

Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion

Psychiatric Rehabilitation – From the Linear Continuum Approach Towards Supported Inclusion

Autoren

Dirk Richter^{1,2}, Res Hertig¹, Holger Hoffmann^{1,3}

Institute

¹ Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz

² Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

³ Soteria Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

- psychiatrische Rehabilitation
- Inklusion
- UN-Behindertenrechtskonvention
- Wahlfreiheit

Keywords

- psychiatric rehabilitation
- inclusion
- UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities
- choice

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105859>
 Online-Publikation: 11.7.2016
 Psychiatr Prax 2016; 43: 444–449
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. Dirk Richter
 Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Psychiatrische Rehabilitation
 Murtenstraße 46
 CH-3008 Bern
 Schweiz
 dirk.richter@puk.unibe.ch

Zusammenfassung



Hintergrund: Die psychiatrische Rehabilitation folgt seit längerer Zeit zu weiten Teilen einem Stufenleiterprinzip.

Methode: Aktuelle Entwicklungen aus dem Umfeld der Rehabilitation (UN-Behindertenrechtskonvention, Theorie der Rehabilitation, Rehabilitationsforschung) werden beschrieben.

Psychiatrische Rehabilitation befasst sich mit der Unterstützung von Menschen mit schweren und andauernden Krankheiten bzw. Behinderungen bei der Bewältigung von Folgen ihrer Beeinträchtigungen. Im Allgemeinen werden rehabilitative Angebote in den westlichen Ländern über Steuern finanziert oder aber sind Gegenstand der Sozialversicherungen (Sozialhilfe, Rentenversicherung) und somit oft nicht Teil des Gesundheitssystems. Dies hat zur Folge, dass auch die Ausgestaltung von psychiatrischer Rehabilitation allein schon in den deutschsprachigen Ländern rechtlich und praktisch unterschiedlich geregelt ist. In Deutschland und Österreich hat sich dabei eine Zweiteilung rehabilitativer Maßnahmen entwickelt, zum einen findet die Unterstützung als Teil der gemeindepsychiatrischen Versorgung statt, zum anderen existiert eine spezifische medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die größtenteils institutionell abläuft [1, 2]. In der Schweiz hat sich – nicht zuletzt aufgrund des ausgeprägten föderalen Systems – eine Vielzahl von teils unkoordinierten Rehabilitationsanbietern etabliert, welche es sowohl den Personen mit Rehabilitationsbedarf als auch anderen Beteiligten an der Versorgung schwierig macht, sich zu orientieren [3].

Dieses Versorgungssystem von Menschen mit schweren chronischen Krankheitsbildern steht aktuell vor verschiedenen großen Herausforderungen. Neben finanziellen Anstrengungen sind

Ergebnisse: Den aktuellen Entwicklungen gemeinsam sind die Prinzipien der Wahlfreiheit und Autonomie für die Klienten sowie die soziale Inklusion, welche dem Stufenleiterprinzip widersprechen.

Schlussfolgerungen: Das Stufenleiterprinzip der Rehabilitation sollte durch die unterstützte Inklusion ersetzt werden.

es insbesondere gestiegene fachliche Ansprüche und rechtlich-politische Erwartungen, welche einen nicht unerheblichen Druck auf die Einrichtungen der psychiatrischen Rehabilitation ausüben. Konzeptionell folgen große Bereiche der Rehabilitation nach wie vor einem eher konventionellen Stufenleiteransatz. Dieser Ansatz sieht eine Kette von Einrichtungen vor, deren Stufen je nach Indikation als Startpunkt für eine Weiterentwicklung dienen. Stufenleitern existieren gemäß der einschlägigen Literatur sowohl für den Arbeitsbereich (Ergo-, Arbeitstherapie, Werkstatt etc.) wie für den Wohnbereich (stationäre Behandlung, Übergangsheim, Wohngemeinschaft etc.) [4]. Empirische Studien aus dem deutschsprachigen Raum haben jedoch gezeigt, dass das Stufenleiterprinzip nicht wie intendiert umgesetzt wird. Sowohl bei der Wohnrehabilitation [5, 6] als auch bei der Arbeitsrehabilitation [7] dominiert die Konstanz des Verbleibs in den jeweiligen Stufen. Das heißt, die Inklusion in „normale“, also nicht betreute Wohn- und Arbeitsverhältnisse findet nur selten statt.

