

Sonderdruck aus:

# Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Gerhard Längle, Wolfgang Welte,  
Manuela Niedermeier-Bleier

Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker

30. Jg./1997

**2**

## **Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB)**

Die MittAB verstehen sich als Forum der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Es werden Arbeiten aus all den Wissenschaftsdisziplinen veröffentlicht, die sich mit den Themen Arbeit, Arbeitsmarkt, Beruf und Qualifikation befassen. Die Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift sollen methodisch, theoretisch und insbesondere auch empirisch zum Erkenntnisgewinn sowie zur Beratung von Öffentlichkeit und Politik beitragen. Etwa einmal jährlich erscheint ein „Schwerpunkt-heft“, bei dem Herausgeber und Redaktion zu einem ausgewählten Themenbereich gezielt Beiträge akquirieren.

### *Hinweise für Autorinnen und Autoren*

Das Manuskript ist in dreifacher Ausfertigung an die federführende Herausgeberin Frau Prof. Jutta Allmendinger, Ph. D.  
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung  
90478 Nürnberg, Regensburger Straße 104  
zu senden.

Die Manuskripte können in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden, sie werden durch mindestens zwei Referees begutachtet und dürfen nicht bereits an anderer Stelle veröffentlicht oder zur Veröffentlichung vorgesehen sein.

Autorenhinweise und Angaben zur formalen Gestaltung der Manuskripte können im Internet abgerufen werden unter [http://doku.iab.de/mittab/hinweise\\_mittab.pdf](http://doku.iab.de/mittab/hinweise_mittab.pdf). Im IAB kann ein entsprechendes Merkblatt angefordert werden (Tel.: 09 11/1 79 30 23, Fax: 09 11/1 79 59 99; E-Mail: [ursula.wagner@iab.de](mailto:ursula.wagner@iab.de)).

### **Herausgeber**

Jutta Allmendinger, Ph. D., Direktorin des IAB, Professorin für Soziologie, München (federführende Herausgeberin)  
Dr. Friedrich Buttler, Professor, International Labour Office, Regionaldirektor für Europa und Zentralasien, Genf, ehem. Direktor des IAB  
Dr. Wolfgang Franz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Mannheim  
Dr. Knut Gerlach, Professor für Politische Wirtschaftslehre und Arbeitsökonomie, Hannover  
Florian Gerster, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit  
Dr. Christof Helberger, Professor für Volkswirtschaftslehre, TU Berlin  
Dr. Reinhard Hujer, Professor für Statistik und Ökonometrie (Empirische Wirtschaftsforschung), Frankfurt/M.  
Dr. Gerhard Kleinhenz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Passau  
Bernhard Jagoda, Präsident a.D. der Bundesanstalt für Arbeit  
Dr. Dieter Sadowski, Professor für Betriebswirtschaftslehre, Trier

### **Begründer und frühere Mitherausgeber**

Prof. Dr. Dieter Mertens, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl Martin Bolte, Dr. Hans Büttner, Prof. Dr. Dr. Theodor Ellinger, Heinrich Franke, Prof. Dr. Harald Gerfin, Prof. Dr. Hans Kettner, Prof. Dr. Karl-August Schäffer, Dr. h.c. Josef Stingl

### **Redaktion**

Ulrike Kress, Gerd Peters, Ursula Wagner, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB), 90478 Nürnberg, Regensburger Str. 104, Telefon (09 11) 1 79 30 19, E-Mail: [ulrike.kress@iab.de](mailto:ulrike.kress@iab.de); (09 11) 1 79 30 16, E-Mail: [gerd.peters@iab.de](mailto:gerd.peters@iab.de); (09 11) 1 79 30 23, E-Mail: [ursula.wagner@iab.de](mailto:ursula.wagner@iab.de); Telefax (09 11) 1 79 59 99.

### **Rechte**

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und unter genauer Quellenangabe gestattet. Es ist ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet, fotografische Vervielfältigungen, Mikrofilme, Mikrofotos u.ä. von den Zeitschriftenheften, von einzelnen Beiträgen oder von Teilen daraus herzustellen.

### **Herstellung**

Satz und Druck: Tümmels Buchdruckerei und Verlag GmbH, Gundelfinger Straße 20, 90451 Nürnberg

### **Verlag**

W. Kohlhammer GmbH, Postanschrift: 70549 Stuttgart; Lieferanschrift: Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart; Telefon 07 11/78 63-0; Telefax 07 11/78 63-84 30; E-Mail: [waltraud.metzger@kohlhammer.de](mailto:waltraud.metzger@kohlhammer.de), Postscheckkonto Stuttgart 163 30. Girokonto Städtische Girokasse Stuttgart 2 022 309. ISSN 0340-3254

### **Bezugsbedingungen**

Die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ erscheinen viermal jährlich. Bezugspreis: Jahresabonnement 52,- € inklusive Versandkosten; Einzelheft 14,- € zuzüglich Versandkosten. Für Studenten, Wehr- und Ersatzdienstleistende wird der Preis um 20 % ermäßigt. Bestellungen durch den Buchhandel oder direkt beim Verlag. Abbestellungen sind nur bis 3 Monate vor Jahresende möglich.

### **Zitierweise:**

MittAB = „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ (ab 1970)  
Mitt(IAB) = „Mitteilungen“ (1968 und 1969)  
In den Jahren 1968 und 1969 erschienen die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ unter dem Titel „Mitteilungen“, herausgegeben vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.

**Internet:** <http://www.iab.de>

# Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker

Gerhard Längle, Wolfgang Welte und Manuela Niedermeier-Bleier, Tübingen\*

Arbeit und Beschäftigung sind innerhalb unserer Gesellschaft von zentraler Bedeutung für die Gestaltung des menschlichen Lebens, die weit über Aspekte der materiellen Existenzsicherung hinausgeht. Umgekehrt stellt dementsprechend der Mangel an Arbeit für den einzelnen eine Einschränkung in den verschiedensten Lebensbereichen dar. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung beruflicher (Wieder-)Eingliederung chronisch kranker und behinderter Menschen für den Rehabilitationserfolg beschrieben. Aktuelle Vorgehensweisen in der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker werden aufgezeigt und Ergebnisse der Evaluationsforschung dargestellt.

## Gliederung

- 1 Einführung – Bedeutung von Arbeit
- 2 Besonderheiten der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker
- 3 Ergotherapie und therapeutischer Arbeitsversuch als Maßnahmen der Rehabilitationsvorbereitung für psychisch Kranke
- 4 Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker
- 5 Ambulante Hilfen zur Wiedereingliederung und zum Erhalt von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- 6 Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen

### 1 Einführung – Bedeutung von Arbeit

Die Bedeutung, die der Arbeit – insbesondere der beruflichen Erwerbsarbeit – im menschlichen Leben zukommt, basiert auf einer Reihe positiver Effekte und Funktionen, die sie auf den verschiedensten Ebenen ausfüllt (Eikelman 1987; Längle/Welte 1997; Rittmannsberger 1993):

Auf der materiellen Ebene gewährleistet Erwerbseinkommen die selbständige Sicherung des Lebensunterhalts unabhängig von staatlichen Transferleistungen und ermöglicht die Ausgestaltung eines individuellen Lebensstandards; innerhalb einer konsumorientierten Gesellschaft stellt dies eine Grundvoraussetzung zur Partizipation an bestimmten gesellschaftlichen Teilbereichen dar.

Auf der Ebene des Individuums dient Arbeit oder Beschäftigung der Schulung und Aufrechterhaltung grundlegender Fähigkeiten wie Wahrnehmungs- und Auffassungsfähigkeit, Konzentration, Ausdauer oder zielgerichtetes, ergebnisorientiertes Handeln. Sie verlangt die Fähigkeit zu Kommunikation und sozialem Verhalten, die Auseinandersetzung mit äußeren Erwartungen und der eigenen Leistungsfähigkeit und die Übernahme von Verantwortung. Der Wechsel von Arbeitszeit und Freizeit strukturiert den Zeitablauf, das Gefühl

von Nützlichkeit steigert das Selbstwertgefühl, Status und Identität des Individuums werden dadurch wesentlich mitbestimmt.

Auf einer sozialen Ebene eröffnet Berufstätigkeit Möglichkeiten sozialer Teilhabe, vermittelt Kontakte in einem eindeutig definierten sozialen Raum und erweitert das Spektrum sozialer Rollen, die das Individuum im Rahmen seines Lebensumfeldes einnimmt.

Die hier skizzierten Funktionen sind generell mit Arbeit oder Beschäftigung verbunden; für Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, ihre Arbeit verloren haben oder noch keine Erfahrungen mit beruflicher Tätigkeit sammeln konnten, sind einzelne Effekte jedoch besonders bedeutsam: Die (Wieder-)Eingliederung in die Arbeitswelt ermöglicht die Teilhabe am Leben der Nicht-Behinderten und fördert damit die soziale Integration; sie erweitert das Spektrum zur Übernahme verschiedener Rollen, zur eher negativ besetzten Rolle des „Patienten“ kommt die als positiv empfundene Rolle des „Arbeitnehmers“. Die oben dargestellten Wirkungen im persönlichen, gesellschaftlichen und materiellen Bereich sind insbesondere für psychisch Kranke und Behinderte entscheidend zur Entwicklung und Sicherung von Selbstwert, Realitätsbezug und sozialer Kompetenz.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, daß die berufliche Integration Behinderter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder gegebenenfalls die Beschäftigung im Rahmen geschützter Arbeitsverhältnisse ein zentrales Ziel rehabilitativer Maßnahmen darstellen muß. Dieser Anspruch ist in der Sozialgesetzgebung fest verankert – „Rehabilitation vor Rente“ – und seine Umsetzung wird als gemeinsame Aufgabe aller Leistungsträger im gegliederten System der sozialen Sicherung definiert. Durch das Rehabilitationsangleichungsgesetz wurde mittels einer Leistungsvereinheitlichung und der formalen Gleichstellung psychisch Kranker und Behinderter mit somatisch Kranken und Körperbehinderten der Zugang zu Eingliederungsmaßnahmen prinzipiell für alle Kranken und Behinderten unabhängig von der Art ihrer Behinderung geschaffen. Die Vereinheitlichung des Leistungsanspruchs ist uneingeschränkt positiv zu bewerten, jedoch ist bei der konkreten Leistungsgewährung bezogen auf die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker die Beachtung einiger wesentlicher Unterschiede und Besonderheiten gegenüber anderen Behindertengruppen unerläßlich (vgl. Häfner 1996). (Der Personenkreis der Abhängigkeitskranken als einer zahlenmäßig bedeutsamen Gruppe unter den psychisch Kranken bleibt in der folgenden Darstellung unberücksichtigt; die berufliche Ausgangssituation, der Rehabilitationsbedarf und die Strukturen des Hilfesystems stellen sich hier grundlegend an-

\* Dr. med. Gerhard Längle ist Arzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen und Leiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie (TüFos). Diplom-Pädagoge Wolfgang Welte ist wiss. Mitarbeiter der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie (TüFos) und Mitarbeiter für Sozialplanung beim Landkreis Tübingen. Manuela Niedermeier-Bleier, Diplom-Pädagogin (FH), ist Mitarbeiterin im Sozialdienst der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Mitglied der Tübinger Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie. Der Beitrag liegt in der alleinigen Verantwortung der Autoren.

ders dar als bei der Gesamtgruppe der psychisch Kranken; vgl. hierzu Längle/Günthner 1996.)

