

Arbeit und Beschäftigung schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland

VON UTA GÜHNE, THOMAS BECKER UND STEFFI G. RIEDEL-HELLER*

In 2015 haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit Gesundheitsstadt Berlin e.V. eine Expertise zur »Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland« in Auftrag gegeben. Ziel war eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation zu Ausmaß und Möglichkeiten der beruflichen Teilhabe in Deutschland, zu evidenzbasierten Ansätzen der Arbeitsrehabilitation und eine Formulierung von ableitbaren Handlungsempfehlungen.

Wenngleich sich die Behandlungs- und

Die Behandlungs- und Versorgungsstrukturen sind heute zweifelsohne vielfältig sowie gemeindenah und an den individuellen Bedarfen der Nutzer orientiert. Die Behandlungsmöglichkeiten sind breit und zunehmend evidenzbasiert. In der wachsenden Etablierung von Peer-Arbeit und der Einführung der EX-IN-Ausbildung in Deutschland liegt eine große Chance, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen weiter zu verbessern und das darin verborgene Potenzial für die Stärkung von Empowerment und Recovery für die Betroffenen zu nutzen. Entospitalisierung, Dezentralisierung und Am-

Ausgangspunkt

Grundlage für die Bestandsaufnahme bildete eine breite Literaturrecherche. Zunächst war es erforderlich, die Zielgruppe schwer psychisch Erkrankter (engl. »severe mental illness/severe and persistent mental illness«) zu definieren. Diese Patientengruppe ist hauptsächlich durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen verbunden sind. Schwer psychisch Erkrankte haben komplexe Behandlungsbedarfe. Oft nehmen sie medizinische und psychosoziale Hilfen zur Förderung beruflicher und sozialer Teilhabe intensiv in Anspruch. In der Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen haben sie deshalb eine Sonderstellung.

In Europa haben sich drei Kriterien zur Beschreibung schwerer psychischer Erkrankungen durchgesetzt:

1. Vorliegen (irgendeiner) psychischen Erkrankung (z.B. schwere Depression, Schizophrenie oder andere psychotische Störung, schwere bipolare Störung, Zwangs- oder Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung),
2. Dauer und/oder Behandlung der Erkrankung beträgt mindestens zwei Jahre, und
3. die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z.B. Global Assessment of Functioning, GAF).²

Die Zahl der Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung wird auf der Grundlage und der Zusammenschau der derzeit vorliegenden Befunde vorsichtig auf 1 bis 2% der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. In Deutschland wären damit in diesem Alterssegment zirka 500 000 bis zu 1 Million Menschen schwer psychisch erkrankt.

Berufliche Exklusion und sozialrechtliche Benachteiligung

Aus dem »Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen«³ (2013) geht hervor, dass

- 50% der Menschen mit chronischen psychischen Störungen im erwerbsfähigen Alter keinerlei Erwerbstätigkeit nachgehen,

Versorgungssituation für (schwer) psychisch erkrankte Menschen seit der Psychiatrie-Enquete enorm verbessert hat, bleibt einem Teil der Betroffenen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oft verwehrt. Die durch die Expertise angestoßene Diskussion um berufliche Teilhabe ist deshalb auch als »eine logische und längst überfällige Konsequenz der Psychiatrie-Enquete-Bewegung von der institutionalisierten Psychiatrie hin zu einer gemeindenahen Versorgung zu betrachten«, so Dr. Iris Hauth, Präsidentin der DGPPN.¹

bulantisierung haben auch dazu beigetragen, die Teilhabechancen der psychisch erkrankten Menschen am gesellschaftlichen Leben zu erweitern. Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in 2009 wird die rechtliche Stellung der Betroffenen weiter gestärkt. Formuliert werden hier unabhängige Lebensführung und gleichberechtigte Möglichkeiten in den Bereichen Wohnen, Ausbildung und Arbeit sowie Freizeit für Menschen mit einer Behinderung. Der beruflichen Beschäftigung kommt dabei eine beträchtliche Bedeutung zu.



