

Integration psychisch Kranker

Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben

Die Exklusion psychisch Kranker ist trotz vielfältiger Bemühungen fortgeschritten. Therapie und Rehabilitation müssen noch näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken.

Bernd Eikelmann¹, Barbara Zacharias-Eikelmann¹, Dirk Richter², Thomas Reker²

Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Frühberentungen hat sich seit 1985 auf 29,2 Prozent nahezu verdreifacht. Psychische Krankheiten sind mittlerweile die wichtigste Ursache von Erwerbsunfähigkeit. In der Altersgruppe der unter 40-jährigen Männer machte im Jahr 2002 der Anteil der psychisch Erkrankten 46,2 Prozent (1993: 32,3 Prozent) aller Frühberentungen aus. In der gleichen Altersgruppe der Frauen sind es 45,2 Prozent (1993: 30,5 Prozent). Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen hat zwischen 1997 und 2001 um mehr als 50 Prozent (1) zugenommen. Viele psychisch Kranke werden schon lange vor der ersten Behandlung vom Arbeitsmarkt und aus sozialen Beziehungen ausgeschlossen (2). Daten der World Health Organization (WHO) belegen, dass der Stellenwert psychischer Störungen, besonders der Depressionen, bei den durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahren enorm ist und weiter anwachsen wird (3). Ein erst kürzlich vom britischen Premierminister in Auftrag gegebener Bericht mit dem Titel „Mental health and social exclusion“ beleuchtet die soziale Situation arbeitsfähiger psychisch Kranker. Er soll dazu beitragen, die Chancen dieser Patienten auf Arbeit und soziale Partizipation zu verbessern (4). Darin wird festgestellt, dass Erwachsene mit psychischen Störungen in Großbritannien

- nur zu 24 Prozent erwerbstätig sind,

- doppelt so hohe Risiken haben, ihren Job zu verlieren,
- ein dreifach erhöhtes Risiko aufweisen, erheblich verschuldet zu sein,
- ebenso ein dreifach erhöhtes Risiko haben, geschieden zu werden,
- häufig Mietrückstände haben und in Gefahr stehen, ihre Wohnung zu verlieren.



Zu jenen Patienten, die in Kontakt mit gemeindepsychiatrischen Institutionen stehen, wird in dem Bericht festgehalten, dass 40 Prozent ausschließlich Kontakt zu anderen Patienten und Betreuern haben, ein Viertel sich fast jeglicher Aktivität in der Gemeinde enthält und sich mehr als 80 Prozent der Betroffenen gleichzeitig isoliert fühlen; dabei fällt die Situation junger Men-

schen aus ethnischen Minderheiten besonders negativ aus. Der Zugang zu Wohnungen, zum Sozial- und Rechtssystem gilt für diese Patienten als weitgehend verschlossen. Vor allem durch Stigmatisierung und Diskriminierung zähle diese Gruppe zu den am meisten ausgeschlossenen Gruppen in der Gesellschaft. Die jährlichen Kosten für Be-

treuung, finanzielle Einbußen und vorzeitigen Tod werden auf mehr als 100 Milliarden Euro geschätzt (4). Aus Sicht der Betroffenen sind die Defizite offensichtlich: Vermisst werden Arbeit, soziale Kontakte, intime Beziehungen (5, 6).

Die soziale Exklusion psychisch Kranker ist ein neues Konzept zur Erfassung und Beschreibung der Situation von Menschen mit erheblichen psychischen Störungen. Darunter wird der Ausschluss aus wesentlichen sozialen Teilsystemen, wie zum Beispiel dem Arbeitsmarkt, dem Wohnungsmarkt oder aus der familiären Einbindung, verstanden. Das

Konzept weist insofern über die konventionellen sozialpsychiatrischen und -epidemiologischen Ansätze hinaus, als der Fokus weg von individuellen Symptomen und Fertigkeiten hin zur tatsächlichen Teilhabe am sozialen Leben und zum Gesamt der psychisch Kranken gelenkt wird.

Ein Meilenstein der Gemeindepsychiatrie war die Lösung chronisch Kranker vom psychiatrischen Krankenhaus, gefolgt von dem Versuch der sozialen Integration in die Gemeinde. Während der erste Schritt der De-Insti-

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Städtisches Klinikum Karlsruhe

² Westfälische Klinik Münster

tionalisierung gut gelang und für manche sogar zu weit gegangen ist, wurden die Erwartungen hinsichtlich des zweiten Schrittes enttäuscht. So wurde im NRW-Landesteil Westfalen mit etwa neun Millionen Einwohnern zwischen 1980 und 1999 die Zahl stationärer Betten von 14 684 auf 7 670 halbiert, während gleichzeitig 1 100 Behandlungsplätze in Tageskliniken neu geschaffen und vor allem das „Beschützte Wohnen“ von null auf mehr als 4 600 Plätze aufgestockt werden konnte (7). Eine Reihe von Untersuchungen zeigt jedoch, dass viele Patienten in Wohngruppen und Selbsthilfebetrieben und in der Freizeit unter sich bleiben (8). Akut Kranke waren bisher weitgehend von durchgreifenden Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen.

Für Betroffene ein Surrogat des „normalen“ Lebens

Besonders die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestags von 1975 und die Empfehlungen einer Expertenkommission der Bundesregierung von 1988 hatten dazu beigetragen, die Praxis der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation chronisch Kranker und Behinderter weiterzuentwickeln. In Gemeinden mit guten Versorgungsstandards finden sich heute differenzierte Behandlungseinheiten, daneben sozialhilfefinanzierte komplementäre Wohn- und Freizeitbereiche. Ebenso gibt es Einrichtungen des beschützten Arbeits-

marktes und Dienste zur beruflichen Integration. Die Zusammenarbeit zwischen klinischem Bereich und komplementären Einrichtungen, zwischen zeitlich eng definierter medizinischer Behandlung und tendenziell unbefristeter Rehabilitation in den zumeist unabhängigen psychiatrischen Diensten ist heute üblich und in dieser Form einzigartig in der Medizin. Weiter finden sich in einigen wenigen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke spezielle Trainingsprogramme, etwa für die berufliche Eingliederung. Rehabilitation ist aber keine Regelleistung und weit davon entfernt, fester Bestandteil der Betreuung bei Patienten mit Fähigkeitsstörungen zu sein. Schließlich tut sich ein Graben zwischen der Praxis der psychiatrischen und der psychosomatischen Rehabilitation auf, weil die Konzepte abweichen und Kostenträger und Prozessverantwortliche ebenfalls unterschiedlich sind.

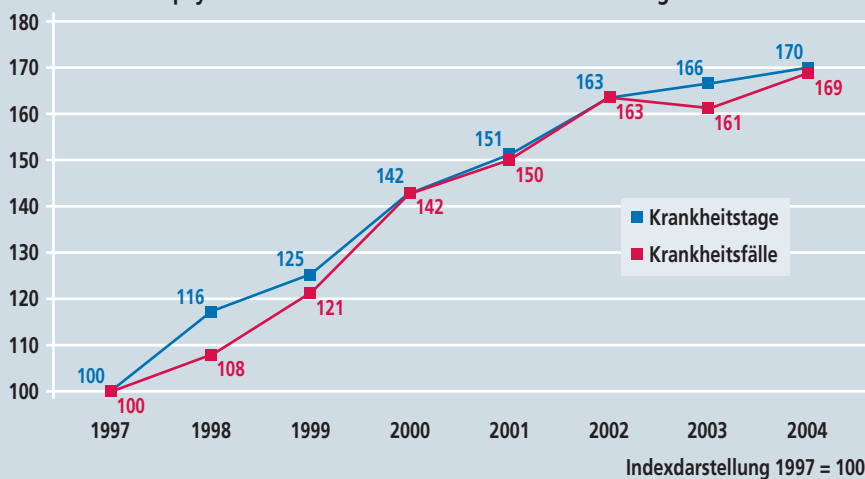
Das ursprüngliche Anliegen der Gemeindepsychiatrie hat sich bis heute noch nicht erledigt; gleichwohl kommen immer mehr Zweifel auf, ob die teilweise starke Orientierung hin zu den chronisch Kranken nicht durch die Öffnung der vorhandenen Angebote und Schaffung neuer Interventionsformen für akut Kranke mit Fähigkeitsstörungen überwunden werden muss. Die große Zahl Depressiver, die zunehmend früh diagnostizierten akuten Schizophrenen, die vielen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen benötigen vermut-

lich andere, kurzzeitigere und weniger institutionelle Formen der Intervention (9). Heute wird mit Gemeindepsychiatrie nur eine wohnortnahe Behandlung und Betreuung zumeist chronisch Kranker assoziiert, während das ursprüngliche Ziel der Integration in die Gemeinschaft der „Normalen“ oder „Gesunden“ in den Hintergrund trat. Neben dem Krankenhaus wurden intermediäre Institutionen entwickelt, die den Patienten zu einer Teilnahme am alltäglichen Leben bei gleichzeitigem institutionellen Schutz verhelfen, wie zum Beispiel Übergangshäuser oder Nachtkliniken. Erst die mit größerem Personalaufwand ausgestatteten Tageskliniken der 1990er-Jahre wurden Organisationsklammer für komplexe Therapieprogramme, die nahe an der Familie, dem Arbeitsplatz oder der realen Welt operieren (10). Die Gemeindepsychiatrie hat sich stillschweigend in eine Psychiatriegemeinde mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitstätten verändert, die für die Betroffenen ein Surrogat des „normalen“ Lebens darstellt.

Gesellschaftlicher Wandel und Behandlungssysteme

Zeitgleich mit den Psychiatriereformen hat sich die moderne Gesellschaft in einer Weise gewandelt, die es für die von einer schweren psychischen Krankheit betroffenen Menschen immer schwieriger macht, sich erfolgreich zu integrieren. Gängige soziologische Theorien benennen neben der Stigmatisierung die zunehmende funktionale beziehungsweise soziale Differenzierung sowie die damit verbundene Individualisierung als ein Problem für viele Menschen mit psychischen Störungen (11). Dabei wird einerseits von einer Differenzierung der Gesellschaft und distinkten Teilsystemen ausgegangen, andererseits von einer zunehmenden Eigenlogik dieser Teilsysteme. Das Wirtschaftssystem, das politische System und andere Teilsysteme orientieren sich in erster Linie an internen Maßgaben und nicht an den Erfordernissen eines Gesamt- oder Teilinteresses der Gesellschaft, der Psychiatrie oder gar an den Bedürfnissen einzelner Individuen. Die heutige Suchtkrankenbehandlung kann dafür als Beispiel gel-

Nach einer Studie der DAK hat die Zahl der Krankmeldungen von Arbeitnehmern aus psychischen Gründen seit 1997 um 70 Prozent zugenommen.



ten. Stationäre Therapien für alkoholabhängige Patienten werden von den Krankenkassen und viel mehr noch von der privaten Krankenversicherung sehr kritisch gesehen, teilweise sogar aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. In jedem Fall besteht das Interesse, die stationäre Therapie möglichst kurz zu halten und bereits nach wenigen Tagen auf Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöh-

Soziale Risiken nehmen seit mehreren Jahrzehnten deutlich zu. Die Sozialpolitik verstärkt den Eindruck, dass die Verantwortung der Gesellschaft für ihre Bürger enger definiert ist. Diesen Sachverhalt beschreibt der bereits angesprochene Begriff der Individualisierung (13). Während noch vor Jahrzehnten die Erfolgchancen vom Milieu der sozialen Herkunft überwiegend be-

unbestritten. Unter der Perspektive des Konzeptes der sozialen Exklusion zeichnen sich aber neue Ziele der wissenschaftlichen Analyse und der Praxis ab: Die zuvor auf das Versorgungssystem bezogenen Ansätze weiten sich auf den Gesamtrahmen der modernen Gesellschaft aus. Nicht die Frage nach dem Erfolg oder den Zielen eines bestimmten Dienstes, nach der Notwendigkeit weiterer Angebote ist vorrangig zu beantworten, sondern die Frage: Inwieweit gelingt überhaupt eine Inklusion psychisch Kranker in soziale Teilsysteme? Moderne psychiatrische Therapieansätze benötigen daher mehr denn je die Validierung durch soziale Parameter. Genügte es in Zulassungsstudien neuer Psychopharmaka bislang, entsprechende Veränderungen auf standardisierten psychopathologischen Skalen nachzuweisen, Rückfallraten und Rehospitalisierungen inklusive, so zeichnet sich ab, dass künftig sozial inkludierende Aktivitäten gemessen werden müssen. Ebenso verhält es sich bei Psychotherapien und anderen methodischen Zugangsweisen, die der funktionalen Gesundheit im Sinne der WHO dienen sollen und sich somit am Erfolg der sozialen Inklusion, also zum Beispiel an der Erwerbstätigkeit messen lassen müssen. Freilich sind einfache Maße und Variablen weder gebräuchlich noch verfügbar (14).



Foto: KWA

Die Gemeindepsychiatrie hat sich in eine Psychiatriegemeinde mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitstätten verändert, die für die Betroffenen ein Surrogat des „normalen“ Lebens darstellt.

nungstherapie) zu verweisen, für die andere Kostenträger zuständig sind. Viele Patienten scheitern an dieser fachlich überflüssigen und häufig kritisierten Schnittstelle des Versorgungssystems. Sie entspricht aber durchaus der ökonomisch ausgerichteten Logik des „Teilsystems“ Krankenversicherung, das sich primär an seinen Kosten orientiert und sich nicht an übergreifenden Faktoren, wie einer patientenzentrierten Behandlungskette oder der Effektivität der Therapie, ausrichtet (12). Entscheidend ist, dass eben nicht mehr automatisch die Re-Integration der Betroffenen mittels der Moral oder anderer sozialer Mechanismen hergestellt werden kann. Im Gegenteil: Bedingt durch die Eigenlogik der Teilsysteme, ist eher zu erwarten, dass eine Integration zum Beispiel schwer psychisch Kranker nicht stattfinden wird und Appelle von Politikern oder Angehörigen beziehungsweise der beteiligten Psychiater ungehört bleiben.

stimmt wurden, ist dies heute eher von individuellen Voraussetzungen einerseits und sich dramatisch wandelnden sozialen Bedingungen andererseits abhängig. Der Anschluss an die Teilsysteme passiert nicht mehr automatisch. Wenn noch vor einigen Jahren auf psychisch kranke Arbeitnehmer in Betrieben Rücksicht genommen und diese „mit durchgezogen“ wurden, sieht dies heute unter strenger ökonomischer Perspektive anders aus. Wer nicht in der Lage ist, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen und für sich selbst zu sorgen oder entsprechende Hilfen zu organisieren, kann ernsthaft benachteiligt sein. Bekanntermaßen zeigen viele psychisch Kranke gerade bei diesen sozialen Aktivitäten erhebliche Probleme.

Viele sozialpsychiatrische Erfahrungen aus den vergangenen Jahrzehnten haben zu einer Neuorganisation der psychiatrischen Versorgung geführt. Die praktischen Errungenschaften sind

Inklusionsstrategien: Berufliche Eingliederung

Die Exklusion aus dem Erwerbsleben hat erhebliche und unangenehme Folgen, die mit ihren psychologischen, kommunikativen und statusbezogenen Aspekten weit über die direkten wirtschaftlichen Konsequenzen hinausgehen (15). Angebote des beschützenden psychiatrischen Arbeitsmarktes sind gerade für schwer und chronisch Kranke häufig die einzige Alternative zur Beschäftigungslosigkeit. Neben der meist geringen Bezahlung und dem ungeklärten arbeitsrechtlichen Status ist das Stigma des psychiatrischen Sonderarbeitsmarktes für viele eine große Hürde. Beschützende Arbeitsangebote können die negativen Folgen der Beschäftigungslosigkeit zwar mindern,

stellen aber keine wirkliche Inklusion in das Arbeitsleben dar. Der gerade in den letzten Jahren erhebliche Ausbau solcher institutioneller Angebote verweist sowohl auf den großen Bedarf als auch auf eine gewisse konzeptionelle und faktische Ratlosigkeit.

Betreuung direkt am neuen Arbeitsplatz

Die Gründe für das Scheitern psychisch Kranker im Arbeitsleben sind komplex und vielfältig. Am meisten untersucht sind bisher die patientenbezogenen Variablen: Bestimmte Aspekte der Symptomatik, vor allem die Negativsymptomatik, kognitive Störungen, Defizite bei relevanten sozialen Fähigkeiten, mangelnde Therapiecompliance sind dabei relevante Faktoren, auch wenn zu den einzelnen Punkten durchaus widersprüchliche Befunde vorliegen (16–18). Eine Verbesserung der Ergebnisse der psychiatrischen Therapie ist eine wichtige, aber nicht ausreichende Voraussetzung für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung. Die Mehrzahl aller arbeitsrehabilitativen Hilfen verfolgt den traditionellen „train-and-place“-Ansatz: Es erfolgt ein mehr oder weniger umfangreiches vorbereitendes Training (train), bevor die Arbeitsaufnahme auf einem kompetitiven Arbeitsplatz versucht wird (place). Eine Re-Integration in das Arbeitsleben ist demnach erst dann erfolgreich möglich, wenn die Betroffenen vorher alle dafür notwendigen Kompetenzen erworben und ausreichend trainiert haben. Die Hilfen enden in aller Regel mit dem Abschluss des Trainingsprogramms. Unterstützung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz, Hilfen in der Einarbeitungszeit, längerfristige Betreuung am Arbeitsplatz oder systematische Kontakte zu Arbeitgebern sind meist nicht Bestandteil solcher Programme. Problematisch ist bei diesem Konzept, dass zu Beginn der Maßnahme die Erfolgchancen unklar bleiben müssen und die lange Trainingsphase demotivierend wirken kann. Offen bleiben muss auch, ob die in der Rehabilitation gelernten Fähigkeiten auf dem neuen Arbeitsplatz überhaupt gebraucht werden. Gerade bei schizo-

phrenen Patienten stellt der Transfer des Gelernten ein besonderes Problem dar. Schließlich muss man realistischerweise konzederen, dass auch dem besten Trainingsprogramm Grenzen bei der Nachbildung der sozialen Realität gesetzt sind. Bei allen Versuchen, eine realistische Arbeitsatmosphäre im Training nachzubilden, werden die Trainings-Teilnehmer – etwas überspitzt formuliert – doch eher in die psychosoziale Szene als in die Arbeitswelt sozialisiert.

Der „place-and-train“-Ansatz, der den amerikanischen „supported-employment“ (SE)- oder „individual-placement-and-support“ (IPS)-Programmen zugrunde liegt, verfolgt eine andere Strategie (19, 20). Die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt – eine ausreichende Motivation und psychopathologische Stabilität vorausgesetzt – ohne lange Vorbereitungsphase im beschützenden Rahmen. Vielmehr werden das Training und die psychosoziale Betreuung durch einen „Job Coach“ direkt am neuen Arbeitsplatz durchgeführt. Darüber hinaus gibt es Beratung und in einigen Fällen auch finanzielle Anreize für die Arbeitgeber. Der Arbeitsplatz ist hinsichtlich der Bezahlung, der sozialen Umgebung und des Arbeitnehmerstatus normal; den besonderen Bedürfnissen des psychisch kranken Arbeitnehmers wird durch die intensive und zeitlich nicht befristete Betreuung durch den Job Coach Rechnung getragen. Es liegt inzwischen eine Reihe von kontrollierten Studien vor, die eine Überlegenheit dieses Ansatzes bezüglich der Rate von erfolgreich beruflich eingegliederten Patienten belegen (21), wobei die Vergleichsgruppen an traditionellen Rehabilitationsprogrammen teilnahmen. Es fragt sich daher, ob dieser Ansatz nicht nur im Erwerbsleben, sondern auch darüber hinaus die richtige strategische Ausrichtung der psychosozialen Rehabilitation abbildet: Diese findet am Ort der Integration statt und nicht in spezialisierten vorgeschalteten Institutionen.

Die Exklusion psychisch Kranker ist trotz vieler sozialpolitischer Bemühungen und einer Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Praxis fortgeschritten. Der Ausschluss dieser Men-

schen aus wesentlichen sozialen Teilsystemen, wie zum Beispiel dem Arbeits- und Wohnungsmarkt, oder aus der familiären Einbindung ist im Spiegel der hierzu erhobenen Daten völlig ernüchternd. Wenn es richtig ist, dass die soziale Exklusion psychisch Kranker nicht aufgehoben werden konnte, dann bedarf es – ähnlich dem bereits genannten britischen Vorbild – der Ermittlung neuer Daten in Deutschland. Die institutionsbezogene Organisation von Therapie und Rehabilitation im gemeindepsychiatrischen Rahmen ist vielerorts noch gar nicht vollständig realisiert – da wird schon jetzt erkennbar, dass sie sowohl hinsichtlich der Effizienz als auch der Reichweite ihre Grenzen erreicht hat. Vielfach gelingt es den Patienten nicht, sich in wichtige soziale Teilsysteme zu inkludieren.

Inklusion als Ziel psychiatrischer Therapie

Therapie und Rehabilitation müssen daher noch näher an die Lebenswelt der Betroffenen heranrücken, um sie während der Teilnahme am „wirklichen“ Leben zu unterstützen und zu fördern. Die „supported-employment“-Programme erscheinen als Modell für die neue und erweiterte Praxis, zu der es beispielsweise auch zählen könnte, den Umgang mit Angehörigen des anderen Geschlechts zu trainieren oder die Betroffenen lernen zu lassen, ihre Rechte kompetent einzufordern. Die zunehmende sozialpolitische Bedeutung psychischer Gesundheitsstörungen erzwingt baldige Antworten, auf die die Gesellschaft, die Versicherungswirtschaft und die in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Tätigen vorbereitet sein sollten.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 1104–1110 [Heft 16]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit1605 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Prof. Dr. med. Bernd Eikermann
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Kaiseralle 10, 76133 Karlsruhe
E-Mail: b.eikermann@web.de

Literaturverzeichnis Heft 16/2005, zu

Integration psychisch Kranker

Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben

Literatur

1. Berger M: Plenarvortrag DGPPN. DGPPN Jahrestagung 2003.
2. Agerbo E, Byrne M, William W, Mortensen P: Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 28–33.
3. World Health Organization. *The World Health Report. Mental Health. New Understanding, New Hope.* Geneva: World Health Organization 2001.
4. Social Exclusion Unit. *Mental Health and social exclusion.* London: Office of the Deputy Prime Minister 2004.
5. Barbato A, Monzani E, Schiavi T: Life satisfaction in a sample of outpatients with severe mental disorders: a survey in northern Italy. *Qual Life Res* 2004; 13: 969–973.
6. Angermeyer M, Holzinger A, Matschinger H: Lebensqualität, das bedeutet für mich . . . Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. *Psychiat Prax* 1999; 26: 56–60.
7. Eikelmann B: How far has deinstitutionalization gone in Germany. *Weltkongress für Psychiatrie.* Yokohama 2002.
8. Eikelmann B: *Gemeindenähe Psychiatrie. Tageskliniken und Übergangshäuser.* München: Urban und Schwarzenberg 1991.
9. Marshall M, Lockwood A: Early Intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2.
10. Eikelmann B, Reker T: *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik.* Stuttgart: Kohlhammer 2004.
11. Richter D: *Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften.* Bonn: Psychiatrie-Verlag 2003.
12. Reker T, Richter D, Bätz B, Luedtke U, Koritsch HD, Reymann G: Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten – eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie. *Nervenarzt* 2004; 75: 234–241.
13. Beck U: *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne.* Frankfurt/Main: Suhrkamp 1986.
14. Eikelmann B, Reker T, Richter D: Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; (zur Publikation eingereicht).
15. Reker T, Bätz B, Luedtke U, Koritsch HD, Reymann G: Short-term effects of acute inpatient treatment of alcoholics. A prospective, multicenter evaluation study. *Nervenarzt* 2004; 75: 234–241.
16. Suslow T, Schonauer K, Ohrmann P, Reker T: Prediction of Work Performance by Clinical Symptoms and Cognitive Skills in Schizophrenic Outpatients. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 116–118.
17. Tsang H, Lam P: Predictors of Employment Outcome for Psychiatric Disabilities: A Review of the Literature Since the Mid '80s. *J Rehab* 2000; 66: 19–31.
18. Hoffmann H, Kupper Z, Zbinden M, Hirsbrunner H: Predicting Vocational Functioning and Outcome in Schizophrenia Outpatients Attending a Vocational Rehabilitation Programm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 76–82.
19. Becker D, Drake R: *A Working Life: The Individuell Placement Support (IPS) Program.* Concord, NH 1993.
20. Corrigan P: Place-Then-Train: An Alternative Service Paradigma for Persons with Psychiatric Disabilities. *Clinical Psychology Science and Practice* 2001; 8: 334–349.
21. Twamley E, Jeste D, Lehman A: Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 515–523.