## **2 Besonderheiten der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker**

Zunächst einmal ist die berufliche Wiedereingliederung selbstverständlich als ein Teil eines umfassenden Konzeptes aus medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation zu verstehen; der Stellenwert der beruflichen Rehabilitation innerhalb dieses Gesamtsystems läßt sich jedoch anhand ihres Anteils an der Gesamtzahl rehabilitativer Maßnahmen verdeutlichen: Während Maßnahmen im medizinischen und sozialen Bereich zwischen 1985 und 1990 nur einen geringen Anstieg verzeichnen und teilweise sogar stagnieren oder rückläufig sind, verzeichnen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation einen kontinuierlichen Anstieg und machen inzwischen den weitaus größten Anteil aus (vgl. BMG 1996).

Der tatsächliche Gesamtbedarf an rehabilitativen Maßnahmen für psychisch Kranke ist nicht eindeutig zu beziffern; so besteht beispielsweise zwischen expertendefiniertem und patientendefiniertem Hilfebedarf häufig ein erheblicher Unterschied; zahlreiche Patienten, bei denen nach Auffassung der behandelnden Therapeuten ein Bedarf an Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation besteht, nehmen keine entsprechenden Angebote wahr. Für den Patienten selbst stellt die Einschätzung als „Behinderter“ häufig eine mit dem eigenen Selbstbild nicht zu vereinbarende schwere Kränkung dar; Selbsteinschätzung und Krankheitseinsicht sind oft krankheitsbedingt eingeschränkt. Eine Behinderung anzuerkennen setzt die Auseinandersetzung mit der Diagnose, der Gefahr eines Rezidivs und der Dauerhaftigkeit der Erkrankung voraus, was vielen psychisch Kranken erst im Laufe der Zeit gelingt.

Vor diesem Hintergrund und infolge der damit in Verbindung gebrachten Stigmatisierung ist diese Personengruppe oft auch lange nicht bereit, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen und nimmt deshalb mitunter schwerwiegende Nachteile in Kauf. Um dieser Problematik zu begegnen, wurde der sogenannte Ersatztatbestand eingeführt, der die Möglichkeit bietet, chronisch kranke und behinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen auch ohne amtliche Anerkennung Schwerbehinderten gleichzustellen. Dieses Instrumentarium wurde jedoch inzwischen erheblich eingeschränkt und kommt letztlich nur noch im Rahmen ambulanter Betreuungsmaßnahmen durch Psychosoziale Dienste (vgl. 5) zum Einsatz.

Gegenüber anderen Personengruppen werden psychisch Kranke noch immer überdurchschnittlich häufig ohne vorherige Rehabilitationsversuche aus dem Arbeitsleben ausgegliedert. Im Gegensatz dazu haben Untersuchungen an Patienten bei Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung (Kuhnt/Wedekind 1990) gezeigt, daß lediglich 15 % der Patienten nicht arbeitsfähig waren, demgegenüber aber 44 % beschränkt arbeitsfähig und 33 % voll arbeitsfähig.

Eine umfassende Bestandsübersicht über das Angebotsspektrum der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker existiert bislang nicht, die Gesamtzahl an Maßnahmeplätzen ist bundesweit nicht zu beziffern. Entsprechende Daten werden von den beteiligten Kostenträgern je einzeln erhoben, zusammenfassende Darstellungen bleiben in der Regel beschränkt auf ausgewählte Maßnahmebereiche oder regionale Einheiten; eine Übersicht über diesbezügliche Quellen legte Rössler im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vor (BMG 1996). Gesamtübersichten sind in Ansätzen ledig-

lich auf der kommunalen Ebene vorhanden (vgl. Landratsamt Tübingen/Eberhard-Karls-Universität Tübingen 1995). Insgesamt stellt sich die Datenlage im Bereich der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker als unbefriedigend dar.

Ein weiteres wesentliches Merkmal, das psychisch Behinderte von anderen Behindertengruppen unterscheidet und bei der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung rehabilitativer Maßnahmen zu berücksichtigen ist, ist das Rückfallrisiko, d.h. das mögliche Wiederauftreten einer akuten Krankheitsphase. Mit diesem Problem sind insbesondere Mitarbeiter von Vermittlungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen, aber auch Arbeitgeber auf dem geschützten und dem freien Arbeitsmarkt konfrontiert. Darüber hinaus unterliegt die berufliche Leistungsfähigkeit psychisch Behinderter auch ohne akuten Rückfall oft starken krankheitsbedingten Schwankungen.

Bei geistig behinderten Menschen ist dagegen in der Regel eine Schulung bis zu einer individuellen Leistungsgrenze realisierbar. An dieser Leistungsgrenze orientieren sich nach Abschluß der Ausbildungszeit die beruflichen Möglichkeiten bei der Eingliederung ins Arbeitsleben. Das einmal erreichte Leistungsniveau bleibt in der Regel stabil, Leistungssteigerungen sind möglicherweise im Bereich der sozialen Kompetenz zu erlangen. Ähnlich stellt sich die Situation bei Körperbehinderten dar. So können körperliche Beeinträchtigungen häufig durch gezielte Schulung und eine behindertengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes gemildert oder ausgeglichen werden und damit ein langfristiger Rehabilitationserfolg erzielt werden.

Die Ausgangslage psychisch Kranker ist demgegenüber oft grundlegend verschieden. Problematisch ist dabei weniger die Situation der Patienten, die einmalig erkranken und anschließend ohne Beeinträchtigung in ihren früheren Beruf zurückkehren, als vielmehr die der chronisch Kranken mit immer wiederkehrenden Krankheitsepisoden. Die Mehrzahl dieser Patienten ist an einer Schizophrenie erkrankt, in geringerer Anzahl kommen die Diagnosen Depression, schwere Persönlichkeitsstörung oder schwere neurotische Störung vor. Krankheitsepisoden können einmal im Jahr für eine Dauer von zwei Monaten, aber auch alle zehn Jahre mit einer Dauer von zwei Jahren – jeweils mit oder ohne Residuum – auftreten. Dementsprechend komplex sind die Anforderungen an mögliche Rehabilitationsmaßnahmen. Vor allem kann jedoch ein einmal erzielter Rehabilitationserfolg nicht als dauerhaft gesichert angesehen werden, dieser ist vielmehr durch jede neue Krankheitsphase, teilweise bereits durch eine kurzfristige Krise aufs Neue gefährdet.

Demzufolge kann die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker nicht als festgelegte Abfolge aufeinander aufbauender Stufen verstanden werden. Gängige Modelle der Stufenplanung wie beispielsweise die von Ciompi (1989; vgl. Abb. 1) aufgestellte Arbeitsachse verleiten leicht zu der Auffassung, jeder Patient müsse die Abfolge auf die gleiche Weise durchlaufen um schließlich das Ziel der Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen.

Vielmehr ist es insbesondere bei der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker notwendig, daß die Übergänge zwischen den verschiedenen Arbeitsangeboten und Eingliederungsmaßnahmen durchlässig gestaltet werden, Patienten einzelne Stufen auslassen oder auch mehrfach durchlaufen können und daß letztlich das Rehabilitationsziel den Bedürfnissen und der Leistungsfähigkeit des einzelnen entspricht.

## Abbildung 1: Arbeitssituation

1. Keine Arbeit
2. Klinikinterne oder ambulante Ergotherapie
3. Klinikinterne oder ambulante Arbeitstherapie
4. Therapeutischer Arbeitsversuch/Praktikum
5. Berufliche Rehabilitation, Berufsfindung, Umschulung; geschützter Arbeitsplatz in der Werkstatt für Behinderte oder Zuverdienstfirma
6. Teilgeschützter/geförderter Arbeitsplatz auf dem zweiten Arbeitsmarkt
7. Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

(modifiziert nach Ciompi 1989)

Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit psychisch Kranker haben ergeben, daß diese nicht zwingend mit einer Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ansteigt, positiv wirkt sich vielmehr die Platzierung auf einem Arbeitsplatz mit einem der individuellen Leistungsfähigkeit angepaßten Anforderungsniveau aus. Kritisch zu hinterfragen ist daher, ob dem Ziel einer Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht häufig eher die Wertvorstellungen professioneller Helfer als die realen Bedürfnisse von Betroffenen zugrunde liegen.

Auf die Bedeutung einer den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechenden Wiedereingliederung weisen die Ergebnisse einer eigenen Feldstudie in Praxen niedergelassener Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktischer Ärzte hin, die unter anderem die Arbeitssituation chronisch psychisch kranker Patienten untersuchte, die nicht am psychiatrischen/psychosozialen Hilfesystem partizipieren (Welte 1995). Für alle aus der Zielgruppe der Untersuchung von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen war die bestehende Arbeitslosigkeit nach Einschätzung der behandelnden Ärzte mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden; vor diesem Hintergrund wurde eine (Wieder-)Eingliederung dieser Patienten in einem ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeitsfeld – dies war nach Auffassung der Ärzte in lediglich 25 % dieser Fälle der allgemeine Arbeitsmarkt – für notwendig erachtet.

Die dargestellte spezifische Problematik der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – Rückfallrisiko, langandauernde Rehabilitationsverläufe – führt zusammenfassend zu zwei zentralen Folgerungen: Berufliche Rehabilitation sollte sich zum einen innerhalb eines Gesamtkonzeptes vollziehen, das medizinische, soziale und berufliche Anteile gleichermaßen berücksichtigt, wie dies in neuen Konzeptionen für Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (vgl. 4.1) in Ansätzen realisiert wird. Zum zweiten ist die Schaffung gemeindenaher rehabilitativer Angebote entscheidend für den Rehabilitationserfolg, da nur damit der besonderen Bedeutung stabiler sozialer Bezüge und kontinuierlicher therapeutischer Beziehungen für den Personenkreis der psychisch Kranken Rechnung getragen werden kann. Die Relevanz gemeindenaher Hilfen wird auch bei der folgenden Betrachtung der verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen wiederholt deutlich werden.