Foto: Stanjourdan

- 20% in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind und
- 15% Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch nehmen.

Hilfsangebote zwischen dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt sowie Angebote der Begleitung für Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt stehen laut Bericht nur in geringem Umfang zur Verfügung. Die Möglichkeiten eines Überganges von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt seien unsicher und mit Risiken verbunden und in der Praxis derzeit nur für eine sehr kleine Gruppe betroffener Personen möglich.

Auch im internationalen Vergleich liegen die Arbeitsraten für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis lediglich bei zirka 10 bis 20%.⁴ Im Vergleich zu somatisch erkrankten Menschen sind psychisch erkrankte Menschen weniger in den Arbeitsmarkt integriert; das Arbeits-einkommen ist vergleichsweise gering. Dies gilt vor allem für Personen mit schizophrenen Störungen und Personen mit einer Substanzabhängigkeit. So beträgt beispielsweise die Lebensarbeitszeit von Männern mit einer Schizophrenie weniger als die Hälfte der Lebensarbeitszeit depressiv Erkrankter.

In Deutschland lassen sich mittlerweile knapp 43% aller gesundheitsbedingten Frühberentungen auf eine psychische Erkrankung zurückführen.⁵ Dabei nimmt die Zahl an Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen deutlich zu.

Die sozialrechtliche Benachteiligung der Betroffenen zeigt sich auch in dem vergleichsweise geringen Anteil an Rehabilitationsleistungen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen hat in den Jahren zu-

Foto: Wolfgang Schmidt



vor eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Generell ist davon auszugehen, dass Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem eine adäquate Behandlung und Rehabilitation erschweren.

Möglichkeiten der Arbeitsrehabilitation und beruflichen Teilhabe in Deutschland

Wenngleich Deutschland über ein sehr vielseitiges Angebot beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten verfügt, gelingt eine wirkliche Teilhabe am Arbeitsleben selten. Oft arbeiten schwer und chronisch psychisch

Kranke auf einer Stelle des besonderen Arbeitsmarktes; die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist äußerst gering.

Zum geschützten Arbeitsmarkt zählen insbesondere die Beschäftigungsmöglichkeiten ausgelagerter Arbeitstherapieplätze sowie die Arbeits- und Beschäftigungsangebote in Tagesstätten und Tagesförderstätten, der Berufsbildungs- und Arbeitsbereich der WfbMs sowie Zuverdienstangebote, wie sie sich beispielsweise unter dem Dach gemeindepsychiatrischer Versorgungseinrichtungen finden lassen. Mittlerweile beträgt der Anteil der Beschäftigten mit einer psychischen Behinderung in einer WfbM 20%. 2014 waren hier bundesweit zirka 60700 Menschen mit einer psychischen Behinderung beschäftigt. Der Anteil stieg über die letzten Jahre kontinuierlich an, was ein Indikator dafür ist, dass es wenige Alternativen für die Betroffenen gibt, allerdings zeigen die ebenfalls hohen Fluktuationsraten der Neuankommlinge, dass sie sich dort nicht in jedem Falle am richtigen Platz fühlen.

Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen in temporären Strukturen wie beispielsweise die der Einrichtungen Beruflicher Trainingszentren (BTZs) oder Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPKs) sowie in langfristig angelegten Strukturen, wie sie Arbeitsplätze der freien Wirtschaft und Integrationsfirmen bieten. Dabei nehmen die RPKs als spezielle Rehabilitationseinrichtungen für (schwer und chronisch) psychisch Erkrankte eine besondere Stellung ein, da sie so konzipiert sind, dass Rehabilitationsangebote mit einer

Dieter Schütz, pixelio.de



ERST 2 JAHRE IN DER
KÜCHE, DANN 2 BEIM PUTZEN
UND ZULETZT 3 JAHRE GARTENBAU

FANG ICH WIEDER
INDER KÜCHE AN...