Wir möchten im Folgenden ausführen und begründen, warum es an der Zeit ist, diesen Ansatz der rehabilitativen Stufenleiter – der im Übrigen schon vor über 20 Jahren in der englischsprachigen Literatur infrage gestellt wurde [8, 9] – aufzugeben. Wir werden uns auf drei zentrale Aspekte konzentrieren, welche die notwendigen Veränderungen aus unserer Sicht nahelegen. Zunächst soll

ein kurzer Überblick über die Inhalte und Konsequenzen der UN-Behindertenrechtskonvention für die psychiatrische Rehabilitation gegeben werden. Dann sollen wesentliche theoretische Entwicklungen der psychiatrischen Rehabilitation in den letzten Jahren beleuchtet werden. Anschließend soll die empirische Evidenz zu Rehabilitationsinterventionen in der Psychiatrie kurz zusammengefasst werden. Wir schließen mit einem Ausblick auf das Prinzip der „Unterstützten Inklusion“, das wir als Alternative zu den konventionellen Rehabilitationsprogrammen zukünftig entwickeln wollen.

UN-Behindertenrechtskonvention



Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) ist nach allgemeinem Dafürhalten ein großer Durchbruch für die rechtliche Stellung von Menschen mit Behinderungen. Die unter erheblicher Mitwirkung von Behindertenorganisationen erarbeitete UN-BRK trat nach jahrelangen Verhandlungen im Jahre 2008 in Kraft ([10], nachfolgend nach der offiziellen deutschsprachigen Übersetzung zitiert). Die Konvention ist ein Übereinkommen der unterzeichnenden Staaten und muss nachfolgend in staatliches Recht überführt werden.

Allerdings ist die UN-BRK im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in der jüngeren Zeit nahezu ausschließlich unter dem Aspekt von Zwang (Zwangsbehandlung und Zwangseinweisung) diskutiert worden, dies sowohl international als auch im deutschsprachigen Raum [11]. Die UN-BRK normiert jedoch nicht nur die Anwendung von Zwang, sondern formuliert einen Paradigmenwechsel im Verhältnis von Staat/Gesellschaft einerseits und Menschen mit Behinderungen andererseits. Während bis anhin Menschen mit Behinderungen eher Objekte einer zumeist karitativ ausgerichteten Fürsorge waren, erhalten sie nun Rechte, die ihre Position als deutlich autonomer charakterisieren lassen.

Zentrales Anliegen gemäß Artikel 1 der UN-BRK ist die rechtliche Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderungen. Die Konvention hat in diesem Zusammenhang weitgehende Implikationen für Veränderungen im Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Behinderungen, die nach unserer Literatursichtung bis anhin kaum nennenswert Beachtung gefunden haben. Im Gegensatz zu eher medizinisch ausgerichteten Behinderungskonzepten nämlich vertritt die UN-BRK ein soziales Modell der Behinderung [12]. Besonders hervorgehoben wird die Rolle von Umweltfaktoren, welche Menschen mit Behinderungen an der Teilhabe hindern:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Artikel 1)

Das Ziel dieser neu ausgerichteten Konzeption von Rechten für Menschen mit Behinderungen ist gemäß Artikel 9 die „... unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen...“, mithin die soziale Inklusion. Dieses Ziel wird hinsichtlich verschiedener Aspekte der psychiatrischen Rehabilitation in mehreren Artikeln konkretisiert. Relevant ist unter anderem der Artikel 19, der das Wohnen und die Unterstützung bei der Inklusion thematisiert. Demnach sollen die Vertragsstaaten sicherstellen, dass

„... Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden,

wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben...“.

Bezüglich der Ausbildung von Menschen mit Behinderungen heißt es etwa, dass die unterzeichnenden Staaten „... Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen...“ ermöglichen (Artikel 24).

In Artikel 27 wird genauer beschrieben, wie sich die Konvention auf den Arbeitsbereich auswirken soll. Menschen mit Behinderungen wird eingeräumt „... das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die (...) frei gewählt oder angenommen werden kann“. Die Gleichstellung mit nicht-behinderten Menschen bedeutet „... das gleiche Recht (...) auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit“. Schließlich gilt es, „... wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung...“ sicherzustellen.

Neben diesen direkt für die psychiatrische Rehabilitation relevanten Ausführungen wird auch die allgemeine Rechtsstellung von Menschen mit Behinderungen neu definiert. Der Artikel 12 enthält die Verpflichtung für die Vertragsstaaten, „... Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen“. Dieser Passus ist in der auf die Veröffentlichung des Konventionstexts folgenden juristischen und praktischen Diskussion sehr kontrovers diskutiert worden, als damit nämlich nach überwiegender Rechtsmeinung das Prinzip der rechtlichen Stellvertretung, beispielsweise durch gesetzliche Betreuer, Beistände oder Sachwalter, infrage gestellt wird [13].