## 3 Ergotherapie und Therapeutischer Arbeitsversuch als Maßnahmen der Rehabilitationsvorbereitung für psychisch Kranke

Die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker beginnt nicht erst nach der Entlassung aus stationärer Behandlung. Die Rückführung der Patienten in das Alltagsleben ist vom Tag der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik ein zentraler Gesichtspunkt der Therapieplanung. So wichtig in der akuten Krankheitsphase für eine gewisse Zeit der mit einer Entlastung von Alltagspflichten – zu denen auch die Arbeitstätigkeit gehört – verbundene Schutzraum der Klinik sein kann, so wichtig ist die frühzeitige Planung und Vorbereitung der Entlassung und der Wiedereingliederung. Dies gilt ebenso für die Behandlung kurzfristiger Krisen oder einmaliger psychischer Erkrankungen wie für die Behandlung von Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf. Die angewandten therapeutischen Maßnahmen und deren zeitliche Abfolge müssen dabei dem Einzelfall angepaßt sein und unterscheiden sich miteinander deutlich.

Die Vorbereitung beruflicher Rehabilitation ist jedoch nicht in jedem Fall mit der Entlassung aus der Klinik abgeschlossen. Häufig ist eine stationäre Behandlung nicht mehr indiziert, der Patient aber noch nicht in der Lage, ohne weitere vorbereitende Maßnahmen wieder am alten Arbeitsplatz tätig zu sein oder eine Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation aufzunehmen.

Sowohl im stationären wie auch zunehmend im ambulanten Bereich hat sich der Einsatz von Ergotherapie in diesem Zusammenhang bewährt. Im folgenden soll die Rolle der Ergotherapie und neuerer rehabilitationsvorbereitender Ansätze in der Behandlung psychisch Kranker im Überblick dargestellt werden.

### 3.1 Ergotherapie

Unter Ergotherapie sind die Begriffe Beschäftigungstherapie (BT) und Arbeitstherapie (AT) subsumiert. Beide Maßnahmen können unter stationären und ambulanten Bedingungen zum Einsatz kommen. Sie bilden bei psychischen Erkrankungen einen festen Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes im Rahmen stationärer Klinikaufenthalte. Im Rahmen ambulanter Versorgung werden sie je nach Bedarf ärztlich verordnet. Die Kosten werden – vergleichbar der krankengymnastischen Behandlung – von den Krankenkassen übernommen. Die Behandlung wird von Ergotherapeuten durchgeführt, die eine dreijährige Fachschulausbildung durchlaufen haben.

Insbesondere die Arbeitstherapie hat eine lange Tradition in der Behandlung psychisch Kranker und wurde schon in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts eingesetzt. Simon (1927) beschreibt in der Zeitschrift für Psychiatrie die Einführung der Arbeitstherapie und weist auf deren Beitrag zur Verbesserung des klinischen Milieus und zur Genesung der Patienten hin. Schon damals bestand die Schwierigkeit, geeignete Auftragsarbeiten für die Arbeitstherapie zu erhalten, was Simon zu einem Ausweichen auf Marktnischen veranlaßte. Arbeit und Beschäftigungsangebote stellten vor der Neuroleptikaära ein wesentliches Therapeutikum dar und haben diesen Stellenwert bis heute beibehalten bzw. noch ausgebaut. Während ursprünglich Arbeitstherapie vorrangig im landwirtschaftlichen Bereich, den klinikeigenen Handwerksbetrieben sowie im hauswirtschaftlichen Bereich durchgeführt wurde und damit auch einen elementaren Bestandteil des Selbstversorgungssystems der Großkliniken darstellte,

steht mittlerweile das therapeutische Element im Vordergrund; die Arbeitstherapie wird heute weitgehend von Fachkräften durchgeführt.

Ergotherapeutische Maßnahmen nehmen inzwischen neben psychotherapeutischen, pharmakotherapeutischen und soziotherapeutischen Anteilen einen festen Platz in der Behandlung psychisch Kranker ein. Darüber hinaus leisten sie einen wichtigen Beitrag zur diagnostischen Gesamteinschätzung und zur Verlaufsbeurteilung. Die Entwicklung der Arbeitstherapie in psychiatrischen Kliniken in den 80er Jahren wird im Überblick z.B. von Lehmann und Kunze (1987) dargestellt und kritisch gewürdigt.

Im klinischen Alltag wie auch im ambulanten Setting wird innerhalb der Ergotherapie zwischen den Bereichen Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie unterschieden; diese sind zwar nicht vollständig voneinander zu trennen, beinhalten aber doch unterschiedliche Schwerpunkte.

Die Beschäftigungstherapie stellt die Person des einzelnen Patienten in den Vordergrund. In den BT-Stunden geht es vor allem darum, daß der Patient wieder Zugang zur Beschäftigung mit einem Material findet. Es kommen hierbei die verschiedensten Materialien und Arbeitstechniken zum Einsatz, die je nach Neigung und/oder therapeutischer Zielsetzung ausgewählt werden (Malen, Arbeiten mit Textilien, Weben, Holzarbeiten, Tönen, Einführung in die Hausarbeit, Projektgruppen usw.). Beschäftigungstherapie bietet die Möglichkeit, sich mit realen Werkstücken auseinanderzusetzen, sich über ein Medium auszudrücken, wieder eigene Fähigkeiten zu entdecken und so Selbstbewußtsein aufzubauen. Sie fördert darüber hinaus Konzentrationsfähigkeit, Durchhaltevermögen und Kreativität; sie leistet ferner einen Beitrag zur Tagesstrukturierung. Als Teil einer stationären Behandlung findet Beschäftigungstherapie häufig in der Gruppe statt, so daß gleichzeitig zusätzliche Kontaktmöglichkeiten geschaffen werden.

Im ambulanten Rahmen findet Ergotherapie häufig als Einzeltherapie statt. Dies hat im wesentlichen organisatorische Gründe. Die Dichte von ambulanten Ergotherapiepraxen ist noch sehr gering, die angebotenen Möglichkeiten werden noch wenig genutzt. Unsere eigenen Erfahrungen mit dem gezielten Einsatz von ambulanter Ergotherapie insbesondere zur Überbrückung vor Aufnahme einer Rehabilitationsmaßnahme sind jedoch günstig.

Die Arbeitstherapie (AT) rückt gegenüber der Beschäftigungstherapie die Arbeit stärker in den Mittelpunkt. Ziel ist eine Annäherung an reale Arbeitsbedingungen. Entsprechend werden in der AT häufig Aufträge von externen Auftraggebern – meist einfache Aufgaben im Montagebereich – übernommen. Die Art der angebotenen Arbeit hängt stark von der regionalen Situation, der allgemeinen Konjunkturlage und den Kontakten der Mitarbeiter der Arbeitstherapie zu örtlichen Industrie- und Gewerbebetrieben ab.

In vielen Fällen sind klinikeigene Gärtnereien als Arbeitstherapeutische Einheiten gestaltet und mit entsprechenden Fachkräften ausgestattet.

Die Patienten erhalten in der Arbeitstherapie die Möglichkeit, ihre eigenen Fähigkeiten zu erproben und unter therapeutischer Begleitung ihre Leistungsfähigkeit zu trainieren; Grundvoraussetzungen für den Arbeitsalltag, wie Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit, können in diesem Zusammenhang eingeübt werden. Dabei auftretende Schwierigkeiten werden im Rahmen der Gesamtbehandlung aufgegriffen und bearbeitet.

Ambulante Arbeitstherapie wird häufig angegliedert an Werkstätten für Behinderte oder an Einrichtungen des zweiten Arbeitsmarktes angeboten. In Praxen niedergelassener Ergotherapeuten kann selten der Umfang und die Vielfalt an Arbeits- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden, wie sie zur Durchführung arbeitstherapeutischer Maßnahmen notwendig sind.

Zur Erweiterung der bisherigen Grundstrukturen von Arbeitstherapie werden derzeit modellhaft zwei unterschiedliche Ansätze erprobt. Zum einen bieten arbeitstherapeutische Einrichtungen der Kliniken ambulante Arbeitstherapie für nicht stationär behandlungsbedürftige Patienten an; diese Möglichkeit wird jedoch derzeit noch durch erhebliche rechtliche Probleme erschwert. Zum anderen werden Teile stationärer Arbeitstherapie an externe Betriebe angegliedert; dort führen innerhalb der betrieblichen Strukturen Arbeitstherapeuten der Klinik Arbeitstherapie für Patienten durch, die sich in stationärer Behandlung befinden. (vgl. Feischen 1995)

Ergotherapie ist damit einerseits eine Behandlungsmaßnahme und fällt damit zu Recht in die Kostenträgerschaft der Krankenkassen, sie ist aber andererseits auch ein zentraler Bestandteil der Rehabilitationsvorbereitung psychisch Kranker. Eine klare Abgrenzung z.B. zwischen Maßnahmen der klinischen Arbeitstherapie und Maßnahmen im Arbeitstrainingsbereich einer Werkstatt für Behinderte ist oft nur schwer möglich, die Übergänge sind fließend, die Belastbarkeit der Patienten – bei entsprechend intensiver flankierender Unterstützung im klinischen Kontext – nicht notwendigerweise unterschiedlich. Entscheidend ist der therapeutische oder rehabilitative Gesamtrahmen, in dem die Maßnahme stattfindet, durch diesen wird die Zuordnung zu Krankenbehandlung oder Rehabilitation bestimmt.

Die Bedeutung ambulanter Arbeitstherapie als rehabilitationsvorbereitende Maßnahme ist bisher kaum wissenschaftlich erforscht. Eine der wenigen Untersuchungen stellt die prospektive Studie von Eikermann und Reker (1996) dar. Die Autoren berichten von einer Nachuntersuchung an chronisch kranken Patienten/innen mit der Diagnose Schizophrenie bis drei Jahre nach ambulanter Arbeitstherapie. Weniger als die Hälfte dieser Patienten hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung, knapp 50 % lebten in einer betreuten Wohnform. Nach drei Jahren waren 19 % der Patienten stabil und dauerhaft auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert, 20 % zeigten einen wechselhaften Rehabilitationsverlauf auf dem ersten Arbeitsmarkt mit mehrfachem Stellenwechsel, 23 % waren dauerhaft in beschützten Arbeitsverhältnissen integriert, 22 % der Patienten blieben dauerhaft in der Arbeitstherapie, 16 % waren nach Beendigung der Arbeitstherapie dauerhaft beschäftigungslos. Angesichts der insgesamt als äußerst ungünstig eingeschätzten Prognose dieser Patientengruppe sind diese Ergebnisse ermutigend.