UND JETZT?



www.bob-bornde

nahtlosen Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei gleichzeitiger psychosozialer Betreuung durch spezielle Vereinbarungen der beteiligten Kosten- und Leistungsträger realisierbar sind. Die Rehabilitationsmaßnahmen einer RPK sind in ihrem Kern als Komplexleistung konzipiert und orientieren sich am individuellen Bedarf und den Lebenswelten der Rehabilitanden und können damit »als Meilenstein in dem ansonsten ausgesprochen zergliederten deutschen Sozialsystem bezeichnet werden.«⁶ Allerdings ist die Verteilung dieser Einrichtungen keinesfalls flächendeckend und die inhaltlich-therapeutischen und strukturellen Merkmale der RPKs unterliegen regionalen Schwankungen. So wird auch die flexible und langfristige ambulante Nachbetreuung am Übergang in ein Beschäftigungsverhältnis bisher nur in einigen Regionen umgesetzt.

Auch wenn sich die Wahl der einzelnen Angebote und Einrichtungen am Leistungsvermögen bzw. der Stabilität der psychisch erkrankten Menschen orientiert, wird sie stark durch die regionalen Gegebenheiten des Arbeitsmarktes sowie der vorherrschenden Rehabilitationslandschaft bestimmt.

Deutlich macht die aktuelle Bestandsaufnahme, dass der geschätzten Größenordnung von zirka 500 000 bis 1 Million Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarfen vergleichsweise wenige Angebote gegenüberstehen. Die Mehrheit der vorgehaltenen Plätze existiert in den Werkstätten für behinderte Menschen. In den 52 RPKs wurden 2013 1723 Teilnehmer registriert. Die von den Integrations-

fachdiensten begleiteten psychisch kranken Rehabilitanden stellen lediglich einen Anteil von 28% aller begleiteten Rehabilitanden dar; ihre absolute Zahl wurde 2013 auf zirka 19 000 Teilnehmer geschätzt. Für viele der Maßnahmen sind zuverlässige Zahlen auf Bundesebene kaum ermittelbar.

Barrieren beruflicher Teilhabe

Neben der bereits benannten sozialrechtlichen Ausgrenzung lassen sich zahlreiche weitere Barrieren identifizieren. Aufseiten der Rehabilitanden sind es die krankheitsbedingten Folgen der Erkrankung, die die berufliche Leistungsfähigkeit schmälern, und der instabile, wenig vorhersagbare Krank-

heitsverlauf. Laut einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2013) führen psychische Erkrankungen zu überdurchschnittlich langen Krankschreibungen und stellen damit eine hohe ökonomische Belastung für Arbeitgeber dar.⁷ Ein psychisch erkrankter Arbeitnehmer fehlt rund fünf Wochen pro Krankschreibungsfall (34,5 Tage).

Auch vonseiten der Arbeitgeber bzw. potenzieller Kollegen werden die Erfahrungen im Arbeitsprozess mit psychisch erkrankten Mitarbeitern im Gegensatz zu den Mitarbeitern mit körperlicher oder geistiger Behinderung deutlich problematisch dargestellt.⁸ Das betrifft die Arbeitsleistung, die nur schwer bzw. überhaupt nicht kalkulierbar sei. Ausfallzeiten seien vergleichsweise hoch, eine Kontinuität des Arbeitsablaufs nicht erreichbar. Insgesamt finde sich hier eine deutlich geringere Akzeptanz durch das soziale Umfeld, aber auch eine große Unsicherheit den Betroffenen gegenüber, verbunden mit gewissen Ängsten und einem ausweichenden, kontaktvermeidenden Verhalten. Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen hinsichtlich psychischer Phänomene (z.B. Frustrationstoleranz, Selbsteinschätzung, Ausdauer) einschließlich sozialer Fertigkeiten erschweren die Bewältigung der Arbeitsaufgaben und die Integration ins Team. Stigma und Diskriminierung werden neben den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen als eine Schlüsselbarriere auf dem integrativen Weg ins Erwerbsleben betrachtet. Der Wandel des Arbeitsmarktes, verbunden mit steigenden Anforderungen an berufliche Qualifikation, Arbeitstempo, Belastbarkeit, Flexibilität und Selbstständigkeit, erschwert insbesondere schwer psychisch erkrankten Menschen den (Wieder-)Einstieg ins Erwerbsleben.⁹