Ebenfalls nach überwiegender Rechtsmeinung wird mit Artikel 12 von einer substituierten Entscheidungsfindung auf eine unterstützte Entscheidungsfindung umgestellt [14], was auch auf die Arbeitsbeziehung zu Menschen mit Rehabilitationsbedarf erhebliche Auswirkungen hat. Menschen mit Behinderungen wird eine relativ große Autonomie zugesprochen, beispielsweise in der Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten.

Zusammenfassend können konkrete Prinzipien aus der UN-Behindertenrechtskonvention abgeleitet werden, welche für die psychiatrische Rehabilitation wegweisend sind. Hier sind in erster Linie die unabhängige Lebensführung, der Anspruch auf volle Teilhabe bzw. Inklusion sowie der Anspruch auf Wahlfreiheit zu nennen, etwa von Wohnort und Lebensform. Dann ist die frei gewählte Form der Arbeit und Beschäftigung sowie der Freizeitgestaltung hervorzuheben, welche sich nicht von derjenigen nicht-behinderter Menschen unterscheiden sollte (auch hinsichtlich der Entlohnung nicht), und schließlich ist auf das veränderte Prinzip der Kooperation bzw. Entscheidungsfindung hinzuweisen. Mit diesen Prinzipien sind die nach wie vor dominanten Versorgungsformen in den „Sonderwelten“ wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder (geschlossene) Wohnformen, welche die Autonomie der dort lebenden Menschen einschränken, deutlich herausgefordert. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Einschränkung von Autonomie nicht zwingend auf „Mauern“ von Einrichtungen angewiesen ist. Auch restriktive Formen ambulanter Versorgung werden in der einschlägigen Literatur zu den institutionalisierten Bereichen gezählt [15].

Prinzipien der psychiatrischen Rehabilitation

Die Ziele der Unabhängigkeit und der Inklusion sind der psychiatrischen Rehabilitation – zumindest der Theorie nach – nicht fremd. Gemäß einem schon vor 20 Jahren verfassten Positionspapier der Weltgesundheitsorganisation ist die psychiatrische Rehabilitation eigentlich eine psychosoziale Rehabilitation. Die psychosoziale Rehabilitation zielt darauf, dass Personen, die von Behinderungen, Beeinträchtigungen oder Handicaps wegen einer psychischen Störung betroffen sind, das „optimale Niveau unabhängiger Lebensführung in der Gemeinschaft erreichen“ ([16], unsere Übersetzung). Das heißt, die psychiatrische Rehabilitation befasst sich weniger mit der psychischen Störung, sondern mehr mit den sozialen Folgen der Behinderung im Alltag der betroffenen Personen [17]. Die Unterstützung, welche Professionelle in diesem Bereich leisten, ist nicht primär eine psychiatrische als vielmehr eine psychosoziale Intervention, die sowohl bei den Eigenschaften und Zielen der betroffenen Person als auch in der sozialen Umwelt ansetzt [18]. Sozialrechtlich und faktisch hat diese Entwicklung die Fragmentierung der Versorgung für Menschen mit psychischen Behinderungen befördert.

Der „Psycho“-Teil der psychosozialen Interventionen befasst sich mit der Verbesserung der Fertigkeiten (Skills), die benötigt werden, um möglichst unabhängig leben zu können. Dazu gehören das Assessment der persönlichen Voraussetzungen, die Unterstützung bei der Auswahl persönlicher Ziele, die Verringerung des Unterschieds zwischen Anforderungen der Umwelt und persönlichen Voraussetzungen (etwa durch Trainingsmaßnahmen) sowie die Unterstützung nach Erlangen des sozialen Ziels, sei es beruflicher oder privater Art.

