfluss auf den Eintritt in kompetitive Arbeit. Ebenso die Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Service bezogene Faktoren: als solche wurden nicht näher untersucht, da davon ausgegangen wurde, dass der bessere Effekt des IPS als nachgewiesen gilt. • Schlussfolgerung: Vergangene Arbeitsgeschichte war der einzige personenbezogene Faktor über alle Outcomes. Es wurde kein Zusammenhang zwischen Arbeitsergebnis und Alter gefunden. Ebenfalls konnte kein Zusammenhang zwischen Psychopathologie und Arbeitsergebnis nachgewiesen werden. Dies widerspricht anderen Studien. Die Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist sehr wichtig und sollte deshalb in der Arbeitsrehabilitation beachtet werden. • Schwächen: Die gewählten und überprüften Prädiktoren basieren auf einer Annahme und können deshalb auch falsch sein. Die prospektive Metaanalyse-Technik erlaubte nur den Einschluss von fünf Variablen. 			

Titel: Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes			
Autoren: Harry W.C. Michon, Jaap van Weeghel, Hans Kroon, Aart H. Schene	Jahr: 2005 Ort der Studie: Niederlande	Journal: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40: 408-416	Datenbank: PsycINFO
Design: Ein systematischer Review			
Disziplin: Philosophie (Doktoren)			
Ziel/Zweck: Der systematische Review identifiziert die personellen Faktoren, welche den Erfolg auf Betätigung nach der Teilnahme an einem Arbeitsreha-Programm am meisten beeinflussen.			
Relevanz für Fragestellung: Der systematische Review identifiziert personelle Faktoren, die die berufliche Integration positiv oder negativ beeinflussen.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Schwer psychisch beeinträchtigte Menschen, die seit mindestens sechs Monaten an einer psychiatrischen Arbeitsrehabilitation teilnehmen. • Stichprobenauswahl: im systematischen Review keine • Literatur: Der Gap of Knowledge wird aufgezeigt. Bezüglich des systematischen Reviews, wurde sehr viel relevante Literatur gesichtet. • Methode: Eine Literatursuche in Medline, Psycinfo, Pubmed, und CINAHL wurde durchgeführt. Keywords wurden angegeben. • Datenerhebung: Von 77 Artikeln, die Informationen zu Faktoren des Outcomes enthalten haben, wurden 61 ausgeschlossen. Acht Studien, repräsentiert durch 16 Publikationen wurden eingeschlossen. • Datenanalyse: Es fand eine kritische Analyse statt. Sämtliche Artikel, wurden codiert. Es wurde eine Checkliste mit 10 Items erstellt. Wenn eine Studie nach dieser Checkliste weniger als 6 Punkte erreichte, wurde sie ausgeschlossen. Weiter wird im Detail beschrieben, weshalb Studien ein- oder ausgeschlossen werden. • Ergebnisse: Höhere berufsbedingte Selbstsicherheit, soziale Funktionen während der Arbeitsrehabilitation und eine lange Bildung sind starke Prädiktoren für die erfolgreiche Wiedereingliederung. • Schlussfolgerung: Der systematische Review zeigt konträr zu anderen Studien auf, dass der Einfluss der vergangenen Faktoren wie Arbeitsgeschichte, Diagnose und Krankheitsgeschichte aufwiegt mit der Arbeitsleistung in der Arbeitsrehabilitation. • Schwächen: Weil der systematische Review auf longitudinale, multivariat analysierte Studien fokussierte, wurden wahrscheinlich gewisse signifikante Prädiktoren vernachlässigt. Unter anderen den Faktor der kognitiven Fähigkeiten. 			

Titel: Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren			
Autoren: Matschnig Teresa Frottier Patrick Seyringer Michaela-Elena Frühwald Stefan	Jahr: 2008 Ort der Studie: Österreich	Journal: Psychiatrische Praxis, 35: 271-278	Datenbank: Medline→ Psychiatri- sche Praxis Via Uni Bern> Nebis> Zeit- schrif- ten>Thieme
Design: Überblick, Literaturrecherche			
Disziplin: Psychiatrie, Medizin			
Ziel/Zweck: Überblick über die wichtigsten prädiktiven Faktoren für einen erfolgreiche Wiedereingliederung psychisch Kranker in den Arbeitsprozess.			
Relevanz für Fragestellung: Behandelt ziemlich genau unsere Fragestellung. Gute Übertragbarkeit in die Schweiz möglich. Abgrenzung: Ergotherapie-Blickwinkel mehr einbringen →Einteilung der Faktoren ins OTPF.			
Kritische Beurteilung:			
<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer: Bei Recherche wurde nach „mental illness“, „mental disorder“ und „schizophrenia“ gesucht. • Stichprobenauswahl: 37 Arbeiten, die mögliche Prädiktoren für eine erfolgreiche Arbeitsrehabilitation untersuchen. • Literatur: Gefundene Literatur wurde gesichtet, inklusive wichtigen Schlüsselarbeiten und Quellen aus dem Internet. • Methode: Literaturrecherche über pubmed wurde durchgeführt, mit Stichwörtern: vocational rehabilitation, work rehabilitation, mental illness, mental disorder, schizophrenia. • Datenerhebung: Deutsch- und englischsprachige Literatur zwischen 1997 und 2007 wurde mit einbezogen. Ebenso wichtige Schlüsselarbeiten aus den Jahren vor 1997. 289 Publikationen wurden gefunden, wovon 37 verwendet wurden. • Datenanalyse: In Tabellen werden die Erkenntnisse aufgezeigt. • Ergebnisse: Das Vorliegen einer Negativsymptomatik spielt eine Rolle, allgemeine psychopathologische Symptome jedoch kaum. Diagnose und Medikation haben keinen eindeutigen Einfluss. Ebenso Alter und Geschlecht. Es besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen Familienstand und Rehabilitationserfolg. Die absolvierte Ausbildung und die vorangegangene berufliche Laufbahn ist für die Vorhersage des Erfolges einer beruflichen Wiedereingliederung hoch bedeutsam. Die Arbeitsleistung und die Belastbarkeit sind zwei der stärksten Prädiktoren für die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung. Bessere kognitive Fähigkeiten (v.a. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistung sowie Exekutivfunktionen) tragen zu einem besseren Rehabilitationsergebnis bei. • Schlussfolgerung: Es ist schwierig, das Thema Arbeitsrehabilitation einem internationalen Vergleich zu unterziehen. Personenbezogene und kontextbezogene Faktoren beeinflussen sich immer auch gegenseitig und verändern deshalb das Ergebnis. Es sollte ein Ziel sein, arbeitsrehabilitative Massnahmen den speziellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen. • Schwächen: Die Datenanalyse, die Auswahl der Studien und Ein- / & Ausschlusskriterien werden nur sehr knapp beschrieben. Zahlen bezüglich Signifikanz sind kaum angegeben, müssen in den zugrunde liegenden Studien nachgelesen werden. Verwendete Studien haben verschiedene Studiendesigns und verwenden verschiedene Messinstrumente, Ein- / & Ausschlusskriterien. 			