pixabay.de

Methodische Ansätze der Arbeitsrehabilitation

Auch die Art der Maßnahme hat einen Einfluss auf den Integrationserfolg. Grob lassen sich hierbei zwei methodische Ansätze der Arbeitsrehabilitation unterscheiden. Beim »Pre-vocational Training«, das dem Stufenleiterprinzip folgt, erfolgen mit dem Ziel einer Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zunächst gesundheitsstabilisierende und berufsvorbereitende Maßnahmen, die beispielweise aus Arbeitstherapie, Bewerbungstrainings und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis bestehen können. Erst im Anschluss an dieses Training unter »beschützten« Bedingungen wird die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt (»first train, then place«). Nicht selten enden die Hilfen mit dem Abschluss des Trainingsprogramms und die Selektionseffekte, die sich aus solchen Programmen ergeben, sind immens. Oft fallen schon bis zum Abschluss der »Abklärungsphase« 70% der Rehabilitanden durchs Netz. Dagegen folgt das »First place, then train«-Prinzip einem anderen Vorgehen: Hierbei wird der Rehabilitand – vorausgesetzt, er hat den Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt – rasch auf einem solchen Arbeitsplatz platziert und dann in der Tätigkeit trainiert. Dabei erfolgt eine zeitlich nicht limitierte Unterstützung durch einen spezialisierten Jobcoach, der eng mit dem psychiatrischen Behandlungsteam und dem Arbeitgeber kooperiert (»supported employment«).

Ansätze nach dem Prinzip von Supported Employment (SE) haben ihren Ursprung in den USA, wo sie in den 1980er-Jahren entstanden. Supported Employment (übersetzt: unterstützte Beschäftigung) ist an dieser Stelle nicht gleichzusetzen mit dem Begriff der »Unterstützten Beschäftigung« (UB) nach § 38a Sozialgesetzbuch (SGB) IV, da er in den wesentlichen Forderungen von SE abweicht. Im Folgenden wird bei der Darstellung der Evidenz deshalb weiterhin der Begriff des Supported Employment gebraucht, da in den zahlreichen Studien das international verbreitete Konzept von SE untersucht wurde und nicht die Form der Unterstützten Beschäftigung, wie sie in Deutschland im SGB IV definiert ist.

Die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von SE bei erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen stützt sich mittlerweile auf zwölf systematische Reviews und siebzehn randomisierte kontrollierte Studien. Rehabilitanden kommen durch SE im Vergleich zu traditionellen beruflichen Rehabilitationsansätzen mindestens doppelt so häufig in Beschäftigung, sie arbeiten

länger und erhalten einen höheren Verdienst.¹⁰ Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie aus der Schweiz, da hier SE gegenüber traditionellen arbeitsrehabilitativen Interventionen unter vergleichbaren sozioökonomischen Rahmenbedingungen wie in Deutschland untersucht wurde und sich als eindeutig überlegen erwies.¹¹ Die po-

Qualifizierung und bei Bedarf in der zweiten Phase eine Berufsbegleitung. Die Maßnahme wird vom zuständigen Rehabilitations-träger in der Regel für bis zu zwei Jahre erbracht. Inhaltlich ist die UB allerdings nicht mit dem international evaluierten Ansatz des SE gleichzusetzen, da er in den wesentlichen und Erfolg versprechenden Forderungen abweicht, z.B. in der unbefristeten Be-



Peter Smola, pixelio.de

sitiven Effekte hinsichtlich der Arbeitssituation bei den Teilnehmern blieben auch nach fünf Jahren bestehen. Zudem wurden auch positive Effekte auf nicht arbeitsbezogene Zielvariablen wie Lebensqualität, (teil-)stationäre Behandlungsnotwendigkeit und Empowerment beschrieben.