Als eine der entscheidenden Komponenten zum Gelingen von Rehabilitationsmaßnahmen bei Menschen mit psychischen Problemen hat sich die Haltung der Professionellen herausgestellt. Unter dem Stichwort „Recovery“ wird seit geraumer Zeit im englischsprachigen Raum [19], aber auch im deutschsprachigen Bereich [20], zusammengefasst, was für Menschen mit psychischen Behinderungen hilfreich ist, um sich das Leben wieder aneignen zu können [21]. Die psychiatrische Rehabilitation spielt bei der Vermittlung und Anwendung der Recovery-Haltung eine, wenn nicht sogar die entscheidende Rolle [22], und zwar aus zwei Gründen. Zum einen hat die Rehabilitation im Gegensatz zur Akutversorgung deutlich mehr Zeit zur Verfügung und zum zweiten – und noch wichtiger – operiert die Rehabilitation an der Schnittstelle zwischen Person und sozialer Umwelt wie Familie, Partnerschaft und Arbeit. Und gerade, wenn die genannten Themen nicht vorhanden sein sollten und die Betroffenen sich von der sozialen Teilhabe exkludiert sehen [23], zielt die psychiatrische Rehabilitation auf den Aufbau dieser für jeden Menschen eminent wichtigen Aspekte.

Aktuelle Konzepte der Behinderung betonen den damit implizierten sozialen Anteil – behinderte Menschen werden durch die Umwelt an der Verwirklichung ihrer Lebensentwürfe behindert [24]. Während man dies bei körperlichen Beeinträchtigungen durch barrierefreie Zugänge zum öffentlichen Verkehr oder zu Informationen noch in Teilen ausgleichen kann, stellt sich die Problematik der Barriere bei psychischen Behinderungen deutlich schwieriger [25]. Hier lassen sich kaum technische Entwicklungen bemühen, um Barrieren wie etwa Stigma und Diskriminierung abzubauen.

Der „Sozial“-Aspekt der oben genannten psychosozialen Rehabilitation fokussiert dabei auf die Vermittlung zwischen dem Menschen mit Behinderungen und der sozialen Umwelt. Diese Inter-

vention fordert beide Seiten zu Anpassungsleistungen heraus. Der Jobcoach eines Arbeitsrehabilitationsprogramms ist ein klassischer Fall einer solchen Vermittlung [26]. Hier geht es um die Vorbereitung der Person auf die zu erwartende Aufgabe, die Unterstützung bei der Auswahl eines passenden Arbeitgebers, die Information des Arbeitgebers und der zukünftigen Kolleginnen und Kollegen sowie schließlich um Krisenintervention oder auch Mediation bei allfälligen Konflikten am neuen Arbeitsplatz. In der US-amerikanischen Literatur zur psychiatrischen Rehabilitation ist diese Aufgabe schon vor vielen Jahren mit dem „Choose – Get – Keep“-Ansatz beschrieben worden [27, 28], der erstaunlicherweise in der deutschsprachigen Literatur kaum rezipiert worden ist. Dieser Ansatz kann auf sämtliche Rehabilitationsbereiche bezogen werden, also etwa auf Arbeit und Beschäftigung, Ausbildung und Wohnen. Bei der Auswahl der Rehabilitationsziele („Choose“) helfen Professionelle durch Informationen, Zielfindung und Entscheidungsunterstützung. Zum Erreichen („Get“) des Ziels tragen Professionelle durch ihr Wissen und durch ihre Kontakte im Hilfesystem bei sowie bei der Unterstützung zur Finanzierung der Maßnahme. Beim Behalten („Keep“) der Funktion im neuen Setting geht es in erster Linie darum sicherzustellen und zu unterstützen, dass die sich rehabilitierende Person mit den Bedingungen im Setting zurechtkommt. Die neuere Literatur ergänzt diesen Dreischritt um den Schritt des Verlassens des Hilfesystems („Leave“) [29]. Diese Ergänzung reagiert auf die häufig anzutreffende Neigung bei allen Beteiligten, die Rehabilitationsleistung nicht zielorientiert zu beenden, sondern unbegrenzt weiter laufen zu lassen. Diese Neigung steht selbstverständlich dem Anspruch auf Unabhängigkeit, Normalität und volle Inklusion diametral entgegen – von den damit verbundenen Kosten ganz zu schweigen.

Psychiatrische Rehabilitation überschreitet mit ihren sozialen Anteilen auch das Hilfesystem im engeren Sinne und agiert sozialpolitisch und sozialrechtlich. Indem die soziale Umwelt so gestaltet wird, dass sie von den betroffenen Personen als weniger behindernd und stigmatisierend erlebt wird, werden Verwirklichungschancen geschaffen. In der *Capabilities*-Theorie [30], die aktuell in der Behindertenpolitik und in der daran angeschlossenen theoretischen Diskussion eine zentrale Rolle spielt, wird auf die realen Möglichkeiten hingewiesen, die sich rehabilitierenden Personen zur Verfügung stehen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang weniger, was die sich rehabilitierende Person tatsächlich erreicht als vielmehr was sie unter optimalen Umständen erreichen könnte [31]. Dieser Ansatz schließt an die oben genannte Menschen- bzw. Bürgerrechtsperspektive an, die in der UN-BRK zum Ausdruck kommt. Suboptimale soziale Chancen schränken die Rechte der sich rehabilitierenden Person ein [32]. Die Sichtweise des Menschen- und Bürgerrechts auf Teilhabe geht von ihrem Anspruch deutlich über die in der deutschsprachigen Diskussion vorherrschende „Sozialraum“-Theorie hinaus, die im Wesentlichen die Bereitschaft zur Kooperation des sozialen Umfelds mit Betreuungsinstitutionen für behinderte Menschen verbessern will [33].