Als besonders bedeutsam erachten die Autoren den nahtlosen Übergang von der Arbeitstherapie in die berufliche Rehabilitation. Wesentliche Effekte der ambulanten Arbeitstherapie sind den Ergebnissen dieser Studie zufolge die erhöhte Belastbarkeit am Arbeitsplatz, eine signifikante Reduktion der psychiatrischen Hospitalisierungen sowie insgesamt eine Stabilisierung des psychischen Befindens.

### 3.2 Der therapeutische Arbeitsversuch

Eine weitere Möglichkeit der Rehabilitationsvorbereitung noch während stationärer oder teilstationärer Behandlung

(oder auch in Phasen der Arbeitsunfähigkeit während einer ambulanten Behandlung) stellt der therapeutische Arbeitsversuch dar.

Diese Maßnahme wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie vom Sozialdienst der Klinik eingeführt und seit 1990 modellhaft durchgeführt.

Hinter dem Begriff des therapeutischen Arbeitsversuches verbergen sich verschiedene Maßnahmen, gemeinsam ist ihnen, daß noch während der stationären Behandlung die Patienten in einem regulären Betrieb einen Arbeitsversuch im Sinne einer Belastungserprobung unternehmen.

Geschieht dies an der vorherigen Arbeitsstelle des Patienten, so bildet die Maßnahme den ersten Schritt einer stufenweisen Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz.

Wesentlich häufiger wird der therapeutische Arbeitsversuch jedoch als Trainingsmaßnahme eingesetzt. In diesem Fall dient er dazu, den Patienten innerhalb des geschützten Rahmens einer klinischen Behandlung die Teilnahme an einer am beruflichen Alltag orientierten Tätigkeit zu ermöglichen, sich dabei dem Arbeitsleben wieder oder erstmals anzunähern und die eigene Belastbarkeit zu erproben. Gelegentlich werden kurze Arbeitsversuche in verschiedenen Betrieben durchgeführt, wenn es darum geht, Patienten einen ersten Eindruck von verschiedenen Berufsfeldern zu vermitteln. Auf diese Erfahrungen kann dann im Rahmen der Rehabilitations- oder Ausbildungsplanung zurückgegriffen werden. Die an der Maßnahme Beteiligten werden von den Mitarbeitern des Kliniksozialdienstes betreut (zur Organisation vgl. Schnaidt 1994). Die Erfahrungen der Patienten am Arbeitsversuchsplatz werden in den therapeutischen Gesprächen aufgegriffen.

Innerhalb des Gesamtbehandlungsplanes hat sich der therapeutische Arbeitsversuch mittlerweile fest etabliert (vgl. Längle et al. 1996). In einer Mitarbeiterbefragung (Pflegepersonal, ärztlicher Dienst, Sozialdienst) gaben 100 % der Mitarbeiter an, sie hielten den TAV generell für sinnvoll, 98 % halten ihn für einen wesentlichen Bestandteil der Gesamtbehandlung bei den betroffenen Patienten. Immerhin 45 % der Mitarbeiter sind der Ansicht, daß der therapeutische Arbeitsversuch im Therapieangebot der Klinik eine wichtige Rolle spielt. 90 % der Befragten halten es für unproblematisch, den TAV in den üblichen Stationsalltag zu integrieren. Eine breite Mehrheit spricht sich für den Ausbau dieser Maßnahme aus, nur 17 % halten die bestehende Zahl an Arbeitsversuchsplätzen für ausreichend.

Das Modell des therapeutischen Arbeitsversuchs wird derzeit in einer prospektiven Studie wissenschaftlich evaluiert. Erste Ergebnisse einer vorbereitenden Pilotstudie (Mayenberger 1997) liegen bereits vor:

Die ersten 40 Patienten, die einen therapeutischen Arbeitsversuch (TAV) aufnahmen (dies waren im allgemeinen Patienten, die an einer langwierigen Erkrankung leiden), wurden im Durchschnitt ein Jahr später interviewt. Nur 15 % von ihnen waren als Schwerbehinderte anerkannt, die anderen planten eine solche Beantragung nicht. 87 % nahmen zum Interviewzeitpunkt regelmäßig Medikamente ein. Bezüglich des TAV gaben 71 % an, er habe ihnen Spaß gemacht, 83 % fühlten sich am Arbeitsversuchsplatz wohl. Ebenso hoch war die Zufriedenheit mit der Anleitung sowie mit dem Maß der Anforderung am TAV-Platz. 74 % sahen sich nach dem TAV in der Lage zu beurteilen, wie sie den Belastungen im Arbeitsalltag gewachsen wären.

Auch ein Jahr nach Abschluß der Maßnahme waren zwei Drittel der Meinung, ihre Belastbarkeit nach dem TAV richtig eingeschätzt zu haben. Mehr als die Hälfte der Patienten konnte sich nach dem TAV bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit besser einschätzen, 68 % gaben an, der TAV habe sie zuversichtlich gemacht, wieder eine Arbeitsstelle zu finden. Der Wunsch, bald wieder zu arbeiten, wurde bei 73 % durch die Maßnahme gesteigert. Drei Viertel der Patienten hatten Angst vor einem Wiedereinstieg in das Arbeitsleben, bei 67 % von diesen hat der TAV dazu beigetragen, diese Angst abzubauen. Daneben geben je ca. 75 % der Patienten an, der TAV habe ihre Konzentrationsfähigkeit, ihre Arbeitsgeschwindigkeit und ihr Durchhaltevermögen verbessert. Ein großer Teil der Patienten sah einen positiven Zusammenhang zwischen dem TAV und dem eigenen Gesundheitszustand; während des TAV selbst hatte allerdings nur die Hälfte der Teilnehmer das Gefühl, Mitarbeiter und nicht Patient zu sein.

Diese Zahlen stellen keine „harten“ wissenschaftlichen Daten dar, sie geben vielmehr die subjektive Einschätzung der betroffenen Patienten wieder. Es wird jedoch deutlich, daß rehabilitationsvorbereitende Maßnahmen noch während stationärer Behandlung von den beteiligten Patienten geschätzt werden und die Hemmschwelle vor der Rückkehr ins Arbeitsleben senken.

#### **4 Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker**

Im außerklinischen komplementären Bereich entwickelten sich in den vergangenen Jahren eine Reihe verschiedenster Arbeits- und Beschäftigungsformen für chronisch kranke und behinderte Menschen; im folgenden werden Maßnahmen und Einrichtungen dargestellt, denen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker eine besondere Bedeutung zukommt.

##### **4.1 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)**

Im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung wurde ein Anforderungsprofil für Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte – kurz RPK – entwickelt. In der Empfehlungsvereinbarung aus dem Jahr 1987 wird die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger, der Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen dieser Einrichtungen geregelt.

RPK stellen eine deutliche Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten dar, sie sind ein wichtiger Schritt in Richtung der Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken. Sie bieten in einem stationären Setting sowohl Maßnahmen der medizinischen als auch der beruflichen Rehabilitation, verbunden mit begleitender psychosozialer Betreuung.

Die medizinische Rehabilitation beinhaltet die Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, therapeutische Einzelgespräche sowie die psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsberatung, Beschäftigungstherapie und Belastungserprobung, ferner psychiatrische Krankenpflege und bewegungstherapeutische Angebote. Je nach Einzelfall kann die medizinische Phase bis zu einem Jahr dauern, Kostenträger sind die Krankenkassen oder die Rentenversicherungsträger.

Die berufliche Rehabilitation umschließt eine Reihe unterschiedlicher Maßnahmen, die teilweise in den Werkstätten der

RPK angeboten werden, teilweise in Kooperation mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes oder anderen Rehabilitationseinrichtungen erfolgen. Im einzelnen sind folgende Maßnahmen zu nennen: Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung, berufliche Anpassungsmaßnahmen sowie Maßnahmen im Rahmen des Eingangsverfahrens und im Arbeitstrainingsbereich in anerkannten Werkstätten für Behinderte.

Kostenträger können der Rentenversicherungsträger oder das Arbeitsamt sein. Es ist noch offen, welche Auswirkungen die aktuellen Änderungen im Arbeitsförderungsgesetz auf die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation in RPK haben werden.

Bereits in der Empfehlungsvereinbarung wird die Notwendigkeit der gemeindenahen Versorgung betont. Gemeindennähe ist in zweierlei Hinsicht von zentraler Bedeutung: Zum einen können dadurch Kontakte des Rehabilitanden zu seinem sozialen Umfeld erhalten bleiben, zum anderen kann dadurch eine effektive Nachsorge, die eine genaue Kenntnis der regionalen Versorgungslandschaft und eine enge Kooperation mit den beteiligten Institutionen erfordert, sichergestellt werden.

Der Forderung nach einer gemeindenahen Schaffung von RPK-Plätzen wurde beispielsweise in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren verstärkt Rechnung getragen. Nachdem die ersten 50 Plätze noch in einer gesonderten Einrichtung realisiert wurden, konnten weitere 60 Plätze an sechs bereits bestehende Einrichtungen angegliedert und damit ein Beitrag zur gemeindenahen Versorgung in den jeweiligen Regionen geleistet werden.

#### **4.2 Berufliche Trainingszentren (BTZ)**

Einen weiteren spezialisierten Baustein zur Wiedereingliederung stellen die beruflichen Trainingszentren – kurz BTZ – dar, die allerdings im Gegensatz zu den RPK nicht flächendeckend eingerichtet werden sollen, sondern jeweils unter regionalen Gesichtspunkten entstanden sind. Als erstes wurde Ende der 70er Jahre von der Stiftung Rehabilitation Heidelberg das BTZ Wiesloch eingerichtet. Zur Zeit gibt es fünf BTZ in Deutschland (vgl. BMG 1996), ob noch weitere entstehen werden, ist angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Situation fraglich.

Ziel dieser Einrichtungen ist es, die Rehabilitanden wieder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln, sie auf eine Ausbildung oder Umschulung vorzubereiten, indem Berufswünsche und Qualifikationen mittels der Berufsfindung oder Arbeitserprobung abgeklärt werden. Hierbei kommt es auf die speziellen Bedürfnisse von psychisch Kranken ausgerichtetes Rehabilitationskonzept zum Einsatz.

In BTZ werden Rehabilitationsmaßnahmen in verschiedenen Berufsfeldern angeboten, wie etwa im kaufmännischen Bereich, im Dienstleistungs- und im gewerblich-technischen Bereich.

Innerhalb dieser Berufsfelder stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung: Eine einjährige Anpassungsqualifizierung soll der Wiedereingliederung von Personen dienen, die bereits über berufliche Erfahrungen verfügen. Eine sechs- bis zwölfmonatige berufliche Vorbereitungsmaßnahme soll vorbereitend für eine Ausbildung fachliche, methodische und soziale Grundlagen vermitteln. Ferner angeboten werden Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung im Kurssy-

stem mit einer Dauer von drei Monaten und einer maximalen Teilnehmerzahl von 10 Personen.