Gegenüber der überwältigenden Evidenz zu SE ist die wissenschaftliche Evidenz zu traditioneller Arbeitsrehabilitation äußerst begrenzt. Zudem weisen die Ansätze des »First train, then place« einige Mängel auf:

- die Maßnahmen sind sehr teuer;
- sie weisen trotz hoher Eintrittsselektion geringe Integrationserfolge von meist unter 30% auf;
- sie finden mehrheitlich im geschützten Rahmen statt, und sie sind zeitlich befristet.¹²

Allerdings steht die überlegene Mehrheit der in Deutschland vorgehaltenen Rehabilitationsangebote mehr oder weniger in der Tradition »Erst trainieren – dann platzieren«. Immerhin wurde Anfang 2009 die Maßnahme »Unterstützte Beschäftigung« mit dem Ziel einer stärkeren Umsetzung des Ansatzes »Erst platzieren – dann trainieren« im Sozialgesetzbuch verankert. Die UB umfasst in der ersten Phase eine individuelle betriebliche

begleitung durch einen Jobcoach. Die große Bedeutung der Programmtreue bei der Umsetzung von SE unterstrich jedoch jüngst eine retrospektive Untersuchung im »freien Feld«.¹³ Eine gute Programmtreue führt demnach zu höheren Eingliederungsraten in die freie Wirtschaft. Hiermit ist eine entscheidende Forderung bei der Implementierung von SE verbunden, die nur dann wie erwartet gelingen kann, wenn die Kriterien des Konzepts tatsächlich berücksichtigt werden.

Fazit

Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist existenzielles Bedürfnis und ein Recht aller Menschen, auch der Menschen mit psychischen Erkrankungen – was die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen unmissverständlich regelt. Von gelingender beruflicher Inklusion schwer psychisch erkrankter Menschen, das zeigt die Expertise, sind wir derzeit jedoch (noch) weit entfernt. Aus Betroffenenensicht sind Offenheit, individuelle Lösungen und ein Vertrauen und Zutrauen erforderlich. Katrin Zeddies, Betroffene und Rehabilitationspsychologin von Grenzgänger e.V., Borderline-Selbsthilfe Berlin, formulierte es folgender-

maßen: »Im Arbeitskontext wäre es von Vorteil, wenn Betroffene und auch Arbeitgeber sich häufiger trauen würden, die Dinge beim Namen zu nennen, um vorab für krisenhafte Phasen gemeinsam Lösungen zu besprechen. Beispielsweise könnten Arbeitsstunden nachgearbeitet werden, die in einer Phase von zu starker psychischer Labilität nicht geschafft werden. Es könnten Homeoffice-

entsprechend breit und komplex und verdeutlichen, dass die Bemühungen für eine verbesserte berufliche Inklusion (schwer) psychisch erkrankter Menschen langfristig ausgerichtet sein müssen.

Die Individualität eines jeden Patienten und verschiedenste Erkrankungsverläufe verlangen ein individuelles Vorgehen und die Orientierung an (wechselnden) Bedarfen

chische Krisen den Rehabilitationsverlauf bzw. die Erwerbstätigkeit negativ beeinflussen können.

Für junge psychisch erkrankte Patienten braucht es frühzeitig geeignete Unterstützung und entsprechende Anspruchsgrundlagen, um den Übergang Schule – Ausbildung – Beruf erfolgreich zu gestalten. Ziel ist von Beginn an, Inklusion zu erhalten bzw. zu erzielen und damit Motivation und Zuversicht zu stärken und Resignation zu vermeiden.

Eine berufliche Teilhabe beeinflusst den Krankheitsverlauf positiv und sollte deshalb frühzeitig mit dem Patienten gemeinsam geplant werden. In diesem Zusammenhang muss die Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen und Beschäftigungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Ziel ist weiterhin eine stärkere Umsetzung des Prinzips »Rehabilitation vor Rente« und möglicherweise eine kritische Überprüfung festgeschriebener Anspruchs- und Zugangsvoraussetzungen für Rehabilitationsleistungen, um den hohen Anteil psychisch Erkrankter mit Frühberentung zu minimieren. Behandlung und Rehabilitation schwer psychisch Kranker sind auf das engste miteinander verwoben und sollten möglichst an einem gemeinsamen Ort sowie lebenswelt- und wohnortnah erfolgen. Es gilt das Prinzip »Ambulant vor stationär« mit einer kontinuierlichen und nachhaltigen Betreuung durch ein gemeindepsychiatrisches Team.