Zum Stand der empirischen Evidenz für Interventionen der psychiatrischen Rehabilitation

Obwohl die Leistungen der psychiatrischen Rehabilitation überwiegend nicht im Hilfesystem von Medizin und Gesundheit erbracht werden, wird eine Evidenz der Qualität der Leistungen erwartet. Im deutschsprachigen Raum wird die entsprechende Dis-

kussion spätestens seit der Erstellung und Veröffentlichung der DGPPN-S3-Leitlinie „Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Erkrankungen“ geführt [34].

Die empirische Forschung zu Interventionen der psychiatrischen Rehabilitation hat ein deutliches Übergewicht bei der Arbeitsrehabilitation. Hier lassen sich diverse systematische Übersichtsarbeiten und Cochrane-Reviews identifizieren und zahlreiche Übersichtsarbeiten befassen sich mit Teilaspekten der Arbeitsrehabilitation. Andere Interventionen wie die Wohnunterstützung oder die unterstützte Ausbildung von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, sind in einem weitaus geringeren Maße erforscht worden und lassen sowohl konzeptionell als auch im Hinblick auf die empirische Forschung erhebliches Entwicklungspotenzial erwarten.

Im Bereich der Arbeitsrehabilitation hat schon die erste Cochrane-Übersicht aus dem Jahre 2001 ein klares Votum zugunsten des „Supported Employment“ und zuungunsten traditioneller „First train – then place“-Ansätze ergeben, wie sie im deutschsprachigen Raum nach wie vor in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen vorherrschen [35]. Alle weiteren verfügbaren systematischen Übersichtsarbeiten haben diesen Befund bestätigt [36–38], genauso wie die jüngste Cochrane-Übersicht [39]. Das heißt zusammengefasst, dass die direkte Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt mit professioneller Unterstützung den konventionellen Trainingsmaßnahmen im Hinblick auf die Inklusion in kompetitive Arbeitsplätze deutlich überlegen ist [40].

Ein großer Nachholbedarf besteht bei Programmen und Studien zur unterstützten Ausbildung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, besteht hier doch – zumindest theoretisch – die Möglichkeit, Menschen mit psychischen Störungen davor zu bewahren, sozial exkludiert zu werden. Eine systematische Übersicht gibt es hinsichtlich von Frühinterventionen bei Psychosen, die sowohl Arbeits- als auch Ausbildungsmaßnahmen enthalten [41]. Hier zeigten sich Effekte insbesondere auf die Arbeitsintegration. Studien über reine Ausbildungsprogramme haben vorsichtig positive Auswirkungen beschrieben [42–44]. Ein US-amerikanisches Programm, das sowohl auf Ausbildung als auch auf Beschäftigung zielte, berichtete unlängst deutliche Vorteile gegenüber der Standardbehandlung im Rahmen einer randomisierten Studie [45]. Auch hier lässt sich vorsichtig schlussfolgern, dass unterstützte Ausbildung durchaus positive Auswirkungen haben kann.

Für Wohninterventionen ist die Evidenz leider nicht so gut wie für den Arbeitsbereich. Die letzte verfügbare Cochrane-Übersicht hat keine randomisierten und kontrollierten Studien (RCTs) identifizieren können, welche den Einschlusskriterien genügt hätten [46]. In der Zwischenzeit sind jedoch vor allem für Interventionen für obdachlose Menschen mit psychischen Behinderungen in Nordamerika mehrere RCTs durchgeführt worden. In den meisten Studien wurde eine Intervention durchgeführt, die sich „Housing first“ nennt und eine direkte Platzierung von Obdachlosen mit psychischen Erkrankungen in einer Einzelwohnung bedeutete. Dort wurden die Klientinnen und Klienten von Fachpersonen unterstützt. Die Kontrollbedingung bestand üblicherweise aus einer rehabilitativen Stufenleiter, die mit Abstinenz und weiteren therapeutischen Maßnahmen verbunden war. Eine unlängst veröffentlichte systematische Übersicht über diese Programme hat erhebliche methodische Einschränkungen bei diesen Studien verzeichnet, gleichwohl aber leichte Vorteile für Klientinnen und Klienten bei direkter Platzierung in der Einzelwohnung berichtet [47]. Neuere, in diese Übersicht noch nicht eingeschlossene kanadische RCTs haben jedoch in Teilen deutlich