Jeder Teilnehmer wird während der Maßnahmen von einem Arbeitstherapeuten begleitet, der mit ihm das Trainingsprogramm entwirft und der bei Schwierigkeiten im Arbeitsbereich zur Verfügung steht. Daneben stehen Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich als Ansprechpartner bei persönlichen Problemen zur Verfügung; diese Mitarbeiter bieten gegebenenfalls Paar- und Familiengespräche an, sie begleiten ferner das Zusammenleben im Wohnbereich. Ziel der psychosozialen Begleitung ist es, Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Rehabilitanden zu fördern.

Als Kostenträger für Maßnahmen in beruflichen Trainingszentren treten die Rentenversicherungsträger oder die Arbeitsämter ein.

#### **4.3 Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke (BBW/BFW)**

Berufsbildungswerke – BBW – wurden für die Erstausbildung zumeist jugendlicher Behinderter eingerichtet. Die BBW bieten darüber hinaus vielfach einjährige Vorbereitungsmaßnahmen, Arbeitserprobungen und Berufsfindungsmaßnahmen an. Anders als in den Berufsförderungswerken findet in den Bereichen Wohnen und Freizeit eine pädagogische Begleitung statt.

In der Regel entspricht die Dauer der angebotenen Ausbildungsgänge der von dreijährigen Regelausbildungen. Im Regelfall werden die Kosten vom Arbeitsamt übernommen.

BBW haben häufig einen sehr großen überregionalen Einzugsbereich, die Kooperation mit vor- bzw. nachbehandelnden Institutionen kann daher nicht gewährleistet werden, was zu negativen Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg führen kann.

Berufsförderungswerke – kurz BFW – sind überbetriebliche und überregionale Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation Erwachsener. Ihr Angebot richtet sich an Personen, die in der Regel vor ihrer Erkrankung berufstätig waren und aufgrund krankheits- oder behinderungsbedingter Einschränkungen Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen benötigen. Vorrangig werden Bildungsmaßnahmen in anerkannten Berufsfeldern mit entsprechendem Abschluß angeboten, die Ausbildungszeit ist – anders als in den BBW – auf 2 Jahre verkürzt. Neben den genannten Angeboten werden auch Maßnahmen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung durchgeführt. Ziel ist eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

BFW sind ursprünglich in erster Linie zur Rehabilitation Körperbehinderter konzipiert, es vollzieht sich erst eine allmähliche Öffnung für den Personenkreis der psychisch Kranken. Nach einer vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1993) herausgegebenen Übersicht nehmen 16 der 28 BFW – zum Teil nach Einzelförderung – auch psychisch Behinderte auf. Einrichtungen, die einen Schwerpunkt auf die Versorgung dieser Personengruppe legen und über eine dementsprechende Ausstattung verfügen – leistungsstarker ärztlicher und psychologischer Dienst, psychiatrische und psychotherapeutische Angebote – haben häufig lange Wartezeiten, was den Bedürfnissen psychisch Kranker zuwiderläuft und sich kontraproduktiv auf den Rehabilitationsverlauf auswirkt.

Die den BFW angegliederten Internate bieten für die Mehrzahl der psychisch Kranken keine adäquate Wohnform; ge-

eignet wären wohngruppenartig strukturierte Wohnformen mit entsprechender psychosozialer Betreuung. Aufgrund der überregionalen Einzugsbereiche haben jedoch die wenigsten psychisch kranken Rehabilitanden die Möglichkeit, ein BFW in der Nähe ihres bisherigen Wohnorts zu besuchen, wodurch die häufig ohnehin schwierige Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zusätzlich erschwert wird.

#### 4.4 Werkstätten für Behinderte (WfB)

Die Werkstatt für Behinderte – WfB – wurde ursprünglich als Beschäftigungsangebot für geistig Behinderte konzipiert, was die strukturellen Merkmale dieser Einrichtungen mitunter wesentlich bestimmt; geistig Behinderte stellen dementsprechend in der Bundesrepublik mit ca. 80 - 85 % den größten Anteil der Beschäftigten in den WfB, psychisch Behinderte machen nur einen Anteil von etwa 5 - 10 % aus (vgl. Seyfried 1991). Derzeit werden vermehrt WfB speziell für die Zielgruppe der psychisch Behinderten eingerichtet, organisatorisch zwar häufig an WfB für geistig Behinderte angegliedert, jedoch meist räumlich und in der Präsentation nach außen als eigenständige Einheiten realisiert.

WfB sind gegliedert in einen Eingangs- und Arbeitstrainingsbereich und einen Produktionsbereich; meist werden einfache Tätigkeiten in den Bereichen Montage, Konfektionierung und Verpackung ausgeführt, vereinzelt bestehen Angebote im EDV- oder Dienstleistungsbereich.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation im Eingangs- und Arbeitstrainingsbereich werden für eine Dauer von maximal zwei Jahren bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen durch die Rentenversicherungsträger oder bei anerkannter Schwerbehinderung durch das Arbeitsamt finanziert.

Im Produktionsbereich stehen für Personen, die noch nicht wieder oder nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten können, geschützte Arbeitsplätze zur Verfügung. Die Beschäftigungsdauer ist in diesem Bereich zeitlich nicht befristet, Kostenträger sind die überörtlichen Sozialhilfeträger. Die Beschäftigten im Produktionsbereich erhalten ein leistungsbezogenes Entgelt (derzeit zwischen 150,- und 700,- DM im Monat); sie haben nicht den arbeitsrechtlichen Status von Arbeitnehmern, es werden jedoch Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung geleistet und dadurch Ansprüche auf die entsprechenden Versorgungsleistungen gesichert.

Für eine Ausrichtung von WfB auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch Behinderter sind vor allem zwei Faktoren von zentraler Bedeutung: Zum einen ist – neben einer quantitativ ausreichenden Personalausstattung – die Qualifikation der Mitarbeiter für die Arbeit mit psychisch kranken Rehabilitanden entscheidend; Aus- und Weiterbildung spielen dabei ebenso eine Rolle wie regelmäßige Supervision. Zum anderen ist es wichtig, daß die WfB ein möglichst breitgefächertes Spektrum an Arbeitstrainings- und Beschäftigungsmöglichkeiten in verschiedenen Arbeits- und Berufsfeldern anbieten kann, das sich über die allgemein üblichen Möglichkeiten hinausgehend auch auf den handwerklich-technischen, den Verwaltungs- und den Dienstleistungsbereich erstreckt.

Die Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der WfB sollten eine mögliche (Wieder-) Eingliederung der Rehabilitanden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt immer mit im Blick haben. Dazu beitragen können Praktika in externen Betrieben noch während der Maßnahme in der WfB und eine regelmäßige Reflexion der Entwicklung der Beschäftigten hinsichtlich ihrer für das Arbeitsleben relevanten Fähigkeiten.

Um einen Wechsel von der WfB auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten und zu realisieren, ist eine individuelle Förderung der in Frage kommenden Personen ebenso entscheidend wie intensive Kontakte zu potentiellen Arbeitgebern und eine enge Kooperation zu nachbetreuenden ambulanten Diensten. WfB mit einer speziellen Ausrichtung auf die Zielgruppe der psychisch Behinderten werden häufig mit relativ geringen Platzzahlen realisiert, insofern bietet sich hier die Möglichkeit, wohnortnahe Angebote eng mit dem regionalen Gesamtversorgungssystem für psychisch Kranker zu vernetzen.

#### 4.5 Selbsthilfefirmen, Firmen des zweiten Arbeitsmarktes

Selbsthilfefirmen bieten im Rahmen sozialversicherungs-pflichtiger Beschäftigungsverhältnisse tariflich entlohnte Arbeitsplätze für psychisch Kranke an. Es handelt sich dabei in der Regel um Dauerarbeitsplätze, jedoch sind auch befristete Arbeitsverhältnisse möglich. Die Beschäftigten haben regulären Arbeitnehmerstatus, neben behinderten werden auch nichtbehinderte Arbeitnehmer – Verhältnis etwa 3:2 (vgl. BMAS 1993) – beschäftigt; dies dient zum einen der ökonomischen Stabilität der Firmen, ist darüber hinaus aber auch mit integrativen Aspekten verbunden.

Die Personalkosten müssen durch die eigene Produktion erwirtschaftet werden, der Einsatz von Fachkräften zur psychosozialen Betreuung wird vom Sozialhilfeträger bezuschußt. Der einzelne Arbeitnehmer kann Förderung auf der Grundlage des Arbeitsförderungsgesetzes oder des Schwerbehindertengesetzes erhalten.

Die Gründung von Selbsthilfefirmen wird gelegentlich von der Deutschen Behindertenförderung „Aktion Sorgenkind“ unterstützt, um die anfallenden Personal- und Sachkosten in einer Anfangsphase zu decken. Ein Problem stellt häufig die Fremdfinanzierung des notwendigen Betriebskapitals dar; in diesem Bereich besteht die Möglichkeit, Investitionskostenzuschüsse oder Darlehen von den Hauptfürsorgestellen zu erhalten.

In der Bundesrepublik gab es nach telefonischer Auskunft der FAF e.V. (Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen und Firmengründungen e.V.) Anfang 1997 etwa 150 Selbsthilfefirmen. Es handelt sich in der Regel um Betriebe in Form einer GmbH oder in Trägerschaft eines gemeinnützigen eingetragenen Vereines. Sie bieten ein breites Spektrum von unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern an, in der Metallbranche, dem Einzelhandel oder der Gastronomie.

Selbsthilfefirmen müssen den Erfordernissen des Marktes und den Bedürfnissen ihrer behinderten Beschäftigten gleichermaßen gerecht werden; um dies leisten zu können, ist der Einsatz von Mitarbeitern notwendig, die über Kompetenzen sowohl im psychiatrischen/psychosozialen Bereich als auch hinsichtlich betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Fähigkeiten verfügen.

Der Terminus Selbsthilfefirma impliziert, daß es sich dabei um Initiativen Betroffener handelt. Es sind aber meist professionelle Helfer, die diese Firmen ins Leben rufen, um Arbeitsplätze für ihre Klientel zu schaffen. Begriffe wie „Firma für psychisch Kranke“ oder „Integrationsfirma“ konnten sich jedoch gegenüber der Bezeichnung Selbsthilfefirma nicht durchsetzen.

Unter der Bezeichnung „Firmen des zweiten Arbeitsmarktes“ werden Betriebe subsumiert, die Arbeitsplätze für Behinderte, Langzeitarbeitslose und andere schwervermittelbare Per-

sonengruppen vorhalten. Die Beschäftigungsverhältnisse beruhen in der Regel auf einer einzelfall- und maßnahmeorientierten Projektfinanzierung, sie sind daher meist auf ein bis zwei Jahre befristet und werden häufig untertariflich entlohnt; die begleitende Betreuung der Beschäftigten wird durch das Arbeitsamt, die Rentenversicherungsträger oder aus Projektmitteln des Bundes oder der Europäischen Gemeinschaft finanziert.

#### 4.6 Zuverdienstangebote

Zuverdienstangebote stellen für berentete Personen und Empfänger von Sozialhilfe eine Möglichkeit dar, im Rahmen einer „geringfügigen Beschäftigung“ einer Tätigkeit mit primär tagesstrukturierendem und damit ggf. rückfallverhütendem Effekt nachzugehen und dabei „etwas dazuzuverdienen“. Räumlich können diese Angebote an einer WfB, an Tagesstätten und Kliniken oder an Selbsthilfefirmen angegliedert sein; vereinzelt bestehen auch spezielle Zuverdienstfirmen.

Infolge der unzureichend abgesicherten Finanzierungsmöglichkeiten gibt es nur wenige derartige Angebote. Es gibt für diese Form von Beschäftigungsangeboten keine generelle Förderpraxis. Es muß jeweils im Einzelfall abgeklärt werden, welche personenbezogenen Fördermöglichkeiten in Frage kommen – als Kostenträger können dabei Sozialhilfeträger, Arbeitsamt, Rentenversicherungsträger oder Hauptfürsorgestellen eintreten; häufig muß auf andere Quellen zurückgegriffen werden (Europäischer Sozialfond, Stiftungen, Spenden etc.). (Zur Bedeutung von Zuverdienstfirmen vgl. Dörner 1995.)

#### 4.7 Gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften, Arbeitnehmerüberlassung

Die Integration psychisch Kranker und Behinderter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über den „Umweg“ einer gemeinnützigen Beschäftigungsgesellschaft stellt eine bislang vergleichsweise wenig eingesetzte Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation dar, die bisherigen Erfahrungen sind ausgesprochen heterogen.

Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden zwei Modellprojekte in unterschiedlich strukturierten Regionen gefördert (vgl. BMG 1995). Psychisch kranke Arbeitnehmer wurden bei gemeinnützigen Beschäftigungsgesellschaften angestellt; diesen kam die Aufgabe der Vermittlung zu. Mit Firmen des freien Arbeitsmarktes wurden Leihverträge abgeschlossen, die Risiken einer Festanstellung entfielen auf diese Weise. Ziel war jedoch langfristig die dauerhafte Übernahme von Beschäftigten durch die jeweiligen Firmen.

Ein zentrales Problem im Rahmen dieser Projekte stellte die Akquisition einer ausreichenden Zahl von Arbeitsplätzen einerseits und die gleichzeitige Bereitstellung geeigneter Beschäftigter für potentielle Anstellungsfirmen andererseits dar. Sofern bei den Gesellschaften Beschäftigte nicht weitervermittelt werden konnten, führte das zu erheblichen finanziellen Belastungen, da die laufenden Lohnkosten nicht refinanziert wurden.

Nach Ablauf der Modellphase konnten keines der beiden Modelle weitergeführt werden, da ohne die Projektfinanzierung keine ausreichenden Einkünfte zur Verfügung standen.

Eine erfolgversprechende Form der Arbeitnehmerüberlassung wird von der Initiative zur Förderung von Arbeitsplätzen für psychisch Kranke Heidelberg/Rhein-Neckar e.V. - IFA – praktiziert. Die IFA stellt psychisch Kranke in tarifli-

che entlohnte und sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse ein und verleiht diese an externe Betriebe. Neben der Arbeitnehmerüberlassung betreibt die IFA eine Selbsthilfefirma, in der Beschäftigte in Phasen, in denen kein Verleih an einen Betrieb außerhalb möglich ist, arbeiten können; dadurch werden finanzielle Ausfälle durch nicht refinanzierbare Lohnkosten vermieden. (vgl. Floß 1995)

#### 5 Ambulante Hilfen zur Wiedereingliederung und zum Erhalt von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Im Rahmen der (Wieder-)Eingliederung psychisch Behinderter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und zur Stabilisierung bestehender Beschäftigungsverhältnisse behinderter Arbeitnehmer nehmen die von den Hauptfürsorgestellen eingerichteten und aus Mitteln der Ausgleichsabgabe finanzierten ambulanten Fachdienste eine zentrale Rolle ein.

Zur Wiedereingliederung von Patienten, die vor ihrer Erkrankung berufstätig waren bzw. zur Unterstützung berufstätiger Behinderter dienen die Psychosozialen Dienste (PSD, in Baden Psychosoziale Beratungsstellen genannt). Die Zahl dieser Dienste stieg in Deutschland von 58 im Jahr 1989 auf ca. 250 im Jahr 1992 an (vgl. BMG 1996); die Dienste sind zum Teil direkt bei den Hauptfürsorgestellen angesiedelt, teilweise werden die Aufgaben an freie Träger delegiert, häufig an solche, die auch in anderen Bereichen der beruflichen Rehabilitation tätig sind. Das Angebot der PSD ist schwerpunktmäßig für die berufliche Stabilisierung sozialversicherungspflichtig beschäftigter psychisch Behinderter konzipiert, bezogen auf die Gesamtzahl der Klienten in psychosozialer Betreuung beträgt der Anteil der psychisch Behinderten etwa zwei Drittel (BMG 1996). Der Tätigkeitsschwerpunkt liegt auf der Begleitung der Beschäftigten am Arbeitsplatz, der Beratung von Arbeitgebern sowie der Vermittlung in Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzten. Im Falle eines Arbeitsplatzverlustes ist eine Weiterbetreuung durch den PSD im Hinblick auf eine erneute Vermittlung für längstens sechs Monate möglich, danach endet die Zuständigkeit des Dienstes.

Uneinheitlicher stellt sich derzeit noch die Situation hinsichtlich der Hilfen zur (erstmaligen) Eingliederung arbeitssuchender Behinderter dar; die in diesem Bereich eingesetzten Mittel unterscheiden sich je nach zuständiger Hauptfürsorgestelle mitunter erheblich (vgl. BMG 1996). In Baden-Württemberg wurden Fachdienste zur Eingliederung Behinderter bzw. Integrationsdienste in einem Modellprojekt erprobt und werden auf dieser Grundlage flächendeckend eingeführt. Die Ergebnisse aus den Modellregionen sind ermutigend (vgl. Floß 1995), auch in diesem Bereich hat sich eine enge Koppelung der Dienste an bereits bestehende berufsfördernde oder berufsbegleitende Hilfen als sinnvoll erwiesen. Im Badischen Landesteil wurde im Rahmen des Modellversuchs der ambulante Integrationsdienst an eine Firma für psychisch Kranke angegliedert, dabei konnten eigene Erfahrungen mit der Beschäftigung psychisch Behinderter eingebracht werden, was insbesondere in der Argumentation gegenüber potentiellen Arbeitgebern hilfreich war. Für die flächendeckende Einführung von Integrationsdiensten wird eine organisatorische Anbindung an die Psychosozialen Dienste angestrebt, um die hier vorhandenen Erfahrungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation und bestehende Kontakte zu Arbeitgebern nutzen zu können.

Sowohl für die PSD als auch für die Integrationsdienste ist die Einbindung in ein regionales Netz berufsfördernder und psy-

chosozialer Hilfen ebenso wie eine genaue Kenntnis der regionalen Wirtschaftslage und intensive Kontakte zu örtlichen Betrieben seitens der Fachkräfte ein entscheidendes Kriterium für effizientes Arbeiten.

Gerade unter Berücksichtigung der allgemeinen Arbeitsmarktsituation, die eine erfolgreiche Vermittlung Behinderter und deren langfristige Integration auf dem freien Arbeitsmarkt zunehmend schwierig macht, ist zu erwarten, daß den skizzierten ambulanten Hilfen künftig eine besondere Bedeutung im Gesamtsystem der beruflichen Rehabilitation zukommen wird.

## 6 Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen

### 6.1 Die Problematik der Effizienzmessung

Die Frage nach der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen ist für Patienten, Therapeuten und Kostenträger gleichermaßen wichtig. Die Beantwortung erscheint auf den ersten Blick einfach. Im Gegensatz zur medizinischen und sozialen Rehabilitation scheint es unproblematisch, Erfolgskriterien für eine gelungene berufliche Rehabilitation festzulegen: Wer Arbeit gefunden hat, konnte erfolgreich rehabilitiert werden, bei den anderen war die Rehabilitationsmaßnahme vergeblich. Wie oben bereits festgestellt, läßt sich diese einfache Gleichsetzung von Arbeitsplatz und Rehabilitationserfolg bei psychisch Kranken und Behinderten nicht anwenden. Der Rehabilitationserfolg kann immer nur individuell auf den jeweiligen Patienten bezogen eingeschätzt werden, in Abhängigkeit von seiner Ausgangslage und der aktuellen Gesundheitssituation. Das Durchhalten einer Arbeitstrainingsmaßnahme in der WfB kann dann ein ebenso bedeutsamer Rehabilitationserfolg sein, wie die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

In dem Maße, wie Angebote beruflicher Rehabilitation für psychisch Kranke in den späten 70er Jahren, vor allem aber in den 80er Jahren ausgebaut wurden, wuchs das Interesse an der Evaluation der Rehabilitationsmaßnahmen. Bis heute fehlt jedoch eine allgemein anerkannte Methodik zur Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei psychisch Kranken. Gründe hierfür sind das Fehlen eines einheitlichen Zielkriteriums, die Vielfalt der angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen mit ihren jeweiligen spezifischen Rahmenbedingungen sowie die Verschiedenheit der Rehabilitanden hinsichtlich ihrer persönlichen Voraussetzungen. Entsprechend sind die in der Literatur veröffentlichten Ergebnisse nur schwer vergleichbar. Dies ist bei der folgenden Darstellung einschlägiger Forschungsergebnisse besonders zu berücksichtigen.

Zur Beurteilung rehabilitativer Maßnahmen muß auf die Ergebnisse einzelner Studien zurückgegriffen werden, da in Deutschland bislang keine einheitliche Basisdokumentation in diesem Bereich etabliert werden konnte. Die Daten verschiedener Institutionen wie der Bundesanstalt für Arbeit, der Rentenversicherungsträger, der Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation oder des Bundesministeriums für Gesundheit sind für einzelne Fragestellungen zu nutzen, ermöglichen aber keine umfassende Einschätzung der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker (vgl. BMG 1996).

Ein Vergleich mit anderen Behindertengruppen oder schwer auf dem Arbeitsmarkt vermittelbaren Personengruppen ist kaum möglich. Die formal eingeführte Gleichbehandlung psychisch Behinderter mit Körperbehinderten ist in der Praxis nicht umgesetzt. Wenn verschiedene Gruppen von Reha-

bilitanden in derselben Einrichtung und vom selben Geldgeber gefördert werden, geraten psychisch Kranke häufig ins Abseits. Aus Zahlen der Bundesanstalt für Arbeit von 1994 geht hervor, daß der prozentuale Anteil von Rehabilitanden mit psychischer Behinderung je nach Art der geförderten Maßnahme weit über bzw. unter dem Durchschnittswert aller Absolventen einer Maßnahme liegt. So finden sich psychisch Behinderte beispielsweise überproportional häufig in Maßnahmen in Werkstätten für Behinderte, unterdurchschnittlich repräsentiert sind sie in Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung.

### 6.2 Empirische Daten

Der Zugang zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen stellt eine Hürde dar, die besonders für psychisch Kranke schwer zu nehmen ist. Obgleich sich die Situation gegenüber den frühen 80er Jahren gebessert hat – damals durchlief nur ein kleiner Teil der an einer Schizophrenie Erkrankten vor der Berentung eine Rehabilitationsmaßnahme – werden dennoch Menschen, die an einer Psychose leiden, noch immer häufiger ohne vorherigen Rehabilitationsmaßnahme frühberentet, als dies bei anderen Diagnosegruppen der Fall ist. Rössler (BMG 1996) berichtet, daß nach Angaben der Rentenversicherer im Jahr 1991 – bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der frühberenteten Personen – an einer Psychose erkrankte Menschen in rund 67 % der Fälle ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahme berentet wurden, bei allen übrigen Diagnosegruppen waren dies im Durchschnitt lediglich 52 %.

Vor diesem Hintergrund besteht ein hoher Forschungsbedarf, wie berufliche Rehabilitation für psychisch Kranke effektiv gestaltet werden kann. Der aktuelle Kenntnisstand ist noch unbefriedigend.

In der Literatur wird ausführlich auf die ausgeprägten methodischen Schwierigkeiten hingewiesen, die bei der Evaluation einer rehabilitativen Maßnahme im Arbeitsbereich bestehen (z.B. Eikelmann 1987, Weis 1990). Insbesondere die Vielfalt der auf den Krankheits- und Rehabilitationsverlauf einwirkenden Variablen erschwert eine Beurteilung einer Therapiemaßnahme (ausführlich diskutiert z.B. in Hermer 1995). Bei der Untersuchung der beruflichen Rehabilitation sind nicht nur Patienten- und Therapievariablen sowie Einflüsse des sozialen Umfeldes zu beachten, sondern darüber hinaus die Arbeitsmarktsituation sowie arbeitsmarktpolitische Vorgaben, die oft einem raschen Wechsel unterworfen sind.

Es existiert eine Fülle von Einzeluntersuchungen, die über ausgewählte Maßnahmen an einer – meist kleinen – Gruppe von Patienten berichten. Die untersuchten Zeiträume variieren stark, ebenso die Zusammensetzung der Patienten und die Art der Maßnahmen. Die Untersuchungen sind so wenig vergleichbar, daß sie in Übersichtsarbeiten kaum sinnvoll zusammengefaßt werden können.

Die Ergebnisse weichen stark voneinander ab. Ciompis Zusammenstellung von Untersuchungen aus der Schweiz, Deutschland, England und den USA (Ciompi 1989) weist Eingliederungsquoten von 39 - 77 % auf. Auch Rittmannsberger (1993) berichtet über eine Spannweite von 23 - 71 % gelungener beruflicher Eingliederung. Er setzt sich ausführlich mit der methodischen Problematik von Evaluationsstudien im Bereich beruflicher Rehabilitation auseinander.

In einer Übersichtsarbeit identifiziert Weis (1990) eine Reihe von Prognosekriterien für eine günstig verlaufende berufliche

Rehabilitation. Dabei gibt es zwischen den verschiedenen Studien Übereinstimmungen aber auch zahlreiche Widersprüche. Als positive Prognosekriterien fanden sich häufig: eine gute berufliche Integration vor Ausbruch der Erkrankung, eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine gute soziale Integration; früher Erkrankungsbeginn, chronischer Verlauf und häufige Hospitalisierung wurden als negative Prognosekriterien ermittelt. Demgegenüber hatten soziodemographische Daten und Schulbildung nur einen geringen prognostischen Wert.

Einzelne Untersuchungen liefern Hinweise zu spezifischen Fragestellungen: So berichten Vogel et al. (1988) in einer Fünfjahres Katamnese an 258 Patienten, daß je ein Drittel der Patienten fünf Jahre nach Entlassung aus der Klinik beruflich gut integriert sei, ein Drittel einen wechselhaften Rehabilitationsverlauf aufwies und ein Drittel dauerhaft desintegriert sei. Hervorzuheben ist, daß sich hier – abgesehen von alkoholabhängigen Patienten – kein Unterschied zwischen verschiedenen Diagnosegruppen fand, wie er häufig in anderen Veröffentlichungen beschrieben wird.

Die Langzeituntersuchung von Hubschmid und Aebi (1986) zeigt die Möglichkeit zur beruflichen Wiedereingliederung auch bei chronisch psychisch Kranken, weist jedoch auf die dauerhaft bestehende krankheitsbedingte soziale Behinderung dieser Patienten hin, die auch durch berufliche Integration nicht ohne weiteres verhindert wird. Bei der untersuchten Stichprobe nimmt das Autonomielevel über die Jahre kontinuierlich ab.

Verschiedene Modelle der Wiedereingliederung wurden in den letzten 10 Jahren erprobt. Nur wenige von ihnen wurden wissenschaftlich begleitet.

Ein Beispiel bietet das „Mannheimer Starhilfeprojekt“, das aus einer Privatinitiative entstand und noch während der stationären Behandlung – ähnlich dem oben beschriebenen therapeutischen Arbeitsversuch – beginnt, aber in die nachklinische Phase fortgeführt wird (vgl. Waschkowski 1990). 1987 konnten 124 aus der Klinik entlassene Patienten für einige Wochen in Arbeitstrainingsplätze in Betrieben vermittelt werden. Im Anschluß daran kehrten 29 direkt in das Erwerbsleben zurück, 17 begannen eine Ausbildung, 20 wurden in eine weiterführende Rehabilitationsmaßnahme vermittelt.

Über die Effektivität der Arbeit der Psychosozialen Beratung berichtet Dobbe (1994). Das Ziel ihrer Arbeit ist die Sicherung der beruflichen Integration bei den betreuten Klienten. Nach einer bundesweiten Umfrage bei den Hauptfürsorgestellen im Jahre 1993 ergab sich folgendes Bild: Rund 12000 Betreuungsfälle wurden bei den Hauptfürsorgestellen gemeldet. 57 % der Patienten litten unter einer psychischen Erkrankung, rund ein Drittel hatte keinen Schwerbehindertenausweis, 63 % verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Rund 70 % der Klienten hatten eine feste Arbeitsstelle. Im Vergleich zu den Jahren 1991 und 1992 zeigt sich ein negativer Trend. Immer weniger Klienten können mit Hilfe der Betreuung durch die Psychosoziale Beratung am Arbeitsplatz gehalten werden.

Zu günstigeren Ergebnissen kommt Stadler (1994) in seiner Analyse der bayerischen Selbsthilfefirmen. In den vergangenen 10 Jahren hat sich die Zahl der dort fest angestellten psychisch Behinderten fast verdoppelt, die Zahl der „Zuverdiener“ nahezu verdreifacht. Je nach Art der Selbsthilfefirma sind zwischen 15 und 57 % der Arbeitsplätze befristet. Die Befristung bezieht sich häufig auf die Laufzeit von AB-Maßnahmen oder entsprechenden geförderten Beschäftigungs-

verhältnissen. Ungefähr zwei Drittel der Arbeitsplätze werden von psychisch Behinderten eingenommen. Katamnestisch untersucht wurde der Verbleib der aus den Selbsthilfefirmen ausscheidenden Mitarbeiter: 38 % wechselten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, 9 % begannen eine Aus- oder Weiterbildungsmaßnahme, 6 % wechselten in eine WfB, 14 % schieden wegen erneuter Krankheit aus und 9 % gingen in Rente. Der Verbleib der übrigen 24 % ist unbekannt.

Insgesamt scheinen die Selbsthilfefirmen eben durch die Möglichkeit der unbefristeten Arbeitsplätze in Kombination mit kurzfristigen geförderten Maßnahmen und durch die häufig gelungene Marktorientierung auch künftig ihre Mittlerrolle zwischen beschütztem Arbeitsmarkt und allgemeinem Arbeitsmarkt ausbauen zu können.

Das oben erwähnte Modellprojekt zur Verbesserung der Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter durch gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften (ausführlich geschildert in BMG 1995) hat als Zielgruppe ehemals in das Erwerbsleben integrierte psychisch Kranke. Erprobt werden Strukturen, die eine möglichst breite Basis auch auf Kostenträgerseite herstellen sollen. Ziel ist es, die Patienten, die nicht (mehr) vom PSD betreut werden in ein Arbeitsverhältnis zu vermitteln. Hierzu wurde das Prinzip der „Leiharbeit“ genutzt, mit dem Ziel, Patienten in Dauerarbeitsplätze zu vermitteln. Diese ursprüngliche Strategie bewährte sich jedoch nicht, es wurden letztlich mehr Klienten direkt an Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes vermittelt als über zwischengeschaltete Leiharbeit. Die Beratungs- und Beurteilungstätigkeit nahm einen weitaus größeren Raum ein, als zunächst geplant.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß anhand der bisher vorliegenden Untersuchungen und Daten keine sichere Aussage über patientenbezogene Prognosekriterien bezüglich beruflicher Rehabilitation gemacht werden kann. Auch die Fragen, welche Maßnahmen unter welchen Bedingungen für welche Patienten geeignet sind, lassen sich derzeit noch nicht eindeutig beantworten.

Zahlreiche höchst unterschiedliche und einander ergänzende Ansätze der beruflichen Rehabilitation scheinen notwendig, um die Chance einer Wiedereingliederung auf dem geschützten oder dem allgemeinen Arbeitsmarkt für psychisch Kranke zu erhalten oder neu zu schaffen.

### **6.3 Bedeutung beruflicher Rehabilitation für den Krankheitsprozeß**

In verschiedenen Untersuchungen finden sich Hinweise, daß ein erfolgreicher Verlauf beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sich stabilisierend auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirkt. Dies ist kritisch zu hinterfragen, insbesondere in den Fällen, in denen Kausalitäten benannt werden. Denn ein positiver Verlauf der Erkrankung kann ebenso Ursache wie Effekt einer erfolgreichen Rehabilitation sein oder beide Faktoren können von einer unabhängigen dritten Variable beeinflusst sein. Dennoch ist es denkbar, daß bei erfolgreich verlaufender Rehabilitation weitere Selbstheilungskräfte aktiviert werden, die den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen (vgl. Ciompi 1989). Blumenthal et al. (1986) gehen dieser Fragestellung nach und kommen zu dem Schluß, daß insbesondere bei Patienten mit Psychosen der Bereich Arbeit und Beruf für erneute Hospitalisierungen eine wesentliche Rolle spielt. Zumindest in der Einschätzung der Patienten sind Probleme im Arbeitsbereich nach der Grundkrankheit der häufigste Grund für die Wiedereinweisung in die Klinik.

Umgekehrt schätzen unsere Patienten in einer eigenen katamnesticen Untersuchung (Mayenberger 1997) den stabilisierenden Effekt von gelungener beruflicher Rehabilitation auf die gesundheitliche Situation als sehr bedeutsam ein. 85 % der Patienten, die eine Arbeit hatten, gaben an, daß sich auch ihr Gesundheitszustand verbessert habe; 73 % waren der Überzeugung, daß die Arbeit Ursache dieser Verbesserung sei.

Diese Befunde zeigen, daß insbesondere bei chronisch psychisch Kranken eine starre Trennung zwischen Akutbehandlung, Rückfallprophylaxe und Rehabilitation nicht sinnvoll und erfolgversprechend ist. Nur eine gemeindenahere Versorgung psychisch Kranker, die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung sowie die entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen verbindet, wird längerfristig erfolgreich sein.

Hierzu ist eine enge Kooperation aller Beteiligten notwendig. Strukturen, die dies ermöglichen sollen, werden z.B. im baden-württembergischen Landeskonzert eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds beschrieben (vgl. Längle 1996). Voraussetzung für eine sinnvolle Einbeziehung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ist die Abkehr von zentralisierten wohnortfernen Rehabilitationszentren und der Auf- und Ausbau regionaler Einrichtungen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation.

## Literatur

- Blumenthal, S./Bell, V./Neumann, R./Schüttler, R./Vogel, R. (1986): Berufliche Handicaps als Risikofaktoren für eine Wiedereinweisung von ersthospitalisierten psychiatrischen Patienten – Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittuntersuchung. In: Rehabilitation, Jg. 25, S. 112 - 115.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1993): Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung erwachsener Behinderter – Berufsförderungswerke. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1993): Einrichtungen zur beruflichen Eingliederung jugendlicher Behinderter – Berufsbildungswerke. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1993): Die Beschäftigung und berufliche Rehabilitation von psychisch Behinderten in Selbsthilfefirmen. Forschungsbericht 228. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1994): Berufsfindung und Arbeitserprobung für Menschen mit psychischen Problemen. Forschungsbericht 245. Wiesloch.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1993): Modellprojekt Trainings- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke in einer Selbsthilfefirma und in der Gemeinde. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1995): Modellprojekte. Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Kranker und Behinderter auf dem freien Arbeitsmarkt durch gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften. Baden-Baden: Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Baden-Baden: Nomos.
- Ciampi, L. (1989): Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Hippus, H. u.a. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dobbe, B. (1995): Hilfestellungen für psychisch Kranke auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Erfahrungen und Perspektiven der psychosozialen Betreuung – auch in der aktuellen Rezession. In: Dörner, K. (Hrsg.): Jeder Mensch will notwendig sein. Neue Chancen für das Recht auf Arbeit aller psychisch Kranken und Behinderten. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss.
- Dörner, K. (1995): Die Zuverdienstfirma entspricht den Bedürfnissen psychisch Kranker optimal. In: ders. (Hrsg.): Jeder Mensch will notwendig sein. Neue Chancen für das Recht auf Arbeit aller psychisch Kranken und Behinderten. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss.
- Eikelmann, B. (1987): Arbeit – ihre Bedeutung in Therapie und Rehabilitation chronisch seelisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 14, S. 8 - 12.
- Eikelmann, B./Reker, T. (1986): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – Historische, konzeptuelle und wissenschaftliche Aspekte. In: Gesundheitswesen, Jg. 58, Sonderheft 1, S. 72 - 78.
- Eikelmann, B./Reker, T. (1994): Rehabilitation psychisch Kranker: subjektive und objektive Evaluation. In: dies. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie in der Praxis: Neue Projekte, empirische Untersuchungen und Analysen. Münster, Hamburg: LIT-Verlag.
- Feischen, K. (1995): Die Krankenhaus-Arbeitstherapie lernt laufen. In: Dörner, K. (Hrsg.): Jeder Mensch will notwendig sein. Neue Chancen für das Recht auf Arbeit aller psychisch Kranken und Behinderten. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss.
- Floß, U. (1995): Das Modell IFA: 3 Wege der Integration. In: Dörner, K. (Hrsg.): Jeder Mensch will notwendig sein. Neue Chancen für das Recht auf Arbeit aller psychisch Kranken und Behinderten. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss.
- Glasbrenner, S./Schmitz, P. (1995): Vermittlung von WfB-Beschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Dörner, K. (Hrsg.): Jeder Mensch will notwendig sein. Neue Chancen für das Recht auf Arbeit aller psychisch Kranken und Behinderten. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddiss.
- Häfner, H.: Psychiatric rehabilitation: general issues. In: European psychiatry, Supplement 2, S. 395 - 404.
- Hermer, M./Pittrich, W./Spöhring, W./Trenkmann, M. (Hrsg.): Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. München, Opladen.
- Hubschmid, T./Aebi, E. (1986): Berufliche Wiedereingliederung von psychiatrischen Langzeitpatienten. Eine katamnestiche Untersuchung. In: Sozial Psychiatrie, Jg. 21, S 152 - 157.
- Kuhnt, S./Wedekind, R. (1990): Zur beruflichen Integration entlassener Psychiatrischer Krankenhauspatienten – Eine Untersuchung zur Versorgung und Bedarf an Arbeit und beruflicher Rehabilitation. In: Reihl, D./Schubert, A./Bungard, W. (Hrsg.): Psychosoziale Betreuung im Arbeitsleben. Mannheim.
- Landratsamt Tübingen/Eberhard-Karls-Universität Tübingen (Hrsg.) (1995): Leitfaden Psychiatrie für den Landkreis Tübingen. Tübingen.
- Längle, G. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Dissertation.
- Längle, G. (1996): Die Landeskonzepzion „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ – ein Papiertiger oder der Durchbruch in der Versorgung chronisch psychisch Kranker? Herbsttagung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen: „Aktuelle Trends in der Versorgung psychiatrischer Patienten“. 08./09.11.1996
- Längle, G./Günthner, A. (1996): Der Abhängige am Arbeitsplatz. In: Längle, G./Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.): Aspekte der Sucht: Die Lebenswelten Abhängiger. Tübingen: Attempto.
- Längle, G./Niedermeier-Bleier, M./Mayenberger, M./Ackermann, K. (1996): Der Therapeutische Arbeitsversuch. Forum zur psychosozialen Prävention, Therapie, Rehabilitation, 02. - 04.05.1996, Hamburg.
- Längle, G./Welte, W./Roesger, U. (1996): Die Versorgung psychisch Kranker in der Gemeinde – bisherige Entwicklung, aktuelle Probleme und Zukunftsperspektiven am Beispiel des Landkreises Tübingen. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 23, Heft 5, S. 230 - 235.

- Längle, G./Welte, W. (1997): Arbeit für psychisch Kranke und Behinderte – ein zentrales Thema der Rehabilitation psychisch Kranker. In: Krankenhauspsychiatrie, Jg. 8, Heft 2, S. 62 - 67.
- Lehmann, K./Kunze, H. (1987): Entwicklungsstand und Ziele der Arbeitstherapie. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 14, Heft 1, S. 1 - 7.
- Mayenberger, M. (1997): Die Bedeutung des Therapeutischen Arbeitsversuchs bei der Behandlung psychisch Kranker. Eine katamnestiche Untersuchung. Eberhard-Karls-Universität Tübingen, unveröffentlichte Dissertation.
- Rittmannsberger, H. (1993): Zur Evaluation beruflicher Rehabilitation. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 23, Heft 1, S. 11 - 16.
- Schlieszus, R. (1991): Erhalt des Arbeitsplatzes. Psychosoziale Betreuung am Arbeitsplatz. In: Bock, T./Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schnaidt, W. (1994): Arbeit als Integration. Erprobungsplätze für psychisch kranke Menschen als Brücke zwischen Klinik und Beruf. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 3, S. 48 - 49
- Seyfried, E. (1990): Neue Formen der Arbeit für psychisch Kranke. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 17, S. 71 - 77.
- Seyfried, E. (1991): Orte der Arbeit. „Jeder Mensch will notwendig sein“. In: Bock, T./Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Simon, H. (1927): Aktiverer Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Jg. 87, S. 97 - 145.
- Stadler, P. (1995): Entwicklungsstand und Perspektiven der Selbsthilfefirmen anhand einer betriebs- und volkswirtschaftlichen Analyse der Bayrischen Selbsthilfefirmen. In: Dörner, K. (Hrsg.): Jeder Mensch will notwendig sein. Neue Chancen für das Recht auf Arbeit aller psychisch Kranken und Behinderten. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.
- Vogel, R./Bell, V./Blumenthal, S./Neumann, N.-U./Schüttler, R. (1988): Psychiatrisch Kranke und ihre Integration ins Arbeitsleben. In: Schüttler, R. (Hrsg.): Wege psychiatrischer Patienten fünf Jahre nach der ersten stationären Behandlung. Ergebnisse einer prospektiven Studie. München, Bern, Wien: Zuckschwerdt Verlag.
- Waschkowski, H. (1990): Erfahrungen mit dem Mannheimer Starthilfe-Projekt. Fünf Jahre Arbeitsversuchs- und Rehaplätze für psychisch Behinderte. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 17, S. 66 - 70.
- Weis, J. (1990): Die berufliche Wiedereingliederung psychisch Kranker – ein Literaturüberblick zur Erforschung und Evaluation der beruflichen Rehabilitation. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 17, S. 59 - 65.
- Welte, W. (1995): Psychiatrische Versorgung und Versorgungsplanung 20 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête – eine Darstellung regionaler Entwicklungen und Perspektiven am Beispiel des Landkreises Tübingen. Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaften, Diplomarbeit.
- Wethkamp, B./Inhvester, M.L./Eikermann, B./Reker, T. (1994): Arbeitszufriedenheit psychisch Kranker Arbeitnehmer. In: Eikermann, B./Reker, T. (Hrsg.) Sozialpsychiatrie in der Praxis: Neue Projekte, empirische Untersuchungen und Analysen. Münster, Hamburg: LIT-Verlag.