Der Ansatz von »Unterstützter Beschäftigung« muss stärker befördert und umgesetzt werden. Hierbei liegt ein Fokus auf der Schaffung von Möglichkeiten einer unbefristeten Begleitung am Arbeitsplatz, um Kontinuität und am Bedarf orientierte Unterstützung zu gewähren und die Chance einer dauerhaften Beschäftigung zu vergrößern. Erforderlich ist der Einsatz gut qualifizierter Jobcoachs, die idealerweise sowohl über Berufserfahrung in der Psychiatrie als auch in der freien Wirtschaft verfügen. Alle Möglichkeiten einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sollten zunächst ausgelotet werden, bevor Angebote des besonderen Arbeitsmarktes erwogen werden. Eine Förderung der Kooperation aller Beteiligten und bessere Verzahnung medizinischer Leistungen und Leistungen zur beruflichen Teilhabe in die Gemeinde hinein mit Anschluss an die Strukturen der allgemeinen Arbeitsmarktpolitik, wie z.B. Jobcentern, sollte mit geeigneten Mitteln unterstützt werden. Wünschenswert ist zudem eine größere Flexibilität zwischen den verschiedenen Maßnahmen und Einrichtungen, um indizierte Übergänge insbesondere aus beschützten in unbeschützte Verhältnisse zeitnah und adäquat gestalten zu können.



Wer kann das schaffen?

Zeiten eingeräumt werden, wenn Großraumbüros oder Konzentrationsschwierigkeiten daran hindern, E-Mails oder Anrufe abzuarbeiten. Hierfür ist es ebenfalls nützlich, die Arbeitgeber, Ausbilder und Mitarbeiter zu coachen und jemanden zur Seite zu stellen, der als eine Art Dolmetscher fungiert: Krankheitsbilder erklären, Mut zur klaren, aber gewaltfreien Kommunikation machen, Konflikte zwischen den Kollegen klären und medial begleiten.«¹⁴

Veränderungen sind auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich. Die sich ergebenden Handlungsempfehlungen¹⁵ sind dem-

der Patienten in Behandlung und Rehabilitation. Notwendig ist eine umfassende Aufklärung aller Patienten zu den verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, um informierte Entscheidungen zu treffen und Teilhabe zu sichern.

Im Sinne von Recovery müssen die zur Zielerreichung notwendigen Ressourcen und Potenziale des Patienten wie Selbstvertrauen, Motivation, Hoffnung und Interessen über den gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf gestärkt werden. Besondere Aufmerksamkeit muss der Rückfallprophylaxe geschenkt werden, da erneute psy-



Auf der Ebene der Unternehmen der freien Wirtschaft ist eine Erweiterung sowie stärkere Individualisierung und Flexibilisierung kompetitiver Arbeitsplätze erforderlich, um eine bessere Passgenauigkeit hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker zu erreichen. Insbesondere ist hier ein breiterer Zugang zu niedrigschwelliger und einfacher Beschäftigung bei geringer Stundenzahl zu ermöglichen. Notwendig sind Anreizsetzung und Unterstützung der Arbeitgeber, um eine größere Sensibilität und Bereitschaft zur Schaffung geeigneter Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen. Umfassende und nachhaltige Dienstleistungsangebote wie Aufklärung, Information, Beratung, Unterstützung und Krisenmanagement für Arbeitgeber einschließlich eines festen Ansprechpartners, idealerweise eines Jobcoachs, sollten stärker etabliert werden. Bevölkerungsbreite Aufklärungen und Informationen zum Thema »psychische Erkrankung und Arbeit« sollten genutzt werden, um Vorurteile und Ängste abzubauen und Stigmatisierung zu reduzieren.