positivere Resultate für „Housing first“ ergeben, etwa bei den Indikatoren Alkoholkonsum, Lebensqualität und Integration [48–51]. Bei aller gebotenen Zurückhaltung aufgrund der Studienanzahl und -qualität zu Wohninterventionen kann geschlossen werden, dass die direkte Platzierung in unabhängigen Wohnsettings mit Unterstützung mindestens ebenso gute Erfolge zeitigt wie traditionelle betreute Wohnformen.

Schlussfolgerung: Auf dem Weg zur „Unterstützten Inklusion“

▼ Zusammenfassend können relativ ausgeprägte Konvergenzen zwischen den rechtlichen, den theoretischen und den empirischen Entwicklungen festgestellt werden. Wahlfreiheit, Autonomie und Inklusion finden sich sowohl in den theoretischen Aspekten als auch in der empirischen Evaluation als vorteilhaft. Was bedeuten die aufgezeigten Entwicklungen nun für die Praxis der psychiatrischen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum? In Analogie zum „Housing first“-Ansatz der Wohnversorgung für Menschen mit einer psychischen Störung heißt nach dem derzeitigen theoretischen und empirischen Forschungsstand das Ziel: „Real life first“. Psychiatrische Rehabilitation hat sowohl beim Wohnen als auch bezüglich der Arbeit im realen Leben stattzufinden und das unabhängig von einer vorgängig festgestellten Indikation nach Expertenmeinung [52]. Das bedeutet nun allerdings nicht, dass jede Klientin und jeder Klient von vornherein bereit und in der Lage ist, sich den Anforderungen des realen Lebens zu stellen. Das Assessment („Readiness“) gehört zu einer psychiatrischen Rehabilitation ohne Zweifel dazu [53, 54], genauso wie die Unterstützung beim Ausgleich vorhandener Defizite. Die Stufenleiter sollte durch einen neuen Rehabilitationsablauf ersetzt werden (► **Tab. 1**). Das Ziel sollte gleichwohl die Inklusion auf dem ersten Arbeitsmarkt bzw. in einer eigenen und von Anbietern der psychiatrischen Versorgung unabhängigen Wohnung sein. Die empirischen Befunde sprechen für die direkte Inklusion dort.

Tab. 1 Rehabilitationsablauf bei der unterstützten Inklusion.

| Arbeit | Wohnen |
|---|--|
| Auswahl von Rehabilitationszielen durch Klientinnen und Klienten | |
| Assessment der Bereitschaft (Readiness) | |
| Ausgleich möglicher kognitiver, sozialer, alltagspraktischer oder motivationaler Defizite | |
| erster Arbeitsmarkt (Supported Employment) | unabhängiges Wohnen (Independent, Supported Housing) |
| erster Arbeitsmarkt ohne Unterstützung | eigene Wohnung ohne Unterstützung |

Des Weiteren spricht für die Platzierung im realen Leben, dass die Klientinnen und Klienten entsprechende Präferenzen haben. Nach einer vergleichenden Studie bezüglich des Ziels eines regulären Arbeitsplatzes nennen Menschen mit psychischen Behinderungen diesen Wunsch weitaus häufiger als Personen, die unter anderen Behinderungen leiden und ebenfalls häufiger als Personen, die nicht behindert sind [55]. Auch beim Wohnen sind die Präferenzen klar: Eine ältere Übersichtsarbeit [56], aber auch neuere Einzelstudien finden *unisono*, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihrer eigenen Wohnung leben wollen und überwiegend Heimsettings ablehnen [57, 58].

Sowohl aus den empirischen Studien als auch aus der oben beschriebenen theoretischen Diskussion zur psychiatrischen Rehabilitation lässt sich das Prinzip der Unterstützung im realen Leben („Supported Employment“, „Supported Education“, „Supported Housing“, „Supported Decision-making“) als dasjenige herauslesen, das die primäre Aufgabe von Rehabilitationsexpertinnen und -experten beschreibt. Gesamthaft betrachtet sollte sich psychiatrische Rehabilitation daher als „Unterstützte Inklusion“ verstehen. Die Maxime der unterstützten Inklusion entspricht den Entwicklungen in Recht und Politik, wird von den Nutzerinnen und Nutzern präferiert und wird von aktuellen Forschungsdaten gestützt – von möglicher Kosteneffizienz ganz zu schweigen.

Der Fokus auf die unterstützte Inklusion verändert naheliegenderweise die Funktion der konventionellen Rehabilitationsangebote. Diese Angebote werden damit nicht überflüssig, sondern kämen dann zum Zuge, wenn die unterstützte Inklusion gescheitert ist. Von Relevanz ist dabei, dass der Entscheid zur Nutzung der konventionellen Rehabilitation nicht vorgängig nach Expertenmeinung getroffen wird. Vielmehr muss die Chance zur Inklusion tatsächlich mindestens einmal umgesetzt worden sein. Erst so kann tatsächlich von Verwirklichungschancen im Sinne der *Capabilities*-Theorie gesprochen werden. Aktuelle Studien aus Nordamerika zeigen auf, dass selbst schwerst beeinträchtigte Personen ein solches Rehabilitationspotenzial bei der entsprechenden Unterstützung haben [50]. Dieses Potenzial sollte im Sinne der betroffenen Personen genutzt werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Psychiatric Rehabilitation – From the Linear Continuum Approach Towards Supported Inclusion

Background: For many decades, psychiatric rehabilitation in the German-speaking countries is following a conventional linear continuum approach.

Methods: Recent developments in important fields related to psychiatric rehabilitation (UN Convention on the Rights of People with Disabilities, theory of rehabilitation, empirical research) are reviewed.

Results: Common to all developments in the reviewed fields are the principles of choice, autonomy and social inclusion. These principles contradict the conventional linear continuum approach.

Conclusions: The linear continuum approach of psychiatric rehabilitation should be replaced by the “supported inclusion”-approach.

Literatur

- 1 Stelzig-Schöler R, Kegljevic M, Haberfellner EM. Psychiatrische Rehabilitation in Österreich. Psychiatr Psychother 2009; 1: 10–16
- 2 Stengler K, Brieger P, Weig W. Psychiatrische Rehabilitation: „deutscher Sonderweg“ – wo geht es hin? Psychiatr Prax 2010; 37: 206–207
- 3 OECD. Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Bern: OECD/Bundesamt für Sozialversicherungen; 2014

- 4 Ciompi L. Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Hippus H, Lauter H, Ploog D et al., Hrsg. Rehabilitation in der Psychiatrie. Heidelberg: Springer; 1988: 27–35
- 5 Richter D. Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. Psychiatr Prax 2010; 37: 127–133
- 6 Gurtner C, Hoffmann H, Richter D. Pflege- und betreuungsrelevante Bedürfnisse und Erwartungen von Bewohnenden eines Wohnheims für psychisch und geistig behinderte Menschen: Welche Anforderungen ergeben sich daraus für die Mitarbeitenden? Ergebnisse einer Fokusgruppenbefragung QuPuG: Journal for Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft 2015; 2: 82–90
- 7 Reker T, Hornung PW, Schonauer K et al. Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: A naturalistic follow-up study. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 457–463
- 8 Middelboe T. Community care for the long-term mentally ill: A review of the housing issue. Nord J Psychiatry 1995; 49: 161–168
- 9 Ridgway P, Zippel A. The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. Psychosoc Rehab J 1990; 13: 11–31
- 10 United Nations. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 – Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung. Berlin: Institut für Menschenrechte; 2008
- 11 Koller M. Zwangsbehandlung – Eine Zwischenbilanz. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2014; 8: 279–287
- 12 Palacios A. The social model in the international convention on the rights of persons with disabilities. Age Human Rights J 2015; 4: 91–110
- 13 Perlin M. “Striking for the Guardians and Protectors of the Mind”: The Convention on the Rights of Persons with Mental Disabilities and the Future of Guardianship Law. Penn St L Rev 2013; 117: 1159–1190
- 14 Devi N, Bickenbach J, Stucki G. Moving towards substituted or supported decision-making? Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. ALTER-Eur J Dis Res 2011; 5: 249–264
- 15 Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. BMC Psychiatry 2013; 13: 169
- 16 WHO. Psychosocial Rehabilitation – A Consensus Statement. Geneva: World Health Organisation: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse; 1996
- 17 Barbato A. Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. World Psychiatry 2006; 5: 162–163
- 18 Rössler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry 2006; 5: 151–157
- 19 Slade M. Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009
- 20 Burr C, Schulz M, Winter A et al., Hrsg. Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2013
- 21 Ikehata H, Samaras A, Wilfert A et al. Recovery-Orientierung in der Psychoedukation – zwei Versuche einer Umsetzung. Psychiatr Prax 2015; 42: 320–327
- 22 Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry 2007; 6: 68–74
- 23 Richter D, Eikelmann B, Reker T. Arbeit, Einkommen, Partnerschaft – die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. Gesundheitswesen 2006; 68: 704–707
- 24 DePoy E, Gilson SF. Studying disability: Multiple theories and responses. Thousand Oaks: Sage; 2011
- 25 Beresford P. Social work and a social model of madness and distress: Developing a viable role for the future. Soc Work Soc Sci Rev 2005; 12: 59–73
- 26 Parent W, Unger D. The role of the job coach: Orchestrating community workplace supports. Am Rehab 1994; 20: 13–22
- 27 Rogers SE, Anthony WA, Farkas M. The choose – get – keep model of psychiatric rehabilitation: A synopsis of recent studies. Rehab Psychol 2006; 51: 247–256
- 28 Danley KS, Sciarappa K, MacDonald-Wilson K. Choose-get-keep: a psychiatric rehabilitation approach to supported employment. New Dir Ment Health Serv 1992; 53: 87–96
- 29 Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM et al. Psychiatric Rehabilitation. 3. Aufl. Amsterdam: Academic Press; 2013
- 30 Nussbaum MC. Creating capabilities: The human development approach. Cambridge, Mass.: Harvard UP; 2011

- 31 Wallcraft J, Hopper K. The Capabilities Approach and the social model of mental health. In: Spandler H, Anderson J, Sapey B, Hrsg. *Madness, distress and the politics of disablement*. Bristol: Policy Press; 2015: 83–97
- 32 Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Soc Sci Med* 2007; 65: 868–879
- 33 Rohrmann A. Sozialraum und Unterstützung für Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 198–202
- 34 DGPPN, Hrsg. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer; 2012
- 35 Crowther R, Marshall M, Bond G et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (02): CD003080
- 36 Crowther RE, Marshall M, Bond GR et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 204–208
- 37 Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. 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
- 38 Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health* 2011; 20: 368–380
- 39 Hoffmann H. Berufliche Rehabilitation: First Place, then Train – Pro. *Psychiat Prax* 2014; 41: 293–294
- 40 Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD008297
- 41 Bond GR, Drake RE, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015; 24: 446–457
- 42 Collins ME, Bybee D, Mowbray CT. Effectiveness of supported education for individuals with psychiatric disabilities: results from an experimental study. *Community Ment Health J* 1998; 34: 595–613
- 43 Gutman SA, Kerner R, Zombek I et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: effectiveness of an occupational therapy program. *Am J Occup Ther* 2009; 63: 245–254
- 44 Kidd SA, Kaur J, Virdee G et al. Cognitive remediation for individuals with psychosis in a supported education setting: a randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2014; 157: 90–98
- 45 Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*; Doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15050632, appiajp201515050632
- 46 Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (04): CD000453
- 47 Benston EA. Housing Programs for Homeless Individuals With Mental Illness: Effects on Housing and Mental Health Outcomes. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 806–816
- 48 Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V et al. Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2015; 10: e0130281
- 49 Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A et al. Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA* 2015; 313: 905–915
- 50 Aubry T, Goering P, Veldhuizen S et al. A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 275–281
- 51 Aubry T, Tsemberis S, Adair CE et al. One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 463–469
- 52 Riedel-Heller S, Richter D. Psychosoziale Interventionen und Soziale Inklusion: Näher an die Lebenswelt der Betroffenen rücken. *Psychiat Prax* 2008; 35: 213–215
- 53 Cohen MR, Anthony WA, Farkas MD. Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 644–646
- 54 Hoffmann H, Jäckel D. Frührehabilitation – ein Stiefkind der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 2015; 42: 235–236
- 55 Ali M, Schur L, Blanck P. What types of jobs do people with disabilities want? *J Occup Rehabil* 2011; 21: 199–210
- 56 Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 450–455
- 57 Tsai J, Bond GR, Davis KE. Housing Preferences among Adults with Dual Diagnoses in Different Stages of Treatment and Housing Types. *Am J Psychiatr Rehabil* 2010; 13: 258–275
- 58 Schutt RK, Weinstein B, Penk WE. Housing preferences of homeless veterans with dual diagnoses. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 350–352