Schließlich kann eine verbindliche Erfassung und Offenlegung aussagekräftiger Daten auf Bundesebene zur Situation (schwer) psychisch erkrankter Menschen in Zusammenhang mit beruflicher Teilhabe und Erwerbstätigkeit zu mehr Transparenz beitragen.

Berufliche Teilhabe darf dabei nicht isoliert betrachtet werden, sondern verlangt immer auch die Berücksichtigung aller erforderlichen Aspekte, die eine gesellschaftliche Teilhabe der (schwer) psychisch Erkrankten ermöglichen. Die Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erfordert die Schaffung inklusiv gestalteter Sozialräume, in denen

(schwer) psychisch erkrankte Menschen selbstbestimmt und frei von institutionellen Gegebenheiten und sozialrechtlichen Regularien über die Ausgestaltung ihrer Lebensräume (Arbeit, Wohnen, Freizeit) entscheiden können. ■

Dr. rer. med. Uta Gühne, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig;

Prof. Dr. Thomas Becker, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg;

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, ISAP-Direktorin, Universität Leipzig.

Literatur bei den Verfassern.

Korrespondenzadresse:
Dr. rer. med. Uta Gühne
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Tel.: +49 (0)341-9715406 (Sekretariat)
Fax: +49 (0)341-9715409 (Sekretariat)
E-Mail: uta.guehne@medizin.uni-leipzig.de

Anmerkungen:

- 1 Statement zur Pressekonferenz am 14.9.2015, siehe: <http://www.dgppn.de/newsletter2015/dgppn-pressemitteilung-psychisch-schwer-krank-aeufig-vom-arbeitsmarkt-ausgeschlossen.html>
- 2 Ruggeri, M.; Leese, M.; Thornicroft, G. et al. (2000): Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. In: *British Journal of Psychiatry* 177, S. 149–155.
- 3 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung.
- 4 Marwaha, S.; Johnson, S. (2004): Schizophrenia and employment. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39(5), S. 337–349.
- 5 Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation.

Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.

- 6 Stengler, K.; Riedel-Heller, S.; Becker, T. (2014): Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. In: *Der Nervenarzt* 85, S. 100.
- 7 Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2013): BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Internet: <http://www.bptk.de> (Abruf: 27.2.2015).
- 8 Fietz, B.; Gebauer, G.; Hammer, G. (2011): Die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Einstellungsgründe und Einstellungshemmnisse. Akzeptanz der Instrumente zur Integration. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung in Unternehmen des Landes Bremen. Hrsg.: Institut für Arbeit und Wirtschaft, Universität/Arbeitnehmerkammer Bremen. Internet: www.iaw.uni-bremen.de (Abruf: 6.2.2015).
- 9 Kahrdrorf, E. von; Ohlbrecht, H. (2015): Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In: Storck, J.; Plöb, I.: *Handbuch Arbeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 73–86.
- 10 Marshall, T.; Goldberg, R.W.; Braude, L. et al. (2014): Supported employment: assessing the evidence. In: *Psychiatric Services* 65(1), S. 16–23.
- 11 Hoffmann, H.; Jäckel, D.; Glauser, S. et al. (2014): Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. In: *American Journal of Psychiatry* 171(11), S. 1183–1190.
- 12 Hoffmann, H. (2013): Was macht Supported Employment so überlegen? In: *Psychiatrie* 10, S. 95–101.
- 13 Henry, A.D.; Hashemi, L.; Zhang, J. (2014): Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(4), S. 284–288.
- 14 Statement zur Pressekonferenz am 14.9.2015, siehe: <http://www.dgppn.de/newsletter2015/dgppn-pressemitteilung-psychisch-schwer-krank-aeufig-vom-arbeitsmarkt-ausgeschlossen.html>
- 15 Die vollständigen Handlungsempfehlungen sind bitte der Expertise (siehe unten *) zu entnehmen.

* Dieser Beitrag ist eine auszugsweise Zusammenfassung der Expertise »Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland«. Internet: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/dokumente/schwerpunkte/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf

